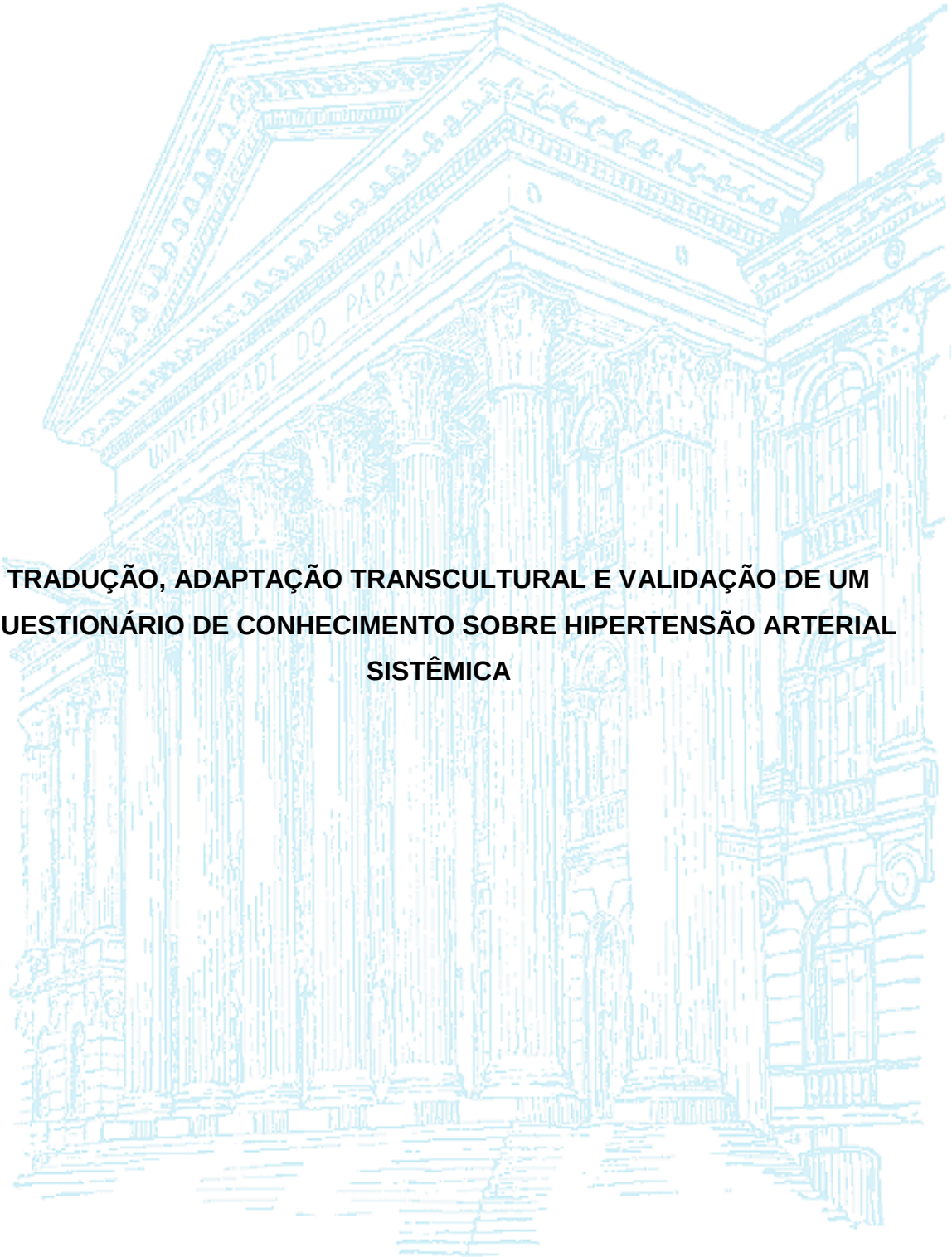
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA PEREZ ARTHUR



TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

CURITIBA

2017

JULIANA PEREZ ARTHUR

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.
Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Raimondo Ferraz

CURITIBA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Arthur, Juliana Perez
Tradução, adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica / Juliana Perez Arthur – Curitiba, 2017.
126 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Professora Dra. Maria Isabel Raimondo Ferraz

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Conhecimento. 2. Hipertensão. 3. Inquéritos e questionários. 4. Estudos de validação. 5. Enfermagem. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Ferraz, Maria Isabel Raimondo. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.132

Maria da Conceição Kury da Silva – CRB – 9/1275

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **JULIANA PEREZ ARTHUR**, intitulada: **"TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA "**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVACAO no rito de defesa.
A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 20 de Outubro de 2017.

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LUCIANA PUCHALSKI KALINKE
Avaliador Interno (UFPR)

GISELLE APARECIDA DE ATHAYDE MASSI
Avaliador Externo (UTP)

Dedico este trabalho aos meus amados pais, José Claudio Arthur e Maria Luiza Perez Arthur, por todo investimento na minha formação, na minha vida e apoio nas minhas escolhas. Sou e serei eternamente grata a vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao **Deus** soberano e bondoso, pelo dom da vida e da sapiência;

Aos meus pais **José Cláudio** e **Maria Luiza**, por serem meus maiores exemplos de vida, profissionalismo e por todo amor e suporte durante a minha formação, vocês são meu porto seguro;

Aos meus irmãos **Daniel** e **Rafael**, pelo amor incondicional e por todo cuidado e atenção;

Às minhas avós **Luiza** e **Antônia**, por serem minha base forte e a toda **minha família**;

Ao **Giacomo**, pelo amor, paciência e respeito durante este percurso;

À minha orientadora, **Profª Drª Maria de Fátima Mantovani**, por todo aprendizado e competência e por ser um exemplo de mulher, enfermeira e professora. Tenho muito orgulho por ter sido tua orientanda;

À minha coorientadora **Profª Drª Maria Isabel Raiomondo Ferraz**, pelas sugestões e crescimento;

À minha amiga e colega **Ângela**, que acompanhou todo o meu percurso acadêmico, por todas as vezes em que compartilhamos as felicidades e angustias dos nossos projetos. Tudo foi mais fácil porque você estava aqui;

Aos membros e professores do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (**GEMSA**) por todo aprendizado;

Aos meus colegas de grupo de pesquisa, **Carina**, **Radamés**, **Pollyanna**, **Alexandra**, **Elis**, **Mireille**, **Wendy** e por todos aqueles que passaram por este grupo e trabalhamos juntos, pela parceria e crescimento;

À **Michelle**, **Marlise**, **Tatiana**, **Josemar**, **Luana** e todos meus colegas de turma, pela caminhada juntos e todo o suporte durante estes dois maravilhosos anos de mestrado;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (**PPGENF-UFPR**) por toda dedicação, amor pelo trabalho e pelo rico aprendizado;

Aos **tradutores**, **retrotradutores**, ***experts*** e **adultos** que voluntariamente aceitaram participar da minha pesquisa e contribuíram para seu desenvolvimento;

Às minhas amigas **Bruna**, **Mariana**, **Mayara**, **Manuela**, **Cléo**, **Natália**, **Isabelle**, **Jhessey**, **Gabriela**, **Ana Paula**, **Crisley** e **Juliana** por estarem sempre ao meu lado, me apoiando e dando força;

À **banca examinadora** pelas contribuições;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) pelo apoio financeiro;

A todos que de alguma maneira contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desde trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

“Sê humilde para evitar o orgulho, mas voa alto para alcançar a sabedoria.”

Santo Agostinho

RESUMO

ARTHUR, J. P. **Tradução, adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica.** Curitiba, 2017. 126f. Dissertação [Mestrado acadêmico em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Profª Drª Maria de Fátima Mantovani. Coorientadora: Profª Drª Maria Isabel Raimondo Ferraz.

Introdução: o conhecimento sobre a doença é um importante fator no seguimento terapêutico e este deve ser avaliado pelos profissionais de saúde para a condução do cuidado. Visando mensurar o conhecimento de adultos sobre hipertensão arterial, pesquisadores turcos elaboraram e validaram em 2012 a *Hypertension Knowledge-Level Scale*, um questionário composto por 22 afirmativas e dividido em seis subdimensões publicado no idioma inglês. **Objetivo:** traduzir, adaptar transculturalmente e validar para o português do Brasil a *Hypertension Knowledge-Level Scale*. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa metodológica cujo processo de tradução e adaptação transcultural foi composto por seis etapas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste e apresentação da documentação para os desenvolvedores. A validação de conteúdo do instrumento foi realizada com o auxílio de *experts* e utilizou-se a técnica *Delphi online*. A pesquisa foi desenvolvida no período de março de 2016 a outubro de 2017 nas dependências da Universidade Federal do Paraná e em uma unidade de saúde do município de Curitiba. A análise de dados ocorreu por meio de estatística descritiva e inferencial, sendo utilizado o teste *t* unilateral para comparação entre grupos no pré-teste, o índice de validade de conteúdo para concordância entre *experts* e o *Alfa de Cronbach* para avaliação da confiabilidade. **Resultados:** nas etapas de tradução e adaptação transcultural foram realizadas alterações de modo a adequar o instrumento à cultura brasileira e optou-se pela alteração do tempo verbal passado para o presente. O pré-teste foi realizado com 40 adultos e evidenciou as principais dificuldades dos respondentes com relação ao questionário, permitindo uma visão crítica do instrumento. Na validação de conteúdo 35 *experts* participaram da primeira rodada, 28 da segunda e cinco na reunião de consenso. O índice de validade de conteúdo foi de 0,96 e a confiabilidade foi de 0,92. **Conclusão:** a escala foi traduzida, adaptada transculturalmente para o português do Brasil, teve seu conteúdo validado e demonstrou-se confiável para avaliar o conhecimento sobre a hipertensão arterial entre adultos brasileiros.

Palavras-chave: Conhecimento. Hipertensão. Inquéritos e Questionários. Estudos de validação. Enfermagem.

ABSTRACT

ARTHUR, J. P. **Translation, cross-cultural adaptation and validation of a hypertension knowledge questionnaire**. Curitiba, Brazil, 2017. 126f. Dissertation [Academic Master's Degree in Nursing] - Federal University of Paraná, Curitiba. Professor advisor: Phd. Maria de Fátima Mantovani. Professor co-advisor: Phd. Maria Isabel Raimondo Ferraz.

Introduction: the knowledge about the disease is an important factor in the therapeutic follow-up. It should be used by health professionals for the planning of care. In order to measure adult knowledge about hypertension, Turkish researchers developed and validated, in 2012, the Hypertension Knowledge-Level Scale, a questionnaire with 22 statements, divided into six sub-dimensions, published in the English language. **Objective:** Hypertension Knowledge-Level Scale translation, cross-cultural adaptation and validation into Brazilian Portuguese. **Methodology:** methodological research whose translation and cross-cultural adaptation process was composed of six stages: translation, synthesis of translations, back-translation, experts committee, pre-test and presentation of documentation for developers. The instrument content validation was performed with by experts and the online Delphi technique was used. This research was carried out from March 2016 to October 2017 at the Federal University of Parana and a primary health care unit at Curitiba. The data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, used the unilateral t-test for comparison between groups in the pre-test, the content validity index, for agreement between experts, and the Cronbach's Alpha for reliability assessment. **Results:** in the stages of translation and cross-cultural adaptation, the changes were made to adapt the instrument to the Brazilian culture and the past tense was changed to the present tense. The pre-test was performed with 40 adults and showed the main difficulties of the respondents with the questionnaire, allowing a critical view of the instrument. In the content validation, 35 experts participated at the first round, 28 in the second round and five in the consensus meeting. The content validity index was 0.96 and the reliability assessment was 0.92. **Conclusion:** the scale was translated, adapted transculturally into Brazilian Portuguese, was validated and proved reliable to evaluate the knowledge about hypertension among Brazilian adults.

Keywords: Knowledge. Hypertension. Surveys and Questionnaires. Validation studies. Nursing.

RIASSUNTO

ARTHUR, J. P. **Traduzione, adattamento transculturale e validazione di un questionario di conoscenza sull'ipertensione arteriosa.** Curitiba, Brasile 2017. 126f. Tesi [Master of Science in Infermieristica] – Università Federale del Paraná, Curitiba. Docente tutor: Dott. ssa Maria de Fátima Mantovani. Docente co-tutor: Dott.ssa Maria Isabel Raimondo Ferraz.

Introduzione: la conoscenza della malattia è un fattore importante nel follow-up terapeutico e questo deve essere valutato dagli professionist della salute per la cura. Per misurare la conoscenza degli adulti sull'ipertensione, ricercatori turchi hanno preparato e convalidato, nel 2012, la *Hypertension Knowledge-Level Scale*, un questionario composto da 22 dichiarazioni e suddiviso in sei sotto-dimensioni pubblicato in lingua inglese. **Obiettivo:** tradurre, adattare transculturalmente e validare per il portoghese brasiliano la Hypertension Knowledge-Level Scale **Metodologia:** ricerca metodologica in il processo di traduzione e adattamento transculturale sono stati composti da sei fasi: traduzione, sintesi delle traduzioni, back-translation, comitato di esperti, pre-test e presentazione della documentazione per gli sviluppatori. La validazione del contenuto degli strumenti è stata eseguita con l'aiuto di esperti e la tecnica Delphi online è stata utilizzata. La ricerca è stata effettuata dal marzo 2016 all'ottobre 2017 presso l'Università Federale del Paraná e presso un'unità di cure primarie nella città di Curitiba. L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando statistiche descrittive e inferenziali, utilizzando il t-test unilaterale per il confronto tra i gruppi nel pre-test, l'indice di validità dei contenuti per l'accordo tra gli esperti e l'Alpha di Cronbach per la valutazione dell'affidabilità. **Risultati:** nelle fasi della traduzione e dell'adattamento transculturale, sono state apportate modifiche per adattare lo strumento alla cultura brasiliana e si è deciso di cambiare il tempo verbale dal passato al presente. Il pre-test è stato eseguito con 40 adulti e ha mostrato le principali difficoltà degli intervistati rispetto al questionario, permettendo una visione critica dello strumento. Nella validazione dei contenuti 35 esperti hanno partecipato al primo turno, 28 al secondo turno e cinque alla riunione di consenso. L'indice di validità del contenuto è stato di 0,96 e l'affidabilità è stata di 0,92. **Conclusioni:** la scala è stata tradotta, adattata in modo transculturale per il portoghese brasiliano, il suo contenuto è stato validato e dimostrato affidabile per valutare le conoscenze sull'ipertensione arteriosa tra gli adulti brasiliani.

Parole chiave: Conoscenza. Ipertensione. Sondaggi e questionari. Studi di validazione. Infermieristica.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CENÁRIOS PROPOSTOS PARA TRADUÇÃO E/OU ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL 31
QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DA TÉCNICA DELPHI, SUAS VANTAGENS E DESVANTAGENS 36
QUADRO 3 – PONTUAÇÕES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PARA A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO 46
QUADRO 4 – EXEMPLO DAS ALTERAÇÕES NAS ORIENTAÇÕES DE USO DO INSTRUMENTO NAS VERSÕES ORIGINAL, T1, T2 E T12 52
QUADRO 5 – EXEMPLO DAS ALTERAÇÕES REALIZADAS NAS QUESTÕES 1, 4, 7, 8, 9, 11 E 18 DO INSTRUMENTO 54
QUADRO 6 – ORIENTAÇÕES DE USO DO INSTRUMENTO NAS VERSÕES ORIGINAL, BT1 E BT2..... 55
QUADRO 7 – EXEMPLOS DE QUESTÕES QUE OBTIVERAM DIFERENÇAS ENTRE AS RETROTRADUÇÕES NAS VERSÕES ORIGINAL, BT1 E BT2..... 56
QUADRO 8 – MODIFICAÇÕES NO TÍTULO DAS INSTRUÇÕES DE USO DA ESCALA VERSÓES ORIGINAL, T12 E PRÉ-TESTE 57
QUADRO 9 – ALTERAÇÕES REALIZADAS NA ETAPA 4 – COMITÊ DE ESPECIALISTAS E JUSTIFICATIVAS..... 58
QUADRO 10 – COMENTÁRIOS E SUGESTÕES PARA MELHORIA DO INSTRUMENTO OBTIDOS NO PRÉ-TESTE 64
QUADRO 11 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 1 DO INSTRUMENTO (IVC 0,66)..... 69
QUADRO 12 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 2 DO INSTRUMENTO (IVC 0,77)..... 69
QUADRO 13 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 4 DO INSTRUMENTO (IVC 0,77)..... 70
QUADRO 14 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 5 DO INSTRUMENTO (IVC 0,74)..... 70
QUADRO 15 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 6 DO INSTRUMENTO (IVC 0,54)..... 71

QUADRO 16 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 20 DO INSTRUMENTO (IVC 0,71) 72
QUADRO 17 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 21 DO INSTRUMENTO (IVC 0,74) 72
QUADRO 18 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 21 DO INSTRUMENTO (IVC 0,71) 73
QUADRO 19 – QUESTÕES DO INSTRUMENTO CUJAS SUGESTÕES DOS *EXPERTS* FORAM ACATADAS NA RODADA 1 73
QUADRO 20 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 2 77

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA ETAPA PRÉ-TESTE, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 60
TABELA 2 – RESULTADO DA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE (N=40), PORCENTAGENS MÉDIAS DE ACERTOS, POR SUBDIMENSÃO GERAL E NOS GRUPOS COM E SEM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017. 63
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 1 CONFORME SEXO E TITULAÇÃO MÁXIMA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 65
TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 1 CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 65
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS *EXPERTS* DA RODADA 1 DE ACORDO COM A REGIÃO DO BRASIL EM QUE RESIDE, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 66
TABELA 6 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS EXPERTS PARTICIPANTES DA RODADA 1 DE ACORDO COM OS ITENS: APARÊNCIA, CLAREZA E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 66
TABELA 7 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 1 DE ACORDO COM O CONTEÚDO DE CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 67
TABELA 8 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 QUANTO À APARÊNCIA, CLAREZA E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 68
TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 CONFORME SEXO E TITULAÇÃO MÁXIMA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 74

TABELA 10 – CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 74
TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS *EXPERTS* DA RODADA 2 DE ACORDO COM A REGIÃO BRASILEIRA DE RESIDÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 74
TABELA 12 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 DE ACORDO COM OS ITENS: APARÊNCIA, CLAREZA E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 75
TABELA 13 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 DE ACORDO COM O CONTEÚDO DE CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO AVALIADA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017 76

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – BUSCA POR EXPERTS 42
FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA NAS ETAPAS DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA *HYPERTENSION KNOWLEGDE-LEVEL SCALE* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL 43
FIGURA 3 – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NO PRÉ-TESTE 45
FIGURA 4 – EXEMPLO DE PERGUNTA DO FÓRMULARIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA PLATAFORMA *GOOGLE FORMS*® 46
FIGURA 5 – FÓRMULA PARA CÁLCULO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO 49
FIGURA 6 – GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS ANEXADO AO INSTRUMENTO 59

LISTA DE SIGLAS

AVC	–	Acidente Vascular Cerebral
CNPq	–	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCs	–	Descritores em Ciências da Saúde
ECNH	–	Escala de Conhecimento sobre Hipertensão
ENCH	–	Escala de Nível de Conhecimento de Hipertensão
ENCHAS	–	Escala de Nível de Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
HK-LS	–	*Hypertension Knowledge-Level Scale*
IVC	–	Índice de Validade de Conteúdo
LEA- UFPR	–	Laboratório de Estatística Aplicada da Universidade Federal do Paraná
LILACS	–	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	–	*Literature Analysis and Retrieval System On-line*
MeSH	–	*Medical Subject Heading*
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PA	–	Pressão Arterial
SciELo	–	*Scientific Electronic Library Online*
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	–	Teoria Clássica dos Testes
Vigitel	–	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
2 REVISÃO DE LITERATURA 23
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA 23
2.2 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE E SUA VALIDAÇÃO 29
3 METODOLOGIA 38
3.1 TIPO DE PESQUISA 38
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO 39
3.3 PARTICIPANTES 40
3.3.1 Recrutamento e número de participantes da etapa de tradução e adaptação transcultural do instrumento 40
3.3.2 Recrutamento e número de participantes da etapa adicional, “Testes adicionais à versão adaptada” - validação de conteúdo 41
3.4 COLETA DE DADOS 42
3.5 ANÁLISE DE DADOS 48
3.6 ASPECTOS ÉTICOS 50
4 RESULTADOS 51
4.1 RESULTADOS DA TRADUÇÃO E DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL 51
4.1.1 Etapas 1 e 2 – Tradução inicial e síntese das traduções 51
4.1.2 Etapa 3 - Retrotradução 55
4.1.3 Etapa 4 - Comitê de especialistas 57
4.1.4 Etapa 5 – Pré-teste 59
4.1.5 Etapa 6 – Apresentação da documentação para os desenvolvedores 64
4.2 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO 64
4.2.1 Caracterização dos *experts* participantes da rodada 1 65
4.2.2 Análise estatística da aplicação da Técnica Delphi na rodada 1 66
4.2.3 Sugestões dos *experts* e alterações acatadas na rodada 1 67
4.2.4 Caracterização dos *experts* participantes da rodada 2 74
4.2.5 Análise estatística da aplicação da Técnica Delphi na rodada 2 75
4.2.6 Sugestões dos *experts* e alterações acatadas na rodada 2 76
4.2.7 Reunião de consenso 77

5 DISCUSSÃO 79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 92
REFERÊNCIAS 93
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRADUTORES E RETROTRADUTORES 103
APÊNDICE 2 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES 106
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ADULTOS 107
APÊNDICE 4 – VERSÕES T1, T2 E T12 110
APÊNDICE 5 – VERSÕES BT1 E BT2 113
APÊNDICE 6 – VERSÃO DA HK-LS E ORIENTAÇÕES DE USO UTILIZADAS NA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE 116
APÊNDICE 7 – VERSÃO FINAL DA HK-LS TRADUZIDA E ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL 118
APÊNDICE 8 – EMAIL ENVIADO AOS DESENVOLVEDORES DA ESCALA COM O MATERIAL REFERENTE À TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO 120
ANEXO 1 – HYPERTENSION KNOWLEDGE-LEVEL SCALE (HK-LS) E ORIENTAÇÕES DE UTILIZAÇÃO ORIGINAIS 121
ANEXO 2 – EMAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO 123
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ 124
ANEXO 4 – PARECER DE ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ 126

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento é definido como uma técnica para aferição de um objeto, disponibilidade ou posse deste, no qual “ter o conhecimento de algo” significa, salvo limitações, ser capaz de pôr em prática procedimentos que possibilitam a descrição deste algo. (ABBAGNANO, 2007).

Em geral, consideramos “conhecimento” o modo pelo qual o sujeito se apropria intelectualmente do objeto, sendo este um ato da razão ou da intuição, pelo qual encadeamos ideias e juízos para chegarmos a uma conclusão sobre algo. (ARANHA; MARTINS, 2009).

A mensuração do conhecimento é uma das mais difíceis tarefas quando se trata de adoecimento, por isso, os profissionais de saúde procuram diversas formas para identificar o que as pessoas sabem, com o objetivo de orientar o cuidado.

Dentre os itens possíveis de serem mensurados na área da saúde, temos o grau de conhecimento do paciente sobre a sua patologia, um importante fator que afeta o seguimento terapêutico. (VANCINI-CAMPANARO et al., 2015).

O desconhecimento dos pacientes frente às doenças é referido como influenciador no isolamento social, causando aumento das comorbidades, não reconhecimento de sinais e sintomas e falta de adesão ao tratamento. (JEON et al., 2010).

Além disso, este desconhecimento, quando em conjunto com ideias equivocadas sobre a doença, está diretamente relacionado a uma diminuição na qualidade de vida. (VANCINI-CAMPANARO et al., 2015).

Uma das formas para a identificação do conhecimento é a construção de instrumentos ou mesmo a utilização daqueles construídos por outros pesquisadores. O uso de instrumentos de mensuração na área da saúde tem sido estimulado para auxiliar o profissional (ALWAN et al., 2010) e, quando se trata de doenças crônicas, avaliar índices por meio deles pode ser útil, pois auxiliam no planejamento do cuidado e facilitam o estabelecimento de metas.

Porém, para que um instrumento elaborado por pesquisadores estrangeiros possa ser utilizado em uma nova realidade, é necessário que

passe por processos de tradução, adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas para o país de destino. (BEATON, 2007).

A tradução e adaptação transcultural de um instrumento se refere à prática de adequação desse a uma nova realidade, abrangendo tanto a linguagem (tradução) como questões de adaptação cultural, tornando possível sua utilização em cenários diferentes daqueles para os quais foi originalmente criado. (CASSEPP-BORGES, 2012; BEATON, 2007).

Na área da saúde, a tradução e a adaptação transcultural permitem a adequação de instrumentos para um país ou região que podem ser utilizados como ferramentas em programas de educação em saúde e políticas públicas, permitindo uma mensuração dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem, além de facilitar mudanças de atitudes frente à doença.

Coster e Mancini (2015) apontam que a tradução e a adaptação de instrumentos já existentes têm vantagens sobre o desenvolvimento de um novo, como a diminuição de tempo e custos, bem como a justificativa de que, frequentemente, para a elaboração de um novo, o pesquisador apresenta um corpo de pesquisa que sustenta a sua confiabilidade e validade. Além disso, é possível que estudos que utilizaram essa ferramenta e a avaliaram já tenham sido publicados, auxiliando o tradutor potencial a fazer escolhas informadas sobre a possibilidade de prosseguir com a tradução ou não.

Com relação ao uso desses instrumentos, é importante que sejam capazes de apresentar resultados úteis, sejam de qualidade e tenham propriedades psicométricas bem avaliadas. (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Nesse sentido, Cano e Hobart (2011) chamam a atenção para o perigo em se avaliar e classificar questões relacionadas à saúde por meio de instrumentos que não tenham seguido métodos que comprovem a sua qualidade.

Em estudo realizado com pessoas com hipertensão arterial, cujo objetivo foi o de verificar as concepções dos hipertensos sobre a doença, os fatores de risco e suas vivências, Machado, Pires e Lobão (2000) apontam que, para a eficiência das ações de prevenção e promoção da saúde, é importante que o paciente tenha um conhecimento prévio sobre a sua patologia e seus fatores de risco.

Sendo assim, a mensuração do conhecimento sobre a doença é fundamental, pois pode auxiliar e direcionar os profissionais da saúde também na educação em saúde.

Com relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é possível encontrar na literatura alguns estudos que tiveram o objetivo de avaliar o conhecimento das pessoas acerca da patologia e associá-lo à ocorrência de alterações na saúde (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014; PUCCI et al., 2012; NOLÊTO; SILVA; BARBOSA, 2011); entretanto, a maior parte deles realiza essa avaliação por meio de questionários não validados, elaborados pelos próprios pesquisadores com base na literatura e sem a verificação das propriedades psicométricas, deixando espaço para análises subjetivas.

Considerando que a avaliação do conhecimento sobre hipertensão de modo sistematizado pode ser uma importante ferramenta para os profissionais da saúde na organização do cuidado, tem-se a necessidade de que esses instrumentos sejam de fácil aplicação.

