

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**THAÍS LIEKO DE OLIVEIRA TAKIMOTO**

**Tradução, adaptação cultural e validação da “COVID-19 - Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)” para o contexto brasileiro**

**SÃO CARLOS**

**2024**

THAÍS LIEKO DE OLIVEIRA TAKIMOTO

**Tradução, adaptação cultural e validação da “COVID-19 - Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)” para o contexto brasileiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi e apoio financeiro da CAPES/DS.

SÃO CARLOS

2024

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me dar forças, me guiar e me amparar quando precisei;

Agradeço aos meus pais, por serem base, por serem fortaleza, luz, calma quando eu precisei de apoio. Por me incentivarem nos estudos e permitirem que “este sonho” fosse possível, afinal, o incentivo à educação veio desde criança e eu sou muito grata por eles sempre me apoiarem em minhas decisões;

Agradeço à minha professora Orientadora Dra Fabiana de Souza Orlandi, pois nossa caminhada começou em 2017, e, desde lá, no início da graduação e ela sempre acreditou em meu potencial, confiou em mim... À ela: gratidão, por tudo e por tanto. Por nunca ter desistido de mim e por ter se tornado minha “Mãe acadêmica”;

Agradeço ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, também constou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Processo CNPq n. 403989/2021-3);

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação de Gerontologia e, por fim, e não menos importante: aos demais amigos que colaboraram para que este trabalho pudesse acontecer. Aqui, neste espaço, muitas pessoas são especiais, e seguraram minhas mãos quando tudo parecia se dissolver entre meus dedos. Obrigada por tudo e por tanto, amigos!

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A *Coronavirus Diseases 2019* (COVID-19) é uma doença infecciosa, causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). Como principais sintomas causados tinham febre, cansaço e tosse seca, e em pessoas com mais idade ou com outras condições de saúde, têm maior risco de gravidade da doença. Frente ao exposto, a disponibilização de um instrumento que avalia o impacto da COVID-19 na qualidade de vida (QV) dos brasileiros é de suma relevância. **OBJETIVO:** Traduzir, adaptar culturalmente e validar a “COVID-19 - Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)” para o contexto brasileiro. **METÓDO:** Trata-se de um estudo metodológico, com as seguintes etapas: tradução inicial da *COV19-QoL* para português brasileiro, síntese das traduções, retrotradução da escala para o inglês, revisão por um comitê composto por seis especialistas, pré-teste da versão pré final da *COV19-QoL*, realizado com 40 participantes e análise da consistência interna e da validade de construto da versão adaptada da *COV19-QoL*. Para esta última etapa contou-se com 128 participantes, que responderam aos seguintes instrumentos: Caracterização sociodemográfica da amostra; versão brasileira adaptada da *COV19-QoL*; Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF- 36) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Todos os preceitos éticos foram respeitados. **RESULTADOS:** A *COV19-QoL* foi traduzida por dois tradutores independentes, posteriormente estabeleceu-se a versão consensual, a qual foi retrotraduzida por um terceiro tradutor, que desconhecia os objetivos da pesquisa e tinha o inglês como linha nativa. Em seguida realizou-se a revisão por seis especialistas, que avaliaram as equivalências da escala. O índice de validade de conteúdo foi satisfatório, obtendo-se IVC=1 em cinco itens e um com IVC= 0,86 (item 6), sendo revisto e modificado. No pré-teste, a amostra foi composta por 40 participantes, sendo maioria do sexo feminino (82,5%) e situação conjugal solteiro (50%). Com relação à percepção do impacto da COVID-19 na qualidade de vida dos participantes, obteve-se pontuação média na *COV19-QoL* de 3,46 ( $\pm 0,94$ ) e satisfatória consistência interna (alfa de Cronbach de 0,843). Os participantes consideraram a escala clara e compreensível e não deram sugestões de modificação. Para a análise das propriedades psicométricas, a amostra foi composta por 128 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (73,4%) e situação conjugal solteiro (61,7%). Quanto à percepção do impacto da COVID-19 na QV, obteve-se a pontuação média de 3,46 ( $\pm 1,19$ ) na *COV19-QoL* e consistência interna foi satisfatória (0,830). Quanto à validade de construto convergente, confirmou-se correlação positiva significativa, de moderada magnitude entre o escore da *COV19-QoL* e o total da DASS-21 ( $r = 0,435$ ), assim como nos domínios

“Depressão”(r = 0,424), “Estresse” (r = 0,431) e “Ansiedade” (r = 0,401). Na correlação entre a *COVID-19-QoL* e as dimensões do SF-36, confirmou-se correlação negativa significativa, de moderada magnitude, com os domínios “Aspectos Físicos” (r= - 0,335), “Dor” (r= - 0,378), “Aspectos Sociais” (r= - 0,424), “Aspectos Emocionais” (r= - 0,361) e “Saúde Mental” (r= - 0,415) e de fraca magnitude em “Capacidade Funcional” (r= - 0,218) e “Estado geral de saúde” (r= - 0,187). Na validade discriminante da *COVID-19-QoL*, confirmou-se poder discriminativo, pois os participantes com “Depressão” (3,77), “Ansiedade” (3,76) e “Estresse” (3,84), apresentaram maior impacto da COVID-19 na QV, comparativamente aos que não apresentavam, os quais obtiveram médias de 3,22 para Depressão ( $p \leq 0,005$ ), 3,23 para Ansiedade ( $p \leq 0,041$ ) e 3,22 para Estresse ( $p \leq 0,001$ ). Na análise fatorial confirmatória, verificou-se valores satisfatórios no Índice de Ajuste Comparativo (CFI=0,905), no Índice de Tucker-Lewis (TLI=0,908), no Índice de Ajuste Normalizado (NFI =0,967), no Índice de Adequação (GFI=0,884), no Índice de Adequação Ajustado (AGFI=0,819) e no Erro Quadrado Médio de Aproximação (RMSEA=0,034). A escala é unidimensional, com cargas fatoriais no ítem 1 (0,663), ítem 2 (0,769), ítem 3 (0,544), ítem 4 (0,799), ítem 5 (0,420) e ítem 6 (0,716). **CONCLUSÃO:** A *COVID-19-QoL* está adaptada culturalmente e apresentou evidências satisfatórias de confiabilidade e validade para o contexto brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19; Saúde Mental; Estudos de Adaptação; Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Coronavirus Diseases 2019 (COVID-19) is an infectious disease caused by the severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2). The main symptoms caused were fever, tiredness and dry cough, and in older people or with other health conditions, they have a greater risk of severity of the disease. In view of the above, the availability of an instrument that assesses the impact of COVID-19 on the quality of life (QoL) of Brazilians is extremely important. **OBJECTIVE:** Translate, culturally adapt and validate the “COVID-19 - Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)” for the Brazilian context. **METHOD:** This is a methodological study, with the following steps: initial translation of the COV19-QoL into Brazilian Portuguese, synthesis of translations, back-translation of the scale into English, review by a committee composed of six experts, pre-testing of the version pre-final COV19-QoL, carried out with 40 participants and analysis of the internal consistency and construct validity of the adapted version of COV19-QoL. For this last stage, there were 128 participants, who responded to the following instruments: Sociodemographic characterization of the sample; adapted Brazilian version of COV19-QoL; Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF- 36) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). All ethical precepts were respected. **RESULTS:** COV19-QoL was translated by two independent translators, after which the consensual version was established, which was back-translated by a third translator, who was unaware of the research objectives and had English as his native language. A review was then carried out by six experts, who assessed the scale's equivalences. The content validity index was satisfactory, obtaining CVI=1 in five items and one with CVI= 0.86 (item 6), being reviewed and modified. In the pre-test, the sample consisted of 40 participants, the majority of whom were female (82.5%) and were single (50%). Regarding the perception of the impact of COVID-19 on the participants' quality of life, an average COV19-QoL score of 3.46 ( $\pm 0.94$ ) and satisfactory internal consistency (Cronbach's alpha of 0.843) were obtained. Participants considered the scale clear and understandable and did not make any suggestions for modification. For the analysis of psychometric properties, the sample consisted of 128 participants, the majority of whom were female (73.4%) and were single (61.7%). Regarding the perception of the impact of COVID-19 on QoL, an average score of 3.46 ( $\pm 1.19$ ) was obtained in COV19-QoL and internal consistency was satisfactory (0.830). Regarding convergent construct validity, a significant positive correlation of moderate magnitude was confirmed between the COV19-QoL score and the total DASS-21 ( $r = 0.435$ ), as well as in

the “Depression” domains ( $r = 0.424$ ), “Stress” ( $r = 0.431$ ) and “Anxiety” ( $r = 0.401$ ). In the correlation between COV19-QoL and the dimensions of the SF-36, a significant negative correlation, of moderate magnitude, was confirmed with the domains “Physical Aspects” ( $r = -0.335$ ), “Pain” ( $r = -0.378$ ), “Social Aspects” ( $r = -0.424$ ), “Emotional Aspects” ( $r = -0.361$ ) and “Mental Health” ( $r = -0.415$ ) and of low magnitude in “Functional Capacity” ( $r = -0.218$ ) and “State general health” ( $r = -0.187$ ). In the discriminant validity of COV19-QoL, discriminatory power was confirmed, as participants with “Depression” (3.77), “Anxiety” (3.76) and “Stress” (3.84) showed a greater impact of COVID -19 in QOL, compared to those who did not, who obtained averages of 3.22 for Depression ( $p \leq 0.005$ ), 3.23 for Anxiety ( $p \leq 0.041$ ) and 3.22 for Stress ( $p \leq 0.001$ ). In the confirmatory factor analysis, satisfactory values were found in the Comparative Fit Index (CFI=0.905), in the Tucker-Lewis Index (TLI=0.908), in the Standardized Fit Index (NFI =0.967), in the Adequacy Index (GFI =0.884), the Adjusted Adequacy Index (AGFI=0.819) and the Mean Square Error of Approximation (RMSEA=0.034). The scale is unidimensional, with factor loadings on item 1 (0.663), item 2 (0.769), item 3 (0.544), item 4 (0.799), item 5 (0.420) and item 6 (0.716). **CONCLUSION:** The COV19-QoL is culturally adapted and presented satisfactory evidence of reliability and validity for the Brazilian context.

**KEYWORDS:** COVID-19; Mental health; Adaptation Studies; Quality of life.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Síntese das traduções realizadas pelos tradutores T1 e T2 para os itens do instrumento *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Quadro 2** - Versão retrotraduzida da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Quadro 3** - Avaliação da versão pré-final da *COVI9-QoL* e percentuais de concordância entre os especialistas. São Carlos, SP, Brasil, 2024.