Buscando suprir essa lacuna, a *Hypertension Knowledge-Level Scale* (HK-LS) (ANEXO 1) foi desenvolvida, em 2012, por Erkoc e colaboradores, pesquisadores turcos, e é uma escala de avaliação de conhecimentos de adultos sobre a hipertensão, de fácil entendimento, que foi originalmente elaborada no idioma inglês. Ela é composta por 22 itens dispostos em seis subdimensões, são elas: definição, tratamento medicamentoso, adesão ao tratamento, estilo de vida, dieta e complicações. (ERKOC et al., 2012).

Notando-se a inexistência de instrumentos que avaliem de modo adequado o conhecimento de adultos sobre a HAS no Brasil, a HK-LS pode ser uma alternativa para o uso no país.

Ela tem sido utilizada em estudos publicados recentemente com o objetivo de avaliar o conhecimento de adultos com ou sem hipertensão. Como exemplo, em novembro de 2015, Motlagh e colaboradores publicaram no *International Journal of Hypertension* a utilização da HK-LS com o propósito de determinar os fatores relevantes para o conhecimento, o tratamento e o controle da hipertensão no Irã. (MOTLAGH, 2015).

Na mesma linha, em 2016, Esha e Al-Daken, em estudo publicado no *Journal of Cardiovascular Nursing,* também utilizaram a HK-LS para identificar os níveis de conhecimento sobre a hipertensão em adultos jordanianos.

A HK-LS foi traduzida e adaptada transculturalmente para o idioma grego por Chatziefstratiou e colaboradores e publicada em 2015 no *Journal of Clinical Nursing.* Existe uma versão da escala no idioma árabe, que é citada no estudo "*Assessing Publics' Knowledge About Hypertension in a Community-Dwelling Sample*", publicada por Esha e Al-Daken (2015) no *Journal of Cardiovascular Nursing.*

Mais recentemente, em dezembro de 2016, na Polônia, foi publicado um estudo realizado com 223 pacientes acima de 18 anos com diagnóstico de hipertensão, cujo objetivo foi investigar a relação entre o conhecimento sobre a HAS, seu manejo e a adesão ao tratamento farmacêutico; esse estudo relata o uso da HK-LS na versão polonesa. (JANKOWSKA-POLAŃSKA et al., 2016).

Não foram encontrados, porém, estudos comprovando que o instrumento tenha passado pelo processo de tradução e adaptação transcultural no Brasil ou em algum outro país lusófono, o que justifica o desenvolvimento desta pesquisa que parte da seguinte questão: o instrumento *Hypertension Knowledge-Level Scale* pode ser utilizado para a verificação do conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica na população adulta brasileira pós-tradução, adaptação transcultural e validação?

Assim, para respondê-la, o objetivo desta pesquisa foi traduzir, adaptar transculturalmente e validar para o português do Brasil a *Hypertension Knowledge-Level Scale*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se, neste item, resultados de revisão integrativa de literatura realizada entre os anos de 2016 e 2017 no Portal da Capes e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literature *Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE).

Para o levantamento de dados, foram buscados artigos publicados nos últimos 10 anos e utilizados os descritores “Hipertensão”, “Conhecimento” e “Inquéritos e Questionários” contemplados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a fim de encontrar os artigos publicados no Brasil, e os descritores “*Hypertension*”, “*Knowledge*” e “*Surveys and Questionnaires*” encontrados no *Medical Subject Heading* (MeSH) para selecionar os artigos publicados internacionalmente.

Os descritores foram combinados por conveniência, objetivando encontrar o maior número de estudos. Foram selecionados artigos escritos nos idiomas inglês, português e espanhol e a busca resultou em um total de 42 estudos. Após a leitura dos títulos, dos resumos e da exclusão de duplicados, mantiveram-se 15 estudos os quais foram lidos na íntegra.

Após a busca nas bases de dados, realizou-se também a busca manual de estudos que contemplassem o desenvolvimento e uso de instrumentos de mensuração de conhecimento sobre HAS. A busca manual resultou em um total de 12 artigos.

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

A HAS é uma doença de grande impacto em todo o mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, em 2014, a prevalência mundial da doença, definida como pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg, foi de 22% em pessoas com mais de 18 anos. (WHO, 2014).

Ainda que nos últimos anos tenha havido progresso no tratamento das doenças cardiovasculares, o número de óbitos relacionados à HAS continua alto e, até 2020, a doença pode liderar as estatísticas de causa-morte no mundo. (WHO, 2013).

No Brasil, em 2017, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), apontaram que a prevalência de adultos que autorreferiram possuir diagnóstico médico de HAS foi de 22,2%, acometendo ligeiramente mais homens (22,2%) do que mulheres (21,9%). (BRASIL, 2017).

Seu aparecimento é determinado por diversos fatores genéticos e de risco associados, como idade, cor da pele, sexo, tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo e excesso de sal, sendo assim, um dos desafios ligados à hipertensão é assegurar a realização do diagnóstico precoce, do tratamento, do seguimento e do controle dentro das metas ideais para cada paciente. (NOBRE et al., 2013).

A HAS possui alguns fatores de risco modificáveis, e é importante que os indivíduos com o diagnóstico da doença, bem como a comunidade em geral, sejam informados e educados quanto a esses fatores para que, assim, conheçam como eles podem desencadear o aumento da pressão e optem conscientemente por uma vida saudável. (OLIVEIRA; PUSCHEL, 2012).

A ausência de sintomas que caracterizam a HAS acarreta em dificuldade na valorização desses pelo paciente e faz com que eles se sintam doentes apenas quando aparecem complicações e/ou são impossibilitados de realizar atividades do cotidiano. (ULBRICH et al., 2012).

Por ser uma doença silenciosa e agressiva, ela depende do conhecimento, da colaboração e da participação ativa do paciente para que este consiga realizar a adesão às medidas terapêuticas propostas pela equipe de saúde, controlando-a e, consequentemente, reduzindo as complicações acarretadas pela doença. (MALACHIAS et al., 2016).

As maiores dificuldades que os profissionais de saúde têm em relação ao tratamento da HAS é manter o paciente comprometido com o controle da doença e a falta de reconhecimento da gravidade e da necessidade de tratamento contínuo. (BRITO et al., 2008).

Com relação ao conhecimento sobre a doença, sabe-se que existe uma relação positiva com a mudança no modo de cuidar, com consequente melhora no controle da doença. Nesse sentido, verifica-se que a falta de conhecimento relacionada à doença é um elemento que pode limitar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS. (GUSMÃO et al., 2009).

Para a avaliação do conhecimento sobre a doença, diversos instrumentos têm sido utilizados, entretanto, os válidos e de fácil aplicação são escassos na literatura. Um estudo realizado no ano de 2011 por Han e colaboradores, que teve como objetivo desenvolver e avaliar um teste de conhecimentos sobre hipertensão para coreanos, imigrantes nos Estados Unidos e portadores de hipertensão, identificou previamente, na literatura, cinco instrumentos de avaliação do conhecimento sobre a HAS. (HAN et al., 2011).

Os instrumentos encontrados foram publicados entre 1982 e 2005, três deles na revista *Nursing Research* e todos no idioma inglês. A maior dificuldade relacionada a esses, entretanto, foi a falta de validação e de clareza em termos de seus conteúdos ou instrução sobre como pontuá-los. Dos cinco instrumentos, um forneceu informações sobre a validade e, ainda que a consistência interna tenha sido testada na maior parte deles, essa foi feita sempre em amostras consideradas insatisfatórias. (HAN et al., 2011).

Os instrumentos apresentados a seguir foram os localizados por meio de busca na literatura e incluem aqueles elaborados com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre a HAS em adultos e que possuíam validação.

O *Hypertension Knowledge Test* foi desenvolvido por Han e colaboradores (2011) com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre a hipertensão de pacientes coreanos que vivem nos Estados Unidos. O estudo foi publicado no *The Journal of Clinical Hypertension* em outubro de 2011 e a inexistência de ferramentas que realizassem tal avaliação nessa população foi o fator motivador do estudo.

A amostra para a elaboração do *Hypertension Knowledge Test* foi composta por 885 imigrantes coreanos com diagnóstico de HAS, residentes da região metropolitana de Baltimore-Washington nos Estados Unidos. Os participantes foram divididos em dois grupos, um da faixa etária de 40 a 64 anos de idade e outro entre 60 e 89 anos de idade. O instrumento desenvolvido

é composto por 21 itens, sendo 12 questões de verdadeiro ou falso e nove questões de múltipla escolha. As questões foram concebidas com base em protocolos já existentes, na revisão da literatura, em sugestões da comunidade e passaram por testes estatísticos que avaliaram a confiabilidade, validade de critério e de construto. (HAN et al., 2011).

O segundo instrumento encontrado foi o *Researchers' structured questionnaire on knowledge of hypertension.* Ele foi utilizado por Onyekwere, Ezebuiro e Samuel (2013) no estudo *Knowledge of hypertension Among Adults in Owerri Senatorial Zone of Imo State, Nigeria* que foi publicado em julho de 2013 pelo *Mediterranean Journal of Social Sciences.*

O estudo acima citado não explicita detalhes sobre como se deu a elaboração das questões que compuseram o questionário, porém, discorre que é composto por 15 perguntas, sendo seis relacionadas aos conceitos de hipertensão e nove aos fatores de risco. O *Researchers' structured questionnaire on knowledge of hypertension* foi respondido por 432 adultos selecionados de maneira estratificada, e a coleta de dados transcorreu por meio de aplicação do questionário pelos pesquisadores e três assistentes previamente treinados. (ONYEKWERE; EZEBUIRO; SAMUEL, 2013).

Onyekwere, Ezebuiro e Samuel (2003) afirmam que o questionário foi validado por cinco *experts* do departamento de Saúde e Educação Física da Universidade de Nsukka, na Nigéria, e o teste estatístico *Alfa de Cronbach* foi utilizado para estabelecer a confiabilidade dele.

O terceiro instrumento encontrado foi utilizado no estudo *The Knowledge of Young Adults on Hypertension,* resultado de uma dissertação de mestrado em enfermagem da pesquisadora Naomi Magdalena Mondzinger da Universidade de Stellenbosch na África do Sul. A publicação deu-se no ano de 2012 e o grande número de casos de hipertensão entre adultos jovens foi o fator motivador do estudo. (MONDZINGER, 2012).

Para a criação do *The Knowledge of Young Adults on Hypertension,* a pesquisadora objetivou determinar, em adultos com hipertensão, o conhecimento relacionado à doença, ao cuidado e às complicações da HAS. A amostra do estudo foi composta por 172 adultos jovens entre 18 e 40 anos, de ambos os sexos, que frequentavam a Clínica *Kayamandi* na África do Sul. O

instrumento foi disponibilizado nos idiomas Inglês, Xhosa e Afrikaans para atender a todas as características da população. (MONDZINGER, 2012).

O planejamento e desenvolvimento do *The Knowledge of Young Adults on Hypertension* foi baseado em uma revisão da literatura existente e a versão final, após análise metodológica e de estatística, foi composta por 62 questões, sendo que, destas, 22 relacionavam-se ao nível de conhecimento dos participantes sobre a doença. A pesquisadora refere que testes estatísticos de *Alfa de Cronbach* e coeficiente de *Spearman* foram aplicados com o objetivo de testar a confiabilidade do instrumento, porém os resultados desses testes não foram descritos. (MONDZINGER, 2012).

Por fim, o quarto instrumento encontrado foi a HK-LS, escolhida para esta pesquisa. *A* escolha da HK-LS em detrimento dos demais constantes na literatura e que também objetivaram avaliar o nível de conhecimento de adultos relacionados à hipertensão, deu-se pela descrição detalhada sobre as etapas de elaboração, qualidade metodológica e estatística apresentada no estudo.

O estudo "*Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability"* foi publicado no ano de 2012 pela revista *International Journal of Environmental Research and Public Health,* pelos pesquisadores Sultan Baliz Erkoc, Burhanettin Isikli, Selma Metintas e Cemalettin Kalyoncu do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Eskisehir Osmangazi na Turquia.

Ercok e colaboradores (2012) afirmam que o fator que estimulou a realização do estudo foi a falta de homogeneidade, validade e confiabilidade em instrumentos para avaliar o nível de conhecimento da população adulta turca sobre a HAS e, considerando que a determinação deste nível lança luz sobre futuros estudos de intervenção educativa, o objetivo do referido estudo foi desenvolver um instrumento capaz de mensurar o conhecimento sobre hipertensão em adultos turcos e estabelecer sua validade e confiabilidade.

Para a elaboração da HK-LS os autores basearam-se em dados recentes da literatura turca e internacional sobre a HAS, e um instrumento composto, a princípio, por 52 itens, foi desenvolvido pelos pesquisadores. Os itens compreendiam questões sobre "definição", "etiologia", "tratamento medicamentoso", "complicações da hipertensão", "atitudes e comportamentos sobre o tratamento medicamentoso", "dieta" e "estilo de vida" da HAS e todos

apresentavam como opção de resposta: “correto”, “incorreto” e “não sabe”. (ERCOK et al., 2012).

Para constatar a validade de conteúdo e da face do instrumento, identificando a representatividade ou não dos itens para o nível de conhecimento de hipertensão, foram solicitadas as opiniões de nove *experts*, que realizaram a avaliação por meio de um formulário onde era possível classificar os itens da escala como "essencial", "útil, mas insuficiente" ou "desnecessário". Após essa etapa, houve a necessidade de algumas alterações de acordo com a opinião dos especialistas e 12 itens foram inicialmente excluídos. (ERCOK et al., 2012)

A amostra de teste do instrumento foi de 460 indivíduos, pois levou-se em consideração a proposta de Besen e Esen (2011) a qual aprecia que o tamanho amostral ideal deve ser de 5 a 10 vezes o número de itens do instrumento estudado.

Participaram desse estudo adultos com mais de 18 anos de idade com ou sem diagnóstico de hipertensão. O instrumento foi aplicado a pessoas com características sociodemográficas heterogêneas (idade, sexo, nível de educação, renda, história pessoal e/ou familiar de hipertensão) e durante a análise de validade de construto alguns testes estatísticos como ANOVA e *Kaiser-Meyer-Olkin* foram utilizados. Tais testes permitiram a identificação de subdimensões e a exclusão de outros 13 itens. (ERCOK et al., 2012)

O coeficiente *Alfa de Cronbach* foi calculado para a análise de confiabilidade de cada subdimensão e valores de >0,59 a <0,95 foram considerados aceitáveis. Em última análise, cinco itens e duas subdimensões foram excluídos do instrumento e a análise de correlação foi utilizada para avaliar a consistência interna. O Teste-reteste foi utilizado para avaliar a estabilidade do instrumento ao longo do tempo e o coeficiente de correlação de *Spearman* foi empregado para medir o nível de concordância entre as respostas no Teste-reteste. (ERCOK et al., 2012).

2.2 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE E SUA VALIDAÇÃO

O termo “adaptação transcultural” é utilizado para abranger todo o processo que concebe tanto a linguagem quanto as questões de adaptação cultural no processo de preparo de um instrumento para ser utilizado em cenários diferentes do original. A adaptação transcultural torna-se útil quando se objetiva utilizar um questionário elaborado por pesquisador estrangeiro em outro país, sendo necessária a realização de procedimentos científicos os quais permitam que a nova versão seja de qualidade. (CASSEPP-BORGES, BALBINOTTI, TEODORO, 2012; BEATON et al., 2007).

Reichenheim e Moraes (2007) explicam que a adaptação de instrumentos elaborados em outra cultura ou idioma era feita, historicamente, com a simples tradução do documento original ou, com raras exceções, a comparação literal dessa com uma retrotradução. Há algum tempo, pesquisas de diferentes áreas vêm instruindo aspectos que devem ser avaliados quando se objetiva traduzir e adaptar instrumentos transculturalmente.

Porém, antes de dar início a uma tradução e adaptação transcultural, alguns aspectos precisam ser examinados com cuidado; o primeiro é saber se o instrumento traduzido será realmente útil para a realidade a qual se destina. Uma boa maneira de avaliar sua utilidade é constatar que ele permitirá ao pesquisador a posse de uma ferramenta a qual avaliará aspectos que as outras ferramentas disponíveis não são capazes de avaliar de maneira adequada. (COSTER; MANCINI, 2015).

O segundo aspecto a ser investigado é se o instrumento proposto para a tradução é um bom instrumento, se ele é adequado para a finalidade a qual se destina, para a população e para o contexto. Essas perguntas somente poderão ser respondidas após uma revisão cuidadosa da literatura. (COSTER; MANCINI, 2015).

Para realizar o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos, existem, na literatura, artigos que contemplam descrições de abordagens teóricas e propostas que podem orientar o pesquisador nessa

tarefa, porém, não há consenso quanto às estratégias de execução. (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Diante disso, Epstein, Santo e Guillemin (2015) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de identificar artigos potencialmente relevantes relativos às abordagens metodológicas para tradução e adaptação transcultural, publicados entre 1970 e meados de 2014. Foram incluídos na revisão artigos completos no idioma inglês que descrevessem estratégias de tradução e adaptação transcultural para questionários de autorrelato e revisões das diretrizes utilizadas para esse processo.

Na referida revisão foram encontradas 31 diretrizes e, como resultado, os autores identificaram que a maior parte das orientações eram propostas com base na experiência dos pesquisadores. Não foram encontradas, entretanto, evidências científicas fortes do que poderia ser considerado “padrão ouro” metodológico para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos. (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

Apesar de não existir um consenso entre os pesquisadores, alguns aspectos foram abordados em várias diretrizes, assumindo relativa importância. São exemplos: os tradutores devem ter um nível de conhecimento alto tanto no idioma de origem quanto no idioma de destino, devem ser familiarizados com ambas as culturas e ter algum conhecimento do conteúdo do instrumento a ser avaliado. É importante, também, que a tradução seja realizada por mais de uma pessoa, limitando vieses de tradução. (HAMBLETON; PATSULA, 2009).

No entanto a necessidade da retrotradução gera controvérsias entre autores, alguns a consideram parte importante do processo, outros não a citam e, ainda, alguns consideram que ela interfere na tradução de maneira não adequada. O papel de um comitê de especialistas, contudo, é considerado de extrema importância para rever todas as versões de traduções, tomar decisões críticas, chegar a um consenso sobre as discrepâncias encontradas e consolidar todas as versões traduzidas e possivelmente retrotraduzidas em uma única versão final. (ACQUADRO et al., 2008; FALCÃO; CICONELLI; FERRAZ, 2003).

Como a literatura aponta não haver uma metodologia “padrão ouro” para a tradução e a adaptação de instrumentos, o pesquisador que objetiva realizar uma tradução e adaptação transcultural de um instrumento deve escolher o

método validado que parece mais adequado para o contexto do questionário de interesse. Ressalta-se que o processo de tradução e adaptação transcultural não tem o objetivo de melhorar um instrumento já existente, portanto, deve-se escolher instrumentos de qualidade e bem documentados quanto à sua metodologia de modo a garantir a propriedade do instrumento traduzido. (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

Com relação aos cenários em que se deve considerar e avaliar a necessidade de tradução e/ou adaptação transcultural de um instrumento, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem cinco exemplos diferentes. Desta maneira, quando se objetiva utilizar o instrumento em outro país que fala o mesmo idioma, apenas a adaptação transcultural será suficiente; por outro lado, quando o estudo será realizado em outro país cujo idioma é diverso, será necessária a tradução juntamente com a adaptação transcultural, como é o caso da presente pesquisa.

Os demais cenários propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) estão descritos no QUADRO 1.

QUADRO 1 - CENÁRIOS PROPOSTOS PARA TRADUÇÃO E/OU ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

	CAMPO DE MUDANÇA		**ADAPTAÇÃO NECESSÁRIA**	
CENÁRIOS	Cultura	Língua	Tradução	Adaptação transcultural
População que apresenta a mesma cultura, língua, ou país de origem do questionário.	-	-	-	-
Imigrantes estabelecidos no país de origem do questionário.	SIM	-	-	SIM
Outro país, mesmo idioma.	SIM	-	-	SIM
Imigrantes recém-chegados no país de origem do questionário que não falam o idioma original.	SIM	SIM	SIM	SIM
Outro país, que fala outro idioma.	SIM	SIM	SIM	SIM

FONTE: Adaptado de GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993).

Após a conclusão das etapas de tradução e adaptação transcultural, é possível que se realize uma etapa adicional, a validação do instrumento. Todo o processo de tradução e de adaptação transcultural é planejado de modo a buscar assegurar a consistência no conteúdo e confrontar a validade entre as versões de origem e versão traduzida do instrumento. (BEATON et al., 2007).

Isso quer dizer que a versão resultante, quando finalizada, terá boa validade e confiabilidade quando o instrumento original também tiver. Todavia, as alterações realizadas no instrumento as quais ocorrem devido aos hábitos culturais dos diferentes grupos populacionais, mesmo quando sutis, podem alterar as propriedades estatísticas e psicométricas de um instrumento, sendo, portanto, altamente recomendado que, após ser traduzido, esse passe por etapas de validação. (BEATON et al., 2007; SANTO et al., 2015).

A validação é considerada um dos principais critérios que asseguram a qualidade do instrumento, pois aponta que ele mede de fato o fenômeno ao qual se destina, sendo, portanto, importante avaliar, antes de se utilizar, as suas propriedades psicométricas.

Por psicometria entende-se um ramo de estudo que teve seu início na psicologia e tem o objetivo de expressar, por meio de números e não apenas por descrição verbal, os fenômenos psicológicos, cujo uso em outras áreas se deu pela necessidade em precisar o grau de aptidão das pessoas avaliadas por meio de instrumentos válidos e confiáveis. (PASQUALI, 2009; COLARES; GREC; MACHADO, 2012).

Historicamente existem dois modelos teóricos de medidas psicométricas, a teoria clássica dos testes (TCT) e a moderna, também conhecida como teoria de resposta ao item (PASQUALI, 2013), sendo a TCT a mais utilizada pela comunidade científica, considerando que seu foco de avaliação é direcionado à qualidade do instrumento de medida, com o objetivo de garantir que os testes sejam válidos e confiáveis para mensurar comportamentos humanos e também por ser considerada mais simples de ser aplicada em comparação com a teoria de resposta ao item. (PASQUALI, 2013; SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

De acordo com a TCT, a validade pode ser avaliada de três modos diversos: validade de critério, validade de construto e validade de conteúdo. A validade de critério permite avaliar o grau com que um instrumento consegue

distinguir entre as pessoas que diferem em determinadas características, de acordo com um critério padrão externo; quando o instrumento e o critério são aplicados de forma simultânea, a validade é chamada concorrente, e quando o critério é avaliado no futuro, chama-se de validade preditiva. (PASQUALI, 2013).

A validade de construto, também conhecida como validade de conceito, é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos. Ela determina a adequação do construto à definição conceitual do fenômeno investigado, permite a validação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento bem como sua avaliação. É um processo contínuo, pois à medida que se avança no conhecimento sobre o fenômeno, novas hipóteses são construídas e novos testes empregados. (MCDOWELL, 2006).

No que se refere à validade de conteúdo, método de validação realizado no presente estudo, é, de acordo com Fayers e Machin (2007), um método que visa avaliar e confirmar se o instrumento pondera sobre toda a dimensão teórica do construto pretendido, apontando possíveis divergências no instrumento, avaliando também a aceitabilidade, a clareza, a compreensão e a relevância dos itens.

A avaliação da validade de conteúdo é importante para que se possam criar medidas novas, pois representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. (PASQUALI, 2013).

De uma maneira geral, ela consiste em uma avaliação que pode ser usada tanto para construção de novos instrumentos quanto para adaptação cultural de instrumentos de medida já existentes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) e respalda-se no julgamento do instrumento por um comitê de especialistas, que avalia o conteúdo dos itens bem como se esses são relevantes e representativos de um determinado construto. (FAYERS; MACHIN, 2007).

Entretanto, por ser um método de avaliação subjetivo, a seleção do comitê de especialistas deve ser bastante cuidadosa quanto à qualificação dos membros, por isso é imprescindível que esses tenham experiência clínica, realizem pesquisas na área de avaliação e conheçam os procedimentos metodológicos utilizados na construção e/ou na adaptação de instrumentos de

medida. (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016). Assim, é importante que a validade de conteúdo ocorra por meio de uma avaliação tanto qualitativa quanto quantitativa. (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). A avaliação qualitativa da validação de conteúdo tem como objetivo verificar a qualidade do instrumento, clareza, pertinência, relevância e representatividade dos itens do questionário bem como suas equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Já, para se realizar a parte quantitativa da validação de conteúdo, encontra-se na literatura que os métodos mais utilizados são: método da porcentagem de concordância entre os juízes, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o coeficiente de *Kappa.* (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para a sistematização da validação de conteúdo, uma das abordagens utilizadas é a técnica *Delphi*, que é entendida como um método de apreciação de informações o qual pode ser utilizado com o objetivo de alcançar um consenso entre um comitê de especialistas formado por profissionais *experts* em um determinado assunto, por meio de fases ou ciclos de validações. (CASTRO; RESENDE, 2009).

Esse método foi originalmente desenvolvido por volta do ano de 1950 por Norman Dalkey e Olaf Helmer na empresa *Rand Corporation* na Califórnia, Estados Unidos, para ser utilizado no planejamento estratégico durante a guerra e recebeu esse nome em homenagem ao oráculo grego de Delfos, famoso por suas previsões do futuro. (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

A aplicação da técnica *Delphi* tem como objetivo solucionar problemas e é alicerçada no uso do conhecimento estruturado, da experiência e da criatividade de pessoas especialistas em um determinado assunto, entendendo que o julgamento coletivo, quando bem organizado, pode ser melhor que uma única opinião, e que a evolução para a obtenção de um consenso representa a consolidação de um julgamento de um grupo de profissionais especialistas no assunto. (DALKEY; HELMER,1962).

A escolha dos especialistas é realizada de acordo com as características do profissional e deve ser avaliada com relação ao mérito do envolvimento dele no assunto a ser abordado, o tempo de atuação, os trabalhos desenvolvidos sobre o tema e a participação em projetos de pesquisa. (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Em resumo, a escolha dos especialistas deve ser

criteriosa, realizada com zelo e podem ser considerados especialistas somente profissionais com longa experiência no tema abordado.

A operacionalização da técnica Delphi é realizada da seguinte maneira: primeiramente seleciona-se o grupo de especialistas e faz-se o convite para participação no estudo; um questionário padrão para avaliar o conteúdo do instrumento é elaborado e, na primeira rodada de opiniões, esse questionário é enviado ao grupo de especialistas e é estabelecida uma data para o retorno. A partir do retorno das respostas, essas são analisadas qualitativa e quantitativamente. (SCARPARO et al, 2012).

As questões que já tiverem obtido um consenso entre os especialistas são retiradas, o questionário é revisado pelo pesquisador que o envia novamente aos participantes com as informações dos resultados alcançados na primeira rodada (o processo de devolutiva dos resultados é chamado de *feedback*). (SCARPARO et al, 2012).

Após esta etapa inicia-se a segunda rodada de opiniões, na qual os participantes, mantendo-se o anonimato, julgam novamente as afirmativas com base nas análises estatísticas e respostas dos outros componentes do grupo. Os especialistas realizam novamente o retorno com as respostas e o processo se repete até que se atinja o consenso, que será delimitado pelo pesquisador de acordo com a metodologia empregada. (SCARPARO et al, 2012).

O processo de repetição das rodadas permite que os especialistas reavaliem as respostas dadas anteriormente tomando como base as justificativas dadas pelos demais participantes, reduzindo assim, o número de divergências e buscando encontrar um consenso. (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

O número de rodadas dependerá das características do grupo, bem como da complexidade do assunto, porém, em artigo de reflexão sobre a técnica, Scarparo e colaboradores (2012) afirmam que é comum e desejável a ocorrência de duas ou três rodadas.

Oliveira, Costa e Wille (2008) apontam que existem algumas características que definem a técnica *Delphi* e a diferenciam de outros processos de julgamento, são elas: o anonimato, *feedback* controlado, flexibilidade, uso de especialistas, consenso e interatividade.

O QUADRO 2 aponta quais seriam as vantagens e desvantagens do método de acordo com as suas principais características:

QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS DA TÉCNICA DELPHI, SUAS VANTAGENS E DESVANTAGENS

Características	Vantagens	Desvantagens
Anonimato	Garante a igualdade de expressão das ideias possibilitando que os indivíduos interajam com maior tranquilidade, ainda que sejam discutidos assuntos considerados delicados ou polêmicos.	
Feedback	Possibilita uma revisão do que foi discutido e quais as opiniões dos demais participantes. Evita que o objeto de estudo seja desviado. Reduz ruídos. Auxilia na fixação no grupo do objetivo do estudo.	Pode ser subjetivo e tendencioso, correndo o risco de que sejam excluídos da análise pontos que foram discordantes entre os participantes.
Flexibilidade	Permite que os participantes recebam e façam comentários, deem opiniões e argumentem com os demais, durante o processo, fazendo com que seja possível rever as posições de acordo com a visão do outro. Supera as barreiras de comunicação.	Deve-se ter cuidado para que a maneira como a interação é criada não force os participantes a criarem consensos artificiais ou que estes aceitem de forma passiva a opinião dos outros.
Uso de especialistas	Faz com que os conceitos abordados, as apreciações e opiniões sejam realizados por pessoas que entendem do assunto, sendo considerados julgamentos confiáveis.	É possível que a apreciação realizada por especialistas no assunto seja feita de modo demasiadamente rápido.
Consenso	Possibilita uma sinergia de opinião entre os participantes. Identifica e busca estabelecer quais são os motivos das divergências de opinião.	Corre o risco de que um consenso artificial seja criado.
Interatividade	Cria uma relação não hierárquica, fazendo com que todos os participantes tenham o direito de respostas e opiniões e que estas sejam partilhadas igualmente. Adéqua respostas, pois, de uma maneira geral, permite a exclusão de opiniões excêntricas e fora do contexto. Permite um aprendizado recíproco.	Pode fazer com que o sincronismo, permitido pelo uso da *internet,* diminua a possibilidade de respostas mais complexas e elaboradas.

FONTE: Adaptado de OLIVEIRA; COSTA; WILLE (2008).

Ainda que não tenha sido inicialmente concebida para este fim, a técnica *Delphi* tem sido bastante utilizada na área da saúde e da enfermagem. Ela permite que profissionais com experiências diversas e pesquisadores *experts* em determinados assuntos possam colaborar para a construção de consensos de opiniões sobre temas da área da saúde, facilitando a discussão de aspectos relevantes para o futuro da profissão. (SCARPARO et al, 2012).

Optou-se por utilizar, nesta pesquisa os termos “Técnica *Delphi*” e “Método *Delphi*” como sinônimos, por serem os dois termos usuais na literatura e representarem um só método.

3 METODOLOGIA

Neste item são apresentadas as características da pesquisa, local, período, procedimentos metodológicos, análises de dados e aspectos éticos de todas as etapas realizadas.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica que tem por finalidade a investigação de métodos para coleta e preparo dos dados como, por exemplo, o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos que contribuem para guiar pesquisas com rigor. (LIMA, 2011).

Foram realizadas a tradução, a adaptação transcultural e a validação do instrumento HK-LS com base na diretriz proposta por Beaton e colaboradores (2000), a qual é composta por seis estágios. Essa diretriz foi empregada nesta pesquisa por ser a mais utilizada em processos de tradução e de adaptação transcultural no Brasil e no mundo. (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2015; SCHARDOSIM et al., 2014; FREITAS et al., 2014).

As etapas propostas por Beaton et al. (2000) são: 1. Tradução inicial, 2. Síntese das Traduções, 3. Retrotradução, 4. Comitê de especialistas, 5. Pré-teste, 6. Apresentação da Documentação para os Desenvolvedores

Os autores propõem, ainda, uma etapa adicional chamada “Testes adicionais à versão adaptada”, nesse sentido, após a tradução e a adaptação transcultural foi realizada a validação de conteúdo por meio da técnica *Delphi online*.

A técnica Delphi *online* consiste em uma adaptação do método *Delphi* Clássico em que são conservadas as mesmas características como o anonimato, o *feedback* e a representação estatística, porém, é realizada via *internet* de forma assíncrona. Nesse método, os resultados são apresentados pela rede de computadores para que possam ser avaliados pelos pesquisadores auxiliando no preenchimento das etapas seguintes. A técnica *online* exclui a necessidade de utilização dos correios para envio dos

questionários e materiais informativos, reduzindo custos e tempo de realização da pesquisa. (GIOVINAZZO, 2001).

Nesta pesquisa não foi estabelecido um número mínimo ou máximo de rodadas de validação, sendo definido valores de IVC ≥0,8 para todas as questões avaliadas pelo instrumento, como o critério de finalização.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida no período de março de 2016 a outubro de 2017. As etapas de tradução e retrotradução ocorreram via online e nas dependências do Campus Jardim Botânico, Bloco Didático II da Universidade Federal do Paraná, localizado na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632, no Setor de Ciências da Saúde no período de setembro a novembro de 2016.

O pré-teste, etapa 5 do processo de tradução e de retrotradução, que compreende a aplicação do instrumento traduzido e adaptado, foi realizada no mês de novembro de 2016 na sala de espera da unidade de saúde Taiz Viviane Machado, localizada no bairro Cidade Industrial do município de Curitiba, Paraná. A escolha por essa unidade de saúde se deu pela facilidade de acesso e pelos atributos da população, que apresentava diferentes faixas etárias, ambos os sexos, renda variável e histórico familiar e de hipertensão diversificados, características semelhantes à amostra utilizada para o desenvolvimento da escala original.

A etapa de validação de conteúdo foi realizada via *online* no período de dezembro de 2016 a março de 2017 com o auxílio dos programas *Google Forms®, e-mail, Microsoft Word® e Skype®.* A rodada 1 do processo de validação de conteúdo ocorreu do dia 01 de dezembro de 2016 ao dia 22 de janeiro de 2017, a rodada 2 foi realizada entre os dias 07 de fevereiro e 01 de março de 2017 e a reunião de consenso ocorreu dia 17 de março de 2017 por meio de um encontro nas dependências do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúdo do Adulto, localizado no Campus Jardim Botânico, Bloco Didático II da Universidade Federal do Paraná.

3.3 PARTICIPANTES

Neste item são descritas, separadamente, as etapas propostas por Beaton e colaboradores (2000).

3.3.1 Recrutamento e número de participantes da etapa de tradução e adaptação transcultural do instrumento

Fez parte dessas etapas um total de 46 pessoas:

Tradução: participaram desta etapa dois tradutores bilíngues (inglês e português) distintos, sendo um enfermeiro, conhecedor dos conceitos e do tema abordado pelo instrumento e um tradutor ingênuo, profissional não pertencente à área da saúde que não recebeu informações acerca dos conceitos quantificados. O recrutamento dos tradutores ocorreu por meio de uma carta convite enviada via *e-mail*, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) e o instrumento HK-LS na versão original a ser traduzido (ANEXO 1). Posteriormente ao aceite de participação, um novo *e-mail* com informações detalhadas sobre o projeto, a metodologia empregada e demais recomendações para tradução e adaptação transcultural foi enviado aos participantes.

Retrotradução: fizeram parte desta etapa dois tradutores bilíngues (inglês e português) que não participaram da etapa de tradução. Ambos com fluência na língua de destino e professores de língua inglesa, sendo um professor universitário, pesquisador e metodologista.

O recrutamento dos retrotradutores ocorreu por meio de uma carta convite enviada via *e-mail,* juntamente com o TCLE (APÊNDICE 1) e a síntese das traduções do instrumento realizadas na fase anterior.

Comitê de especialistas: compuseram o comitê de especialistas seis profissionais, além da pesquisadora principal e da orientadora, foram eles: dois profissionais responsáveis pela tradução, dois profissionais responsáveis pela retrotradução, uma doutora em enfermagem que atua como professora universitária e uma enfermeira mestre com experiência na área de saúde do adulto e HAS.

Pré-teste: participaram desta etapa 40 adultos cadastrados na unidade de saúde Taiz Viviane Machado. O número de adultos selecionados para a realização do pré-teste, etapa final do processo de adaptação, foi definido de acordo com Beaton et al. (2000), que considera um número ideal para esta etapa de 30 a 40 pessoas.

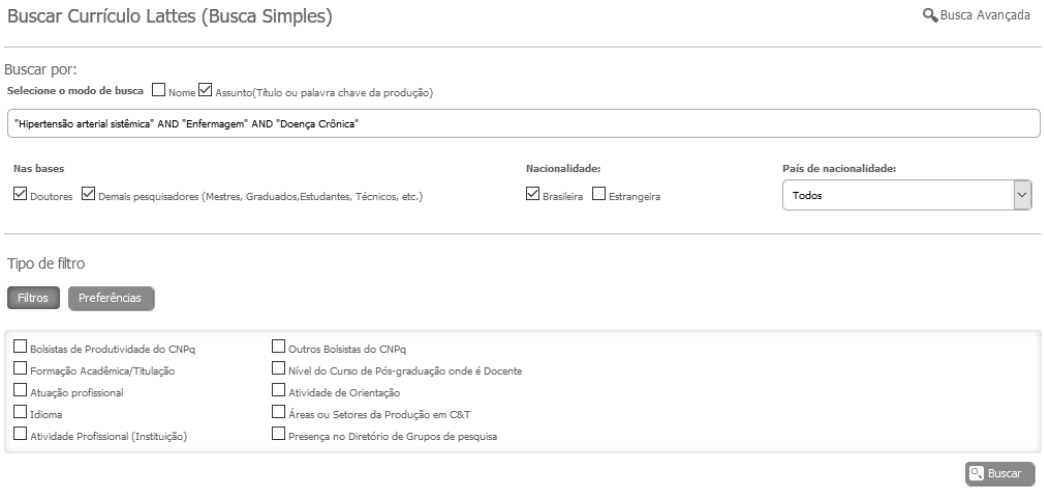
O recrutamento dos adultos para etapa de pré-teste do instrumento traduzido foi realizado mediante uma reunião com os enfermeiros da unidade de saúde selecionada, com o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa. Posteriormente, foram fixados cartazes (APÊNDICE 2) em locais de maior circulação de pessoas na unidade de saúde selecionada para sediar a pesquisa.

Foram critérios de inclusão nesta etapa: ser adultos, saber ler e escrever e se dispor voluntariamente a responder o instrumento. O critério de exclusão foi: possuir qualquer fator limitante que impossibilitasse a leitura e o preenchimento do instrumento. Todos os adultos participantes desta etapa assinaram o TCLE (APÊNDICE 3).

3.3.2 Recrutamento e número de participantes da etapa adicional, “Testes adicionais à versão adaptada” - validação de conteúdo

O recrutamento dos *experts* ocorreu no dia 10 de novembro de 2016 por meio de busca simples pelo “Assunto (título ou palavra chave da produção)” no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com as palavras-chave: "Hipertensão arterial sistêmica" AND "Enfermagem" AND "Doença Crônica” (FIGURA 1).

FIGURA 1- BUSCA POR EXPERTS



FONTE: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (2016).

Dessa busca inicial resultou um quantitativo de 241 pesquisadores, procedendo-se a leitura de todos os currículos encontrados para verificar se o pesquisador atendia aos critérios de elegibilidade.

Para a definição dos critérios de elegibilidade, utilizou-se uma adaptação dos critérios de seleção de Fehring (1994), sendo critérios de inclusão: ser enfermeiro, possuir mestrado ou doutorado na área da saúde e trabalhar ou ter trabalhado com hipertensão arterial sistêmica recentemente, nos últimos cinco anos. Critério de exclusão: não ter atualizado o currículo na plataforma Lattes nos últimos 12 meses anteriores à busca.

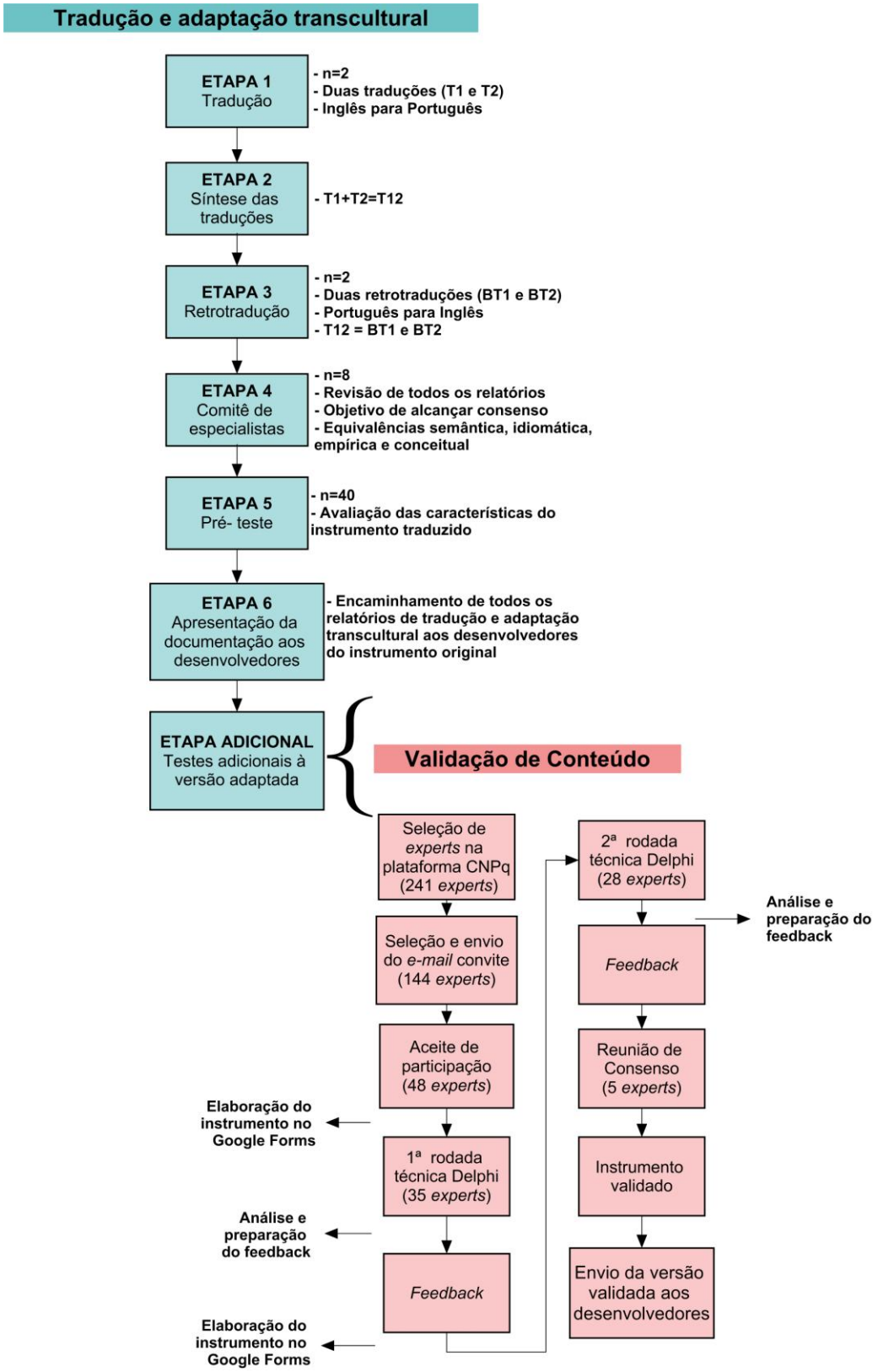
Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 144 pesquisadores para os quais foram enviados convites para a participação do processo de validação.

Na rodada 1 do processo de validação de conteúdo participaram 35 *experts* de todas as regiões do Brasil, na rodada 2 um total de 28, também de todas as regiões do Brasil e da reunião de consenso cinco.

3.4 COLETA DE DADOS

Os procedimentos para a coleta de dados aconteceram de acordo o fluxograma apresentado na FIGURA 2.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA NAS ETAPAS DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA *HYPERTENSION KNOWLEGDE-LEVEL SCALE* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL



FONTE: a autora (2017).

Etapa 1 - Tradução: o objetivo desta etapa foi realizar a tradução inicial do instrumento do idioma original para o idioma de destino. Cada tradutor, após recebimento das orientações de tradução e do instrumento original, produziu uma versão distinta chamadas de **T1** e **T2**.

Etapa 2 - Síntese das traduções: esta etapa consistiu em uma reunião entre os dois tradutores iniciais, o pesquisador principal e o pesquisador orientador para discussão, comparação e síntese dos resultados das traduções. Neste estágio, foram realizadas as reformulações necessárias, as quais deram origem a uma versão do questionário chamada de **T12** (APÊNDICE 4).

Etapa 3 - Retrotradução: o objetivo desta etapa foi retrotraduzir o instrumento, realizando a tradução de volta do idioma final para o idioma de origem. Os retrotradutores trabalharam em cima da versão **T12** e cada um produziu uma versão diferente chamada **BT1** e **BT2**. Com isso pretendeu-se avaliar se o conteúdo da versão obtida era semelhante ao original (APÊNDICE 5).

Etapa 4 - Comitê de especialistas: após a retrotradução, foi realizada uma nova síntese das traduções por meio de uma reunião de consenso realizada por um comitê de especialistas. Esse comitê comparou tanto as versões traduzidas como as retrotraduzidas com a finalidade de produzir a versão chamada de **pré-final** do questionário (APÊNDICE 6). Para tanto, ocorreu também a análise das equivalências semântica, idiomática, de experiência e conceitual, conforme previsto por Beaton et al. (2000). Nesta etapa, os especialistas recomendaram a inserção, junto ao instrumento, de um glossário de termos técnicos de forma a facilitar o entendimento.

Etapa 5 – Pré-teste: para a realização do pré-teste foi utilizada a versão do instrumento produzida na etapa 4, chamada de versão **pré-final**. Participaram, respondendo a esta etapa, 40 adultos.

Para esta etapa, foi elaborado um questionário de caracterização dos participantes com dados sociodemográficos e, para a avaliação do instrumento, foi elaborado um roteiro composto por duas questões de múltipla escolha sobre entendimento e escrita e uma questão aberta para sugestões (FIGURA 3).

FIGURA 3 – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NO PRÉ-TESTE

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO
1 – O (A) senhor(a) entendeu todas as questões? Sim ( ) Não ( ) Em partes ( ) 2 – O (A) senhor(a) achou fácil o modo em que elas estão escritas? Sim ( ) Não ( ) Em partes ( ) 3 – O (A) senhor(a) tem algum comentário ou sugestão para melhorar o instrumento? SUGESTÕES:_____ _____ _____

FONTE: a autora (2017).

Etapa 6 - Apresentação da documentação para os desenvolvedores: esta etapa consistiu na submissão de todos os relatórios e formulários produzidos durante as etapas de tradução e adaptação ao autor de correspondência do artigo que publicou o instrumento HK-LS na sua versão original.

Etapa adicional - Testes adicionais à versão adaptada - validação de conteúdo: a validação de conteúdo por meio da técnica Delphi *online* modificada ocorreu com o auxílio da plataforma *Google Forms*®. Esta plataforma faz parte de um pacote de ferramentas de uso gratuito oferecido pela empresa Google® que permite a elaboração de um formulário personalizado *online* o qual pode ser disponibilizado via *internet* para os pesquisadores participantes. Quando o *expert* finaliza a sua participação, ele envia suas respostas, as quais ficam salvas em um banco de dados online que pode ser visualizado apenas pelo criador do formulário, neste caso, o pesquisador principal.

Para iniciar a rodada 1 do processo de validação, foi elaborado um instrumento composto por duas partes: a primeira, de caracterização dos participantes, contendo variáveis sóciodemográficas, profissionais e acadêmicas e, a segunda, de avaliação dos itens do instrumento em que o *expert* avaliou sua aparência, clareza, aplicabilidade, conceitos, linguagem e se o conteúdo de cada questão estava adequado ao que se propunha a medir.

Cada questão foi avaliada por meio de uma escala *Likert* de 1 a 4 pontos, na qual 1 representava que o pesquisador considerava o item não

adequado e 4 indicava que o pesquisador considerava o item muitíssimo adequado QUADRO 3.

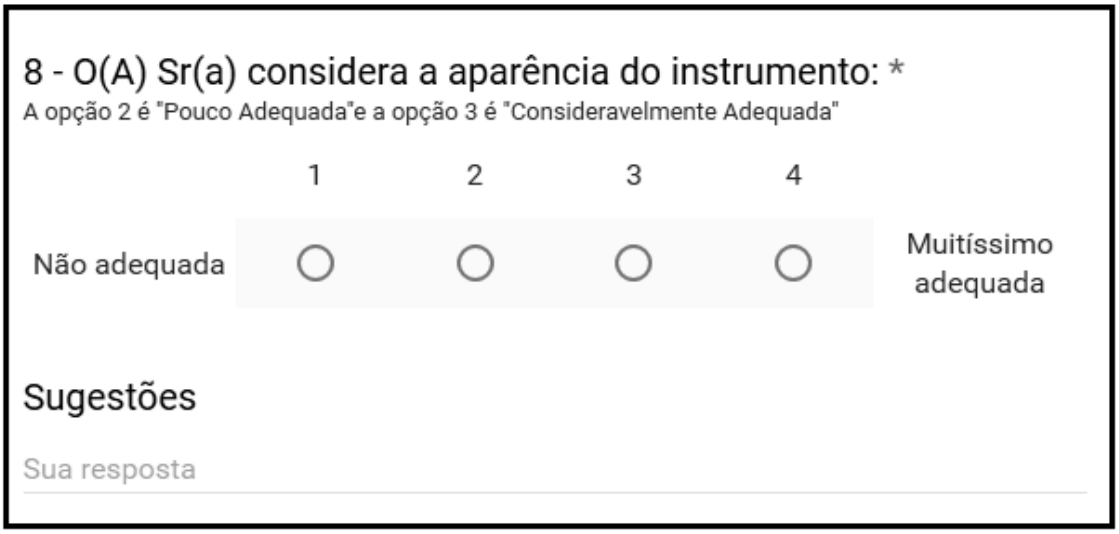
QUADRO 3 – PONTUAÇÕES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PARA A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

PONTUAÇÃO	**CRITÉRIO**
1	Não adequado
2	Pouco adequado
3	Consideravelmente adequado
4	Muitíssimo adequado

FONTE: a autora (2017).

Após avaliar cada questão pela escala *Likert,* o *expert* tinha disponível um espaço destinado a escrever por extenso as suas sugestões de melhoria para cada item que estava sendo avaliado (FIGURA 4).

FIGURA 4 – EXEMPLO DE PERGUNTA DO FÓRMULARIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA PLATAFORMA *GOOGLE FORMS*®



FONTE: a autora (2017).

Para o início da rodada 1, foi enviado aos pesquisadores um *e-mail* informando sobre o processo de validação, o projeto e a técnica utilizada, instruções para validação do instrumento, informações sobre a participação na reunião de consenso, o instrumento traduzido e adaptado, os resultados obtidos no pré-teste do instrumento e o *link* do *Google Forms*® para o preenchimento.

Após o recebimento das respostas dos 35 *experts* que participaram dessa rodada, as questões pontuadas por meio da escala *Likert* foram analisadas quantitativamente mediante aplicação de testes psicométricos e as sugestões por escrito, recebidas em cada item de avaliação, foram analisadas qualitativamente.

Todas as questões que obtiveram IVC < 0,8 sofreram alterações com base nas sugestões recebidas, e as demais afirmativas estudadas e avaliadas quanto à possibilidade em acatar ou refutar as sugestões enviadas pelos participantes. Foram acatadas aquelas consideradas pertinentes por melhorar o entendimento e a clareza dos itens.

A partir do estudo das respostas dos *experts,* elaborou-se um documento de *feedback* contendo todas as sugestões recebidas e a justificativa para que elas fossem acatadas ou refutadas. Esse documento foi enviado para todos os participantes da rodada 1 e serviu de suporte para que esses respondessem à etapa seguinte.

Para o início da rodada 2, um novo formulário na plataforma *Google Forms*® foi criado; as questões que já haviam alcançado um índice de validação de conteúdo desejável (≥0,8) e não haviam sofrido nenhuma alteração foram retiradas do instrumento de avaliação, mantendo-se somente aquelas que sofreram alguma alteração.

Após o recebimento das respostas dos 28 *experts* que participaram da rodada 2, as questões pontuadas por meio da escala *Likert* foram analisadas quantitativamente mediante aplicação de testes psicométricos e, da mesma forma,as sugestões recebidas por escrito em cada item de avaliação.

Novamente todas as sugestões foram estudadas e avaliadas quanto à possibilidade em acatá-las ou refutá-las e, a partir das sugestões recebidas, foi elaborado outro documento de *feedback,* o qual foi encaminhado aos participantes via *e-mail.*

Ao final da rodada 2, todos os itens avaliados obtiveram um valor de IVC considerado aceitável, sendo assim, foram dadas por encerradas as rodadas de validação e enviado um convite aos participantes para a reunião de consenso, que visou estudar todas as alterações realizadas durante as rodadas de validação de conteúdo e estabelecer um consenso sobre a versão validada

da HK-LS em português do Brasil (APÊNDICE 7). A reunião de consenso foi realizada com cinco *experts*.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Tradução e adaptação transcultural: foram analisados qualitativamente os dois relatórios escritos para cada versão traduzida do inglês para o português (T1 e T2), na etapa 1, bem como o relatório do consenso desta fase que deu origem à versão T12 do instrumento, levando em consideração as equivalências semântica, idiomática, empírica, conceitual.

Posteriormente foram analisados, também qualitativamente, os dois relatórios (BT1 e BT2) de cada versão retrotraduzida na etapa 3 e, na sequência, o comitê de especialistas, mediante avaliação de todos os relatórios produzidos nas etapas precedentes e do questionário original, analisaram as alterações dos itens. Foi também analisado o relatório do parecer do comitê de especialistas para a versão pré-final do questionário, bem como as considerações e ajustes dos desenvolvedores do instrumento original.

Etapa adicional - Validação de conteúdo: nesta fase, para as variáveis quantitativas, os resultados foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, máximos e desvio padrão, para as variáveis qualitativas, os resultados foram descritos por meio de frequências e percentuais.