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes do pré teste da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 2** - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 3** - Estatística descritiva da *COVI9-QoL* traduzida aplicada no pré-teste em 40 indivíduos. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 4** - Caracterização sociodemográfica e de saúde dos 128 participantes da *COVI9-QoL*. São Paulo, Brasil, 2024;**Tabela 5** – Estatísticas descritivas da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 6** - Estatística descritiva dos participantes quanto ao nível de ansiedade, depressão e estresse da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 7** - Estatística descritiva e de confiabilidade entre a *COVI9-QoL* e da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 8** - Análise de validade de construto convergente entre *COVI9-QoL* e da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 9** - Validade de construto discriminante da versão brasileira da *COVI9-QoL* com os domínios da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 10** - Coeficientes de correlação de Spearman entre a *COVI9-QoL* e as dimensões do SF-36. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 11** - Análise fatorial confirmatória da *COVI9-QoL* aplicada em 128 participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2024;

**Tabela 12** - Cargas fatoriais da análise fatorial confirmatória da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

## LISTA DE SIGLAS

<b>COVID-19</b>	Coronavírus Diseases
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de vida
<b>SPC</b>	Síndrome Pós-Covid
<b>CL</b>	Covid Longa
<b>COVID-19-QoL</b>	<i>COVID-19-Impact on Quality of Life Scale</i>
<b>KMO</b>	Teste Kaiser-Meyer-Olkin
<b>IVC</b>	Índice de Validade de Conteúdo
<b>DUKE</b>	Duke Health Profile
<b>AFC</b>	Análise Fatorial Confirmatória
<b>AFE</b>	Análise Fatorial Exploratória
<b>NFI</b>	Índice de Ajuste Normalizado
<b>TFI</b>	Índice de Tucker-Lewis
<b>RMSEA</b>	Raiz do Erro Quadrático Médio da Aproximação
<b>AGFI</b>	Índice de Adequação Ajustada
<b>GFI</b>	Índice de Adequação
<b>CFI</b>	Índice de Ajuste Comparativo
<b>DASS-21</b>	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
<b>SF-36</b>	Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. MÉTODO.....	16
3.1 DELINEAMENTO E ETAPAS DO ESTUDO.....	16
3.1.1 Processo de adaptação cultural.....	16
3.1.2 Tradução.....	17
3.1.3 Síntese das traduções.....	17
3.1.4 Retrotradução.....	17
3.1.5 Comitê de revisores.....	17
3.1.6 Índice de validade de conteúdo.....	20
3.1.7 Pré-teste.....	21
3.1.8 Validação.....	22
3.1.9 Confiabilidade.....	22
3.1.10 Validade.....	22
3.1.11 Validade de conteúdo.....	23
3.1.12 Validade de critério.....	23
3.1.13 Validade de construto.....	23
3.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS.....	24
3.3 AMOSTRA.....	24
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
3.5.1 Questionário sociodemográfico, econômico e de condição de saúde.....	26

3.5.2 <i>COVID-19-Impact on Quality of Life</i> .....	26
3.5.3 <b>Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey</b> .....	27
3.5.4 <b>Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse</b> .....	27
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
<b>4. RESULTADOS</b> .....	29
4.1 TRADUÇÃO INICIAL.....	29
4.2 SINTESE DAS TRADUÇÕES.....	29
4.3 RETROTRADUÇÃO.....	32
4.4 REVISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	33
4.5 PRÉ-TESTE.....	35
4.6 VALIDAÇÃO.....	36
4.6.1 <b>Resultados das análises psicométricas da versão brasileira adaptada da COVID-19-QoL36</b>	
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	46
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	46
<b>8. ANEXOS</b> .....	51
8.1 Anexo A .....	51
8.2 Anexo B.....	52
8.3 Anexo C.....	57
<b>9. APÊNDICES</b> .....	59
9.1 Apêndice A.....	59
9.2 Apêndice B.....	60
9.3 Apêndice C.....	62
9.4 Apêndice D.....	63

## 1. INTRODUÇÃO

A *Coronavirus Diseases* (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 31 de dezembro de 2019, foi alertada sobre vários casos de pneumonia na província de Hubei, localizada na cidade de Wuhan, China. Desses casos, tratava-se de uma nova cepa de coronavírus, que ainda não tinha sido identificada previamente em seres humanos (OPAS, 2023). Devido à alta disseminação do vírus em nível global, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada, pela OMS, como uma pandemia (OPAS, 2023).

Os principais sintomas que a COVID-19 causa são febre, cansaço e tosse seca, entretanto, pessoas com doenças pré-existentes (diabetes, hipertensão, asma e outras doenças crônicas) e idosos (mesmo que estes não tenham nenhum problema de saúde associado) são mais suscetíveis à forma grave da COVID-19 (OPAS, 2023). Essas pessoas podem evoluir rapidamente para síndromes respiratórias agudas graves, choques sépticos, acidose metabólica e disfunção da coagulação, podendo ir a óbito mais facilmente (Wang *et al.*, 2020).

Globamente, até dezembro de 2023, segundo a OMS (2023), no mundo, teve 772.138.818 casos confirmados de COVID-19 e 6.985.964 óbitos reportado à OMS. No Brasil, houveram 37.085.520 casos confirmados e 699.310 mortes e, em 2021, e no segundo semestre do mesmo ano, estava em 3º lugar com mais com 21.239.783 confirmados e 590.752 mortes. Em dezembro de 2023, o Brasil estava com 37.519.960 casos confirmados e 702.116 mortes (OMS, 2023).

Levando em conta o contexto de transformações causadas pela COVID-19, medos e incertezas, as Nações Unidas reconheceram que a crise causada pela pandemia possuía cerne para uma crise de saúde mental de grandes proporções e, se nenhuma ação fosse tomada, seria necessário priorizar ações que promovessem suporte para os indivíduos lidarem com esse momento (Vale, 2023)

Segundo Vale (2023), a necessidade de lidar com as incertezas e o medo da crise são fatores de risco para o desenvolvimento de diversos transtornos mentais, desde perda da produtividade até o suicídio. Nesse contexto, o medo da pandemia causa ansiedade e estresse, afetando diretamente o modo como as pessoas percebem os acontecimentos ao seu redor.

Em função disso, compreende-se que a pandemia atinge direta e indiretamente a saúde mental das pessoas em diversos aspectos e isso implica em uma atenção mais direcionada à saúde pública (Silva; Santos; Oliveira, 2020). Nesse novo cenário, a vida da população mudou com a facilidade de contágio, com o grande número de óbitos, inexistência

prévia de vacina ou tratamento comprovadamente eficaz, com o risco de esgotamento dos serviços de saúde, diferentes medidas foram implementadas para contenção da doença, sob orientação da OMS, tais como: regras de higiene (uso de máscara, lavar as mãos e uso de álcool em gel), isolamento social e distanciamento social (Ivatiuk; Costa; Melo, 2022).

Por conta dessas medidas e por conta da mudança de rotina, a sensação de vulnerabilidade, incertezas sobre futuro e excesso de informações sobre índices de adoecimento e mortes nas mídias e redes sociais, afetaram o cotidiano da população e sua saúde mental (Ivatiuk; Costa; Melo, 2022). Além desses medos, estudos apontam que o isolamento torna as pessoas mais depressivas pelo sentimento de solidão e de “prisão” causados pela pandemia (Costa; Santos; Monteiro, 2020; Johnson; Saletti-Cuesta; Tumas, 2020).

Diante de diversos fatores estressantes, as alterações mais comuns são as alimentares, os desequilíbrios das horas de sono, a redução da exposição solar e da prática de atividades físicas, interferindo na qualidade de vida (QV) e trazendo prejuízos para a saúde da população (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020; Ginancio *et al.*, 2021).

O cenário de inseguranças e medos decorrentes vivenciados pela COVID-19 corroboram com a importância de estudos para QV da população, já que além das repercussões negativas, também resultam em baixa qualidade de vida, decorrentes do sofrimento psicológico gerado com o aumento da susceptibilidade à infecção e maior risco de mortalidade (Carvalho *et al.*, 2021).

Diante disso, estimativas de QV relacionadas à saúde são ferramentas importantes para monitorar os resultados clínicos multidimensionais após um evento agudo e vêm ganhando cada vez mais interesse para quantificar o impacto emocional e social de longo prazo, em particular relacionado à pandemia de COVID-19 (Bellé, 2023)

Neste contexto, também é importante estudar a Síndrome Pós- Covid-19 (SPC) ou Covid Longa (CL), que consiste na persistência dos sintomas, por semanas ou meses, após a infecção aguda pelo SARS-CoV-2, considerada como condição inflamatória difusa e multissistêmica, pode estar associada à alterações no sistema nervoso e musculoesquelético (Rebêlo *et al.*, 2022).

Evidências clínicas e científicas sobre os efeitos subagudos e a longo prazo da SPC estão evoluindo, com relatos de sintomas multivariadas que incluem dor crônica, fraqueza muscular, dificuldade para respirar e déficits cognitivos (alterações de memória e fadiga mental), fadiga intensa, transtornos de ansiedade e estresse pós-traumático e sintomas neurológicos (perda do olfato, tonturas e dores de cabeça) que podem persistir por semanas ou meses, impactando diretamente na QV (Rebêlo *et al.*, 2022).

A persistência dos sintomas após a infecção por COVID está associada a um aumento de incapacidade, além de afetar negativamente a função física e a QV. Segundo Kmita, 2023, os SPC podem levar à uma baixa QV, revelando que pacientes com pelo menos um sintoma relataram menor qualidade de vida física e mental em comparação com aqueles que eram assintomáticos (Kmita *et al.*, 2023)

Segundo a literatura, a SPC pode deixar danos mais ou menos permanentes e queda da QV é um desses danos, inclusive, para realização de atividades de vida diária como andar, vestir-se ou tomar banho e dificuldade nas atividades habituais como estudos, trabalhos domésticos ou lazer (Paula, 2022).

À medida que a pandemia da COVID-19 progrediu, muitos países implementaram medidas de distanciamento físico e social como forma de redução e controle da transmissão do vírus. Ressalta-se que as epidemias de doenças infecciosas afetam não apenas a saúde física das pessoas, mas também a saúde psicológica e o bem-estar da população não infectada. Assim, a crescente ameaça da pandemia da COVID-19 levou a uma atmosfera global de ansiedade, depressão e estresse, devido à interrupção planos de viagem interrompidos, sobrecarga de informações da mídia, pânico para comprar itens domésticos indispensáveis, como os alimentos, e, principalmente, ao isolamento social (Santana *et al.*, 2020).

Nesse contexto, disponibilizar instrumentos de avaliação do impacto da COVID-19 na QV é extremamente relevante e necessário para o contexto mundial. Por essa razão, Repisti e colaboradores (2020) desenvolveram e validaram, na Croácia, a *COVID-19 Impact on Quality of Life Scale (COVI9-QoL)*, que mensura o impacto da COVID-19 na QV do respondente. A escala foi administrada por 1346 participantes da população em geral na Croácia e 201 pacientes com problemas graves mentais, recrutados de quatro países europeus (Bósnia-Herzegovina, Montenegro, Macedônia do Norte e Sérvia) (Repisti *et al.*, 2020).

Após o processo de validação, a escala evidenciou satisfatória confiabilidade e validade, obtendo-se satisfatória consistência interna da *COVI9-QoL* (alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,885$  nos participantes da população geral e  $\alpha = 0,856$  para os participantes com problemas de saúde mental) e confirmou-se um componente latente na análise fatorial. A percepção da QV dos participantes foi o domínio mais impactado, enquanto que a saúde mental, segurança pessoal e níveis de depressão foram os domínios menos impactados pela pandemia (Repisti *et al.*, 2020).

Em contexto mundial, a *COVI9-QoL* já foi validada em países como Turquia e Irã. Na Turquia, Sümen e Adibelli (2022) verificaram as propriedades psicométricas da versão turca com 1.069 indivíduos, com idade entre 18 e 65 anos, diagnosticados com ou sem

COVID-19. A unidimensionalidade da escala *COVI9-QoL* foi avaliada pela AFC e foram considerados moderados a altos, positivos e estatisticamente significativos para as três amostras. Para tanto realizou-se o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (variou entre 0,798 e 0,868 nas amostras) e o teste de esfericidade de Bartlett que foi significativo estatisticamente. Os coeficientes alfa de Cronbach foram: amostra total = 0,91; amostra sem COVID-19 = 0,90 e amostra com COVID-19 = 0,86 (Sumen; Adibelli, 2022).

Em 2022, ainda na Turquia, Okten e Yazici fizeram a validação e testes de confiabilidade da versão Turca da escala. Os resultados revelaram que o IVC foi de 0,95 indicando excelente validade de conteúdo. Todos os itens da escala original foram mantidos para AFE. O conjunto de dados foi considerado adequado para a AFE, pois a medida KMO de adequação da amostragem foi de 0,869, superior ao valor recomendado de 0,60. O coeficiente alfa de Cronbach da escala foi de 0,86. Todos os coeficientes de correlação item-total corrigidos ficaram acima de 0,5, sendo o item 4 o de maior valor (0,752). Todas as correlações mútuas da escala mostraram-se moderadas a altas, positivas e estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). As correlações mútuas da *COVI9-QoL* e o escore geral de saúde no Duke Health Profile (DUKE) foram analisadas para determinar a validade concorrente. Obteve-se correlação negativa moderada, estatisticamente significativa, entre os escores da escala *COVI9-QoL* dos participantes e seus escores de saúde geral no DUKE ( $r = -0,384$ ;  $p < 0,001$ ) (Okten, Yazici, 2022).