Para medir quantitativamente o grau de concordância entre os *experts,* foi aplicado o IVC. Esse índice mede a proporção ou porcentagem de *experts* que estão de acordo sobre determinados elementos do instrumento; com ele, é possível avaliar cada item individualmente e, posteriormente, o instrumento como um todo. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC é obtido por meio da soma de concordância dos itens pelos *experts*, considerando concordante aquele que assinala as opções “3” ou “4”. A fórmula para o cálculo constitui-se do número de *experts* que estavam de acordo com a questão, dividido pelo número de *experts* total participantes (FIGURA 5). O valor de IVC ≥0,8 foi estabelecido baseando-se em revisão bibliográfica, a qual encontrou como níveis de consenso entre os especialistas, para este tipo de avaliação, valores entre 0,5 e 0,8 (CASTRO; RESENDE,

2009), porém, sabe-se que quanto maior o IVC, melhor a concordância entre os *experts*.

FIGURA 5 - FÓRMULA PARA CÁLCULO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO

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

FONTE: ALEXANDRE; COLUCI (2011).

Para verificar a consistência interna do questionário utilizado pelos *experts* para a validação de conteúdo da escala, foi aplicado o coeficiente *Alfa de Cronbach* por ser um dos principais parâmetros de avaliação de confiabilidade de instrumentos de medição, sendo largamente utilizado em diversas áreas do conhecimento, principalmente na área da saúde e enfermagem. (MATTHIENSEN, 2011).

Nas áreas de ciências sociais e da saúde, a consistência i*nterna de um teste ou de um questionário* é utilizada para dizer que os itens que o compõem estão medindo conceitos e construtos iguais, e que as respostas devem ser coerentes e confiáveis. Nesse sentido, a confiabilidade de um teste poderá indicar se as diferenças encontradas nas pontuações obtidas são decorrentes de variações reais ou apenas de erros casuais. Ela também se refere à estabilidade dos resultados de um teste, ou seja, ao grau de consistência e precisão dos escores. (CRONBACH, 1951).

Embora a utilização do *Alfa de Cronbach* esteja bem estabelecida na literatura científica, não existe um consenso entre os pesquisadores sobre os valores para interpretação de resultados. Nunally (1978) aponta que valores de *Alfa de Cronbach* a partir de 0,7 seriam considerados aceitáveis na avaliação da confiabilidade. Sendo assim, estabeleceu-se, para esta pesquisa, o valor mínimo de 0,7.

As análises estatísticas de todas as etapas da pesquisa foram realizadas com o apoio do Laboratório de Estatística Aplicada da Universidade Federal do

Paraná (LEA-UFPR), utilizando-se os softwares *Libre Office e o RStudio*. Foram analisados os questionários preenchidos pelos adultos e utilizado o coeficiente *Alfa de Cronbach* para análise da confiabilidade (consistência interna do instrumento) bem como o teste *t* unilateral para comparação de grupos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar o processo de tradução e de adaptação transcultural, foi solicitada a autorização, por meio de *e-mail,* à autora de correspondência responsável pelo estudo que originou o instrumento *Hypertension Knoledge-Level Scale,* a qual respondeu autorizando seu uso (ANEXO 2).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná com o parecer número 1.689.333 e CAAE 57477316.1.0000.0102. (ANEXO 3) e, após a aprovação, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba, Paraná, e obteve o consentimento para a realização da etapa do pré-teste sob o protocolo 104/2016 (ANEXO 4).

4 RESULTADOS

Nesse capítulo são apresentados os resultados de todas as etapas do processo de tradução, de adaptação transcultural e da validação de conteúdo do instrumento *Hypertension Knowledge Level-Scale* para o português do Brasil. Apresenta-se a síntese das principais discussões e as modificações que ocorreram em cada etapa, bem como as justificativas para essas modificações. A critério de entendimento, este capítulo será dividido em dois subcapítulos: Resultados da Tradução e da adaptação transcultural e Resultados da Validação de Conteúdo.

4.1 RESULTADOS DA TRADUÇÃO E DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Nas etapas de tradução e de adaptação transcultural, os itens e sugestões foram estudados e discutidos quanto à possibilidade de realizar as modificações necessárias.

4.1.1 Etapas 1 e 2 – Tradução inicial e síntese das traduções

Nas etapas 1 e 2, as divergências entre as traduções foram discutidas e, posteriormente, escolhidas aquelas que os pesquisadores consideraram mais adequadas ao contexto brasileiro, obtendo concordância entre todos os participantes.

Com relação às orientações de utilização do instrumento, a maior divergência entre as versões T1 e T2 foi relacionada ao termo em inglês ***drug compliance***, traduzido pela tradutora 1 como “aderência aos medicamentos” e pela tradutora 2 como “adesão medicamentosa”. Em reunião de síntese das traduções foi optado pelo termo “adesão medicamentosa” por ser considerado mais usual no idioma português.

Ainda sobre as orientações de utilização do instrumento, outra alteração realizada na etapa 2, síntese das traduções, foi a modificação do tempo verbal **passado** para o **presente**, por considerar ser o tempo verbal mais adequado para descrever como deve ser utilizado e pontuado um instrumento avaliativo.

As demais divergências encontradas entre as traduções foram consideradas palavras sinônimas que não alterariam o sentido da frase, sendo optado, na etapa de síntese das traduções, pela palavra mais usual no país.

Algumas das alterações nas orientações de uso do instrumento nas versões original, T1, T2 e T12 estão descritas no QUADRO 4.

QUADRO 4 - EXEMPLO DAS ALTERAÇÕES NAS ORIENTAÇÕES DE USO DO INSTRUMENTO NAS VERSÕES ORIGINAL, T1, T2 E T12

Original	**T1**	**T2**	**T12**
***Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale* (HK-LS)**	Escala sobre o Nível de Conhecimento sobre Hipertenção	Formulário original de Escala de Nível de Conhecimento de Hipertensão (ENCH)	Formulário original da Escala de Nível de Conhecimento da Hipertensão (ENCH)
***The scale had 22 items with 6 sub dimensions*.**	A escala **tinha** 22 itens com 6 subdimensões	A escala **possuía** 22 itens com 6 subdimensões.	A escala **tem** 22 itens com 6 subdimensões.
4 items"*drug compliance*": item number 3,4,5,12.	4 itens "**aderência aos medicamentos**" itens números 3,4,5,12.	4 itens "**adesão medicamentosa**" : itens números 3,4,5,12.	4 itens "**adesão medicamentosa**": itens números 3,4,5,12.

FONTE: a autora (2017).

No que concerne às questões do instrumento em si, as de número 1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 18 foram as que apresentaram os termos que obtiveram divergência entre as traduções. As divergências encontradas, bem como o consenso entre os pesquisadores, são descritos a seguir:

- ***Increased blood pressure***: traduzido como "pressão sanguínea aumentada" (T1) e "pressão arterial alta" (T2). Optou-se por "pressão arterial aumentada". A palavra "arterial" foi eleita por ser considerado o termo mais usado no Brasil e a palavra "aumentada" foi escolhida por ser a tradução literal do termo em inglês *increased*;
- ***Medications; Drugs:*** traduzidos como "medicação" (T1) e "medicamento" (T2) nas questões 4, 6, 8 e 9; e traduzidos como "drogas" (T1) e "remédios" (T2) nas questões 7 e 12. Optou-se por

utilizar o termo “medicamentos” em todas as afirmativas, por considerar que esse atende à necessidade e é habitual no país;

- ***Everyday:*** traduzido como “todos os dias” (T1) e “diariamente (T2), foi optado pelo termo “diariamente” por considerar ser um termo enraizado na cultura brasileira e entendido pela população em geral.

- ***Boiling or grilling***: traduzidos como “fervido ou grelhado” (T1) e “ferver ou grelhar” (T2); foi realizada a adaptação transcultural por considerar que a palavra correspondente a *boiling*, traduzida literalmente como ferver no português, não é uma palavra consumada no que se refere aos métodos de cozimento de alimentos na cultura brasileira, sendo alterado para “refogar ou grelhar”

- ***Strokes*****:** traduzido como “AVC/derrame” (T1) e “derrame” (T2). Optou-se por deixar a composição “AVC/derrame” por entender que o instrumento será aplicado na população em geral, e que tal composição abrangeria uma parcela maior de pessoas.

Para a elaboração da versão síntese, T12, foi encontrada a necessidade de adaptação transcultural em apenas um item e, para todas as demais divergências entre as versões, optou-se por uma das versões de tradução (T1 ou T2) ou por uma composição delas.

A seguir, o QUADRO 5 apresenta parte das versões Original, T1, T2 e T12 do instrumento.

QUADRO 5 - EXEMPLO DAS ALTERAÇÕES REALIZADAS NAS QUESTÕES 1, 4, 7, 8, 9, 11 E 18 DO INSTRUMENTO

Afirmações	**T1**	**T2**	**T12**
1) ***High diastolic or systolic blood pressure indicates increased blood pressure*****.**	Pressão diastólica ou sistólica **do sangue** alta indica **pressão sanguínea aumentada.**	*Pressão **arterial** diastólica ou sistólica alta indica **aumento da pressão arterial.***	Pressão **arterial** diastólica ou sistólica aumentada indica **aumento da pressão arterial**.
4) ***If the medication for increased blood pressure can control blood pressure, there is no need to change lifestyles.***	Se a **medicação** para pressão sanguínea aumentada pode controlar a pressão do sangue, não há necessidade de **mudar** estilos de vida.	Se o **medicamento** para pressão arterial alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de **mudança** no estilo de vida.	Se o **medicamento** para pressão arterial aumentada pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de **mudança** no estilo de vida.
7) ***Drugs for increased blood pressure must be taken everyday*****.**	**Drogas** para pressão sanguínea aumentada devem ser tomadas **todos os dias.**	**Remédios** para aumento de **pressão arterial** devem ser tomados **diariamente.**	**Medicamentos** para aumento da pressão arterial devem ser tomados **diariamente.**
8) ***Individuals with increased blood pressure must take their medication only when they feel ill*****.**	Indivíduos com pressão sanguínea aumentada devem tomar suas **medicações somente** quando eles se sentem doentes.	Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus **medicamentos apenas** quando se sentirem doentes.	Indivíduos com pressão arterial aumentada devem tomar seus **medicamentos somente** quando eles se sentem doentes.
9) ***Individuals with increased blood pressure must take their medication throughout their life*****.**	Indivíduos com pressão sanguínea aumentada devem tomar suas **medicações** por toda a sua vida.	Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus **medicamentos** por toda a sua vida.	Indivíduos com pressão arterial aumentada devem tomar seus **medicamentos** por toda a sua vida.
11) ***For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is boiling or grilling*****.**	Para indivíduos com pressão sanguínea aumentada, os melhores métodos de cozimento são **fervido ou grelhado.**	Para indivíduos com pressão arterial alta, os melhores métodos de cozimento são **ferver ou grelhar.**	Para indivíduos com pressão arterial aumentada, os melhores métodos de cozimento são **refogar ou grelhar**.
18) ***Increased blood pressure can cause strokes, if left untreated*****.**	Pressão sanguínea aumentada pode causar **AVC/ derrame** se não for tratada.	A pressão arterial alta pode causar **derrame**, se não tratada.	Pressão arterial aumentada pode causar **AVC/ derrame** se não for tratada.

FONTE: a autora (2017).

4.1.2 Etapa 3 - Retrotradução

Na etapa de retrotradução, com relação às orientações de utilização do instrumento, as versões BT1 e BT2 foram idênticas em oito (66,7%) afirmativas (QUADRO 6). Todas as diferenças de retrotraduções foram consideradas palavras sinônimas, sendo que a única diferença expressiva encontrada entre as versões BT1 e BT2 com o instrumento original foi o tempo verbal alterado na etapa 2, síntese das traduções, do **passado** para o **presente**.

QUADRO 6 - ORIENTAÇÕES DE USO DO INSTRUMENTO NAS VERSÕES ORIGINAL, BT1 E BT2

Original	BT1	BT2
Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	*Original form of the Knowledge-Level Scale (HK-LS)*	*Original questionnaire for the Hypertension Knowledge-Level Scale.*
The maximum score was 22 for the entire scale.	*The maximum score **is** 22 for the whole scale.*	*The maximum score **is** 22 for the whole scale.*
2 items "definition": item number 1,2.	*2 items "definition": items 1,2.*	*2 items "definition": items 1,2.*
4 items "medical treatment": item number 6,7,8,9.	*4 items "medical treatment": items 6,7,8,9*	*4 items "medical treatment": items 6,7,8,9.*
4 items "drug compliance": item number 3,4,5,12.	*4 items "drug compliance": items 3,4,5,12.*	*4 items "treatment compliance": items 3,4,5,12.*
5 items "complications": item number 18,19,20,21,22.	*5 items "complications": items 18,19,20,21,22.*	*5 items "complications": items: 18,19,20,21,22.*

FONTE: a autora (2017).

No que tange às questões do instrumento, as principais diferenças encontradas entre as retrotraduções foram relacionadas aos mesmos termos em inglês descritos na etapa de tradução, conforme quadro abaixo. Constatou-se que as duas retrotraduções eram similares à original em todas as afirmativas. Sendo assim, a versão T12 do instrumento condiz com a original.

QUADRO 7 - EXEMPLOS DE QUESTÕES QUE OBTIVERAM DIFERENÇAS ENTRE AS RETROTRADUÇÕES NAS VERSÕES ORIGINAL, BT1 E BT2

Original	BT1	BT2
1) High diastolic or systolic blood pressure indicates increased blood pressure.	***High diastolic or systolic blood pressure*** *indicates high blood pressure.*	***Increased diastolic or systolic blood pressure*** *indicates increased blood pressure.*
4) If the medication for increased blood pressure can control blood pressure, there is no need to change lifestyles.	*If the* ***medication*** *for high blood pressure can control it, there is no need for a change in lifestyle.*	*Since* ***medicines*** *can keep blood pressure under control, there is no need for lifestyle changes.*
5) If individuals with increased blood pressure change their lifestyles, there is no need for treatment.	*If individuals with* ***high blood pressure*** *change their lifestyles, there is no need for treatment.*	*If individuals with* ***hypertension (increased blood pressure)*** *change their lifestyle, there is no need for treatment.*
7) Drugs for increased blood pressure must be taken everyday.	***Medication*** *for high blood pressure must be taken daily.*	***Medicines*** *for increased blood pressure must be taken daily.*
8) Individuals with increased blood pressure must take their medication only when they feel ill.	*Individuals with high blood pressure must take their* ***medication*** *only when they feel sick.*	*Individuals with increased blood pressure must take their* ***medicines*** *only when they feel sick.*
11) For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is boiling or grilling.	*For individuals with high blood pressure, the best cooking methods are* ***boiling/braising and grilling.***	*For individuals with hypertension* ***boil and grill*** *are the best methods of cooking.*
18) Increased blood pressure can cause strokes, if left untreated.	*High blood pressure can cause* ***strokes*** *if it is not treated.*	*Hypertension (high blood pressure) may cause* ***stroke*** *if not treated.*
21) Increased blood pressure can cause kidney failure, if left untreated.	*High blood pressure can cause kidney failure,* ***if it is not treated.***	*Hypertension may cause kidney failure* ***if not treated.***

FONTE: a autora (2017).

4.1.3 Etapa 4 - Comitê de especialistas

A reunião do comitê de especialistas teve uma duração média de duas horas e nela foram estudadas todas as versões de traduções e retrotraduções, visando elaborar a versão do instrumento traduzido que foi utilizada para a aplicação do pré-teste na etapa 5 da pesquisa.

Os pesquisadores discutiram cada item das instruções e do instrumento e realizaram todas as alterações consideradas necessárias, de modo a adaptar o instrumento para a realidade à qual se destina sem, entretanto, realizar alterações significativas nos sentidos das frases.

O comitê de especialistas iniciou a reunião com a discussão acerca das instruções do instrumento, e a principal modificação foi relacionada ao título, pois considerou-se que o original não correspondia ao que se propunha. Essa alteração obteve 100% de concordância entre os especialistas (QUADRO 8).

QUADRO 8 – MODIFICAÇÕES NO TÍTULO DAS INSTRUÇÕES DE USO DA ESCALA VERSÓES ORIGINAL, T12 E PRÉ-TESTE

Original	**T12**	**Versão Pré-teste**
Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	Formulário original da Escala de Nível de Conhecimento da Hipertensão (ENCH)	Instruções de uso da Escala de Conhecimento sobre Hipertensão (ECH)

FONTE: a autora (2017).

Ainda em relação às instruções, o comitê considerou o **presente** como tempo verbal ideal, mantendo assim, as alterações realizadas nas etapas precedentes.

No tocante às afirmativas do instrumento, iniciou-se discutindo as palavras que obtiveram divergências entre as traduções e retrotraduções e, posteriormente, foram discutidos os demais termos que poderiam gerar dubiedade. As alterações promovidas pelo comitê de especialistas, bem como as suas justificativas para realizá-las, estão dispostas no QUADRO 9.

QUADRO 9 - ALTERAÇÕES REALIZADAS NA ETAPA 4 – COMITÊ DE ESPECIALISTAS E JUSTIFICATIVAS

Original	T12	Consenso especialistas	Justificativa
Increased blood pressure	Pressão arterial **aumentada**	Pressão arterial **alta**	O termo “alta” foi considerado mais usual no Brasil
***Boiling or grilling*:**	**Refogar** ou grelhar	**Cozinhar somente em água** ou grelhar	O significado do termo “refogar” foi considerado muito amplo, abrindo espaço para dúvidas; optou-se, então, pela frase “cozinhar somente em água”
Diastolic or systolic	Diastólica ou sistólica	Diastólica ou sistólica **(mínima ou máxima)**	Optou-se por adicionar as palavras “mínima ou máxima” visando facilitar o entendimento
(…) can eat salty foods (…)	(...) podem comer alimentos **salgados** (...)	(…) podem comer alimentos **sem controlar a quantidade de sal** (…)	O termo “alimentos salgados” foi considerado muito amplo. Optou-se pela frase “sem controlar a quantidade de sal” visando dar a ideia de consumo em excesso
(…) can drink alcoholic beverages.	(...) podem ingerir **bebidas alcoólicas**.	(…) podem ingerir **bebidas alcoólicas sem moderação**.	Optou-se por adicionar as palavras “sem moderação” visando dar a ideia de consumo de álcool em excesso

FONTE: a autora (2017).

Devido à quantidade de palavras consideradas de difícil entendimento para a população em geral, o comitê de especialistas julgou importante a inserção, ao final do instrumento, de um glossário com a definição dos termos técnicos (FIGURA 6). Para tanto, foram selecionadas palavras que pudessem acarretar dificuldade de compreensão para a população em geral; as definições dos termos foram buscadas em diretrizes e manuais do Ministério da Saúde e da OMS e, posteriormente, adaptadas para uma linguagem mais simplificada, buscando a compreensão pelo público alvo.

FIGURA 6 - GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS ANEXADO AO INSTRUMENTO

GLOSSÁRİO

- **Pressão arterial (PA):** pressão exercida pelo sangue nas paredes das veias e artérias quando ocorre o batimento cardíaco.
- **Pressão arterial sistólica:** a pressão é indicada por dois números, o primeiro se refere à pressão sistólica, ou máxima, e indica a pressão no momento em que o coração se contrai para bombear o sangue.
- **Pressão arterial diastólica:** também conhecido como pressão mínima, é o segundo valor que aparece quando se mede a PA. Esse valor corresponde à pressão que o coração exerce sobre os vasos sanguíneos quando não está contraído.
- **Estilo de vida:** o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados e modificados ao longo da vida e têm influência importante na saúde das pessoas. São exemplos de hábitos e costumes: o consumo de álcool, cigarro, chá, café, hábitos de dieta e exercício físico.
- **Morte prematura:** morte que ocorre mais cedo do que o previsto, precoce.
- **Distúrbios visuais:** problemas na visão (nos olhos) que podem ser transitórios (passageiros) ou permanentes (para sempre) dependendo da gravidade.
- **Falência nos rins:** perda da capacidade dos rins de filtrar sangue. Quando isso acontece, os resíduos no sangue podem causar diversos problemas no corpo humano.

Adaptado de:

- MALACHIAS, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, 2016
- WORLD HEALTH ORGANIZTION. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, 2004.

FONTE: a autora (2017).

4.1.4 Etapa 5 – Pré-teste

Os 40 adultos participantes dessa etapa avaliaram o entendimento das afirmativas do instrumento, bem como realizaram sugestões de melhoria da versão traduzida e adaptada nas etapas precedentes da pesquisa.

Na TABELA 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes, os quais apontam que houve predominância (70%) do sexo feminino, a média de idade foi de 41 anos, com variação de 19 a 60 anos, mediana de 42,5 anos e desvio padrão de 14,1 anos. Quanto ao estado conjugal, 29 (72,5%) eram casados ou em união consensual e, quanto aos

anos de estudo, 20 (50%) estudaram menos de nove anos. Com relação à ocupação, 52,5% trabalhavam, 27,5% eram do lar e 12,5% eram estudantes.

Quanto à presença de diagnóstico de hipertensão, 26 (65%) relataram não possuir. Ao serem questionados sobre a presença de diagnóstico médico para outras doenças, a resposta foi afirmativa para 13 (32,5%) participantes, foram elas: hipotireoidismo (n: quatro), diabetes mellitus (n: três), problemas circulatórios (n: dois), hipercolesterolemia (n: dois), depressão (n: um), asma (n: um) e hiperplasia prostática (n: um).

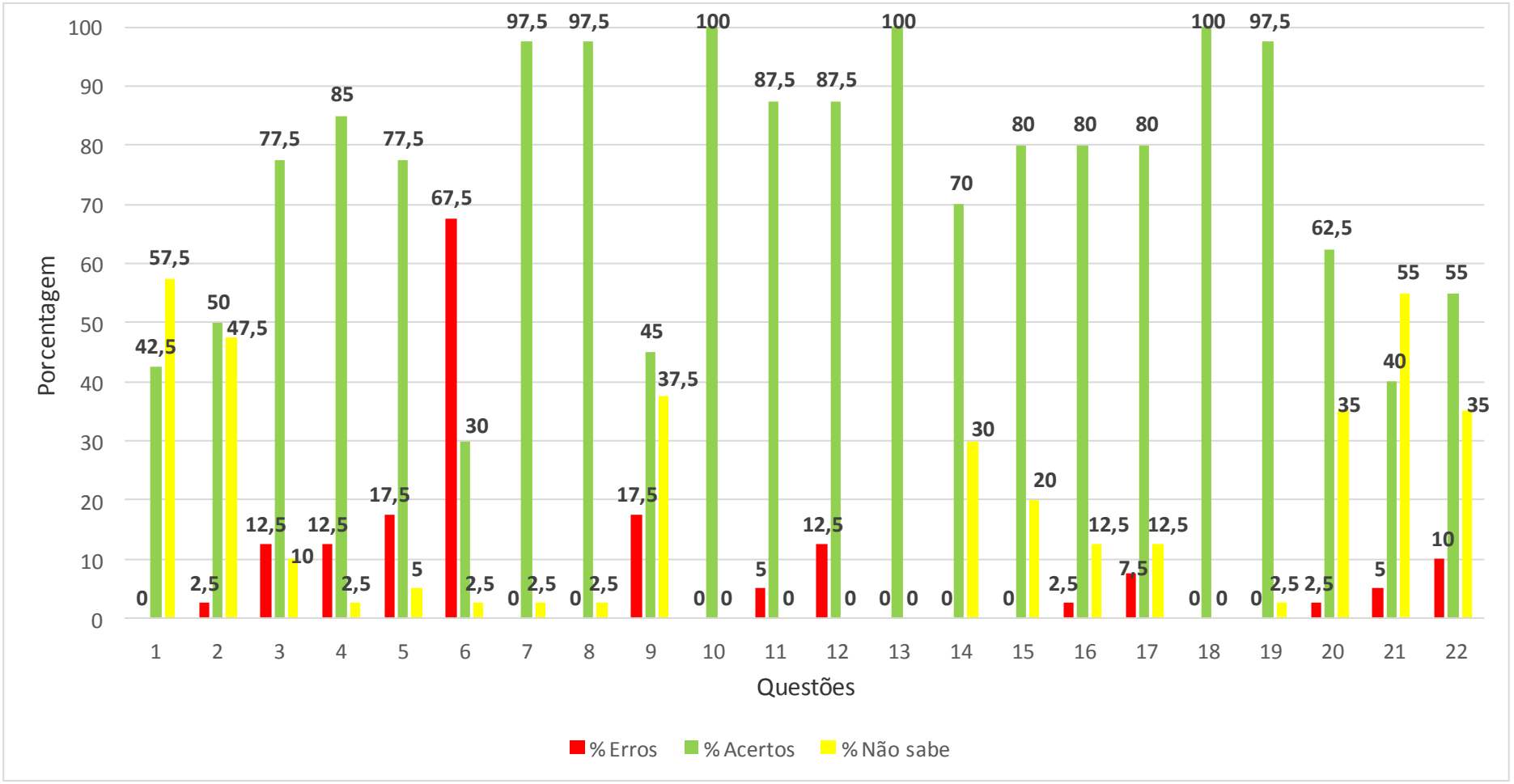
TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA ETAPA PRÉ-TESTE, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Variáveis	**N**	**%**
Sexo		
Feminino	28	70
Masculino	12	30
Idade (anos)		
19 – 39	19	47,5
40 – 60	21	52,5
Estado conjugal		
Casado ou em união consensual	29	72,5
Solteiro	8	20
Separado ou Divorciado	1	2,5
Viúvo	2	5
Escolaridade (anos de estudo)		
< 9 anos	20	50
9 a 12 anos	18	45
3 a 16 anos	2	5
> 16 anos	0	0
Ocupação		
Aposentado	1	2,5
Desempregado	2	5
Do lar	11	27,5
Empregado	21	52,5
Estudante	5	12,5
TOTAL	**40**	**100,0**

FONTE: a autora (2017).

Após o preenchimento do questionário sociodemográfico, os participantes responderam ao instrumento traduzido e adaptado. O tempo médio de preenchimento foi de 15 minutos, e no GRÁFICO 1 é possível observar a porcentagem de respostas dadas pelos participantes do pré-teste para cada questão de acordo com o número de erros, acertos e resposta “não sabe”.

GRÁFICO 1 - RESULTADO DA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE (n=40)



FONTE: a autora (2017).

Conforme apresentado no gráfico, os participantes não souberam responder e/ou tiveram dificuldade no entendimento principalmente das questões 1, 2, 9, 20, 21 e 22, as quais obtiveram uma porcentagem de marcação da opção “Não sabe” de 57,5%, 47,5%, 37,5%, 35%, 55% e 35% respectivamente. A questão do instrumento 6: “Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos de uma maneira que os faça sentir bem”, foi aquela com maior número de erros, com 67,5% de assinalações da resposta errada.

Quanto à quantidade de acertos, o instrumento como um todo obteve uma porcentagem de 74,7%. As subdimensões que alcançaram as maiores médias de acertos foram “Estilo de vida” e “Adesão medicamentosa” com 89,5% e 81,9% respectivamente. As subdimensões com porcentagem de acerto mais baixas foram “Definição” e “Tratamento médico” com 46,2% e 66,9% de acertos respectivamente.

Ao separarmos os participantes em dois grupos, com (n=14) ou sem (n=26) diagnóstico de hipertensão, nota-se que o grupo com hipertensão apresentou maiores médias de acerto em todas as subdimensões e no instrumento inteiro. A diferença entre os grupos foi significativa (p=0,0035) e foi maior nas subdimensões “Dieta”, com uma diferença de 27,48%, “Complicações”, com uma diferença de 26,26% e “Definição”, com uma diferença de 22,25% (TABELA 2).

TABELA 2 – RESULTADO DA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE (N=40), PORCENTAGENS MÉDIAS DE ACERTOS, POR SUBDIMENSÃO GERAL E NOS GRUPOS COM E SEM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Subdimensão	**Média geral (%)**	**Média pessoas com HAS (%)**	**Média pessoas sem HAS (%)**
	(n=40)	**(n=14)**	**(n=26)**
Definição (1 e 2)	46,2	60,7	38,5
Tratamento Médico (6,7,8,9)	66,9	71,7	64,4
Adesão med. (3,4,5,12)	81,9	82,1	81,7
Estilo de vida (10,11,13,16,17)	89,5	92,9	87,7
Dieta (14,15)	75	92,9	65,4
Complicações (18,19,20,21,22)	71,5	88,6	62,3
Instrumento completo	74,7	83,1	70,1
p-valor*		0,0035	

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: *****Teste *t* unilateral.

Ao serem questionados sobre o entendimento das afirmativas que compunham o instrumento, 19 (47,5%) assinalaram a opção “Sim”, entenderam todas, e 21 (52,5%) assinalaram a opção “Em partes”. Em mérito à facilidade no modo em que as questões do instrumento foram escritas, 35 (87,5%) assinalaram a opção “Sim”, consideraram fácil, e cinco (12,5%) assinalaram a opção “Em partes”.

Quanto aos comentários ou sugestões de melhoria do instrumento, 27 (67,5%) participantes deram contribuições que foram categorizadas e podem ser observadas no QUADRO 10.

QUADRO 10 - COMENTÁRIOS E SUGESTÕES PARA MELHORIA DO INSTRUMENTO OBTIDOS NO PRÉ-TESTE

Comentários e sugestões	**n**	**%**
Sentiram dificuldades com termos técnicos	14	51,9
Sugeriram que os termos técnicos sejam explicados antes da aplicação	6	22,2
Consideraram difícil de responder para quem não possui/conhece a doença	4	14,8
Consideraram que questões muito parecidas estão próximas umas das outras e sugeriram alterar a ordem delas.	3	11,1
TOTAL	**27**	**100**

FONTE: a autora (2017).

4.1.5 Etapa 6 – Apresentação da documentação para os desenvolvedores

Para o cumprimento da etapa 6, etapa final do processo de tradução e de adaptação transcultural, foram submetidos ao pesquisador de referência do artigo original, todos os relatórios e formulários produzidos durante as etapas da pesquisa.

Como foi realizada também a validação do conteúdo da escala, após o processo de validação, os documentos foram novamente submetidos aos desenvolvedores por meio de um *e-mail* (APÊNDICE 8)

4.2 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Nesse item são descritos os resultados da última etapa da pesquisa, Testes adicionais à versão adaptada - validação de conteúdo, realizada em duas rodadas de validação e em uma reunião de consenso.

4.2.1 Caracterização dos *experts* participantes da rodada 1

Quanto à caracterização dos *experts* da rodada 1, 30 (85,7%) eram do sexo feminino e 21 (60%) possuíam o doutorado como titulação máxima (TABELA 3).

.

TABELA 3– CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 1 CONFORME SEXO E TITULAÇÃO MÁXIMA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	30	85,7
	Masculino	5	14,3
Titulação máxima	Mestrado	14	40
	Doutorado	21	60
TOTAL		**35**	**100**

FONTE: a autora (2017).

Quanto à idade dos participantes, a média foi de 40,9 anos com desvio padrão de 12,7 anos. O tempo médio de formação na graduação em enfermagem foi de 17,2 anos com desvio padrão de 12,2 anos (TABELA 4). Todos os participantes referiram participar de algum grupo de pesquisa.

TABELA 4- CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 1 CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Variáveis	n	Média (anos)	Mediana	Mínimo (anos)	Máximo (anos)	Desvio padrão
Idade	35	40,9	37	24	69	12,7
Tempo de formação	35	17,2	14	3	40	12,2

FONTE: a autora (2017).

No que disse respeito à região em que residiam os participantes, a região Sul foi aquela com um maior número de *experts,* com 13 (37,1%) representantes, seguido pela região Sudeste com 11 (31,4%) (TABELA 5).

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS *EXPERTS* DA RODADA 1 DE ACORDO COM A REGIÃO DO BRASIL EM QUE RESIDE, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Região do Brasil	**n**	**%**
Norte	1	2,9
Nordeste	8	22,9
Centro-oeste	2	5,7
Sudeste	11	31,4
Sul	13	37,1
Total	**35**	**100**

FONTE: a autora (2017).

4.2.2 Análise estatística da aplicação da Técnica Delphi na rodada 1

O resultado da aplicação do teste *Alfa de Cronbach* para todo o instrumento, na rodada 1, foi de 0,92, demonstrando consistência interna. O índice de validade de conteúdo de todo o instrumento foi de 0,84, indicando validade de conteúdo.

O IVC para a aparência, clareza e aplicação do instrumento foi de 0,94, 0,80 e 0,91, respectivamente. O grau de concordância entre os *experts* na rodada 1 do processo de validação por meio da técnica Delphi e o IVC para estes itens estão apresentados na TABELA 6.

TABELA 6 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS EXPERTS PARTICIPANTES DA RODADA 1 DE ACORDO COM OS ITENS: APARÊNCIA, CLAREZA E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Itens avaliados	**Opções de resposta**				**IVC**
	Não adequado n (%)	**Pouco adequado n (%)**	**Consideravelmente adequado n (%)**	**Muitíssimo adequado n (%)**	
Aparência do instrumento	-	2 (5,7)	20 (57,1)	13 (37,1)	0,94
Clareza do instrumento	-	7 (20)	21 (60)	7 (20)	0,80
Aplicação do instrumento	-	3 (8,6)	15 (42,9)	17 (48,6)	0,91

FONTE: a autora (2017).

Quanto às questões do instrumento, oito obtiveram IVC abaixo de 0,80, são elas: conteúdo da questão 1 (IVC:0,66), conteúdo da questão 2 (IVC:0,77), conteúdo da questão 4 (IVC:0,77), conteúdo da questão 5 (IVC:0,74), conteúdo da questão 6

(IVC:0,54), conteúdo da questão 20 (IVC:0,71), conteúdo da questão 21 (IVC:0,74) e conteúdo da questão 22 (IVC:0,71) (TABELA 7).

TABELA 7 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 1 DE ACORDO COM O CONTEÚDO DE CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Questões	**Opções de resposta**				**IVC**
	Não adequado n (%)	**Pouco adequado n (%)**	**Consideravelmente adequado n (%)**	**Muitíssimo adequado n (%)**	
1	2 (5,7)	10 (28,6)	12 (34,3)	11 (31,4)	**0,66**
2	2 (5,7)	6 (17,1)	13 (37,1)	14 (40)	**0,77**
3	1 (2,9)	4 (11,4)	9 (25,7)	21 (60)	0,86
4	1 (2,9)	7 (20)	8 (22,9)	19 (54,3)	**0,77**
5	-	9 (25,7)	10 (28,6)	16 (45,7)	**0,74**
6	4 (11,4)	12 (34,3)	10 (28,6)	9 (25,7)	**0,54**
7	-	3 (8,6)	5 (14,3)	27 (77,1)	0,91
8	-	3 (8,6)	4 (11,4)	28 (80)	0,91
9	-	3 (8,6)	9 (25,7)	23 (65,7)	0,91
10	-	5 (14,3)	7 (20)	23 (65,7)	0,86
11	-	2 (5,7)	5 (14,3)	28 (80)	0,94
12	-	3 (8,6)	8 (22,9)	24 (68,6)	0,91
13	-	3 (8,6)	4 (11,4)	28 (80)	0,91
14	-	4 (11,4)	5 (14,3)	26 (74,3)	0,89
15	-	3 (8,6)	11 (31,4)	21 (60)	0,91
16	-	1 (2,9)	7 (20)	27 (77,1)	0,97
17	1 (2,9)	5 (14,3)	7 (20)	22 (62,9)	0,83
18	-	1 (2,9)	9 (25,7)	25 (71,4)	0,97
19	1 (2,9)	3 (8,6)	10 (28,6)	21 (60)	0,89
20	-	10 (28,6)	14 (40)	11 (31,4)	**0,71**
21	1 (2,9)	8 (22,9)	14 (40)	12 (34,3)	**0,74**
22	-	10 (28,6)	16 (45,7)	9 (25,7)	**0,71**

FONTE: a autora (2017).

4.2.3 Sugestões dos *experts* e alterações acatadas na rodada 1

Ainda que os resultados do teste de *Alfa de Cronbach* e do IVC tenham mostrado consistência interna e validade de conteúdo para a escala, foram recebidas muitas sugestões de melhoramento, dessa forma, as sugestões semelhantes ou iguais foram agrupadas e posteriormente estudadas quanto à possibilidade de acatá-las ou refutá-las.

A primeira parte do instrumento de validação continha questões sobre a aparência, clareza e aplicação da escala. Para esses itens, as principais sugestões

foram relacionadas ao tamanho da fonte e adequação de palavras para o público alvo (TABELA 8).

TABELA 8 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 QUANTO À APARÊNCIA, CLAREZA E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Trocar “pressão arterial alta” por “pressão alta” *	12	27,3
Adequar para pessoas leigas *	11	25
Aumentar o tamanho da letra (min. arial 12) *	8	18,1
Trocar “indivíduos” por “pessoas” *	5	11,3
Organizar por itens. Ex: Questão. ( ) Correto ( ) Incorreto ( ) Não sabe ( ) **	2	4,5
Trocar "Não sabe" por "Não sei” *	1	2,3
Acrescentar ao título a palavra "Arterial Sistêmica" *	1	2,3
Inserção de figuras **	1	2,3
Codificar as respostas com os respectivos valores dos itens - 1 para certo; 0 ou -1 para respostas erradas **	1	2,3
Alterar as instruções para: "Analise as afirmativas e assinale a opção que considerar mais adequada sobre cada afirmativa" **	1	2,3
Existem alternativas parecidas e contraditórias perto uma das outras, trocar a posição delas **	1	2,3
TOTAL	**44**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

Na avaliação do conteúdo de cada questão da escala, as principais sugestões dos *experts* foram relacionadas às palavras que consideradas técnicas ou não tão usuais para pessoas que não são profissionais da saúde, as quais, ocasionalmente poderiam suscitar em um mau entendimento ou não entendimento da questão.

As questões compostas por termos técnicos foram principalmente aquelas que obtiveram menores valores de IVC, avaliado pelos especialistas. Nos quadros 11 ao 18 são apresentadas as sugestões recebidas para os conteúdos das questões 1, 2, 4, 5, 6, 20, 21 e 22, questões essas que obtiveram o IVC abaixo de 0,8 da rodada 1.

QUADRO 11 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 1 DO INSTRUMENTO (IVC 0,66)

Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Alterar para: A pressão mínima ou máxima alta indica aumento da pressão arterial **	8	47,1
Alterar para: Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada indica aumento da pressão arterial" *	7	41,1
Acrescentar o valor conforme as VII diretrizes de hipertensão arterial (2016): ≥ 140 e/ou 90 mmHg. **	1	5,9
Trocar “alta” por “elevada” *	1	5,9
TOTAL	**17**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

QUADRO 12 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 2 DO INSTRUMENTO (IVC 0,77)

2) A PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (MÍNIMA) ALTA TAMBÉM INDICA AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
A palavra “alta” perto da palavra “mínima” está confundindo, pois são palavras antagônicas, alterar para “elevada” *	1	11,1
Alterar para: “Pressão arterial mínima alta também indica aumento da pressão" **	6	66,7
Alterar para: “O aumento da pressão arterial mínima (diastólica) indica aumento da pressão arterial" **	1	11,1
Trocar “alta” por “elevada” *	1	11,1
TOTAL	**9**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

QUADRO 13 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 4 DO INSTRUMENTO (IVC 0,77)

4) SE O MEDICAMENTO PARA PRESSÃO ARTERIAL ALTA PODE CONTROLAR A PRESSÃO ARTERIAL, NÃO HÁ NECESSIDADE DE MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Exemplificar o que é mudança no estilo de vida (atividade física, controle alimentar, parar de fumar. **	4	50
Alterar para: “Não há necessidade de outro tipo de tratamento ou de mudança de hábitos de vida / costumes" **	2	25
Alterar para: “Considerando que o medicamento para pressão arterial alta pode controlar a pressão arterial, não é necessário mudança no estilo de vida " **	1	12,5
Alterar para: “Controlar a pressão” porque pode ter duplo sentido. Alterar para “reduzir a pressão arterial" **	1	12,5
TOTAL	**8**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

QUADRO 14 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 5 DO INSTRUMENTO (IVC 0,74)

5) SE INDIVÍDUOS COM PRESSÃO ARTERIAL ALTA MUDAREM SEUS ESTILOS DE VIDA, NÃO HÁ NECESSIDADE DE TRATAMENTO		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Trocar a palavra "tratamento" por "medicamento" **	7	58,3
Exemplificar o que é mudança no estilo de vida (atividade física, controle alimentar, parar de fumar. **	5	41,7
TOTAL	**12**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

QUADRO 15 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 6 DO INSTRUMENTO (IVC 0,54)

6) INDIVÍDUOS COM PRESSÃO ARTERIAL ALTA DEVEM TOMAR SEUS MEDICAMENTOS DE UMA MANEIRA QUE OS FAÇA SENTIR BEM		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Questão muito confusa, deixar mais clara *	11	68,5
Alterar para: “Indivíduos/pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos da maneira que considerem mais adequada” *	1	6,3
Alterar para: “Indivíduos com pressão alta devem tomar seus medicamentos somente se estiverem bem” **	1	6,3
Alterar para: “Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos para se sentiram bem” **	1	6,3
Alterar para: “Pessoas com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos da forma que acharem melhor, independente da prescrição médica” **	1	6,3
Alterar para: “Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos sempre que sentirem que a pressão está alta” **	1	6,3
TOTAL	16	100

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

QUADRO 16 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 20 DO INSTRUMENTO (IVC 0,71)

20) PRESSÃO ARTERIAL ALTA, SE NÃO FOR TRATADA, PODE CAUSAR MORTE PREMATURA		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Trocar “morte prematura” por “morte precoce” *	3	18,8
Trocar “morte prematura” por “antecipar a morte” *	2	12,6
Trocar “morte prematura” por “morrer mais cedo” **	3	18,8
Trocar “morte prematura” por “a morte muito cedo” ou “morte” **	3	18,8
Trocar “morte prematura” por “morte em adultos jovens” **	1	6,2
Trocar “morte prematura” por “prematura/ antes do tempo” **	1	6,2
Alterar para: “Pessoas com pressão arterial alta não tratada podem morrer jovens (morte precoce)” **	1	6,2
Alterar para “Pode causar mortes prematuras, ou seja, podem reduzir o tempo de vida e sobrevida das pessoas" **	1	6,2
Alterar para “Pressão arterial alta, se não for tratada com mudança do estilo de vida e tratamento medicamentoso, pode causar morte prematura**” ****	1	6,2
TOTAL	**16**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

QUADRO 17 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 21 DO INSTRUMENTO (IVC 0,74)

21) A PRESSÃO ARTERIAL ALTA, SE NÃO FOR TRATADA, PODE CAUSAR FALÊNCIA NOS RINS		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Trocar “falência nos rins” por “pode fazer com que os rins parem de funcionar / mau funcionamento dos rins” *	5	33,3
Trocar “falência nos rins” por “perda da função dos rins" / "doença nos rins” **	4	26,6
Trocar “falência nos rins” por “problemas nos rins” **	3	20
Trocar “falência nos rins” por “falência/falta de funcionamento dos rins” **	1	6,7
Trocar “falência nos rins” por “diminuição da função dos rins” **	1	6,7
Alterar para: “A pressão arterial alta, se não for tratada com mudança do estilo de vida e tratamento medicamentoso, pode causar falência nos rins” **	1	6,7
TOTAL	**15**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas

** Sugestões não acatadas

QUADRO 18 – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 1 SOBRE A QUESTÃO 21 DO INSTRUMENTO (IVC 0,71)

22) PRESSÃO ARTERIAL ALTA, SE NÃO FOR TRATADA, PODE CAUSAR DISTÚRBIOS VISUAIS		
Sugestões	**Número de sugestões**	**%**
Trocar "distúrbios visuais" por "alterações visuais"/ "problemas visuais" **	8	36,4
Trocar "distúrbios visuais" por "problemas na visão" **	7	31,9
Exemplificar distúrbios visuais **	3	13,7
Trocar "distúrbios visuais" por "perda da visão" **	1	4,5
Trocar "falência nos rins" por "falência/falta de funcionamento dos rins" **	1	4,5
Trocar "distúrbios visuais" por "dificuldades na visão" **	1	4,5
Trocar "distúrbios visuais" por "doença nos olhos" **	1	4,5
TOTAL	**22**	**100**

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

Com relação às demais questões do instrumento, ainda que o IVC tenha sido considerado satisfatório (0,8), foram levadas em consideração e estudadas as sugestões que as deixassem mais claras, objetivas e adequadas ao público leigo. No QUADRO 19 são apresentadas algumas das sugestões acatadas durante a rodada 1 para as questões que obtiveram IVC ≥ 0,8.

QUADRO 19 – QUESTÕES DO INSTRUMENTO CUJAS SUGESTÕES DOS *EXPERTS* FORAM ACATADAS NA RODADA 1

Questão	**Sugestões**	**Número de sugestões**
3	Alterar para: A pressão arterial alta é causada pelo envelhecimento, então o tratamento é desnecessário	2
8	Retirar a palavra "eles"	1
10	Alterar para: Para indivíduos com pressão arterial alta a fritura é a melhor maneira de preparar os alimentos.	1
12	Trocar "regularmente" por "todos os dias"	1
13	Trocar "frutas e vegetais" por "frutas e verduras"	1
17	Trocar "sem moderação" por "a vontade"	1
18	Escrever "AVC" por extenso	2
	Alterar para: derrame/acidente vascular cerebral (AVC).	2
19	Trocar "ataque cardíaco" por "infarto" (ou infarto/ataque cardíaco)	3

FONTE: a autora (2017).

4.2.4 Caracterização dos *experts* participantes da rodada 2

Em mérito à caracterização dos *experts* da rodada 2, 23 (82,1%) eram do sexo feminino, 15 (53,6%) possuíam o doutorado como titulação máxima (TABELA 9).

TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 CONFORME SEXO E TITULAÇÃO MÁXIMA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Variáveis		**n**	**%**
Sexo	Feminino	23	82,1
	Masculino	5	17,9
Titulação máxima	Mestrado	13	46,4
	Doutorado	15	53,6
TOTAL		**28**	**100**

FONTE: a autora (2017).

Em relação à idade, a média foi de 41,9 anos com desvio padrão de 13,5. O tempo médio de formação na graduação em enfermagem foi de 18 anos com desvio padrão de 12,5 anos (TABELA 10).

TABELA 10- CARACTERIZAÇÃO DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Variáveis	**n**	**Média (anos)**	**Mediana**	**Mínimo (anos)**	**Máximo (anos)**	**Desvio padrão**
Idade	28	41,9	38,5	24	69	13,5
Tempo de formação	28	18	16	3	40	12,5

FONTE: a autora (2017).

Quanto à região brasileira de domicílio, novamente todas as regiões foram contempladas, e a região Sul permaneceu sendo aquela com mais representantes, com 10 (35,7%) participantes (TABELA 11).

TABELA 11– DISTRIBUIÇÃO DOS *EXPERTS* DA RODADA 2 DE ACORDO COM A REGIÃO BRASILEIRA DE RESIDÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Região do Brasil	**n**	**%**
Norte	1	3,6
Nordeste	6	21,5
Centro-oeste	2	7,1
Sudeste	9	32,1
Sul	10	35,7
Total	**28**	**100**

FONTE: a autora (2017).

4.2.5 Análise estatística da aplicação da Técnica Delphi na rodada 2

O IVC para a aparência, a clareza e a aplicação do instrumento na rodada 2 foi de 1, 0,96 e 1, respectivamente. O grau de concordância entre os *experts* na rodada 2 do processo de validação por meio da técnica Delphi e o IVC para esses itens estão apresentados na TABELA 12.

TABELA 12 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 DE ACORDO COM OS ITENS: APARÊNCIA, CLAREZA E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Itens avaliados	**Opções de resposta**				**IVC**
	Não adequado n (%)	**Pouco adequado n (%)**	**Consideravelmente adequado n (%)**	**Muitíssimo adequado n (%)**	
Aparência do instrumento	-	-	10 (35,7)	18 (64,3)	1
Clareza do instrumento	-	1 (3,6)	11 (39,3)	16 (57,1)	0,96
Aplicação do instrumento	-	-	11 (39,3)	17 (60,7)	1

FONTE: a autora (2017).

Quanto às questões do instrumento que foram avaliadas na rodada 2 do processo de validação de conteúdo, todas obtiveram IVC satisfatório (acima de 0,80). O grau de concordância entre os *experts* na rodada 2 e o IVC quanto ao conteúdo de cada questão do instrumento estão apresentados na TABELA 13.

TABELA 13 – FREQUÊNCIA, PORCENTAGENS E IVC DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARTICIPANTES DA RODADA 2 DE ACORDO COM O CONTEÚDO DE CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO AVALIADA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2017

Questões	Opções de resposta				IVC
	Não adequado n (%)	Pouco adequado n (%)	Consideravelmente adequado n (%)	Muitíssimo adequado n (%)	
1	1 (3,6)	3 (10,7)	5 (17,9)	19 (67,9)	0,86
2	-	3 (10,7)	6 (21,4)	19 (67,9)	0,89
4	-	2 (7,1)	5 (17,9)	21 (75)	0,93
5	-	-	6 (21,4)	22 (78,6)	1
6	-	-	3 (10,7)	25 (89,3)	1
11	-	-	6 (21,4)	22 (78,6)	1
12	-	-	4 (14,3)	24 (85,7)	1
13	-	-	2 (7,1)	26 (92,6)	1
17	-	-	3 (10,7)	25 (89,3)	1
18	-	2 (7,1)	3 (10,7)	23 (82,1)	0,93
19	-	1 (3,6)	2 (7,1)	25 (89,3)	0,96
20	-	1 (3,6)	3 (10,7)	24 (85,7)	0,96
21	-	1 (3,6)	4 (14,3)	23 (82,1)	0,96
22	-	1 (3,6)	2 (7,1)	25 (89,3)	0,96

FONTE: a autora (2017).

O resultado da aplicação do teste *Alfa de Cronbach* para todo o instrumento na rodada 2 foi de **0,92,** o que confirma a confiabilidade e, o IVC de todo o instrumento passou de **0,84** na rodada 1, para **0,96** na rodada 2, indicando validade de conteúdo superior àquela obtida na rodada 1. Nessa rodada, nenhum item obteve IVC abaixo de 0,8.

4.2.6 Sugestões dos *experts* e alterações acatadas na rodada 2

A rodada 2 do processo de validação de conteúdo da escala obteve um número expressivamente menor de sugestões em comparação com a rodada precedente, além disso, nesta rodada, os valores dos testes estatísticos aplicados apontaram boa consistência interna e validade de conteúdo. Entretanto, novamente, todas as sugestões recebidas foram estudadas e analisadas quanto à possibilidade de serem acatadas ou refutadas, de forma a melhorar o instrumento e adequá-lo à população brasileira.

O QUADRO 20 mostra as principais sugestões recebidas na rodada 2, indicando se foram ou não acatadas. Sugestões iguais ou semelhantes sofreram agrupamento.

QUADRO 20 - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* NA RODADA 2

Sugestões	Número de sugestões
Diminuir o número de questões**	2
Nas opções de resposta, trocar as palavras “correto” e “incorreto” por “certo” e “errado” *	1
Retirar os termos “sistólica” e “diastólica” **	3
Na questão 1, inverter os termos para: Pressão máxima (sistólica) ou mínima (diastólica) elevada indica aumento da pressão arterial. **	1
Na questão 11, retirar a palavra “somente” **	1
Na questão 18, alterar para: Se a pressão alta não for tratada pode causar derrame/acidente vascular cerebral (AVC). *	2
Na questão 19, alterar para: Se a pressão alta não for tratada pode causar infarto/ ataque cardíaco. *	1
Na questão 20, alterar para: Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/ antecipar a morte. *	2
Na questão 21, alterar para: Se a pressão alta não for tratada pode fazer com que os rins parem de funcionar. *	1
Na questão 21, alterar para: pode prejudicar o funcionamento dos rins”. **	1
Na questão 22, alterar para: Se a pressão alta não for tratada pode causar problemas na visão. *	1

FONTE: a autora (2017).
LEGENDA: * Sugestões acatadas
** Sugestões não acatadas

4.2.7 Reunião de consenso

Participaram da reunião de consenso cinco pesquisadores especialistas, sendo dois via *Skype*® e três pessoalmente. Nessa rodada, foram apresentadas todas as versões do instrumento, foi feito um resumo das alterações de cada etapa e realizada a comparação entre as versões original, versão traduzida e adaptada e versão pós-rodada 2 de validação de conteúdo. Nessa reunião, todos os especialistas puderam fazer contribuições e sugerir alterações, caso considerassem necessário, as quais posteriormente foram discutidas dentro do grupo.

Todas as alterações realizadas nas etapas precedentes foram consideradas adequadas e houve a discussão sobre a ordem de escrita da questão 11 do instrumento, a qual foi alterada de “Para pessoas com pressão alta, cozinhar somente em água ou grelhar são as melhores formas de preparar alimentos” para “Para pessoas com pressão alta, as melhores formas de preparar os alimentos são cozinhar somente em água ou grelhar”.

Diante dessa alteração, optou-se por padronizar o modo de escrita também para a questão 10 do instrumento, alterando de “Para pessoas com pressão alta a fritura é a melhor forma de preparar os alimentos” para “Para pessoas com pressão alta, a melhor forma de preparar os alimentos é fritar”. Não foram sugeridas outras alterações.

Após passar pelos processos de tradução, adaptação transcultural e validação, não foi identificada a necessidade de mudança na quantidade de itens, nomes e quantidades de subdimensões, ou mesmo alteração da ordem de disposição das afirmativas, permanecendo conforme o original.

Também não foi identificada a necessidade de modificação de pontuação da escala, tendo a versão traduzida, adaptada e validada para o Brasil também como pontuação mínima 0 e máxima de 22 pontos, sendo pontuado apenas quando a pessoa assinala a alternativa correta. O nome da escala foi adaptado para o Brasil para “Escala de Nível de Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (ENCHAS)”.

5 DISCUSSÃO

O processo de tradução e adaptação transcultural é complexo e o empenho para a obtenção de um instrumento útil e adequado à população alvo deve ir além da questão idiomática, sendo necessário também um aprofundamento do pesquisador sobre o tema, de modo a assegurar a sua qualidade.

O primeiro aspecto encontrado durante a tradução foi relacionado ao tempo verbal utilizado na versão original, em inglês, no qual o autor do instrumento optou pela utilização do *past participle*, ou particípio passado. Para a aplicação no Brasil, entretanto, os tradutores e pesquisadores consideraram o tempo verbal presente como mais adequado.