Em relação ao Irã, em 2021, Dehkordi e colaboradores analisaram as propriedades psicométricas da versão Persa da *COVI9-QoL*. A validade de construto estrutural foi testada pela análise AFE, que obteve KMO de 0,894 e teste de esfericidade de Bartlett significativo. A análise revelou um fator que explicou 55,97% da variância total. Também foi realizada análise fatorial confirmatória através dos valores de NFI=0,98, RMSEA = 0,052, GFI = 0,0,97 e CFI = 0,963. A consistência interna da escala encontrada foi de 0,823 e 0,882 usando o coeficiente alfa de Cronbach e o ômega de McDonald, respectivamente (Dehkordi *et al.*, 2021).

Neste contexto, torna-se relevante a disponibilização desse importante instrumento de medida sobre o impacto da qualidade de vida durante a COVID-19 no Brasil, especialmente pela relevância de correlação com a temática de saúde mental.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Realizar a tradução, adaptação cultural e validação da *COVID-19-Impact on Quality*



*of Life (COVI9-QoL) scale v1.5*” para o contexto brasileiro.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir a *COVI9-QoL* para o português brasileiro e retrotraduzi-la para o inglês americano;
- Adaptar culturalmente a *COVI9-QoL* para o contexto brasileiro;
- Realizar pré-teste da versão pré-final da *COVI9-QoL*;
- Analisar as propriedades psicométricas da *COVI9-QoL*.

## 3. MÉTODO

### 3.1 DELINEAMENTO E ETAPAS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, metodológico (Polit; Beck; Hungler, 1995) que teve como finalidade a tradução, adaptação cultural e validação da *COVI9-QoL* para o contexto brasileiro. O estudo seguiu o processo proposto por Beaton e colaboradores (2000).

#### 3.1.1 Processo de adaptação cultural

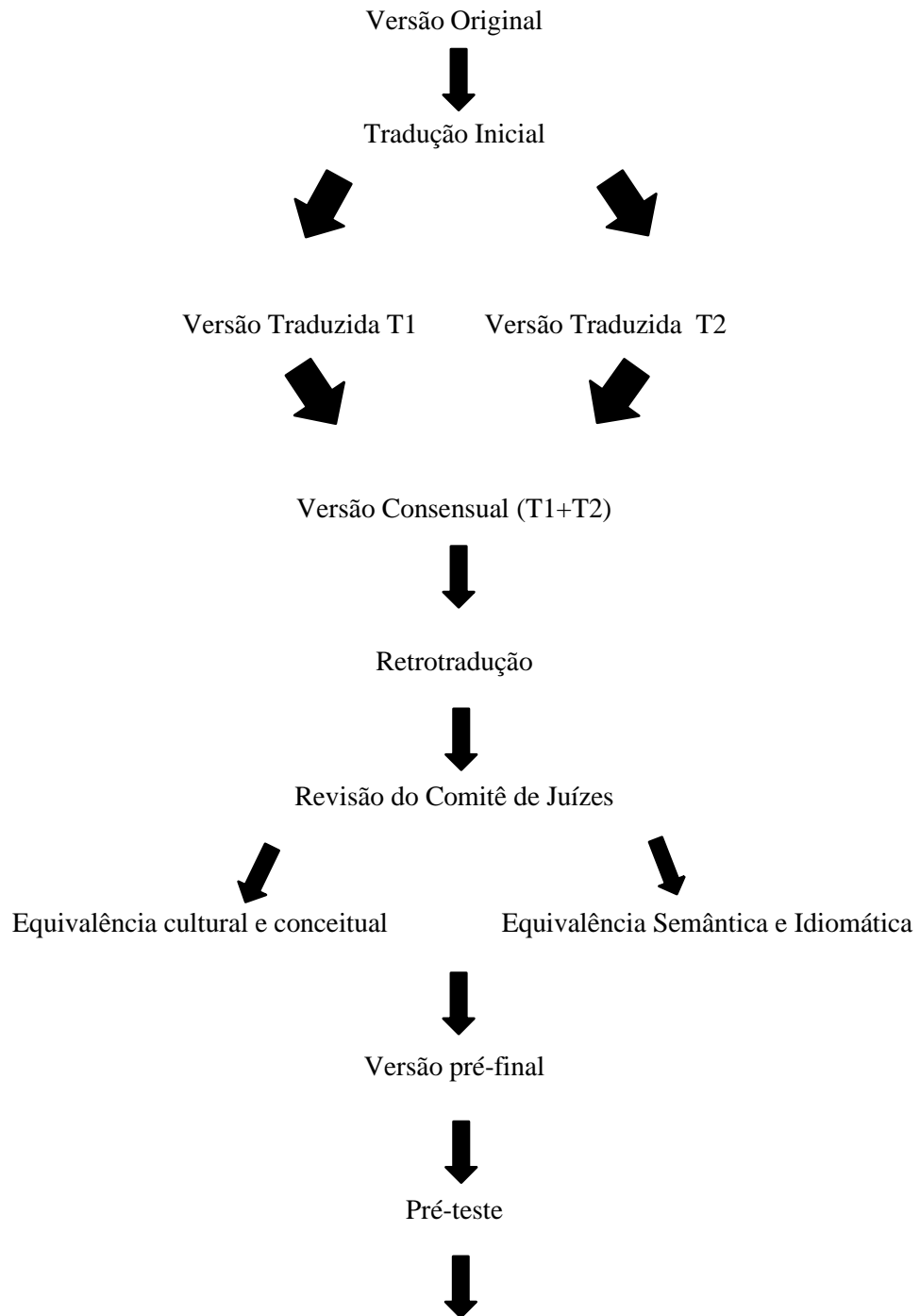
O uso de instrumentos de avaliação e/ou escalas podem ser utilizadas de duas maneiras: desenvolvendo uma nova medida ou usar uma medida desenvolvida previamente em outro idioma, conhecida como processo de adaptação cultural (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

Segundo Beaton e colaboradores (2000), somente a tradução literal de instrumentos não garante a validade da medida, é preciso que se tenha a adaptação cultural para manter a validade de conteúdo do instrumento em um nível conceitual entre diferentes culturas (Beaton *et al.*, 2000). Portanto, o processo de adaptação transcultural tenta promover equivalência entre o questionário de origem e o alvo com base em conteúdo (Beaton *et al.*, 2000).

Propõem-se que as seguintes etapas sejam seguidas para adaptação cultural: tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de especialista, pré-teste e apresentação e avaliação dos relatórios do processo de adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

As etapas previstas no projeto estão descritas abaixo:

**Figura 1** – Etapas de tradução, adaptação cultural e validade de constructo *COVID-19-Impact on Quality of Life Scale (COVI9-QoL)*.



Versão final adaptada da *COVID-19- Impacto on Quality of Life Scale (COVI9-QoL)*.

### 3.1.2 Tradução

O processo de tradução teve como objetivo manter a integridade do instrumento de

medida do idioma original para o idioma-alvo de adaptação (Beaton *et al.*, 2000). Recomenda-se que as traduções sejam feitas por tradutores independentes e qualificados (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

Um dos tradutores deve estar ciente dos objetivos do material a ser traduzido e dos conceitos envolvidos para que suas adaptações tenham uma perspectiva mais acadêmica e possa produzir uma tradução que proporcione uma equivalência mais confiável da perspectiva de mensuração (Beaton *et al.*, 2000).

O segundo tradutor não deve ser informado sobre os conceitos do material, sendo mais provável detectar um significado diferente do original. Este tradutor foi menos influenciado por uma meta acadêmica e ofereceu uma tradução que refletiu a linguagem utilizada por essa população, muitas vezes destacando significados ambíguos no questionário original (Beaton *et al.*, 2000).

No presente estudo, a *COVID-19-QoL* foi encaminhada para tradução inicial do inglês (versão original) para o português brasileiro, feito por um tradutor independente e qualificado com fluência no idioma de origem e experiência na tradução de textos científicos da área da saúde.

### **3.1.3 Síntese das Traduções**

Após as traduções, houve uma unificação entre os resultados das traduções para elaborar uma única versão consensual (Beaton *et al.*, 2000).

Neste estudo, os pesquisadores e tradutores envolvidos no estudo se reuniram e selecionaram item a item uma versão consensual das traduções. Dessa forma, foi possível identificar divergências e identificar os itens que mais se aproximaram e representaram o melhor significado na língua portuguesa.

### **3.1.4 Retrotradução**

A retrotradução é um processo de verificação de validade para garantir que a versão traduzida está refletindo o mesmo conteúdo como a versão original (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

### **3.1.5 Comitê de Revisores**

A fim de rever todas as traduções, bem como verificar irregularidades entre a versão original e versão consensual, compõem-se um comitê de especialistas para que se possa chegar a uma equivalência cultural entre o instrumento de origem e a versão adaptada para o novo

contexto (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

A formação dos membros do comitê deve ser multidisciplinar e preferencialmente bilíngue. Para desenvolver novos instrumentos de medidas na área da saúde, esse comitê deve ser constituído por profissionais experts nos temas e conceitos explorados e no objetivo de medida do instrumento (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

O comitê tem a autonomia de modificar ou eliminar itens considerados irrelevantes, inadequados ou ambíguos, ou até mesmo a sugestão de modificações de acordo com o contexto cultural em que o instrumento está inserido (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

Desse modo, o comitê deverá considerar quatro tipos de equivalência (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993; Beaton *et al.*, 2000), sendo elas:

- \* **Equivalência semântica:** é equivalência entre os significados das palavras, vocabulário e gramática;
- \* **Equivalência idiomática:** equivalência de expressões idiomáticas e coloquiais na versão traduzida. Expressões idiomáticas e coloquiais raramente são traduzíveis, dessa forma, devem ser substituídas por expressões equivalentes na cultura-alvo ou itens devem ser substituídos;
- \* **Equivalência experimental:** as situações descritas ou representadas na versão de origem devem ser contextualizadas ou substituídas por algo semelhante na versão traduzida, considerando a cultura e vida cotidiana da população-alvo;
- \* **Equivalência conceitual:** considerar que alguns conceitos da cultura-alvo podem ser equivalentes em significados semânticos, mas não conceitualmente equivalente.

No presente estudo, o comitê de especialistas foi formado por seis profissionais de diferentes áreas: duas enfermeiras, dois psicólogos, uma bióloga e um médico. A seleção desses membros ocorreu por meio de consulta à plataforma lattes (<https://lattes.cnpq.br/>), no qual buscou-se pessoas da área da saúde e/ou que fossem fluentes na língua inglesa. Além disso, analisou-se profissionais com experiência em tradução e adaptação de escalas.

Os especialistas foram convidados por meio do correio eletrônico. Uma vez aceito o convite, foi encaminhada uma carta explicativa com os objetivos do estudo e detalhes sobre o instrumento original, além do documento para avaliação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Outro requisito é que estes especialistas tivessem

*expertise* em instrumentos de avaliação e nas temáticas abordadas no projeto.

### 3.1.6 Índice de Validade de Conteúdo

A literatura têm apresentado métodos diferentes para quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento (Alexandre; Coluci, 2011).

Dentre esses, destaca-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual refere-se a um método muito utilizado na área da saúde, que quantifica a proporção de 21 membros que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens.

Desse modo, permite-se analisar cada item do instrumento individualmente, como também o instrumento como um todo (Alexandre; Coluci, 2011).

Nesse método, utiliza-se uma escala do tipo Likert com pontuação de um a quatro, em que: 1 = não equivalente; 2 = pouco equivalente; 3 = equivalente, e 4 = muito equivalente. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados (Alexandre; Coluci, 2011). Para a interpretação do IVC, foi adotado o critério proposto por Lynn (1986), em que, para cinco ou menos especialistas, todos devem concordar para ser representativo. Caso algum membro não concorde, o item deve ser revisto e modificado pelos pesquisadores na versão final do instrumento a ser utilizado no pré-teste.

A fórmula para o cálculo do IVC é descrita abaixo:

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

### 3.1.7 Pré-teste

Pretende-se, na última etapa do processo de tradução e adaptação de instrumentos, verificar a equivalência das versões original e final traduzida, utilizando-se a técnica do pré-teste. No pré-teste, uma amostra da população-alvo irá responder ao questionário, a fim de verificar possíveis erros e termos inadequados ou ambíguos na tradução (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993)

O pré-teste tem como finalidade verificar a equivalência entre a versão final (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993). Esta etapa possibilitará medir a duração da aplicação do instrumento, esclarecer a redação dos itens, além de fornecer algumas dicas úteis sobre como a pessoa interpreta os itens do questionário porém, ele não aborda os padrões de validade, confiabilidade ou resposta de itens que também são críticos para desenvolver um sucesso de cultural adaptação (Beaton *et al.*, 2020).

Seguindo as recomendações de Beaton (2000), os instrumentos em questão devem ser pré-testados com 30 a 40 participantes. Sendo necessariamente pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que aceitem participar do estudo com a assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ou versão impressa assinada e escaneada) (Apêndice F).

O intuito desta etapa é verificar a compreensão dos entrevistados sobre os instrumentos, ou seja, os participantes serão entrevistados com os instrumentos recém adaptados para saber se eles compreendem os itens e as opções de resposta, no caso da dificuldade em compreensão eles podem dar sugestões e o instrumento volta para avaliação dos pesquisadores (Beaton *et al.*, 2020).

Os participantes da pesquisa foram convidados através da divulgação nas mídias sociais e e-mail, e os participantes que possuíam critério de elegibilidade (ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir grau mínimo de instrução para leitura e acesso à internet) foram convidados a participar da pesquisa (o período de coleta do pré-teste foi setembro à dezembro de 2022).

No pré-teste, além do preenchimento dos itens da versão brasileira pré-final da COV-19-QoL, eles eram questionados sobre a clareza, compreensão e relevância dos itens da escala e podiam indicar sugestões.

### 3.1.8 Validação

Sabe-se que os processos de tradução e adaptação buscam a equivalência cultural dos instrumentos de coleta de dados, porém não fornecem informações sobre suas propriedades

psicométricas (Eremenco; Cella; Arnold, 2005). Pesquisadores têm alertado sobre a necessidade de uma correta avaliação das propriedades dos instrumentos, visto que isso possibilita a verificação da sua qualidade metodológica (Nunnally; Bernstein, 1994; Dekker; Dallmeijer; Lankhorst, 2005; Terwee *et al.*, 2007).

Segundo Alexandre e Coluci (2011), os atributos mais importantes dos instrumentos são a validade, a confiabilidade, a praticabilidade, a sensibilidade e a responsividade, sendo particularmente importantes as características de confiabilidade e validade ao se desenvolver instrumentos que serão utilizados em pesquisas e na prática clínica (De vet; Terwee; Bouter, 2003).

### **3.1.9 Confiabilidade**

A confiabilidade, também denominada precisão ou fidedignidade, é a capacidade de um instrumento em mensurar um atributo de forma consistente (Pasquali, 2009; Devon *et al.*, 2007). Deve ser avaliada em conjunto com outros componentes, como a validade, e tem por objetivo a promoção de pesquisas confiáveis e fidedignas (Kimberlin; Winterstein, 2008; Turner *et al.*, 2007).

Burns e Grove (1997) afirmam que, para a sua avaliação, os seguintes procedimentos podem ser realizados e devem ser adotados de acordo com o tipo de instrumento de medida utilizado: estabilidade (teste-reteste), equivalência (inter-observadores) e consistência interna.

### **3.1.10 Validade**

Segundo Pasqualli (2009), costuma-se definir a validade de um instrumento dizendo que ele é válido e se, de fato, mede o que supostamente deveria medir. Ou seja, a validade avalia o grau com que o instrumento está medindo com precisão o que se propôs. Alexandre e Coluci (2011) afirmam que a validade pode ser avaliada principalmente pelos seguintes métodos: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto.

### **3.1.11 Validade de Conteúdo**

Embora não haja um consenso sobre sua terminologia e definição, a validade de conteúdo é fundamental para o processo de desenvolvimento de novos instrumentos. Entretanto, por se tratar de um processo subjetivo, sua utilização não elimina a necessidade de aplicação de outras medidas psicométricas (Alexandre; Coluci, 2011).

De forma abrangente, a validade de conteúdo avalia o grau em que as questões de um

instrumento selecionado representam todos os itens importantes do conceito a ser medido (Boyle *et al.*, 1999). Nesse contexto, Pasquali (2009) afirma que um instrumento é considerado válido na medida em que seu conteúdo corresponde ao conteúdo dos traços teoricamente definidos pela teoria em questão.

No presente estudo, a validade de conteúdo foi abordada na construção e adaptação cultural do instrumento *COVID-19-QoL*, sendo avaliada por um comitê de especialistas por meio do IVC, que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre os aspectos da escala (Alexandre; Coluci, 2011).

### **3.1.12 Validade de Critério**

Kaplan (1975) afirma que a validade de critério é o padrão pelo qual se julga a validade de um instrumento, visto que esta estabelece sua validade de medição comparando-o com outro critério externo. Costuma-se distinguir dois tipos de validade de critério, sendo elas preditiva e concorrente, em que a diferença fundamental ocorre pela questão de tempo, em que os dados foram coletados pelo instrumento a ser validado e por outro critério externo. Desse modo, se as coletas forem simultâneas, a validação será do tipo concorrente. Caso uma delas seja realizada em períodos diferentes, em que os dados sobre o critério sejam coletados após a coleta de informações sobre o teste, será do tipo preditiva (Pasquali, 2009).

Entretanto, o fato de as informações serem obtidas em períodos simultâneos ou diferentes não é um fator tecnicamente relevante para a validade do teste. Deve-se, portanto, determinar um critério externo válido. Caso exista algum teste disponível que comprovadamente, seja validado para a medida de algum construto, este certamente constitui um critério contra o qual se pode validar um novo teste com segurança (Pasquali, 2009).

### **3.1.13 Validade de Construto**

Pasquali (2009) afirma que a validade de construto é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, uma vez que além de se avaliar o próprio instrumento, avalia-se também o conjunto de teorias no qual ele está inserido. Desse modo, a validade de construto se refere ao grau em que uma escala se relaciona consistentemente com outras medições semelhantes, derivadas da mesma teoria ou dos conceitos que estão sendo avaliados (Martins, 2006). Esse tipo de validade pode ser trabalhado sob vários ângulos, como a análise da representação comportamental do construto, a análise por hipótese, a curva de informação e o erro de estimação da teoria de resposta ao item (Pasquali, 2009).

Verificou-se a validade de construto convergente da *COVID-19-QoL*, por meio da correlação do seu score com os scores dos domínios do SF-36 e da DASS-21.



### 3.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS

Para utilização de instrumentos de medida as análises para verificação da confiabilidade e da validade são essenciais, pois a validade indica se o instrumento mede o que se propõe a medir e a confiabilidade está relacionada com a constância dos resultados obtidos quando o mesmo indivíduo ou objeto é avaliado, medido ou quantificado mais de uma vez (Martins, 2006; Fegadolli, 2010).

No presente estudo foi verificada a confiabilidade (consistência interna ou homogeneidade).

Quanto à validade, além da validade de conteúdo que foi analisada na etapa de revisão pelo comitê de especialista, já indicada previamente, também foi analisada a validade de construto, mais especificamente estrutural e também convergente. Sabe-se que a validade de construto é uma medida de extrema importância ao se referir a um instrumento de mensuração (Fayers, Machin, 2007; Terwee *et. Al.*, 2007).

Nesta fase, foi necessário aplicar em 128 participantes, além da versão brasileira adaptada do *COVID-19-QoL*, a DASS-21 e o SF-36 (o período de coleta das análises psicométricas foi em janeiro 2023).

### 3.3 AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, as quais possuíam grau mínimo de instrução para leitura, e acesso à internet.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os questionários foram disponibilizados no formato *on-line*, na plataforma *google forms*, se aceitasse participar, era fornecido o link do formulário de coleta de dados, que inicialmente tinha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e se o indivíduo aceitasse o item “Li e concordo em participar da pesquisa”, já abriam-se os instrumentos de coleta de dados: instrumento de caracterização sociodemográfica e condições de saúde, a versão pré-final da *COVID-19-QoL* e algumas questões referente à clareza, compreensão e relevância dos itens para que os participantes preenchessem em relação aos itens da escala. Caso o indivíduo não concordasse em participar da pesquisa, bastava fechar a página do navegador.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

#### 3.5.1 Questionário sociodemográfico, econômico e de condição de saúde

Instrumento construído para esta pesquisa contemplou dados sociodemográficos, econômicos e de saúde, tais como nome: endereço, telefone, data de nascimento, sexo, religião e prática de crença religiosa, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, número de pessoas que moram no domicílio e questões relacionadas à saúde como uso de bebida alcoólica e fumo, número de doenças e medicamentos em uso (APÊNDICE C)

### **3.5.2 COVID-19- Impact on Quality of Life Scale**

A *COVID-19-QoL* (ANEXO A) foi desenvolvida por Repisti e colaboradores (2020) e é uma escala que mensura impacto da pandemia da COVID-19 sobre a qualidade de vida. Possui seis itens, apresentados na forma de uma escala Likert de 5 pontos. O questionário possui 6 perguntas relacionadas aos últimos sete dias: (1) “...I think my quality of life is lower than before”, (2) “...I think my mental health has deteriorate”, (3) “...I think my physical health may deteriorate”, (4) “...I feel more tense than before”, (5) “... I feel more depressed than before”, (6) “...I feel that my personal safety is at risk” – O 1º item abrange os sentimentos dos pacientes sobre o impacto da atual pandemia na sua qualidade de vida em geral. O 2º e 3º incluem as percepções dos participantes sobre possível deterioração da saúde mental e física. O 4º e 5º itens medem os níveis de ansiedade e depressão devido à pandemia, respectivamente - todas as suas respostas variam em de 1 à 5, sendo: “Discordo completamente” (1), “Discordo” (2), “Não concordo nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo completamente” (5). Quanto maior sua pontuação, maior o impacto na qualidade de vida e os domínios relacionados subjetivamente percebido pelos participantes e o cálculo feito para pontuação total para cada participante é somando a pontuação em todos os itens e dividindo esse resultado pelo número de itens. Portanto, o total será a média de todos os itens. Então, a média de pontuação poderá ser comparada com a teórica para uma escala de cinco pontos (que equivale a 3).

### **3.5.3 Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF- 36)**

O SF-36 (ANEXO B) foi construído por Ware e Sherbourne (1992) e validado no Brasil por Ciconelli (1999). É um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que conta com oito dimensões, que são: Capacidade Funcional (10), Aspectos Físicos (4), Dor (2), Estado Geral de Saúde (5), Vitalidade (4), Aspectos Sociais (2), Aspectos Emocionais (3), Saúde Mental (5) e uma questão que pode ser considerada comparativa, pois leva o respondente a refletir sobre seu estado de saúde atual e referente a um ano atrás. A pontuação por dimensão varia de zero a 100, sendo que quanto

maior a pontuação obtida, melhor a qualidade de vida relacionada à saúde.

### **3.5.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) - versão português do Brasil**

A DASS-21 (ANEXO C) é uma escala de autorrelato, com três subescalas (Depressão, Ansiedade e Estresse), tipo Likert (Vignola, 2013). A escala foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e foi adaptada e validada para o português do Brasil por Vignola (2013).