Alterações no tempo verbal do instrumento face à tradução e à adaptação transcultural não são raras. No ano de 2017, foi publicado o estudo de Kwiatkoski et al. na revista Latino-Americana de Enfermagem, cujo objetivo foi traduzir e adaptar transculturalmente o *Clinical Competence Questionnaire* aos estudantes brasileiros concluintes da graduação em enfermagem, bem como mensurar suas propriedades psicométricas. Nesse, as autoras afirmam que foi consenso entre os especialistas que realizaram a avaliação de conteúdo do questionário, que o tempo verbal de todos os itens fosse modificado, passando do gerúndio para a primeira pessoa do singular. (KWIATKOSKI et al., 2017).

Na mesma linha, o estudo de Oliveira e colaboradores (2014), o qual objetivou traduzir e adaptar culturalmente o questionário *Hip Outcome Score* para a língua portuguesa, verificou que o tempo verbal *present continuous*, utilizado no idioma original, inglês, não seria adequado para a realidade brasileira, dessa forma, os verbos foram alterados para o infinitivo.

Assim como Conti e colaboradores (2012), ao realizar o processo de equivalência semântica do questionário *Body Change Inventory* para o português do Brasil, verificaram a necessidade de alterar o tempo verbal das orientações de preenchimento do instrumento do presente para o passado, com o objetivo de adequá-lo ao contexto brasileiro.

Em relação à adaptação transcultural, foi necessária sua realização para os termos *Boiling or grilling*, pois a tradução “ferver ou grelhar”, realizada nas etapas iniciais, não foi considerada adequada para o contexto brasileiro, sendo realizadas

diversas sugestões de alterações até que fossem escolhidos os termos “cozinhar somente em água ou grelhar” em substituição ao original.

Coster e Mancini (2015) apontam que questões sobre relevância cultural podem aparecer a qualquer momento no processo de tradução e de adaptação transcultural, sendo necessário que se discuta a origem do problema, de modo a encontrar uma alternativa para o termo sem alterar significativamente o seu sentido.

Todas as etapas de tradução e de adaptação transcultural do instrumento buscaram ajustá-lo à população alvo (adultos brasileiros) e os esforços foram direcionados para que esse fosse adequado para atender pessoas de todos os níveis educacionais.

Beaton et al. (2000) apontam que o pesquisador, ao realizar um processo de tradução e de adaptação transcultural de um instrumento, com o objetivo de assegurar a compreensão e a escolha certeira das palavras que comporão a versão traduzida, deve garantir que a nova versão seja entendida por todos.

Assim, o pré-teste foi realizado em uma população com níveis de escolaridade heterogêneos, buscando assegurar que a linguagem estivesse apropriada para adultos brasileiros com níveis educacionais diversos.

Ainda, buscando facilitar o entendimento do instrumento e sua aplicabilidade, na etapa 4 do processo de tradução e de adaptação transcultural, o comitê de especialistas sugeriu a inserção, ao final do instrumento, de um glossário com a definição dos termos técnicos: pressão arterial (PA), PA sistólica, PA diastólica, estilo de vida, morte prematura, distúrbios visuais e falência nos rins.

A definição desses termos foi embasada em publicações do Ministério da Saúde (MALACHIAS et al., 2016) e da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) e o glossário foi inserido ao final do instrumento.

Todavia, durante a realização do pré-teste, etapa 5, foi possível verificar que a presença do glossário não foi suficiente para esclarecer os conceitos abordados, pois verificou-se que as afirmativas nas quais os participantes apresentaram maiores taxas de desconhecimento foram aquelas em que os termos estavam explícitos no glossário, termos esses que também sofreram ajustes mais expressivos pelos *experts* nas rodadas subsequentes de validação de conteúdo.

Nesse sentido, foi acatada a sugestão dos *experts,* durante as rodadas de validação de conteúdo, de que fosse retirado o glossário do final do instrumento e

que os termos técnicos fossem reescritos com palavras mais compreensíveis à população alvo da pesquisa, dentro de cada afirmativa.

A sugestão de inserção de um glossário junto ao instrumento, com o objetivo de facilitar o entendimento dos respondentes referente aos itens nominados, também foi encontrada na dissertação de mestrado de Kwiatkoski et al. 2016.

Durante a reunião do comitê de especialistas responsável por uma das etapas de tradução e de adaptação transcultural de um questionário de competências clínicas, os profissionais consideraram importante que o glossário de termos fosse anexado ao final do instrumento e houve a manutenção desse na versão final (KWIATKOSKI, 2016), resultado distinto daquele encontrado na presente pesquisa.

Essa diferença pode ser explicada devido ao fato de que no estudo de Kwiatkoski (2016) o instrumento tinha como objetivo avaliar as competências clínicas de estudantes de graduação em enfermagem, que possuem familiaridade com termos técnicos; logo, o glossário torna-se uma maneira de relembrar definições já conhecidas.

Já na presente pesquisa, a população alvo é composta de adultos com níveis de escolaridade heterogêneos, sendo assim, foi considerada adequada a descrição dos termos, com o uso de palavras que integram o cotidiano de pessoas leigas na área de saúde, fazendo com que seja mais eficiente para a avaliação do conhecimento.

O resultado da aplicação do pré-teste permitiu uma visão crítica do instrumento. Dentre as seis questões em que os respondentes apresentaram um maior desconhecimento dos assuntos abordados, devido à porcentagem de marcação da opção “Não sei”, cinco delas são compostas por termos médicos, como pressão sistólica, pressão diastólica, morte prematura, falência nos rins e distúrbios visuais.

Essa dificuldade pode estar relacionada a fatores como o nível de escolaridade e ao fato de serem termos próprios da área da saúde. Motlagh et al. (2015) utilizaram a HK-LS para avaliar o conhecimento de pacientes com hipertensão no Irã e sugeriram uma relação significativa entre a educação e o conhecimento, ou seja, conforme aumenta a quantidade de anos de estudos, aumenta também o conhecimento sobre a hipertensão.

Corroborando com esses resultados, Barreto, Reiners e Marcon (2014) apontam o nível de escolaridade como determinante no controle e tratamento da

HAS e demonstram a influência do poder aquisitivo no conhecimento da doença, fato que afeta diretamente a adesão à terapêutica e o autocuidado.

Durante a realização do pré-teste, a questão 6 “Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos de uma maneira que os faça se sentir bem” foi a afirmativa que obteve um maior número de erros, com 67,5%.

O desenho da pesquisa não permite fazer uma análise causal sobre os motivos da alta porcentagem de erros nesta afirmativa, entretanto, infere-se que a redação da questão possa ter influenciado o resultado, uma vez que o termo “se sentir bem” pode gerar interpretações dúbias.

Entre os adultos respondentes do pré-teste, a média de acertos para todas as afirmativas do instrumento foi de 74,7%. Considerando as subdimensões que o compõem, a menor porcentagem de respostas corretas foi na subdimensão “definição”, que obteve 46,2% de acertos, e aquela com maior porcentagem foi a “estilo de vida” com uma média de acertos de 89,5%.

Resultados semelhantes a esses foram encontrados no estudo de Eshah e Al-daken, publicado em 2016, o qual utilizou a HK-LS para avaliar o nível de conhecimento sobre HAS em 284 adultos jordanianos. Nele, a porcentagem média de acertos foi de 73,65% no instrumento como um todo e a subdimensão “estilo de vida” também foi aquela que obteve maiores porcentagens de acerto com 84,22%. Entretanto, diferentemente da presente pesquisa, naquele realizado na Jordânia, a subdimensão com menor média de acerto foi a “dieta” com 52,11%, seguido pela subdimensão “definição” com 58,09%.

Alguns estudos que utilizaram a HK-LS não analisaram os resultados de acordo com o valor absoluto obtido por meio da aplicação do instrumento ou separado por subdimensão, como foi realizado nesta pesquisa. Um exemplo disso é o estudo de Motlagh et al. (2015), que caracterizou os resultados sobre o conhecimento dos 1836 participantes como fraco, médio e bom, obtendo as porcentagens médias de 19,5%, 55% e 25,5% respectivamente.

Outro exemplo é o estudo de Jankowska-Polańsk et al. (2016), realizado na Polônia, com 233 pacientes com mais de 18 anos de idade com diagnóstico de hipertensão e em uso de medicamentos hipotensores há pelo menos um ano. Esse utilizou a HK-LS e categorizou os participantes como possuidores de alto ou baixo nível de conhecimento. Para fazer a classificação, os autores fixaram a pontuação de 0 a 17 pontos como baixo e de 18 a 22 pontos como alto nível de conhecimento,

encontrando como resultado que 147 (63%) participantes tinham um baixo nível e 86 (37%) um alto nível de conhecimento sobre a HAS.

Nos dois estudos citados, Motlagh et al. (2015) e Jankowska-Polańsk et al (2016) não explicam ou justificam quais foram os critérios para a delimitação e escolha de números que categorizassem os participantes quanto ao nível de conhecimento, uma vez que Ercok e colaboradores (2012), autores do instrumento original, no artigo em que publicaram a HK-LS, não definem níveis de acordo com as pontuações obtidas.

Pode-se perceber que, em relação à avaliação do conhecimento, ainda há carência de estudos que utilizaram a HK-LS, tendo em vista sua recente publicação e número limitado de estudos que traduziram e adaptaram a escala para outros países; entretanto, é possível encontrar artigos que avaliaram o conhecimento por meio de diferentes métodos.

O estudo de Malik et al. (2014), realizado no Uzbequistão com 209 portadores de HAS, avaliou o nível de conhecimento dos participantes por meio de um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores e encontrou que 64,6% da amostra tinha um conhecimento sobre a doença bom ou adequado; já os itens de maior dificuldade foram relacionados ao tratamento e aos sintomas de hipertensão.

Nessa mesma linha, Kilic, Uzunçakmak e Ede (2016), pesquisadores turcos, realizaram um estudo com 485 participantes, cujo objetivo foi pesquisar o efeito do conhecimento sobre hipertensão arterial e características sociodemográficas no controle de níveis de PA elevada em pacientes com diagnóstico de HAS. Para avaliar o conhecimento, esses pesquisadores desenvolveram um questionário com 15 afirmativas, e os resultados mostraram que 31,3% dos participantes possuíam baixo nível, 62,1% moderado e 6,6% possuíam conhecimento adequado. O maior índice de erros foi relacionado ao caráter assintomático da HAS. (KILIC; UZUNÇAKMAK; EDE, 2016).

A utilização de um instrumento de avaliação do conhecimento que possua somente pontuação mínima e máxima, como a HK-LS, não possibilita estabelecer uma categorização dos resultados, porém, permite que, quando aplicado em diferentes momentos, para as mesmas pessoas, avalie a melhora ou piora das pontuações.

A disponibilização de uma pontuação que possibilite categorizar os níveis de conhecimento pode ser pertinente para que a HK-LS seja utilizada em estudos

comparativos, entretanto a utilização do instrumento, levando em consideração os valores obtidos em cada subcategoria (definição, tratamento medicamentoso, adesão ao tratamento, estilo de vida, dieta, e complicações) pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação das necessidades individuais, permitindo que realizem o planejamento do cuidado e de intervenções educativas individualizadas.

Ações educativas focadas nas necessidades individuais dos pacientes podem ser eficientes. A OMS aponta que a redução da pressão arterial e o controle dos fatores de risco por meio de medidas em nível populacional e também individual trazem benefícios e previnem a ocorrência de complicações da doença. (WHO, 2014).

Em 2015, foi publicado em Curitiba, Paraná, um estudo realizado com pacientes hipertensos e diabéticos o qual verificou que, após as orientações baseadas nas necessidades individuais dos participantes, houve melhora no conhecimento sobre a doença e esses passaram a atuar como coparticipantes do seu processo de cuidar, visando à redução dos fatores de risco. (MANTOVANI et al., 2015).

Na mesma linha, o Ministério da Saúde indica que o plano terapêutico singular qualifica o atendimento ao doente crônico. (BRASIL, 2013). E, considerando os diversos fatores de risco da HAS, o apoio de uma equipe multiprofissional no planejamento de ações individualizadas pode ser decisivo para um maior controle da doença. (ARAÚJO, 2012).

Com relação ainda aos resultados obtidos no pré-teste, ao separar os respondentes em dois grupos, com e sem hipertensão arterial, encontrou-se uma diferença significativa nas respostas. O grupo com hipertensão obteve porcentagens mais altas de acertos e essa diferença foi observada tanto no instrumento como um todo, no qual o grupo com HAS obteve média geral de 83,12 e o sem HAS média geral de 70,10, como também nas seis subdimensões que o compõe.

Corroborando com esses resultados, o estudo de Eshah e Al-daken (2016) que utilizou a HK-LS para avaliar o conhecimento de jordanianos, com e sem HAS, também encontrou uma diferença significativa entre os dois grupos, no qual o grupo com hipertensão obteve escores maiores de conhecimento no instrumento inteiro e em todas as subdimensões avaliadas.

Considerando que o conhecimento sobre a doença afeta o modo como as pessoas cuidam de si, a adesão à terapêutica e o controle dos fatores de risco

relacionados (Motlagh et al., 2015), as altas taxas de acerto no grupo com hipertensão são desejáveis, pois pressupõe-se que ao possuir doença, os pacientes conheçam mais sobre ela, sendo assim, poderão instrumentalizar-se para o cuidado de si.

A HAS é uma doença que possui curso silencioso e assintomático, o que dificulta a sua percepção e o seu entendimento, criando barreiras na adesão medicamentosa e, consequentemente, prejudicando o tratamento adequado. (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Todavia, os fatores de risco da HAS são conhecidos e podem ser modificáveis e não modificáveis, são eles: idade, sexo, etnia, genética, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, alcoolismo e sedentarismo. (MALACHIAS et al., 2016).

Dessa forma, ressalta-se a importância de que a população em geral, não portadora de hipertensão arterial, mas com fatores de risco associados à doença, também conheça sobre o que é a HAS, quais são as formas de prevenção e tratamento e, principalmente, reconheça os fatores de risco.

Para permitir que a população em geral tome conhecimento sobre a doença, uma das possibilidades de uso da HK-LS é que ela seja aplicada em ações educativas na atenção básica de saúde, com os acompanhantes e familiares das pessoas com hipertensão. Sua utilização pode ser aplicada para avaliação do conhecimento prévio dessas pessoas, de modo que, diante dessa avaliação, possam ser elencadas as necessidades individuais e realizadas ações relacionadas à melhoria da saúde, com o objetivo de evitar ou retardar o aparecimento da doença.

As etapas de tradução e de adaptação transcultural e, principalmente, a realização do pré-teste, possibilitaram o levantamento de questões importantes que nortearam a maior parte das discussões realizadas nas rodadas subsequentes de validação de conteúdo.

A primeira parte do instrumento utilizado para a validação de conteúdo foi a caracterização dos *experts* participantes. As duas rodadas tiveram uma caracterização semelhante, com maioria do sexo feminino, com doutorado como titulação máxima e média de idade perto dos 40 anos.

Corroborando com esses dados, um estudo realizado em Curitiba, Paraná, que realizou a validação de conteúdo de uma escala com fatores preditivos para o aparecimento de complicações da HAS, também encontrou maioria feminina, com

doutorado e idade próxima aos 40 anos, como características dos *experts* participantes. (MATTEI et al., 2017).

Outro estudo, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, com o objetivo de avaliar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato, obteve um total de 96,15% de *experts* do sexo feminino, 75% possuíam o doutorado como titulação máxima e tinham idade média de 44,02 anos. (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014).

Não há um consenso na literatura quanto aos critérios de seleção dos *experts*. Na área da enfermagem, com frequência, encontram-se adaptações dos critérios de seleção de Fehring (1994), que atribui pontuação de acordo com as características do profissional, são elas: ser mestre em enfermagem (4 pontos), ser mestre em enfermagem com dissertação na área de interesse de diagnóstico (1 ponto), ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante (2 pontos), ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado (2 pontos), ter prática clínica recente, de no mínimo um ano, na temática abordada (2 pontos) e ter capacitação em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse (2 pontos). (MELO et al., 2011).

Entretranto, pode-se observar que Fehring (1994) elaborou os referidos critérios para seleção de pesquisadores para a realização de validação de diagnósticos de enfermagem.

Para a seleção de enfermeiros *experts* em outros assuntos ainda não existe consenso, todavia, parece ser um ponto em comum nos estudos encontrados, que poderão ser considerados elegíveis para participar do processo de validação, profissionais que estudam e têm experiência no tema. Logo, a etapa de seleção torna-se crucial por se relacionar diretamente com a qualidade dos resultados gerados. (HSU; SANDFORD, 2007).

Melo e colaboradores (2011) trazem que a escolha dos *experts* deve basear-se no objetivo do estudo e avaliar o nível de experiência prática, conhecimento e habilidade, de cada enfermeiro, relacionado ao tema.

A possibilidade de encontrar um grande quantitativo de pesquisadores brasileiros que trabalham com a temática “hipertensão arterial” e que atenderam aos critérios de seleção foi um facilitador, pois permitiu um número expressivo de especialistas respondentes nas duas rodadas de validação.

Por ser um país de proporções continentais com diferenças regionais e culturais e, considerando que o instrumento traduzido, adaptado e validado na presente pesquisa será disponibilizado para uso em todo o Brasil, a presença de pesquisadores residentes de todas as regiões do país nas duas rodadas de validação foi importante.

Quanto ao resultado da validação de conteúdo, a avaliação dos itens aparência e clareza permite que os especialistas avaliem o instrumento quanto à forma de apresentação, facilidade de leitura e compreensão dos textos. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Na atual pesquisa, esses itens, na rodada 1, foram validados com 94% e 80% e, na rodada 2, foram validados com 100% e 96% respectivamente. Quanto ao item aplicabilidade do instrumento, na rodada 1 obteve uma validação de 91%, subindo para 100% na rodada 2.

A avaliação desses três itens (aparência, clareza e aplicabilidade) revela uma melhoria gradual na validação dos especialistas de acordo com as alterações realizadas nas etapas de validação de conteúdo, sendo o instrumento considerado claro, preciso e fácil de ser aplicado à população adulta brasileira.

Uma das sugestões recebidas, relacionadas aos itens aparência, clareza e aplicabilidade, foi a de diminuir o número de questões do instrumento e outra sugestão foi a de aumentar o tamanho da letra, deixando-a, no mínimo, em fonte tamanho 12.

A escolha da fonte e tamanho da letra de um questionário pode influenciar no interesse do participante em respondê-lo, isso porque uma pessoa com dificuldade de leitura, devido a um tamanho reduzido de letra, pode se sentir desestimulada a lê-lo e compreendê-lo.

Coluci, Alexandre e Milani (2015) no artigo de revisão “Construção de instrumentos de medida na área da saúde”, apontam que, de uma maneira geral, a literatura destaca algumas etapas que devem ser seguidas para o processo de construção de instrumentos, são elas: o estabelecimento da estrutura conceitual; a definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; a construção dos itens e das escalas de resposta; a seleção e a organização dos itens; a estruturação do instrumento; a validade de conteúdo; e o pré-teste.

Dentro das etapas de seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento está o cuidado relacionado à quantidade de itens e à estruturação do

questionário, que visa organizar os itens em seus respectivos domínios e estabelecer o formato geral do instrumento. (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

O modo como o instrumento é estruturado e a sua sequência influenciam significativamente em como o respondente concluirá, sendo importante que esteja pensado de modo a reduzir o esforço físico e/ou mental e assegurar que todos os itens sejam cuidadosamente arrumados de forma que o interesse do respondente seja mantido até a conclusão do questionário. (GÜNTHER, 2003).

Nesta pesquisa, a versão brasileira da HK-LS finalizada está disponibilizada com a fonte Arial 10 para que o instrumento todo coubesse em uma lauda. Entretanto, para a sua utilização prática, recomenda-se que seja impresso com a fonte e tamanho de letra mais adequado para a população alvo de modo a facilitar a visualização, sendo possível modificar o tamanho da fonte de acordo com a necessidade.

Outra sugestão recebida por um *expert* na rodada 2 de validação de conteúdo e que, após discussão, optou-se por não acatá-la, foi a de diminuir o número de questões.

Beaton et al (2000), autores da diretriz utilizada para nortear o processo de tradução e de adaptação transcultural da presente pesquisa, afirmam que, se considerar necessário, o pesquisador poderá realizar substituição de itens ou redistribuí-los de modo a tornar o instrumento relevante e válido.

Motlagh et al. (2015), ao relatar o uso da HK-LS para a avaliação do conhecimento de adultos iranianos, descreve, brevemente, que para a avaliação da validade de conteúdo da escala utilizada, os autores solicitaram a opinião de *experts* por meio de um formulário de avaliação; os *experts*, por sua vez, optaram pela exclusão de dois itens da escala, sendo um item da subdimensão “definição” e outro item da subdimensão “estilo de vida”, então, a versão utilizada foi composta de 20 itens, e não 22, conforme o original.

No artigo Tradução e adaptação transcultural do *Clinical Competence Questionnaire* para uso no Brasil, de Kwiatkowski et al., 2017, ao realizar o processo de tradução e de adaptação do instrumento, as pesquisadoras explicam que, após a etapa do comitê de especialistas, houve a divisão de um dos itens em dois, sendo o instrumento final composto por 48 itens, diferentemente do original, que é composto por 47. Para tanto, foi realizada uma justificativa dessa modificação e a pontuação da escala foi recalculada. (KWIATKOWSKI et al., 2017).

A decisão de realizar alterações no instrumento, como a retirada de itens ou alterações significativas em seu formato, deve ser tomada com cautela e ser justificada, uma vez que o pesquisador deve ter sempre em mente que está realizando a adaptação de um instrumento já existente e não criando um novo.

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) em seu artigo *A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach*, com tradução livre de “um modelo de equivalência na adaptação cultural dos instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde: a abordagem universalista” recordam os pesquisadores, dispostos a trabalhar com a tradução e a adaptação transcultural de instrumentos, que as traduções dos itens podem, muitas vezes, assumir o pressuposto de que os mesmos itens serão reflexões significativas da saúde em uma nova cultura.

É importante lembrar, porém, que a atenção deve ser dada não apenas para a equivalência dos itens em si, mas também para as equivalências conceitual, semântica e operacional. (BEATON et al. 2000).

Quanto à avaliação do conteúdo das afirmativas da escala, o IVC da primeira rodada foi de 0,84 e da segunda rodada de 0,96, demonstrando que os *experts* consideram que instrumento é capaz de medir o que se propõe e que o conteúdo está adequado.

É interessante analisar que quando nos debruçamos sobre as sugestões recebidas pelos *experts* durante as duas rodadas de validação de conteúdo, pode-se notar que a maior parte delas pautavam-se não na necessidade de alteração do conteúdo presente em cada afirmativa, mas que as afirmativas fossem escritas de modo a facilitar o entendimento pelos respondentes.

Isso porque, ainda que nas etapas anteriores da pesquisa tenha se objetivado adequar a escrita do instrumento à população adulta brasileira em geral, na validação de conteúdo foi identificada a presença de diversos termos técnicos que poderiam ser fatores dificultadores do entendimento.

Algumas das sugestões recebidas e acatadas foram: alteração do termo “morte prematura” para “morte precoce/ antecipar a morte”; alteração do termo “insuficiência renal” para “fazer com que os rins parem de funcionar”; e alteração do termo “distúrbios visuais” para “problemas na visão”.

Antes de realizar a alteração dos termos técnicos, houve discussão entre os pesquisadores sobre a pertinência da manutenção ou não desses termos e se seria

importante que o adulto respondente os conhecesse, de modo a garantir a avaliação correta sobre a doença.

Na busca de respostas, a discussão baseou-se na importância do entendimento do conteúdo da questão pelo respondente, utilizando-se de elementos e palavras dentro do seu cotidiano. Paulo Freire, educador brasileiro, célebre pelo seu método de alfabetização de adultos, em seu livro “Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa” ressalta a importância da inserção do contexto do educando e o respeito aos seus saberes. (FREIRE, 2002).

Nesse sentido, as alterações realizadas no instrumento, com o objetivo de clarear os termos técnicos presentes nele, se justificam. Ora, se o objetivo do profissional de saúde ao aplicar a HK-LS é apreender o conhecimento do adulto de modo a educá-lo para o cuidado de si e para o cuidado em saúde, considerou-se mais importante do que identificar se o adulto seria capaz de reconhecer o termo “insuficiência renal”, identificar se este adulto é capaz de reconhecer que a hipertensão arterial pode causar danos nos rins.

Quando refletimos acerca da aplicabilidade de um instrumento que avalia o conhecimento de adultos sobre determinada doença na prática clínica, podemos pensar diretamente na educação em saúde, na qual o enfermeiro tem papel fundamental.

Fernandes e Backers (2010) trazem que a educação em saúde pode contribuir para o fortalecimento da consciência crítica e de escolhas conscientes dos pacientes, quando se leva em consideração os saberes populares, favorecendo um cuidado direcionado para suas reais necessidades. (FERNANDES; BACKES, 2010).

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel importante como agente educador em saúde por estar em constante diálogo com os pacientes, pois durante o exercício das funções, ele se depara frequentemente com situações em que são necessárias ações educativas, sendo esse profissional capaz de promover transformações sociais e individuais que favoreçam a melhoria do cuidado de si e/ou que reduzam danos frente ao adoecimento. (PINHEIRO et al. 2016).

Ao término do processo de tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo do *Hypertension Knowledge-Level Scale* para o português do Brasil, o instrumento permaneceu com 22 itens divididos em seis subdimensões (definição, tratamento medicamentoso, adesão ao tratamento, estilo de vida, dieta e complicações) conforme o original. Não foram realizadas trocas na ordem dos itens

e nem alterações na pontuação, sendo a versão final também avaliada com pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 22 pontos.

Como limitação da pesquisa, tem-se o número reduzido de estudos que traduziram e adaptaram a HK-LS em países diversos, fato que dificultou a discussão e comparação dos resultados obtidos. A validação de conteúdo da escala na versão brasileira foi realizada, porém recomenda-se que outros estudos sejam conduzidos com objetivo de avaliar as demais propriedades psicométricas desse instrumento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tradução, adaptação transcultural e validação da *Hypertension Knowledge-Level Scale* para o português do Brasil, realizada na presente pesquisa, disponibiliza um instrumento de avaliação do conhecimento sobre HAS para adultos, válido e de confiança para o uso no Brasil.

O seguimento de etapas bem delineadas, de acordo com os referenciais metodológicos escolhidos, foi importante para garantir a qualidade do resultado final do estudo.

Todas as modificações realizadas durante as etapas de tradução e de adaptação transcultural tiveram o objetivo de adequá-lo à população em geral, entretanto, o pré-teste revelou uma dificuldade acentuada dos respondentes relacionada aos termos técnicos.

A etapa de validação de conteúdo permitiu o esclarecimento dessa questão, porém, para aqueles pesquisadores que objetivam realizar apenas as etapas de tradução e de adaptação transcultural, sem que seja realizada a validação de conteúdo, recomenda-se que, na reunião do comitê de especialistas, participe também um número expressivo de pessoas representantes da população alvo do instrumento a ser traduzido.

A HK-LS, na versão brasileira, poderá auxiliar enfermeiros e demais profissionais de saúde na avaliação do conhecimento sobre hipertensão em adultos. Na prática profissional, a utilização do instrumento será ampla, visto que pode ser aplicado para mensurar o conhecimento não somente de doentes, como também da população em geral, sendo útil para avaliar o impacto da HAS na comunidade, auxiliando os profissionais a traçarem o perfil, metas e campanhas individuais e coletivas na prevenção e no controle da hipertensão.