A DASS-21 tem objetivo avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse, além de possuir capacidade de medir simultaneamente e distinguir a depressão, ansiedade e o estresse (Vignola, 2013).

Cada subescala da DASS possui sete itens e cada item apresenta quatro possibilidades de resposta de acordo com a severidade ou frequência ordenadas de zero a três em que o indivíduo assinala aquela que mais se aplicou a ele durante a última semana (Vignola, 2013). O escore varia entre 0-42, quanto maior a pontuação, maior a gravidade de Depressão, Ansiedade ou Estresse (Vignola, 2013).

## **3.6 ANÁLISE DE DADOS**

Após a coleta, os dados foram incluídos em uma planilha previamente formulada no programa da Microsoft Office Excel 2010. Os dados foram armazenados e salvos com identificadores dos indivíduos por meio de atribuição numérica. O tratamento e a análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico (SPSS), versão 22.0. Os dados foram analisados por meio das seguintes análises:

- Descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão);
- Análise do IVC: para verificar a validade de conteúdo da *COVID-19-QoL*. Adotou-se o valor  $\geq 0,78$  como satisfatório (Lynn, 1986);
- Teste de Kolmogorov–Smirnov: para verificar a distribuição dos dados, verificando-se ausência de normalidade dos dados;
- Coeficiente alfa de Cronbach e KR-20: foram utilizados para verificar a confiabilidade ou consistência interna dos instrumentos. Valores de 0,70 ou mais foram considerados satisfatórios;
- Coeficiente de Correlação de Spearman: utilizado para verificar a validade de

construto convergente entre o escore da versão brasileira da *COVI9-QoL*, correlacionado-a com o total e domínios da DASS-21 e do SF-36. Para interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação foram utilizados critérios adotados por Ajzen e Fishbein (1980), que consideram correlações próximas de 0,30 como satisfatórias; entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude; acima de 0,50 de forte magnitude e abaixo de 0,30, de pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas;

- Teste de Mann-Whitney: para verificar o poder discriminativo da *COVI9-QoL*, segundo a presença de ansiedade, depressão e estresse.
- Análise Fatorial Confirmatória, na qual verificou-se os seguintes parâmetros: GFI/AGFI: o Índice de Adequação/Índice de Adequação Ajustado é a proporção da variância contabilizada pela covariância estimada da população. O GFI e o AGFI devem ser  $> 0,95$  e  $> 0,90$ , respectivamente; NFI/TLI: o Índice de Ajuste Normalizado/Índice de Tucker-Lewis com valor de 0,95 indica que o modelo de interesse melhora o ajuste em 95. Considerou-se satisfatório TLI  $> 0,95$ ; CFI: o Índice de Ajuste Comparativo é uma forma revisada de NFI. Compara o ajuste de um modelo de destino com o ajuste de um modelo independente ou nulo, o valor de referência deve ser  $> 0,90$ ; RMSEA: a Raiz do Erro Quadrático Médio da Aproximação é um índice ajustado por parcimônia. Recomenda-se permanecer na escala itens com cargas fatoriais iguais ou acima de 0,4 (Damásio, 2012);
- O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ( $p$ -valor  $\leq 0,05$ ).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os autores da *COVI9-QoL* autorizaram a realização do processo de tradução, adaptação e validação da escala no Brasil (APÊNDICE A) O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer n. 4.595.946), de acordo com as recomendações da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúdedo Ministério de Saúde (2016) (APÊNDICE B)

## 4. RESULTADOS

### 4.1 TRADUÇÃO INICIAL

O instrumento *COVI9-QoL* foi inicialmente traduzido para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues e independentes. Nesta etapa, foram produzidas duas traduções

(versão T1 e versão T2) da versão original do instrumento (Quadro 1).

#### 4.2 SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

Os dois tradutores se reuniram com as pesquisadoras responsáveis pelo presente estudo, com a finalidade de comparar as traduções realizadas (versão T1 e versão T2), e as divergências encontradas. Assim, realizou-se a síntese das traduções obtendo-se uma versão consensual da tradução do instrumento (Quadro 1).

**Quadro 1** - Síntese das traduções realizadas pelos tradutores T1 e T2 para os itens do instrumento *COVID-19-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

<b>Itens do Instrumento Original em inglês <i>COVID-19-Impact on Quality of Life Scale (COVID-19-QoL)</i></b>	<b>Tradução 1</b>	<b>Tradução 2</b>	<b>Versão Consensual (T1+T2)</b>
1. Due to the spread of the Coronavirus, I think my quality of life is lower than before.	1. Devido à propagação do coronavírus acho que tenho menos qualidade de vida do que antes.	1. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha qualidade de vida é pior do que antes.	1. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha qualidade de vida é pior do que antes.
1: Completely disagree, 2: Disagree, 3: Neither agree nor disagree, 4: Agree, 5: Completely agree.	1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Nem concordo nem discordo, 4: Concordo, 5: Concordo completamente.	1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Não concordo nem discordo, 4: Concordo, 5: Concordo completamente.	1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Não concordo nem discordo, 4: Concordo, 5: Concordo completamente.
2. Due to the spread of the Coronavirus, I think my mental health has	2. Devido à propagação do coronavírus acho que minha saúde mental deteriorou.	2. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha saúde mental tem deteriorado.	2. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha saúde mental

deteriorated.

tem deteriorado.

1: y disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, 4: 5: Completely agree.	1: Discordo completamente, Discordo, 3: 2: concordo nem 3: discordo, 4: 5: Concordo, Concordo completamente.	1: Discordo completamente, Discordo, 3: 2: concordo nem 4: discordo, 5: Concordo, Concordo completamente.	1: Discordo completamente, Discordo, 3: 2: concordo nem 4: discordo, 5: Concordo, Concordo completamente.
3. Due to the spread of the Coronavirus, I think my physical health ay deteriorate.	3. Devido à propagação do coronavírus acho que minha saúde física deteriorou.	3. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha saúde física pode deteriorar	3. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha saúde física pode deteriorar
1: y disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, 4: 5: Completely agree.	1: Discordo completamente, Discordo, 3: 2: concordo nem 3: discordo, 4: 5: Concordo, Concordo completamente.	1: Discordo completamente, Discordo, 3: 2: concordo nem 4: discordo, 5: Concordo, Concordo completamente.	1: Discordo completamente, Discordo, 3: 2: concordo nem 4: discordo, 5: Concordo, Concordo completamente.
4. Due to the spread of the Coronavirus, I feel more tense than before.	4. Devido à propagação do coronavírus me sinto mais tenso(a) que antes.	4. Devido à propagação do Coronavírus, sinto-me mais tenso do que antes.	4. Devido à propagação do coronavírus me sinto mais tenso(a) que antes.

<p>1: Completely disagree, 2: Disagree, 3: Neither agree nor disagree, 4: Agree, 5: Completely agree.</p>	<p>1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Nem concordo, 4: discordo, 5: Concordo, 5: Concordo completamente.</p>	<p>1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Não concordo, 4: discordo, 5: Concordo, 5: Concordo completamente.</p>	<p>1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Não concordo, 4: discordo, 5: Concordo, 5: Concordo completamente.</p>
<p>5. Due to the spread of the Coronavirus, I feel more depressed than before.</p>	<p>5. Devido à propagação do coronavírus sinto-me mais deprimido(a) que antes.</p>	<p>5. Devido à propagação do Coronavirus, sinto-me mais deprimido do que antes.</p>	<p>5. Devido à propagação do coronavírus sinto-me mais deprimido(a) que antes.</p>
<p>1: Completely disagree, 2: Disagree, 3: Neither agree nor disagree, 4: Agree, 5: Completely agree.</p>	<p>1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Nem concordo, 4: discordo, 5: Concordo, 5: Concordo completamente.</p>	<p>1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Não concordo, 4: discordo, 5: Concordo, 5: Concordo completamente.</p>	<p>1: Discordo completamente, 2: Discordo, 3: Não concordo, 4: discordo, 5: Concordo, 5: Concordo completamente.</p>
<p>6. Due to the spread of the Coronavirus, I feel that my personal safety is at risk.</p>	<p>6. Devido à propagação do coronavírus sinto que minha segurança pessoal está em risco.</p>	<p>6. Devido à propagação do Coronavirus, sinto que minha segurança pessoal esteja em risco.</p>	<p>6. Devido à propagação do Coronavirus, sinto que minha segurança pessoal esteja em risco.</p>

---

	1:	Discordo	1:	Discordo	1:	Discordo
1:	completamente,	2:	completamente,	2:	completamente,	2:
Completel	Discordo,	3: Nem	Discordo,	3: Não	Discordo,	3: Não
y	concordo	nem	concordo	nem	concordo	
disagree,	2:	discordo,	4:	discordo,	4:	nem
Disagree,	3:	Concordo,	5:	Concordo,	5:	discordo,
Neither agree nor	Concordo		Concordo		Concordo,	4:
disagree, 4: Agree,	completamente.		completamente.		Concordo	5:
5: Completely					completamente.	
agree.						

---

Fonte: Próprio autor.



### 4.3 RETROTRADUÇÃO

A retrotradução para língua inglesa foi realizada por um terceiro tradutor, distinto da primeira etapa, que possuía como a língua materna o idioma original do instrumento e não possuía conhecimento dos objetivos proposto dos estudos (Quadro 2). A versão retrotraduzida da *COVI9-QoL* apresentou semelhança com o instrumento original inglês americano.

**Quadro 2** - Versão retrotraduzida da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

1. I think that my quality of life is worse than before due to the propagation (dissemination) of the Coronavirus.	(1) I strongly disagree (2) I disagree (3) I do not agree or disagree (4) I agree (5) I strongly agree
2. I think that my mental health got worse due to the propagation (dissemination) of the Coronavirus.	(1) I strongly disagree (2) I disagree (3) I do not agree or disagree (4) I agree (5) I strongly agree
3. I think that my physical health can get worse due to the propagation (dissemination) of the Coronavirus.	(1) I strongly disagree (2) I disagree (3) I do not agree or disagree (4) I agree (5) I strongly agree
4. I feel more tense (worried) than before due to the propagation (dissemination) of the Coronavirus.	(1) I strongly disagree (2) I disagree (3) I do not agree or disagree (4) I agree (5) I strongly agree
5. I feel more depressed than before due to the propagation (dissemination) of the Coronavirus.	(1) I strongly disagree (2) I disagree (3) I do not agree or disagree (4) I agree (5) I strongly agree
6. I feel that my personal safety is at risk due to the propagation (dissemination) of the Coronavirus.	(1) I strongly disagree (2) I disagree (3) I do not agree or disagree (4) I agree (5) I strongly agree

Fonte: próprio autor.

#### 4.4 REVISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

No estudo os especialistas avaliaram a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual da versão consensual da *COVI9-QoL* e sua versão pré-final (Quadro 3).

**Quadro 3** - Avaliação da versão pré-final da *COVI9-QoL* e percentuais de concordância entre os especialistas. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

<b>Versão pré-final</b>	<b>IVC</b>	<b>Versão pré-final modificada</b>
1. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha qualidade de vida é pior do que antes.	1,00	1. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha qualidade de vida é pior do que antes.
2. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha saúde mental tem deteriorado.	1,00	2. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha saúde mental tem deteriorado.
3. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha saúde física pode deteriorar	1,00	3. Devido à propagação do coronavírus, acho que minha saúde física pode deteriorar
4. Devido à propagação do coronavírus me sinto mais tenso(a) que antes.	1,00	4. Devido à propagação do coronavírus me sinto mais tenso(a) que antes.
5. Devido à propagação do coronavírus me sinto mais deprimido(a) que antes.	1,00	5. Devido à propagação do coronavírus me sinto mais deprimido(a) que antes.
6. Devido à propagação do coronavírus, sinto que minha segurança pessoal <b>esteja</b> em risco.	<b>0,86</b>	6. Devido à propagação do coronavírus, sinto que minha segurança pessoal <b>está</b> em risco.

Fonte: próprio autor.

Para cada item da escala, analisado pelos especialistas, foi calculado o IVC. Dos sete itens compostos pelo COV19-QoL, 5 apresentaram IVC= 1, sendo esses considerados equivalentes e mantidos na versão pré-final do instrumento. O item 6 foi reanalisado e modificado pelas pesquisadoras, de acordo com a sugestão dos especialistas (Quadro 3).

Ainda no quadro 3, no item 6, substituiu-se a palavra “esteja” por “está”. Então o item 6 - “*Devido à propagação do Coronavirus, sinto que minha segurança pessoal esteja em risco.*”, modificou-se para “*Devido à propagação do Coronavirus, sinto que minha segurança pessoal está em risco.*”.

#### 4.5 PRÉ-TESTE

A amostra do pré-teste foi composta por maioria do sexo feminino (82,5%), e situação conjugal solteiro (50%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes do pré teste da *COV19-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Variável	Categoria	N	%
<b>Sexo</b>	Feminino	33	82,5
	Masculino	7	17,5
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	20	50,0
	Casado	12	30,0
	Viuvo	4	10,0
	União estável	3	7,5
	Divorciado	1	2,5
<b>Etnia</b>	Pardo	19	47,5
	Branco	16	40,0
	Preto	4	10,0
	Amarelo	1	2,5
<b>Bebida alcóolica</b>	Sim	49	49,0
	Não	51	51,0
<b>Medicamento</b>	Sim	20	50,0
	Não	20	50,0

Fonte: próprio auto

Na tabela 1 verificou-se ainda que 40% eram de etnia branca, 49% consumiam bebida alcoólica e 50% faziam uso de medicamento. Quanto à média de idade e escolaridade verifica-se, na tabela 2, 38 anos e 18 anos de estudo, respectivamente.

**Tabela 2** – Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas da *COVID-19-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Variável	Média	Mediana	Dp	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	38,02	37,50	14,93	18,00	75,00
<b>Escolaridade (anos)</b>	17,92	18,00	5,08	6,00	30,00
<b>Nº pessoas na casa</b>	2,60	2,50	1,39	1,00	7,00
<b>Renda Familiar media</b>	6423,38	5000,00	4569,53	500	20000,00

Fonte: próprio autor.

De acordo com a tabela 2, a média de idade foi 38,02 ( $\pm 14,93$ ), em escolaridade a média obtida foi 17,92 ( $\pm 5,08$ ), o nº de pessoas na casa foi de 2,60 ( $\pm 1,39$ ) e a renda familiar média obtida foi 6.423,28 ( $\pm 4.569,53$ ).

Com relação à percepção do impacto da COVID na QV dos participantes do pré-teste, verificou-se na tabela 3 que o escore médio foi de 3,46 ( $\pm 0,94$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Estatística descritiva da *COVID-19-QoL* traduzida aplicada no pré-teste em 40 indivíduos. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Variável	Média	Mediana	Dp	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
<b>COVID-19-QoL</b>	3,46	3,70	0,94	1	4,8	0,843

Fonte: Próprio autor.

## 4.6 VALIDAÇÃO

### 4.6.1 Propriedades psicométricas da versão brasileira adaptada da COVID-19-Impact on Quality of Life Scale

A amostra final foi composta por 128 participantes, sendo a maioria sexo feminino (73,4%), brancas (55,5%) e situação conjugal solteiro (68%) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Caracterização sociodemográfica e de saúde dos 128 participantes da *COVID-19-QoL*. São Paulo, Brasil, 2024.

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	94	73,4
	Masculino	34	26,6
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	79	61,7
	Casado	35	27,3
	União estável	7	5,5
	Divorciado	4	3,1
	Viúvo	3	2,3
<b>Etnia</b>	Branco	71	55,5
	Pardo	35	27,3
	Negro	14	10,9
	Amarelo	7	5,5
	Mestiço	1	0,8
<b>Religião</b>	Católico	54	42,2
	Evangélico	15	11,7
	Espírita	15	11,7
	Cristã	10	7,8
	Outros	5	8,6
	Não possui	23	18,0
<b>Praticante de religião</b>	Sim	61	47,7
	Não	67	52,3
<b>Bebida alcóolica</b>	Sim	64	50,0
	Não	64	50,0
<b>Cigarro</b>	Sim	11	8,6
	Não	117	91,4
<b>Medicamento</b>	Sim	65	50,8
	Não	62	48,4
	Sem resposta	1	0,8

\*Mestiço de branco e amarelo

Fonte: próprio autor.

Com relação aos resultados da tabela 5, verifica-se média de idade e de escolaridade de 34,17 ( $\pm 15,51$ ) e 15,90 ( $\pm 6,40$ ) anos, respectivamente. Além disso, a renda familiar com média foi de 5.916,18 ( $\pm 5.584,00$ ) e média de 1,06 medicamentos.

**Tabela 5** – Estatísticas descritivas da *COVI9-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Variável	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	34,17	27,00	15,51	17,00	75,00
<b>Escolaridade</b>	15,90	15,00	6,40	1,00	55,00
<b>Renda familiar (R\$)</b>	5.916,18	4.800,00	5.584,00	0,00	4.000,00
<b>Nº pessoas na domicílio *</b>	2,19	2,00	1,19	0,00	7,00
<b>Nº medicamentos **</b>	1,06	0,00	1,60	0,00	8,00

\*: em anos; \*\*: mensal; Fonte: Próprio autor

Com relação à presença e impacto da qualidade de vida das pessoas em função da pandemia COVID-19 (*COVI9-QoL*), têm-se os domínios de “Ansiedade”, “Depressão” e “Estresse”. Conforme a tabela abaixo (Tabela 6), destaque para 43% de indivíduos apresentaram algum nível de ansiedade, variando de leve à extremamente severo, 26,6% apresentaram algum nível de estresse, sendo de leve e moderado e 40,6% de participantes apresentaram estresse leve ou moderado.

**Tabela 6-** Estatística descritiva dos participantes quanto ao nível de ansiedade, depressão e estresse da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

	N (128)	%
<b>Sem Ansiedade</b>	73	57,0
<b>Ansiedade Leve</b>	21	16,4
<b>Ansiedade Moderada</b>	23	18,0
<b>Ansiedade Severa</b>	7	5,5
<b>Ansiedade Extremamente Severa</b>	4	3,1
<b>Sem Depressão</b>	94	73,4
<b>Depressão Leve</b>	17	13,3
<b>Depressão Moderada</b>	17	13,3
<b>Sem Estresse</b>	76	59,4
<b>Estresse Leve</b>	47	36,7
<b>Estresse Moderado</b>	5	3,9

Fonte: próprio autor.

Verifica-se na tabela 7 que o escore médio da *COVID-19-QoL* foi de 3,46 ( $\pm 1,19$ ) e nos domínios da DASS-21, as médias foram “Depressão” com média 6,18 ( $\pm 5,21$ ), em “Estresse” a média foi de 8,84 ( $\pm 5,46$ ) e em “Ansiedade” o valor de média foi 6,31 ( $\pm 5,45$ ). Além disso, a consistência interna dos instrumentos foi satisfatória, pois todos os valores do Alfa de Cronbach foram superiores a 0,8.

**Tabela 7** - Estatística descritiva e de confiabilidade entre a *COVID-19-QoL* e da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

<b>Instrumento</b>	<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<i>COVID-19-QoL</i>	--	3,46	1,19	3,60	1	11,5	0,830
<b>DASS-21</b>	Depressão	6,18	5,21	5,00	0,00	18,00	0,921
	Estresse	8,84	5,46	9,00	0,00	21,00	0,916
	Ansiedade	6,31	5,45	5,00	0,00	21,00	0,904

Fonte: próprio autor.

Quanto à validade de constructo convergente, verifica-se na tabela 8 que houve correlação positiva, de moderada magnitude, significativa entre o escore da *COVID-19-QoL* e o total da DASS-21, assim como por domínio. Sendo assim, evidencia-se validade de constructo convergente da versão brasileira da *COVID-19-QoL*.

**Tabela 8** – Análise de validade de constructo convergente entre *COVID-19-QoL* e da *DASS-21*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

		<b>Domínios</b>			
		<b>DASS-21</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Depressão</b>	<b>Estrese</b>
<b>COVID-19-QoL</b>	<b>r</b>	0,435	0,401	0,424	0,431
	<b>p-valor</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Fonte: próprio autor.

Verifica-se, na tabela 9, o poder discriminativo da *COVI9-QoL*, segundo a presença de “Depressão”, “Ansiedade” e “Estresse”. Os participantes com depressão, ansiedade e estresse apresentaram maior impacto na QV, comparativamente a quem não tinha, demonstrando a validade de construto discriminante da versão brasileira da *COVI9-QoL*.

**Tabela 9** – Validade de construto discriminante da versão brasileira da *COVI9-QoL* com os domínios da DASS-21. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Domínios da DASS-21	N	Média COVI9-QoL	p-valor
<b>Depressão</b>	Sim 34	3,77	0,005
	Não 94	3,32	
<b>Ansiedade</b>	Sim 55	3,76	0,041
	Não 73	3,23	
<b>Estresse</b>	Sim 52	3,84	<0,001
	Não 76	3,22	

Fonte: próprio autor.

Quanto à validade de construto convergente da *COVI9-QoL*, verifica-se na tabela 10 que houve correlação negativa e estatisticamente significativa com a maioria das dimensões do SF-36, exceto “Vitalidade” ( $p=0,058$ ). A magnitude das correlações variou de moderada magnitude (“Aspectos Físicos”, “Dor”, “Aspectos Sociais”, “Aspectos Emocionais” e “Saúde Mental”) a fraca magnitude (“Capacidade Funcional”)

**Tabela 10** – Coeficientes de correlação de Spearman entre a *COVI9-QoL* e as dimensões do SF-36. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

		CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
<b>COVI9-QoL</b>	<b>r</b>	-0,218	-0,335	-0,378	-0,187	-0,168	-0,424	-0,361	-0,415
<b>Total</b>	<b>p-valor</b>	0,013	<0,001	<0,001	0,035	0,058	<0,001	<0,001	<0,001

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; Fonte: próprio autor.



Para avaliar a validade de construto da *COVID-19-QoL* realizou-se AFC. Na tabela 11 encontram-se os parâmetros avaliados, os quais foram satisfatórios para realização da AFC da escala.

**Tabela 11** – Análise fatorial confirmatória da *COVID-19-QoL* aplicada em 128 participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

	<b>CFI</b>	<b>TLI</b>	<b>NFI</b>	<b>GFI</b>	<b>AGFI</b>	<b>RMSEA (limites)</b>
<b>COVID-19-QoL</b>	0,905	0,908	0,967	0,884	0,819	0,034 (0,000 a 0,077)

**CFI:** A qualidade (ajustada) do ajuste; **NFI/TLI:** Índice de Ajuste Normado; **CFI:** O Índice de Ajuste Comparativo; **RMSEA:** Raiz do Erro Quadrático Médio da Aproximação;  
Fonte: Autor próprio

Na tabela 12 encontram-se as cargas fatoriais da versão brasileira da *COVID-19-QoL*, sendo unidimensional, de acordo com o valor de referência para cargas fatoriais satisfatórias (>0,40).