Na perspectiva do ensino, o uso da HK-LS também poderá se encaixar com a finalidade de diagnosticar o nível de conhecimento dos estudantes, bem como no propósito de desenvolver neles a competência na utilização e no manejo de instrumento e escalas validados para a população em geral.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ACQUADRO, C. et al. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. **Value Health**, v.11, n.3, p.509-521, 2008. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179659> Acesso em: 05 mai. 2016.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet,** v. 376, n. 9755, p: 1861-8, 2010. Disponível em:<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61853-3/fulltext?_eventId=login > Acesso em: 23 jul. 2016.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciên Saúde Coletiva**.v.16, n.7, p.3061-8, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006> Acesso em: 11 mai. 2016.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando – Introdução à Filosofia**. 4. ed. São Paulo: Moderna, 2009.

ARAÚJO, F. N. F. **Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde**. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012.

BARRETO, M. S., REINERS, A. A. O., MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.22, n.3, p.484-490, maio/jun. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf> Acesso em: 05 mai. 2016.

BEATON D.E. et al*.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**. v. 25, n.24, p.3186–3191, 2000. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735 > Acesso em:30 mai. 2016.

BEATON D.E. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível

em:<http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf> Acesso em: 10 jul. 2016.

BESEN, D. B.; ESEN, A. The Adaptation of the Acceptance of Illness Scale to the Diabetic Patients in Turkish Society. **TAF Prev Med Bull**. V.10, n.2, p.155-64, 2011. Disponível em: < http://www.scopemed.org/?mno=947> Acesso em 02 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas Brasil 2015 por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf> Acesso em: 22 set. 2016.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf> Acesso em: 14 mai. 2016.

CANO, S. J.; HOBART, J. C. The problem with health measurement. **Patient Preference and Adherence**, v.5, p.279-90, 2011. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140310/pdf/ppa-5-279.pdf> Acesso em: 21 jul. 2016.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. **Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos**. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed, 2012.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev Min Enferm**., v.13, n.3, p.429-34, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209> Acesso em: 30 jan. 2017.

CHATZIEFSTRATIOU, A. A. et al. Translation and validation of the Greek version of the hypertension knowledge-level scale. **J Clin Nurs**. v.24, n.24, p.3417-24, 2015.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333020> Acesso em 14 mar. 2014.

COLLARES, C.F.; GREC, W.L.P.; MACHADO, J.L.M. Psicometria na garantia de qualidade da educação médica: conceitos e aplicações**. Science in Health**. v.3, n.1, p.33-49, 2012. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/07_jan_abr_2012/science_03_01_33_49.pdf> Acesso em: 05 mai. 2017.

COLUCI, M. Z.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.3, p.925-36, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf> Acesso em: 02 jun. 2016.

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Busca textual (site)**, 2016. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar> Acesso em 20 mar. 2016.

CONTI, M. A. et al. Equivalência Semântica da versão em português do "Body Change Inventory". **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.9, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900026> Acesso em: 03 jun. 2017.

COSTER, W. J.; MANCINI, M. C. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em Terapia Ocupacional. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. v.26, n.1, p.50-7, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/85280/96367> Acesso em: 10 jul. 2016.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, n.16, p. 297–334. 1951.

CUNHA, C.; NETO, O. P. A.; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Rev. Aten. Saúde**, v.14, n.47, 2016. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3391/pdf> Acesso em: 16 abr. 2017.

DALKEY, N. HELMER, O. **An experimental of the Delphi Method to the use of experts**. Santa Monica: The Rand Corporation, 1962. Disponível em: <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2009/RM727.1.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.68, p.435-41, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698408> Acesso em: 12 jul. 2016.

ERKOC, S. B.; ISIKLI, B.; METINTAS, S.; KALYONCU, C. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 9, p.1018-1029, 2012. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/9/3/1018> Acesso em: 30 mai. 2016.

ESHAH, N. F.; AL-DAKEN, L. I. Assessing Public's Knowledge About Hypertension in a Community-Dwelling Sample. **J Cardiovasc Nurs.** v.31, n.2, p.158-65, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25658184> Acesso em: 12 ago. 2016.

FALCÃO, D. M.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology**. J Rheumatol**, v.30, p.379-85, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12563699> Acesso em 15 jun. 2016.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FEHRING, R. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON R, PAQUETE M. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association.** Philadelphia: Lippincott,1994. p. 55-62.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.4, p.567-73, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf> Acesso em: 20 abr. 2017.

FREIRE, P**. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, N. O., et al. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.1, p.24-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-25.pdf> Acesso em: 29 ago. 2016.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet - Vantagens e Desvantagens. **FEA USP,** v.2, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 01 mai 2016.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**. v.46, n.12, p-1417-32, 1993. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569> Acesso em: 08 jul. 2016.

GÜNTHER, H. **Como Elaborar um Questionário** (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 01). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003.

GUSMÃO, J.L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** v.16, n.1, p.38-43, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesão.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2016.

HAMBLETON, R.K.; PATSULA, L. Increasing the validity of adapted tests: myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices**. J Appl Test Technol**, v.1, n.1, p.1-30, 2009. Disponível em: <http://www.jattjournal.com/index.php/atp/article/view/48345> Acesso em 01 ago. 2016.

HAN, H. R. et al. Development and evaluation of a hypertension knowledge test for Korean hypertensive patients. **J Clin Hypertens (Greenwich)**. v.13, n.10, p.750-7, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21974763>. Acesso em: 10 ago. 2017.

HERDMAN M, FOX-RUSHBY J, BADIA X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res.** v.7, p.323-224, 1998. Disponível em: <http://v-scheiner.brunel.ac.uk/bitstream/2438/10007/1/Fulltext.pdf> Acesso em: 02 fev. 2017.

HSU, C.C., SANDFORD, B.A. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. **Practical Assessment, Research & Evaluation**. n. 12, v. 10, 2007. Disponível em: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

JANKOWSKA-POLAŃSKA, B.; UCHMANOWICZ, I.; DUDEK, K. MAZUR, G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. Patient Prefer **Adherence**. n.10, p.2437–47, 2016.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153315/> Acesso em: 21 ago. 2017.

JEON, Y.; KRAUS, S. G.; GLASGOW, N. J. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. **BMC Health Services Research**. v.10, n. 77, 2010. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-77> Acesso em: 10 mai. 2016.

KESZEI, A.P.; NOVAK, N.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic** Research. v.68, p.319-23, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20307697> Acesso em: 20 jul. 2016.

KILIC, M.; UZUNÇAKMAK, T.; EDE, H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure**. International Journal of the Cardiovascular Academy**. v.2, n.1, p.27-32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcac.2016.01.003> Acesso em: 03 jun. 2017.

KWIATKOSKI, D. R. **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS**. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016

KWIATKOSKI, D. R. et al. Tradução e adaptação transcultural do Clinical Competence Questionnaire para uso no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/134954/130767> Acesso em: 10 ago. 2017.

LIMA, D.V.M. Desenhos de Pesquisa: Uma contribuição para autores. **Online Braz.J.nurs**. (Online) v.10, n.;2, 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3648/pdf.> Acesso em: 13 mai. 2016.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2001.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Perceptions of hypertensive people on risk factors for the disease**. Ciênc saúde coletiva**, v.17, n.5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030>. Acesso em: 15 jun. 2016.

MALACHIAS, et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol, 2016. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 10 set. 2017.

MALIK A. et al. HYPERTENSION-RELATED KNOWLEDGE, PRACTICE AND DRUG ADHERENCE AMONG INPATIENTS OF A HOSPITAL IN SAMARKAND, UZBEKISTAN. **Nagoya J. Med. Sci.** n.76, p.255-63, 2014. Disponível em: < https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/7634/04_Malik.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

MANTOVANI, M. F. et al. PROTOCOLOS CLÍNICOS NA ORIENTAÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA. **Cogitare enferm**. v.20, n.4, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.43077> Acesso em: 02 mai. 2017.

MATTEI, A. T. S. et al. Escala preditiva de complicações da hipertensão: validade de conteúdo e aparência. **Rev Min Enferm**. v.21, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170017> Acesso em: 02 nov. 2017

MATTHIENSEN, A. **Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários**. 1. ed. Embrapa, Roraima, 2011. Disponível em: <http://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/68073/1/DOC-48-2011-ID-112.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

MCDOWELL, I. **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires.** 3. ed. New York: Oxford University Press, 2006.

MELO, R.P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**., Fortaleza, v.12, n.2, p.424-31, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a26v12n2.pdf > Acesso em: 21 nov. 2016.

MONDZINGER, N. M. **THE KNOWLEDGE OF YOUNG ADULTS ON HYPERTENSION**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Stellenbosch. Africa do Sul, 2012.

MOTLAGH, S. F. Z. et al. Knowledge, Treatment, Control, and Risk Factors for Hypertension among Adults in Southern Iran. **International Journal of Hypertension**, 2015. Disponível em:<http://www.hindawi.com/journals/ijhy/2015/897070/>. Acesso em: 16 ago. 2016

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica Primária. **Medicina (Ribeirão Preto),** v.46, n.3, p.256-72,2013. Disponível

em:<http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016

NOLÊTO, S.M.G.; SILBA, S.M.R.; BARBOSA, C.O. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. **RBCEH, Passo Fundo**, v. 8, n. 3, p. 324-332, 2011. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/1374/pdf> Acesso em: 10 mai. 2016.

NUNNALLY, J. C**. Psychometric theory**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F.C.; colaboração de Patrícia Zeni Marchiori. **Introdução ao Método Delphi.** Curitiba: Mundo Material. 1. ed. Curitiba: Mundo Material, 2008. Disponível em: <http://eprints.rclis.org/12888/1/cartilha_delphi_digital.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

OLIVEIRA, L. P. et al. Tradução e adaptação cultural do Hip Outcome Score para a língua portuguesa. REV BRAS ORTOP. v.49, n.3, p.297-304, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v49n3/pt_0102-3616-rbort-49-03-00297.pdf> Acesso em: 05 jun. 2017.

OLIVEIRA, L. B.; PUSCHEL, V. A. A. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.15, n.4, p.1026-33, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf > Acesso em: 19 set. 2017.

ONYEKWERE, O. K.; EZEBUIRO, V. O.; SAMUEL E. S. , Knowledge of Hypertension Among Adults in Owerri Senatorial Zone of Imo State, Nigeria. **Mediterranean Journal of Social Sciences**, v.4, n.5, 2013. Disponível em: <http://www.mcser.org/journal/index.php/mjss/article/view/661> Acesso em: 15 jun. 2016.

PASQUALI, L. Psicometrica. **Rev. esc. enferm. USP**. v.43, p.992-9. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002> Acesso em: 22 jun. 2017.

PASQUALI, L. **Psicometria – Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação**. 5. ed. São Paulo: Vozes, 2013.

PINHEIRO, S. J. et al Concepções das práticas de educação em saúde no contexto da formação em Enfermagem. **Rev Rene.**v.17, n.4, p.545-52, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4954> Acesso em: 20 mai. 2017.

PILATTI, L.A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G.L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário**. R.B.E.C.T**. v.3, n.1, p.81-91, 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/619> Acesso em 02 jul. 2017.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea**. Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-48.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

PUCCI, N. et al, Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev Bras Cardiol**. v.25, n.4, p.322-329, 2012. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/V25n04a08.pdf> Acesso em: 10 mai. 2016.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública [online]**. v.41, n.4, p. 665-673, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf> Acesso em: 30 mai.2016.

SANTO, R.M. et al. Enhancing cross cultural adaptation and validation process: linguistic and psychometric testing of the Braziliane Portuguese version of a self-report measure for dry eye. **J Clin Epidemiol**, n.68, p.370-8, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25619561> Acesso em: 11 mai. 2016

SARTES, L. M. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avanços na Psicometria: Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.26, n.2, p.241-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000200004> Acesso em: 11 mai. 2017.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre a técnica delphi em pesquisa na enfermagem. **Rev. Rene**. v.13, n.1, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i1.3803> Acesso em: 28 nov. 2016.

SCHARDOSIM, J. M. et al. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p.834-41, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00834.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento Protective Nursing Advocacy Scale para enfermeiros brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, p.669-76, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000400669&script=sci_abstract> Acesso em: 03 mar. 2017.

ULBRICH, E.M et al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 33, n. 2, p. 22-27, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200005>. Acesso em: 30 mai. 2016.

VANCINI-CAMPANARO, C. R. et al. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , v.23, n.6, p.1149-56, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601149> Acesso em: 10 mai. 2016.

WHO. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. v.5. Geneva:WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/68896> Acesso em> 03 mai. 2017.

WHO. World Health Organization. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação**: Relatório Mundial. Brasília; 2013. Disponível em: <http://saúde.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saúde/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saúde-da-pessoa-idosa/documentos-tecnicos/cuidados_inovadores_para_condicoes_cronicas_-_opas.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2016.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommúnicable diseases 2014.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 30 mai. 2016.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R.A. Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cad Pesq Admin**. v.1, n.12, p.54-65, 2000. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1310202/mod_resource/content/1/DELPHI_QUESTIONARIO_1.pdf> Acesso em: 03 fev. 2017

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRADUTORES E RETROTRADUTORES

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Departamento de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRADUTORES E RETROTRADUTORES

Nós, Juliana Perez Arthur e Maria de Fátima Mantovani pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar de uma pesquisa intitulada "Tradução e adaptação transcultural de um questionário de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica". É por meio das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem e sua participação será de fundamental importância.

a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica.

b) Caso o(a) Sr (a) participe da pesquisa, será necessário traduzir o questionário do inglês para o português. Além da tradução, é necessária a sua assinatura digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e envio do mesmo as pesquisadoras. É pertinente também sua participação na reunião de consenso, na qual será aprovada a segunda versão do questionário retrotraduzido. Esta participação poderá ser presencial ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir. A impossibilidade de comparecer à reunião final não excluirá sua participação na pesquisa.

c) Para reunião de consenso é importante seu comparecimento presencialmente ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), a qual ocorrerá na Av. Pref. Lothário Meissner, 3400 – Jardim Botânico, Curitiba – PR, no Bloco Didático II, terceiro andar, sala de vídeo conferência, por aproximadamente 1 hora.

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1689.333
na data de 22/08/2016

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para traduzir ou retrortraduzir o questionário ou com a reunião de consenso.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ocorrer como constrangimento em não compreender a linguagem do questionário. Para minimizar os possíveis riscos será assegurado ao participante interromper a qualquer momento a sua participação na pesquisa.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar profissionais de saúde a avaliarem o conhecimento de adultos sobre hipertensão arterial sistêmica, o questionário poderá ser utilizado em diversos espaços da área da saúde e facilitará a aplicação de educações em saúde.

g) A pesquisadora Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo, poderá ser localizada na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3° andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, ou poderá ser contatada pelo email mfatimamantovani@ufpr.br e/ou pelo telefone (41)3387-8365 no horário das 13:30 ás 17:00 de 2° à 4° feira. A pesquisadora Juliana Perez Arthur, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná, colaboradora deste estudo poderá ser localizada na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3° andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, ou poderá ser contatada pelo email julianaperez.4@gmail.com e/ou pelo telefone (41)9669-7658, no horário das 08:00 às 18:00 de 2ª a 6ª feira.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1683333
na data de 22/09/2016

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: estudante pesquisadora e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a tua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.

j) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

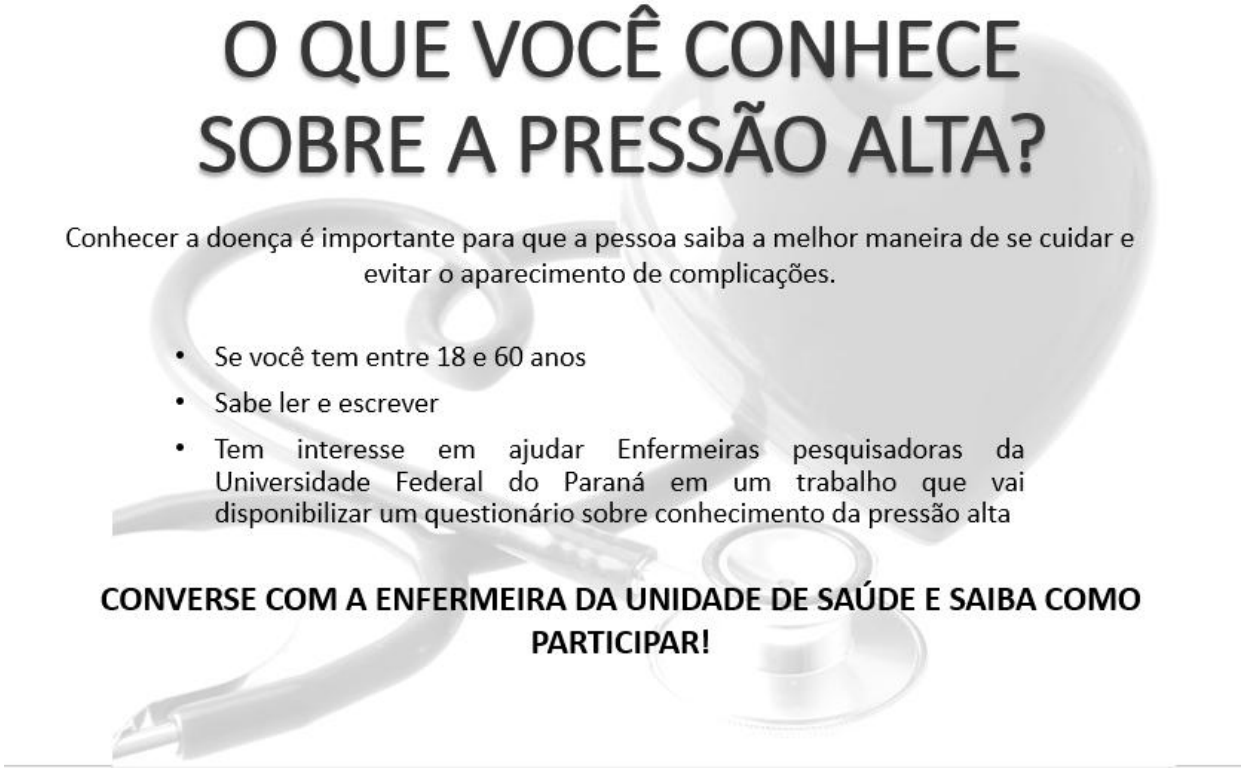
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.
Curitiba, _____/_____/_____

_____
(Assinatura do participante de pesquisa)

_____
(Assinatura da Pesquisadora)

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1689333
na data de 22/05/2016

APÊNDICE 2 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES



APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ADULTOS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Departamento de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ADULTOS

Nós, Juliana Perez Arthur e Maria de Fátima Mantovani pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar de uma pesquisa intitulada "Tradução e adaptação transcultural de um questionário de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica". É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem e sua participação será de fundamental importância.

a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica.

b) Caso Sr (a) participe da pesquisa, será necessário o preenchimento de um questionário sobre conhecimento da hipertensão arterial sistêmica.

c) Para tanto você não precisará se deslocar, pois será convidado a preencher o questionário sobre o conhecimento da hipertensão arterial sistêmica no momento em que estiver na Unidade de Saúde, o que levará aproximadamente 10 minutos.

d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder o questionário.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade na compreensão do questionário e constrangimento em responder alguma das perguntas. Para minimizar os possíveis riscos será assegurado ao participante interromper a qualquer momento a sua participação na pesquisa; Será oferecido um ambiente calmo, tranquilo e reservado para o preenchimento do questionário.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR. Parecer CEP/SD-PB.nº 1.608.333 na data de 22/08/2016

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar profissionais de saúde a avaliarem o conhecimento de adultos sobre hipertensão arterial sistêmica, o questionário poderá ser utilizado em diversos espaços da área da saúde e facilitará a aplicação de educações em saúde.

g) A pesquisadora Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo, poderá ser localizada na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3° andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, ou poderá ser contatada pelo email mfatimamantovani@ufpr.br e/ou pelo telefone (41)3387-8365 no horário das 13:30 ás 17:00 de 2° à 4° feira. A pesquisadora Juliana Perez Arthur, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná, colaboradora deste estudo poderá ser localizada na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3° andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, ou poderá ser contatada pelo email julianaperez.4@gmail.com e/ou pelo telefone (41)9669-7658, no horário das 08:00 às 18:00 de 2ª a 6ª feira.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: estudante pesquisadora e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a tua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1683.363
na data de 22/08/2016

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____

j) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.
Curitiba, _____/_____/_____

_____
(Assinatura do participante de pesquisa)

_____
(Assinatura da Pesquisadora)

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1629333
na data de 22/08/2016

APÊNDICE 4 – VERSÕES T1, T2 E T12

AFIRMAÇÕES	T1	T2	T12
1) High diastolic or systolic blood pressure indicates increased blood pressure.	Pressão diastólica ou sistólica **do sangue** indica **pressão sanguínea aumentada.**	Pressão **arterial** diastólica ou sistólica alta indica **aumento da pressão arterial.**	Pressão arterial diastólica ou sistólica aumentada indica aumento da pressão arterial.
2) Increased diastolic blood pressure also indicates increased blood pressure.	Pressão diastólica **do sangue** aumentada também indica **pressão sanguínea aumentada.**	O aumento da pressão **arterial** diastólica também indica **aumento da pressão arterial.**	A pressão arterial diastólica aumentada também indica aumento da pressão arterial.
3) Increased blood pressure is the result of aging, so treatment is unnecessary.	Pressão aumentada **do sangue** é resultado do envelhecimento, **então** o tratamento é desnecessário.	A pressão **arteria**l alta é o resultado de envelhecimento, **portanto** o tratamento é desnecessário.	Pressão arterial aumentada é o resultado de envelhecimento, então o tratamento é desnecessário.
4) If the medication for increased blood pressure can control blood pressure, there is no need to change lifestyles.	Se a **medicação** para **pressão sanguínea aumentada** pode controlar a pressão **do sangue**, não há necessidade de **mudar** estilos de vida.	Se o **medicamento** para **pressão arterial alta** pode controlar a pressão **arterial**, não há necessidade de **mudança** no estilo de vida.	Se o medicamento para pressão arterial aumentada pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida.
5) If individuals with increased blood pressure change their lifestyles, there is no need for treatment.	Se indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento.	Se um indivíduo com aumento de pressão **arterial** mudar seu estilo de vida, não há necessidade de tratamento.	Se indivíduos com pressão arterial aumentada mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento.
6) Individuals with increased blood pressure must take their medication in a manner that makes them feel good.	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada devem tomar suas medicações **de modo** que os façam sentir bem.	Indivíduos com aumento de pressão **arterial** devem tomar seus medicamentos **de uma maneira** que os faça sentir bem.	Indivíduos com pressão arterial aumentada devem tomar suas medicações de uma maneira que os faça sentir bem.
7) Drugs for increased blood pressure must be taken everyday.	**Drogas** para pressão **sanguínea** aumentada devem ser tomadas **todos os dias.**	**Remédios** para aumento de pressão **arterial** devem ser tomados **diariamente.**	Medicamentos para aumento de pressão arterial devem ser tomados diariamente.
8) Individuals with increased blood pressure must take their medication only when they feel ill.	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada devem tomar suas **medicações somente** quando eles se sentem doentes.	Indivíduos com pressão **arterial** alta devem tomar seus **medicamentos apenas** quando se sentirem doentes.	Indivíduos com pressão arterial aumentada devem tomar suas medicamentos somente quando eles se sentem doentes.
9) Individuals with increased blood pressure must take their medication throughout their life.	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada devem tomar suas **medicações** por toda a sua vida.	Indivíduos com pressão **arterial** alta devem tomar seus **medicamentos** por toda a sua vida.	Indivíduos com pressão arterial aumentada devem tomar seus medicamentos por toda a sua vida.
10) For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is frying.	Para indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada, o melhor método de cozimento é a fritura.	Para indivíduos com pressão **arterial** alta, o melhor método de cozimento é a fritura.	Para indivíduos com pressão arterial aumentada, o melhor método de cozimento é a fritura.
11) For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is boiling or grilling.	Para indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada, os melhores métodos de cozimento são fervido ou **grelhado.**	Para indivíduos com pressão **arteria**l alta, os melhores métodos de cozimento são **ferver ou grelhar.**	Para indivíduos com pressão arterial aumentada, os melhores métodos de cozimento são refogar ou grelhar.
12) Individuals with increased blood	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada	Indivíduos com pressão **arterial** alta podem	Indivíduos com pressão arterial aumentada

pressure can eat salty foods as long as they take their drugs regularly.	podem comer **comidas com sal**, desde que tomem suas drogas regularmente.	comer **alimentos salgados** desde que tomem seus remédios regularmente.	podem comer alimentos salgados desde que tomem seus remédios regularmente.
13) Individuals with increased blood pressure must eat fruits and vegetables frequently.	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada devem comer frutas e vegetais frequentemente.	Indivíduos com pressão **arterial** alta devem comer frutas e vegetais frequentemente.	Indivíduos com pressão arterial aumentada devem comer frutas e vegetais frequentemente.
14) The best type of meat for individuals with increased blood pressure is red meat.	O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada é carne vermelha.	O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão **arterial** alta é a carne vermelha.	O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão arterial aumentada é carne vermelha.
15) The best type of meat for individuals with increased blood pressure is white meat.	O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada é carne branca.	O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão **arterial** alta é a carne branca.	O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão arterial aumentada é carne branca.
16) Individuals with increased blood pressure must not smoke.	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada **devem não fumar.**	Indivíduos com pressão **arterial** alta **não devem fumar.**	Indivíduos com pressão arterial aumentada não devem fumar.
17) Individuals with increased blood pressure can drink alcoholic beverages.	Indivíduos com pressão **sanguínea** aumentada podem **tomar** bebidas alcoólicas.	Indivíduos com pressão **arterial** alta podem **ingerir** bebidas alcoólicas.	Indivíduos com pressão arterial aumentada podem ingerir bebidas alcoólicas.
18) Increased blood pressure can cause strokes, if left untreated.	Pressão **sanguínea** aumentada pode causar **AVC/ derrame** se não for tratada.	A pressão **arterial** alta pode causar **derrame**, se não tratada.	Pressão arterial aumentada pode causar AVC/ derrame se não for tratada.
19) Increased blood pressure can cause heart diseases, such as heart attack, if left untreated.	Pressão **sanguínea** aumentada pode causar doenças cardíacas, como ataque cardíaco, se não for tratada.	A pressão **arterial** alta pode causar doenças cardíacas, como ataques cardíacos, se não tratada.	Pressão arterial aumentada pode causar doenças cardíacas, como ataque cardíaco, se não for tratada.
20) Increased blood pressure can cause premature death if left untreated.	Pressão **sanguínea** aumentada pode causar morte prematura, se não for tratada.	A pressão **arterial** alta pode causar morte prematura, se não tratada.	Pressão arterial aumentada pode causar morte prematura, se não for tratada.
21) Increased blood pressure can cause kidney failure, if left untreated.	Pressão **sanguínea** aumentada pode causar **falência renal**, se não for tratada.	A pressão **arterial** alta pode **causar falência nos rins**, se não tratada.	A pressão arterial aumentada pode causar falência nos rins, se for não tratada.
22) Increased blood pressure can cause visual disturbances, if left untreated.	Pressão **sanguínea** aumentada pode causar distúrbios visuais, se não for tratada.	A pressão **arterial** alta pode causar distúrbios visuais, se não tratada.	Pressão arterial aumentada pode causar distúrbios visuais, se não