**Tabela 12** – Cargas fatoriais da análise fatorial confirmatória da *COVID-19-QoL*. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

	<b>Carga Fatorial</b>
<b>COVID-19-QoL</b>	0,663
1. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha qualidade de vida é pior do que antes.	0,663
2. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha saúde mental tem deteriorado.	0,769
3. Devido à propagação do Coronavírus, acho que minha saúde física pode deteriorar	0,544
4. Devido à propagação do Coronavírus me sinto mais tenso(a) que antes.	0,799
5. Devido à propagação do Coronavírus me sinto mais deprimido(a) que antes.	0,420
6. Devido à propagação do Coronavírus, sinto que minha segurança pessoal está em risco.	0,716

Fonte: Autor próprio.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo realizou a tradução, a adaptação cultural e a validação da *COVID-19-QoL*, conforme as recomendações e etapas metodológicas propostas por Beaton et al. (2000), e, de acordo com os resultados obtidos, confirmou-se a confiabilidade e a validade de construto da versão brasileira da escala.

Para realizar a validação de um questionário é necessário, de primeira instância, realizar o processo de tradução e adaptação cultural, entretanto, modificar a linguagem de instrumento para outra é uma metodologia complexa. Para além da realização de uma simples tradução, é necessário a compreensão das diferenças culturais e de linguagem, e levar em consideração o idioma, contexto cultural e o estilo de vida daquele local (Alexandre, Coluci, 2011).

Por essa razão, na presente pesquisa a *COVID-19-QoL* foi inicialmente traduzida para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues e independentes, posteriormente estabeleceu-se uma versão consensual da tradução do instrumento, a qual foi retrotraduzida para o inglês.

Após a retrotradução, sabe-se que o papel da revisão da escala por um comitê de especialistas é essencial para analisar todas as traduções, o qual tem um papel de tomar decisões críticas, como também, modificar palavras que sejam usuais na cultura e na linguística, o que apresenta particularidades, já que os países compartilham características socioeconômicas e etnias diferentes, como é o caso da população brasileira.

A validação de conteúdo por peritos são úteis para a assistência, ensino e pesquisa em saúde, na medida que permitem oferecer um instrumento padronizado, permitindo comparações internacionais. Isto é essencial para pesquisadores cada vez mais preocupados em utilizar medidas confiáveis e apropriadas para pesquisas e avaliação da assistência, e dessa forma, a revisão por especialistas (peritos) torna-se imprescindível em um estudo de validação (Nora, Zoboli, Vieira, 2018)

Na etapa de revisão pelos especialistas obteve-se satisfatórios índices de validade de conteúdo nos itens da versão brasileira da *COVID-19-QoL*, apenas o item 6 (“*Devido à propagação do Coronavírus, sinto que minha segurança pessoal esteja em risco*”) obteve pontuação inferior a 1. Sendo assim, as pesquisadoras reanalisaram o referido item, modificando-o para “*Devido à propagação do Coronavírus, sinto que minha segurança pessoal está em risco*”.

Antes de realizar as análises psicométricas da versão brasileira da *COVID-19-QoL*, foi de suma importância conhecer a opinião do público alvo, sendo assim, esta etapa descrita

como “pré-teste” contou-se com a participação de 40 indivíduos, com maioria do sexo feminino (82,5%), situação conjugal solteiro (50%) e etnia pardo (47,5%), que consideraram todos os itens da escala claros, compreensíveis e relevantes, não indicando outras sugestões.

A etapa de análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da *COVID-19-QoL* foi realizada com 128 participantes, com predominância do sexo feminino (73,4%), brancos (55,5%), solteiros (61,7%), com média de idade e escolaridade de 34 e 15 anos, respectivamente e renda familiar mensal 5.916,18 mil. Um aspecto a destacar aqui refere-se à alta escolaridade média obtida, possivelmente em virtude de realizar a coleta de dados de forma online, exigindo acesso a internet. Na literatura verifica-se que diversos estudos desenvolvidos no contexto pandêmico são semelhantes aos resultados deste estudo (Moloud, et al., 2022; Albakri et al., 2022; Okten, Yazici, 2022).

Com relação às propriedades psicométricas da escala, confirmou-se satisfatória consistência interna da versão brasileira da *COVID-19-QoL*, com alfa de Cronbach de 0,830. Resultados similares foram encontrados em outros estudos, com da versão original (Repisti et al., 2020) e as versões turca (0,860), persa/iraniana (0,823) e peruana (0,903) (Sümem, Adibelli, 2022; Dehkordi et al., 2021; Caychoy-Rodriguez, 2023).

Repisti et al (2020) construíram e validaram a escala original, com objetivo de mensurar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre a qualidade de vida da população croata. Para tanto foi desenvolvida uma pesquisa com 1.547 participantes, sendo 1.346 da população geral (amostra não clínica) e 201 respondentes com problemas de saúde mental (amostra clínica). Dentre dentre os resultados encontrados verificou-se boa consistência interna, com coeficiente de alfa de Cronbach de 0,856 em amostra clínica e 0,885 em amostra não clínica.

A literatura indica estudos de validação da *COVID-19-QoL* em outros países, que também obtiveram valores de alfa de Cronbach e/ou ômega de McDonald satisfatórios. Na Turquia, com o estudo de Sümen e Adibelli (2022), no Irã, com o estudo de Dehkordi e colaboradores (2021) e Peru, os autores Caychoy-Rodriguez e colaboradores (2023). Em todos os estudos os resultados confirmam a evidência de confiabilidade da escala (Sümem, Adibelli, 2022; Dehkordi et al., 2021; Caychoy-Rodriguez, 2023).

Sümen e Adibelli (2022) verificaram as propriedades psicométricas da versão turca da *COVID-19-QoL*, em indivíduos com COVID-19 e outro grupo sem o referido diagnóstico, totalizando 1.069 pessoas. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,91 para a amostra total (n=1.069), de 0,90 para a amostra não diagnosticada com COVID-19 (n=928) e 0,86 para a amostra diagnosticada com COVID-19 (n=141) (Sumen, Adibelli, 2022)

No Irã, Dehkordi e colaboradores (2021) analisaram as propriedades psicométricas da versão persa da *COVID-19-QoL*, com amostra de 488 participantes, com média de idade de 29 anos, que foram divididos aleatoriamente em dois grupos, um grupo com 288 participantes para a AFE e outro grupo com 200 participantes para a AFC. A consistência interna da escala encontrada foi de 0,823 e 0,882 usando o coeficiente alfa de Cronbach e o ômega de McDonald, respectivamente (Dehkordi et al., 2021)

No Peru, Caychoy-Rodriguez e colaboradores (2023) analisaram as evidências psicométricas da versão espanhola da *COVID-19-QoL* com uma amostra de 298 pessoas idosas peruanas. Os achados confirmaram a estrutura unifatorial do *COVID-19-QoL*, com valor Alfa de Cronbach 0,903, indicando excelente consistência interna (Caychoy-Rodriguez et al., 2023)

Com relação à validade do construto convergente da *COVID-19-QoL*, confirmou-se correlação positiva, de moderada magnitude, significativa entre o escore da *COVID-19-QoL* e o total da DASS-21 ( $r=0,435$ ;  $p<0,001$ ), assim como nos domínios de ansiedade ( $r=0,401$ ;  $p<0,001$ ), depressão ( $r=0,424$ ;  $p<0,001$ ) e estresse ( $r=0,431$ ;  $p<0,001$ ).

Dados semelhantes sobre a relação entre o impacto na QV e os níveis de ansiedade, depressão e estresse foram encontrados no estudo de Vala (2022), que teve o objetivo de investigar o impacto da pandemia da COVID-19 na qualidade de vida de 120 habitantes da ilha de Patmos, na Grécia. Para tanto, conduziram uma pesquisa transversal, com um formulário on-line usando um questionário demográfico, a escala *COVID-19-QoL* v1.5 e a DASS-21. Os resultados da correlação entre a *COVID-19-QoL* e a DASS-21, indicaram correlações positivas, significativa, de moderada magnitude nas três dimensões da DASS-21, com  $r=0,384$  na ansiedade,  $r=0,436$  na depressão e  $r=0,401$  no . Além disso, o coeficiente de correlação com o total da DASS-21 foi 0,433

Ainda em relação à validade de construto convergente da versão brasileira da escala, os resultados entre os coeficientes de correlação de Spearman da *COVID-19-QoL* e do SF-36 foram significantes estatisticamente, com correlações negativas, de moderada a fraca magnitude, assemelhando-se ao estudo da versão original da *COVID-19-QoL* (Repisti et al., 2020).

Alguns estudos da literatura também confirmam as correlações entre a *COVID-19-QoL* e o SF-36, como no estudo de Greenan et al. (2022), realizado com 34 participantes irlandeses com diagnóstico confirmado da síndrome de Sjögren primária (SSp) mas apenas 19 indivíduos responderam aos questionários de qualidade de vida que validavam a abordagem remota para o tratamento oftalmológico da SSp. Dentre os resultados, verificou-se correlações negativas e estatisticamente significante com as dimensões: aspectos físicos ( $r=-0,77$ ;

$p < 0,001$ ), vitalidade ( $r = -0,71$ ;  $p < 0,001$ ) e saúde mental ( $r = -0,60$ ;  $p = 0,006$ ).

Ainda em relação à validade de construto, no presente estudo analisou-se a estrutura da versão brasileira da *COVID-19-QoL*, para tanto realizou-se AFC, adotando-se alguns critérios, como CFI, TLI, NFI, GFI, AGFI e RMSEA, os quais se mostraram satisfatórios. Além disso, confirmou-se a unidimensionalidade da escala e valores de carga fatorial variando de 0,420 a 0,799.

Nos estudos citados anteriormente de Sümem e Adibelli (2022), Dehkordi e colaboradores (2021) e Caychoy-Rodriguez (2023), a estrutura da escala também foi feita pela análise fatorial confirmatória e seus resultados se assemelharam com os resultados do presente estudo (Sümem, Adibelli, 2022; Dehkordi et al., 2021; Caychoy-Rodriguez, 2023).

No Irã, Dehkordi e colaboradores (2021) desenvolveram a pesquisa de validação da *COVID-19-QoL* com 488 indivíduos da população geral iraniana, com idade média de 29,90 ( $\pm 11,51$ ) anos, sendo a maioria do sexo feminino (75,6%) e solteira (54,3%). Confirmou ter estrutura unidimensional e a análise fatorial confirmatória obteve critérios aceitáveis de ajuste (NFI = 0,98; RMSEA = 0,052; GFI = 0,0,97; SRMR (raiz quadrada média dos resíduos padronizada) = 0,030; CFI = 0,963 e IFI (índice de ajustamento incremental) = 0,99). Além disso, na análise fatorial confirmatória, as cargas apresentadas foram acima de 0,60 (valor de referência do estudo foi 0,30)

No estudo feito por Sümem e Adinelli (2021), na Turquia, verificou-se as propriedades psicométricas da versão turca com indivíduos diagnosticados com ou sem COVID-19, totalizando 1.069 pessoas, com idade entre 18 e 65 anos. Confirmou ter estrutura unidimensional e dentro os resultados, na análise fatorial confirmatória obteve valores bons e aceitáveis em todas as amostras de RMSEA (amostra total 0,070, amostra não diagnosticada 0,076 e amostra diagnosticada 0,077); RMR (0,022; 0,023 e 0,051), NFI (0,996; 0,993; 0,997), NNFI -Turcker Lewis Index- (0,997; 0,984; 0,966), CFI (0,997; 0,995; 0,989), GFI (0,989; 0,982; 0,973) e, por fim, AGFI (0,954; 0,946; 0,888).

Na pesquisa de Caychoy-Rodriguez (2023), cujo objetivo foi traduzir para o espanhol e avaliar as evidências psicométricas da *COVID-19-QoL* em 298 pessoas idosas peruanas, sendo 58,1% mulheres com média de idade de 65,34 ( $\pm 11,33$ ) anos. Dentre os resultados, a análise fatorial confirmatória indicou um ajuste excelente para o modelo unidimensional na amostra total, com CFI = 0,985, TLI = 0,974, SRMR = 0,032 e RMSEA = 0,064. As cargas fatoriais do *COVID-19-QoL* foram significativas e variaram de 0,698 a 0,844.