ORIENTAÇÕES DE USO DA ESCALA

ORIGINAL	T1	T2	T12
Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	Escala sobre o Nível de Conhecimento **sobre** Hipertenção	Formulário original de Escala de Nível de Conhecimento **de** Hipertensão (HK-LS)	Formulário original da Escala de Nível de Conhecimento da Hipertensão (HK-LS)
Each item was a full sentence that was either correct or incorrect. Each item was prepared as part of a standard answer (Correct, Incorrect or Don't Know).	Cada item era uma afirmação que **poderia estar** correta ou incorreta. Cada item **foi** preparado como parte de uma resposta **padronizada** (Correta, Incorreta, não sei)	Cada item era uma afirmação que **estava** ou correta ou incorreta. Cada item **estava** preparado como parte de uma resposta **padrão** (Correta, Incorreta ou Não Sabe).	Cada item era uma afirmação que estava ou correta ou incorreta. Cada item foi preparado como parte de uma resposta padrão (Correta, Incorreta ou Não Sabe).
Each correct answer was worth 1 point. Incorrect statements were encoded inversely to the other items. The expression was incorrect for 9 items.	**Para cada** resposta correta **foi valorada** com 1 ponto. **Afirmações** incorretas foram codificadas **de modo inverso** aos outros itens. A expressão era incorreta **em** 9 itens.	**Cada** resposta correta **valia** 1 ponto. **Depoimentos** incorretos **eram** codificados **inversamente** aos outros itens. A expressão era incorreta **para** 9 itens.	Cada resposta correta valia 1 ponto. Afirmações incorretas eram codificadas de modo inverso aos outros itens. A expressão era incorreta em 9 itens.
The maximum score was 22 for the entire scale.	O **escore** máximo foi 22 para a escala toda.	A **pontuação** máxima foi 22 para toda a escala.	A pontuação máxima é 22 para toda a escala.
Correct items:1,2,7,9,11,13,15,16,18, 19,20,21,22.	Itens corretos: 1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22.	Itens corretos: 1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22.	Itens corretos: 1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22.
Incorrect items:3,4,5,6,8,10,12,14,17.	Itens incorretos: 3,4,5,6,8,10,12,14,17	Itens incorretos 3,4,5,6,8,10,12,14,17	Itens incorretos 3,4,5,6,8,10,12,14,17
The scale had 22 items with 6 sub dimensions.	A escala **tinha** 22 itens com 6 subdimensões	A escola **possuía** 22 itens com 6 subdimensões.	A escola tem 22 itens com 6 subdimensões.
2 items "definition": item number 1,2.	2 itens "definição": itens números 1,2.	2 itens "definição": itens números 1,2.	2 itens "definição": itens números 1,2.
4 items "medical treatment": item number 6,7,8,9.	4 itens "tratamento médico": itens números 6,7,8,9	4 itens "tratamento médico": itens números 6,7,8,9	4 itens "tratamento médico": itens números 6,7,8,9
4 items"drug compliance": item number 3,4,5,12.	4 itens "**aderência aos medicamentos**" itens números 3,4,5,12.	4 itens "**adesão medicamentosa**": itens números 3,4,5,12.	4 itens "adesão medicamentosa": itens números 3,4,5,12.
5 items "lifestyle", ": item number 10,11,13,16,17.	5 itens "estilo de vida": itens números 10,11,13,16,17.	5 itens "estilo de vida": itens números 10,11,13,16,17.	5 itens "estilo de vida": itens números 10,11,13,16,17.
2 items"diet", and": item number 14,15.	2 itens"dieta", e": itens números 14,15.	2 itens"dieta", e": itens números 14,15.	2 itens"dieta", e": itens números 14,15.
5 items "complications" sub-dimensions": item number 18,19,20,21,22.	5 itens "complicações"": itens números 18,19,20,21,22.	5 itens "complicações" subdimensões": itens números 18,19,20,21,22.	5 itens "complicações": itens números 18,19,20,21,22.

APÊNDICE 5 – VERSÕES BT1 E BT2

ORIGINAL	BT1	BT2
1) High diastolic or systolic blood pressure indicates increased blood pressure.	HIGH diastolic or systolic blood pressure indicates high blood pressure.	Increased diastolic or systolic pressure indicates increased blood pressure.
2) Increased diastolic blood pressure also indicates increased blood pressure.	High diastolic blood pressure also indicates high blood pressure.	Increased diastolic pressure also indicates increased blood pressure.
3) Increased blood pressure is the result of aging, so treatment is unnecessary.	High blood pressure is due to aging; therefore, its treatment is unnecessary.	Increased blood pressure is an aging result, therefore there is no need for treatment.
4) If the medication for increased blood pressure can control blood pressure, there is no need to change lifestyles.	If the medication for high blood pressure can control it, there is no need for a change in lifestyle.	Since medicines can keep blood pressure under control, there is no need for lifestyle changes.
5) If individuals with increased blood pressure change their lifestyles, there is no need for treatment.	If individuals with high blood pressure change their lifestyles, there is no need for treatment / treatment is unnecessary.	If individuals with hypertension (increased blood pressure) change their lifestyle, there is no need for treatment.
6) Individuals with increased blood pressure must take their medication in a manner that makes them feel good.	Individuals with high blood pressure must take their medication so that they feel good.	Individuals with high blood pressure (increased blood pressure) must take their medication in a way to feel good.
7) Drugs for increased blood pressure must be taken everyday.	Medication for high blood pressure must be taken daily.	Medicines for increased blood pressure must be taken daily.
8) Individuals with increased blood pressure must take their medication only when they feel ill.	Individuals with high blood pressure must take their medication only when they feel sick.	Individuals with increased blood pressure must take their medicines only when they feel sick.
9) Individuals with increased blood pressure must take their medication throughout their life.	Individuals with high blood pressure must take their medication throughout their lives.	Individuals with hypertension must take their medicines for a lifetime
10) For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is frying.	For individuals with high blood pressure, the best cooking method is frying.	For individuals with hypertension fry is the best method of cooking.
11) For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is boiling or grilling.	For individuals with high blood pressure, the best cooking methods are boiling/braising and grilling.	For individuals with hypertension boil and grill are the best meyhods of cooking.
12) Individuals with increased blood pressure can eat salty foods as long as they take their drugs regularly	Individuals with high blood pressure can eat salty food as long as they take their medication regularly.	Individuals with hypertension can eat salty foods since keeping up with their medicines.
13) Individuals with increased blood pressure must eat fruits and vegetables frequently.	Individuals with high blood pressure must eat fruit and vegetables regularly.	Individuals with hypertension must eat frequently fruit and vegetables.
14) The best type of meat for individuals with increased	The best kind of meat for individuals with high blood	The best type of meat for individuals with hypertension is

blood pressure is red meat.	pressure is red meat.	read meat.
15) The best type of meat for individuals with increased blood pressure is white meat.	The best kind of meat for individuals with high blood pressure is white meat.	The best type of meat for individuals with hypertension is white meat
16) Individuals with increased blood pressure must not smoke.	Individuals with high blood pressure must not smoke.	Individuals with hypertension must not smoke.
17) Individuals with increased blood pressure can drink alcoholic beverages.	Individuals with high blood pressure can drink alcohol.	Individuals with hypertension can consume alcohol drinks.
18) Increased blood pressure can cause strokes, if left untreated.	High blood pressure can cause strokes if it is not treated.	Hypertension (high blood pressure) may cause stroke if not treated.
19) Increased blood pressure can cause heart diseases, such as heart attack, if left untreated.	High blood pressure can cause heart diseases, such as heart attacks, if it is not treated.	Hypertension may cause heart diseases like heart attack if not treated
20) Increased blood pressure can cause premature death if left untreated.	High blood pressure can lead to premature death, if it is not treated.	Hypertension may cause premature death if not treated.
21) Increased blood pressure can cause kidney failure, if left untreated.	High blood pressure can cause kidney failure, if it is not treated.	Hypertension may cause kidney failure if not treated.
22) Increased blood pressure can cause visual disturbances, if left untreated.	High blood pressure can cause vision problems, if it is not treated.	Hypertension may cause visual disturbances if not treated.

ORIENTAÇÕES DE USO DA ESCALA

ORIGINAL	BT1	BT2
Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	Original form of the-Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	Original questionnaire for the Hypertension Knowledge-Level Scale.
Each item was a full sentence that was either correct or incorrect. Each item was prepared as part of a standard answer (Correct, Incorrect or Don't Know).	Each item was either a correct or an incorrect affirmation. Each item was elaborated based on a standard answer (Correct, Incorrect or Does not know).	Each item is a sentence which may be correct or incorrect. Each item was prepared as part of a standard (pattern) response (Correct-incorrect- do not know)
Each correct answer was worth 1 point. Incorrect statements were encoded inversely to the other items. The expression was incorrect for 9 items.	Each item scored 1 point. Incorrect affirmations were encoded in reverse to the other items. The expression was incorrect in 9 items.	Each correct response scores 1point. Incorrect sentences were codified as being inverse to the other items. 9 items were incorrect.
The maximum score was 22 for the entire scale.	The maximum score is 22 for the whole scale.	The maximum score is 22 for the whole scale.
Correct items:1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22	Correct items: 1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22.	Correct items 1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22
Incorrect items:3,4,5,6,8,10,12,14,17.	Incorrect items:	Incorrect items

	3,4,5,6,8,10,12,14,17	3,4,5,6,8,10,12,14,17
The scale had 22 items with 6 sub dimensions.	The scale has 22 items with 6 subdimensions	The scale was composed of 22 items with 6 subdimensions.
2 items "definition": item number 1,2.	2 items "definition": items 1,2	2 items "definition": items 1,2
4 items "medical treatment": item number 6,7,8,9.	4 items "medical treatment": items 6,7,8,9	4 items "medical treatment": items 6,7,8,9
4 items"drug compliance": item number 3,4,5,12.	4 "drug compliance": items 3,4,5,12.	4 items "Treatment compliance" 3,4,5,12
5 items "lifestyle", ": item number 10,11,13,16,17.	5 "lifestyle" items: items 10,11,13,16,17.	5 items "lifestyle" items 10,11,13,16,17
2 items"diet", and": item number 14,15.	2 "diet" items: items 14,15 and,	2 items " diet" Items 14,15
5 items "complications" sub-dimensions": item number 18,19,20,21,22.	5 items "complications": 18,19,20,21, 22	5 items "complications": items: 18,19,20,21,22

APÊNDICE 6 – VERSÃO DA HK-LS E ORIENTAÇÕES DE USO UTILIZADAS NA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

Escala de Nível de Conhecimento sobre Hipertensão (ENCH)

Leia e assinale a opção que considerar mais adequada para cada afirmativa.

ESCALA DE NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO	CORRETO	INCORRETO	NÃO SABE
1) Pressão arterial diastólica ou sistólica (mínima ou máxima) alta indica aumento da pressão arterial.			
2) A pressão arterial diastólica (mínima) alta também indica aumento da pressão arterial.			
3) Pressão arterial alta é resultado do envelhecimento, então o tratamento é desnecessário.			
4) Se o medicamento para pressão arterial alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida.			
5) Se indivíduos com pressão arterial alta mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento.			
6) Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos de uma maneira que os faça sentir bem.			
7) Medicamentos para pressão arterial alta devem ser tomados diariamente.			
8) Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos somente quando eles se sentem mal.			
9) Indivíduos com pressão arterial alta devem tomar seus medicamentos pelo resto de suas vidas.			
10) Para indivíduos com pressão arterial alta a melhor forma de preparar alimentos é fritar.			
11) Para indivíduos com pressão arterial alta as melhores formas de preparar alimentos são cozinhar somente em água ou grelhar.			
12) Indivíduos com pressão arterial alta podem comer alimentos sem controlar a quantidade de sal desde que tomem seus remédios regularmente.			
13) Indivíduos com pressão arterial alta devem comer frutas e vegetais frequentemente.			
14) O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão arterial alta é a carne vermelha.			
15) O melhor tipo de carne para indivíduos com pressão arterial alta é a carne branca.			
16) Indivíduos com pressão arterial alta não devem fumar.			
17) Indivíduos com pressão arterial alta podem ingerir bebidas alcoólicas sem moderação.			
18) Pressão arterial alta, se não for tratada, pode causar AVC/ derrame.			

19) Pressão arterial alta, se não for tratada, pode causar doenças cardíacas, como o ataque cardíaco.			
20) Pressão arterial alta, se não for tratada, pode causar morte prematura.			
21) A pressão arterial alta, se não for tratada, pode causar falência nos rins.			
22) Pressão arterial alta, se não for tratada, pode causar distúrbios visuais.			

Instruções de uso da Escala de Conhecimento sobre Hipertensão (ECNH)

Cada item é uma afirmação que está correta ou incorreta.

Cada item foi preparado para ser respondido com uma resposta padrão (Correto, Incorreto ou Não Sabe).

Cada resposta correta vale 1 ponto.

Afirmações incorretas são codificadas de modo inverso aos outros itens.

A pontuação máxima, para toda a escala, é 22.

13 itens são corretos e 9 itens são incorretos:

- Itens corretos: 1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22.
- Itens incorretos 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17.

A escala é composta por 22 itens divididos em 6 subdimensões.

Subdimensões:

- Definição: itens números 1 e 2;
- Tratamento médico: itens números 6, 7, 8 e 9;
- Adesão medicamentosa: itens números 3, 4, 5 e 12;
- Estilo de vida: itens números 10, 11, 13, 16 e 17;
- Dieta: itens números 14 e 15;
- Complicações: itens números 18, 19, 20, 21 e 22.

APÊNDICE 7 – VERSÃO FINAL DA HK-LS TRADUZIDA E ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

Escala de Nível de Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (ENCHAS)

Leia e assinale a opção que considerar mais adequada para cada afirmativa.

ESCALA DE NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL	CERTO	ERRADO	NÃO SEI
1) Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada indica aumento da pressão arterial.			
2) A pressão arterial diastólica (mínima) elevada também indica aumento da pressão arterial.			
3) Pressão alta é causada pelo envelhecimento, por isso não necessita de tratamento.			
4) Se o medicamento para pressão alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida.			
5) Se pessoas com pressão alta mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento.			
6) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos da maneira que considerarem mais adequada.			
7) Medicamentos para pressão alta devem ser tomados diariamente.			
8) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos somente quando se sentem mal.			
9) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos pelo resto de suas vidas.			
10) Para pessoas com pressão alta a fritura é a melhor forma de preparar os alimentos			
11) Para pessoas com pressão alta, cozinhar somente em água ou grelhar são as melhores formas de preparar alimentos.			
12) Pessoas com pressão alta podem comer alimentos sem controlar a quantidade de sal desde que tomem seus medicamentos todos os dias.			
13) Pessoas com pressão alta devem comer frutas e verduras frequentemente.			
14) O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne vermelha.			
15) O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne branca.			
16) Pessoas com pressão alta não devem fumar.			
17) Pessoas com pressão alta podem ingerir bebidas alcoólicas a vontade.			
18) Se a pressão alta não for tratada pode causar derrame/acidente vascular cerebral (AVC).			
19) Se a pressão alta não for tratada pode causar infarto/ ataque cardíaco			
20) Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/ antecipar a morte.			
21) Se a pressão alta não for tratada pode fazer com que os rins parem de funcionar.			
22) Se a pressão alta não for tratada pode causar problemas na visão.			

Instruções de uso da Escala de Nível de Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (ENCHAS)

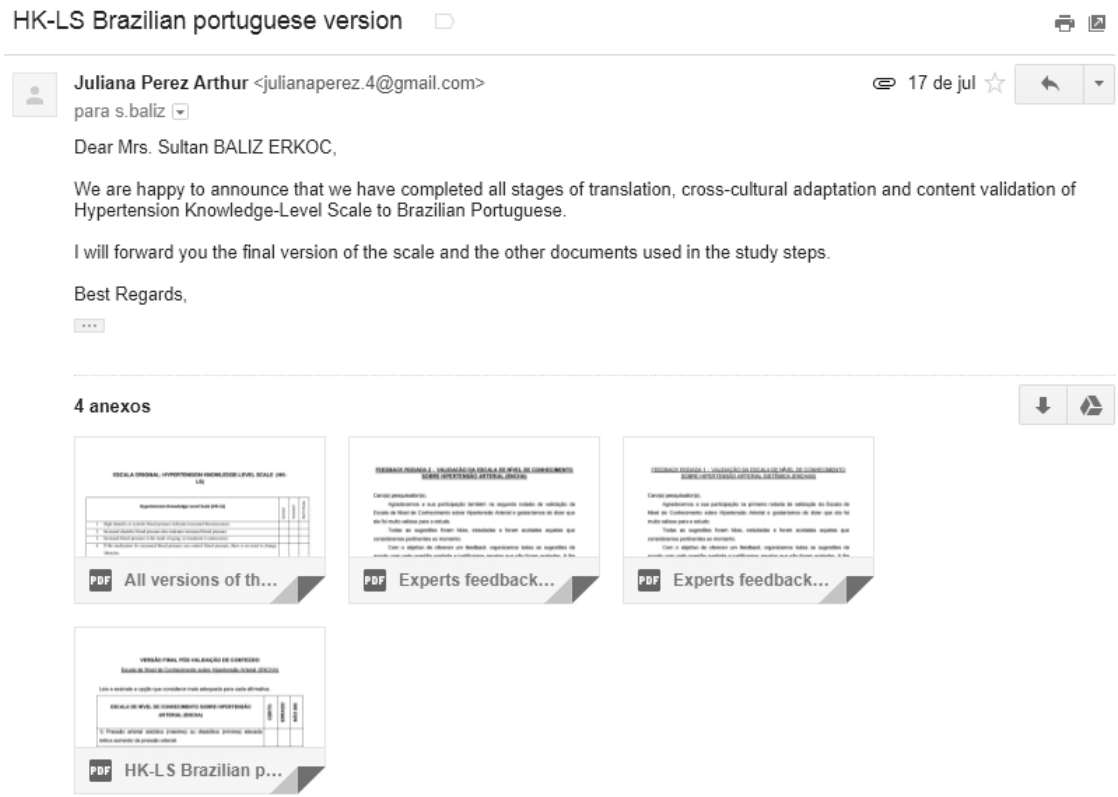
A escala é composta por 22 itens e cada item é uma afirmação que está correta ou incorreta.
Cada item foi preparado para ser respondido com uma resposta padrão (Certo, Errado ou Não Sei).
Afirmações assinaladas de maneira correta valem 1 ponto.
Afirmações assinaladas de maneira incorreta valem 0 pontos.
Afirmações assinaladas na opção “Não sei” valem 0 pontos.
A pontuação máxima, para toda a escala, é 22 pontos.
13 itens são corretos e 9 itens são incorretos:

- Itens corretos: 1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22.
- Itens incorretos 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17.

Os itens da escala estão divididos em 6 subdimensões.
Subdimensões:

- Definição: itens números 1 e 2;
- Tratamento médico: itens números 6, 7, 8 e 9;
- Adesão medicamentosa: itens números 3, 4, 5 e 12;
- Estilo de vida: itens números 10, 11, 13, 16 e 17;
- Dieta: itens números 14 e 15;
- Complicações: itens números 18, 19, 20, 21 e 22.

APÊNDICE 8 – EMAIL ENVIADO AOS DESENVOLVEDORES DA ESCALA COM O MATERIAL REFERENTE À TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO



HK-LS Brazilian portuguese version

Juliana Perez Arthur <julianaperez.4@gmail.com> 17 de jul

para s.baliz

Dear Mrs. Sultan BALIZ ERKOC,

We are happy to announce that we have completed all stages of translation, cross-cultural adaptation and content validation of Hypertension Knowledge-Level Scale to Brazilian Portuguese.

I will forward you the final version of the scale and the other documents used in the study steps.

Best Regards,

4 anexos

PDF All versions of th...

PDF Experts feedback...

PDF Experts feedback...

PDF HK-LS Brazilian p...

ANEXO 1 – HYPERTENSION KNOWLEDGE-LEVEL SCALE (HK-LS) E ORIENTAÇÕES DE UTILIZAÇÃO ORIGINAIS

Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	Correct	Incorrect	Don't Know
1. High diastolic or systolic blood pressure indicates increased blood pressure.			
2. Increased diastolic blood pressure also indicates increased blood pressure.			
3. Increased blood pressure is the result of aging, so treatment is unnecessary.			
4. If the medication for increased blood pressure can control blood pressure, there is no need to change lifestyles.			
5. If individuals with increased blood pressure change their lifestyles, there is no need for treatment.			
6. Individuals with increased blood pressure must take their medication in a manner that makes them feel good.			
7. Drugs for increased blood pressure must be taken everyday.			
8. Individuals with increased blood pressure must take their medication only when they feel ill.			
9. Individuals with increased blood pressure must take their medication throughout their life.			
10. For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is frying.			
11. For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is boiling or grilling..			
12. Individuals with increased blood pressure can eat salty foods as long as they take their drugs regularly			
13. Individuals with increased blood pressure must eat fruits and vegetables frequently.			
14. The best type of meat for individuals with increased blood pressure is red meat.			
15. The best type of meat for individuals with increased blood pressure is white meat.			
16. Individuals with increased blood pressure must not smoke.			
17. Individuals with increased blood pressure can drink alcoholic beverages.			
18. Increased blood pressure can cause strokes, if left untreated.			
19. Increased blood pressure can cause heart diseases, such as heart attack, if left untreated.			
20. Increased blood pressure can cause premature death if left untreated.			
21. Increased blood pressure can cause kidney failure, if left untreated.			

22. Increased blood pressure can cause visual disturbances, if left untreated.			

Each correct answer was worth 1 point. Incorrect statements were encoded inversely to the other items. The expression was incorrect for 9 items.

The maximum score was 22 for the entire scale.

Correct items:1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22

Incorrect items:3,4,5,6,8,10,12,14,17.

The scale had 22 items with 6 sub dimensions.

2 items “definition”: item number 1,2.

4 items “medical treatment”: item number 6,7,8,9.

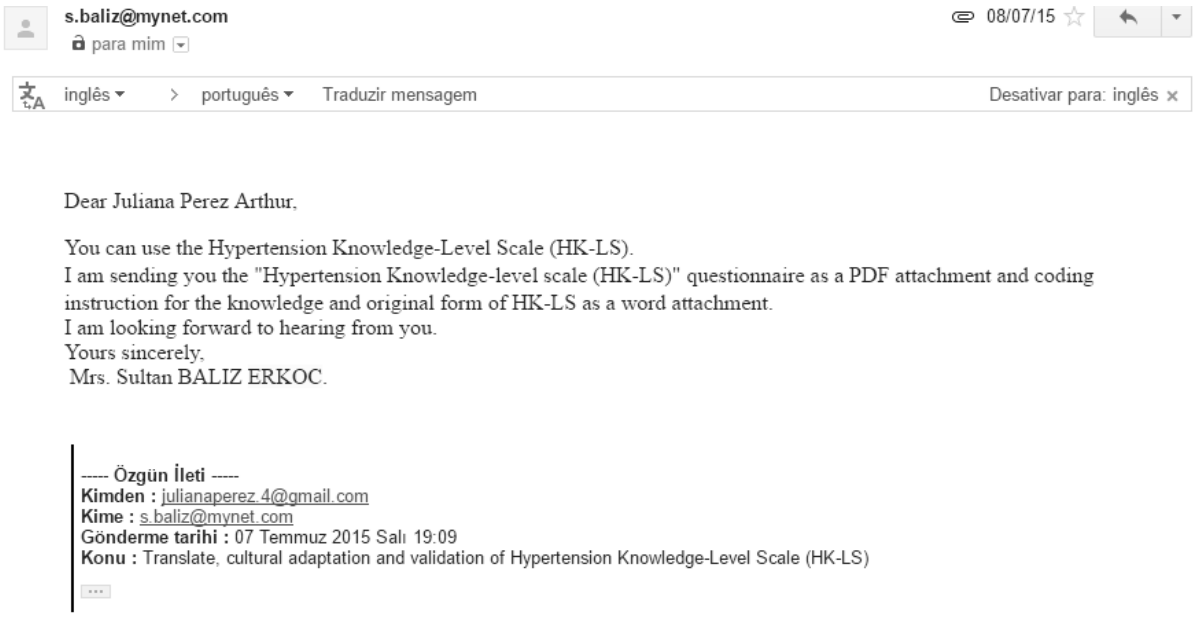
4 items“drug compliance”: item number 3,4,5,12.

5 items “lifestyle”: item number 10,11,13,16,17.

2 items“diet”, and”: item number 14,15.

5 items “complications” sub-dimensions”: item number 18,19,20,21,22.

ANEXO 2 – EMAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO



s.baliz@mynet.com 08/07/15

para mim

inglês › português Traduzir mensagem Desativar para: inglês ×

Dear Juliana Perez Arthur,

You can use the Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS).
I am sending you the "Hypertension Knowledge-level scale (HK-LS)" questionnaire as a PDF attachment and coding instruction for the knowledge and original form of HK-LS as a word attachment.
I am looking forward to hearing from you.
Yours sincerely,
Mrs. Sultan BALIZ ERKOC.

----- **Özgün İleti** -----
Kimden : julianaperez.4@gmail.com
Kime : s.baliz@mynet.com
Gönderme tarihi : 07 Temmuz 2015 Salı 19:09
Konu : Translate, cultural adaptation and validation of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução e adaptação transcultural de um questionário de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica

Pesquisador: Maria de Fátima Mantovani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57477316.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.689.333

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas as pendências do Projeto de pesquisa encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR, coordenado pela professora Maria de Fátima Mantovani.

Objetivo da Pesquisa:

Traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Os possíveis riscos para os participantes estão relacionados a: o tempo dispendido para se realizar a tradução e retrotradução do instrumento, desconforto devido ao tempo gasto para ler, interpretar e preencher e a possibilidade de dificuldade de compreensão do instrumento entre os adultos e os tradutores que não pertencem a área da saúde.

Benefícios:

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar profissionais de saúde a avaliarem o conhecimento de adultos sobre hipertensão arterial sistêmica.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências foram atendidas , porém esta pesquisa está condicionada a aprovação de viabilidade do Comite de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SMS Curitiba.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados , com exceção do Coparticipante.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS.

Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO 4 – PARECER DE ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ.

CURITIBA

Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Educação em Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Maria de Fátima Mantovani, protocolou sob o número 104/2016 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Tradução e adaptação transcultural de um questionário de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica". (CAAE: 57477316.1.0000.0102).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 21 de Setembro de 2016.

Samuel Jorge Moysés
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

SMS - Secretaria Municipal da Saúde – Prefeitura Municipal de Curitiba
Rua Atílio Bório, 680. Cristo Rei, Curitiba, PR – CEP: 80050-250
Telefone: (41) 3360-4961 Fax: (41) 3360-4965
CEP/CES/SMS/PMC - Email: etica@sms.curitiba.pr.gov.br