Na versão original da escala (Repisti et al., 2020), as cargas variaram de 0,641 a 0,878, e estes valores se assemelham, em partes, ao presente estudo pois de forma geral, os

valores encontrados foram satisfatórios frente ao critério adotado de  $>0,4$  (Damásio, 2012), entretanto, os demais estudos da literatura obtiveram valores acima de 0,6.

Frente ao exposto, confirmam-se as evidências de confiabilidade e validade da versão brasileira da COV19-QoL.

Como limitações do presente estudo, tem-se a seleção da amostra por conveniência e também a dificuldade na coleta de dados de forma remota, visto que foi um grande desafio em decorrência do isolamento social, coletar dados do pré-teste de forma online, por meio de autoavaliação. Além disso, destaca-se aqui a necessidade do acesso à internet, alcançando predominantemente participantes com maior nível de escolaridade.

## 6. CONCLUSÃO

Com base no objetivo proposto e resultados obtidos, pode-se concluir que a versão brasileira da COV19-QoL possui evidências de confiabilidade e validade para o contexto brasileiro e encontra-se disponível para uso.

Ressalta-se a importância do instrumento para uso na prática clínica e em pesquisas, visto sua interligação com a temática de saúde mental. Recomenda-se novas pesquisas para se verificar o desempenho psicométrico da escala no Brasil com outras populações.

## 7. REFERÊNCIAS

ALBAKRI, K. et al. The Effect of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic on University Students' Mental Health and Life Quality: A Retrospective Cohort Study. **International Journal of Medical Students**, v. 10, n. 1, p.S226, 2022.

ALEXANDRE, N. M.C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 3061-3068, 2011.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior**. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall, 1980.

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.

BELLÉ, D. C. B. **Sintomas persistentes e qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos hospitalizados por COVID-19**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Fronteira do Sul, 2023.

BOYLE, P. et al. **Saber preparar uma pesquisa-definicao, estrutura, financiamento. In: saber preparar uma pesquisa-definicao, estrutura, financiamento.** Monografia. p. 215-215. 1999.

BURNS, N; GROVE, S.K. **Undertanding nursing reasearch.** 2ª ed. Philadelphia: **WB Saunders Company.** Measuring and data collection in reasearch; p-257-261. 1997.

CARVALHO, M. C. T. et al. O impacto na qualidade de vida nos indivíduos pós-covid-19: O que mudou? **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e219101421769, 2021.

CAYCHO-RODRÍGUEZ et al. Impact of COVID-19 on quality of life in Peruvian older adults: construct validity, reliability and invariance of the COV19—Impact on Quality of Life (COV19-QoL) measurement. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 36, n. 1, p. 13, 2023

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev bras reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COSTA, R. A. F; SANTOS, G. S. N. F.; MONTEIRO, A. C. C. Impacto do COVID-19 na qualidade de vida dos idosos. **Anais do VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, p. 1-13, 2020.

DAMÁSIO, B. F. Uses of exploratory factorial analysis in psychology. **Avaliação Psicológica**. v. 11, n.2, p.213-228, 2012.

DEHKORDI, A. H. et al. Examination of the psychometric properties of the Persian version of the COVID-19-impact on Quality of Life Scale. **Health and quality of life outcomes**, v. 19, n. 188, p. 1-8. 2021

DEKKER, J.; DALLMEIJER, A.; LANKHORST, G. Clinimetrics in rehabilitation medicine: current issues in developing and applying measurement instruments 1. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 37, n. 4, p. 193–201, 2005.

DEVET, H.; TERWEE, C.; BOUTER, L. Current challenges in clinimetrics. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 56, n. 12, p. 1137–1141, 2003.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009.

DEVON, H. A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status Questionnaires. **Evaluation & the Health Professions**, v. 28, n. 2, p. 212–232, 2005.

FAYERS, M.; MACHIN, D.; **Scores and Measurements: Validity, Reliability, Sensitivity.**Fayers PM, Machin D, eds. In: **Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes.** 2nd ed. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd, p.77–108, 2007.

FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS® para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 95-105, 2010.

GREENAN, E. et al. Quality of life questionnaires validate a remote approach to ophthalmic management of primary Sjögren's syndrome. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 18761, 2022.

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. 1417–1432, 1993.

GUINANCIO, J. C. et al. COVID – 19: Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e259985474, 2020.

IVATIUK, A. L.; COSTA, Í. M.; MELO, C. DE F. Factors associated with mental health in the Brazilian population during Covid-19. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 24, n. 2, p. 1-18, 2022.

JOHNSON, M. C.; SALETTI-CUESTA, L.; TUMAS, N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2447–2456, 2020.

KMITA, L. C. et al. Sintomas persistentes, estado de saúde e qualidade de vida de sobreviventes da covid-19: um estudo de coorte. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e93141, 2023.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, n. 23, p. 2276–2284, 2008.

LOVIBOND, S. H; LOVIBOND, P.F. Manual for the depression anxiety stress scales. **Sydney psychology foundation**, 1995.

LYNN, M. R. Determination and Quantification Of Content Validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382, 1986.

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

MOLOUD, E. et al. The relationship between COVID-19 fear and anxiety with the quality of life of students in Sulaymaniyah, Iraq. **Novelty in Clinical Medicine**, v. 1, n. 4, p. 173-177, 2022.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, p. e64851, 2018.



NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric Theory**. McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages, 1994.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. What has the covid-19 Pandemic taught us about adopting preventive measures? **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, e. 20200106, p. 1-15, 2020.

OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2023.

OKTEN, C.; YAZICI, H. G. Validity and Reliability of the Turkish Version of the COVID-19-Impact on Quality of Life Scale. **Galician medical journal**, v. 29, n. 2, p. 1-7, 2022.

PAULA, M. Síndrome pós-Covid-19: aspectos cognitivos e neurológicos. **Cadernos de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 1- 10, 2022.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Editora Artmed parte 3. Delineamentos e métodos para pesquisa quantitativa e qualitativa em enfermagem. 1995.

REBÊLO, V. C. N. et al. Síndrome pós-covid-19: estudo de caso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e43811225969, 2022.

REPIŠTI, S. et al. How to measure the impact of the COVID-19 pandemic on quality of life: COV19-QoL – the development, reliability and validity of a new scale. **Global Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 1-10, 2020.

SANTANA, V. V. R. et al. Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de covid-19: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, p. 754-762, 2020.

SILVA, H. G. N.; SANTOS, L. E. S. DOS; DE OLIVEIRA, A. K. S. Effects of the new Coronavirus pandemic on the mental health of individuals and communities. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, p. 1-10, 2020.

SÜMEN, A.; ADIBELLI, D. Adaptation of the COV19-QoL Scale to Turkish culture: Its psychometric properties in diagnosed and undiagnosed individuals. **Death studies**, v. 46, n. 10, p. 2298-2305, 2022.

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

VALE, M. F. et al. Fatores de risco para a saúde mental da população em meio a pandemia de COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, e. 20220324, p. 1-9, 2023.

VIGNOLA, R. C. B. Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil. 80 f. **Dissertação (Mestrado)** - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2013.

WANG, M. L. et al. Addressing inequities in COVID-19 morbidity and mortality: research and policy recommendations. **Translational Behavioral Medicine**, v.10, n.3, p. 616-519, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 cases | WHO COVID-19 dashboard**. Disponível em: <<https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>>.

## 8. ANEXOS

### 8.1 ANEXO A – COVID-19- IMPACT ON QUALITY OF LIFE (COV19-QoL)

*Instruction for participants:*

Please, choose the number that best represents the degree of your agreement with the statements provided below. Please, keep in mind that your estimates reflect your feelings and thoughts during the past seven days.

*Due to the spread of the Coronavirus,...*

	Completely disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Completely agree
1. .... I think my quality of life is lower than before.	1	2	3	4	5
2. .... I think my mental health has deteriorated.	1	2	3	4	5
3. .... I think my physical health may deteriorate.*	1	2	3	4	5
4. .... I feel more tense than before.	1	2	3	4	5
5. .... I feel more depressed than before.	1	2	3	4	5
6. .... I feel that my personal safety is at risk.	1	2	3	4	5

*\*The item refers to anticipatory anxiety*

## 8.2 ANEXO B – QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36 (BRASIL)

### SF-36 PESQUISA EM SAÚDE / ESCORE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- .Excelente ..... 1  
 .Muito boa ..... 2  
 .Boa ..... 3  
 .Ruim..... 4  
 .Muito ruim ..... 5

2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- .Muito melhor agora do que a um ano atrás ..... 1  
 .Um pouco melhor agora do que a um ano atrás ..... 2  
 .Quase a mesma coisa de um ano atrás..... 3  
 .Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... 4  
 .Muito pior agora do que há um ano atrás ..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3

g. Andar mais de um quilometro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como **consequência de sua saúde física**?

	Sim	Não
a. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em suas atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, (como consequência se algum problema emocional) como sentir-se deprimido e ansioso)?

	Sim	Não
a. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas **4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

.De forma nenhuma.....	1
.Ligeiramente.....	2
.Moderadamente.....	3
.Bastante.....	4
.Grave.....	5
.Muito grave.....	6

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

.Nenhuma.....	1
.Muito leve.....	2
.Leve.....	3
.Moderada.....	4
.Grave.....	5
.Muito grave.....	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanta dor no corpo interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

- .De maneira alguma ..... 1  
 .Um pouco ..... 2  
 .Moderadamente ..... 3  
 .Bastante ..... 4  
 .Extremamente ..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- .Todo o tempo..... 1  
 .A maior parte do tempo ..... 2  
 .Alguma parte do tempo ..... 3  
 .Uma pequena parte do tempo ..... 4  
 .Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vais piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



8.3 ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS-21) –  
VERSÃO BRASILEIRA

	Não se aplicou de maneira nenhuma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	Aplicou-se em algum grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
Senti minha boca seca	0	1	2	3
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex: respiração ofegante, falta de ar sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
Senti tremores (ex: nas mãos)	0	1	2	3
Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
Preocupe-me em situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecer ridículo (a)	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
Senti-me agitado	0	1	2	3
Achei difícil relaxar	0	1	2	3
Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3

Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex: aumento de frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
Senti medo sem motivo	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

## 9. APENDICES

### 9.1 APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO COV19-QOL PARA O BRASIL

Dear Selman Rapišti

My name is Fabiana de Souza Orlandi, I am a professor at the Federal University of São Carlos, São Paulo, Brazil. I am very interested in the process of translating, adapting and validating COV19-QoL for Brazil. I would like to ask for your formal authorization. If you authorize, I would like to request the scale and guidelines for calculating your score.

Best regards

Fabiana Souza Orlandi  
UFSCar

Dear Prof. de Souza Orlandi,

You have my official permission to use the scale for the purposes of your research. Below are the links to the scale and paper:

[https://www.researchgate.net/publication/340899154\\_COVID-19-Impact\\_on\\_Quality\\_of\\_Life\\_COV19-QoL\\_scale\\_v15](https://www.researchgate.net/publication/340899154_COVID-19-Impact_on_Quality_of_Life_COV19-QoL_scale_v15)

[https://www.researchgate.net/publication/342492828\\_How\\_to\\_measure\\_the\\_impact\\_of\\_the\\_COVID-19\\_pandemic\\_on\\_quality\\_of\\_life\\_COV19-QoL\\_-\\_the\\_development\\_reliability\\_and\\_validity\\_of\\_a\\_new\\_scale](https://www.researchgate.net/publication/342492828_How_to_measure_the_impact_of_the_COVID-19_pandemic_on_quality_of_life_COV19-QoL_-_the_development_reliability_and_validity_of_a_new_scale)

Good luck and all the best,  
Selman Rapišti

## 9.2 APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ONLINE) (Resolução 510/2016 do CNS) E COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA (CEP)

"COVID-19, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALAS PARA O CONTEXTO BRASILEIRO".

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar eletronicamente da pesquisa “COVID-19, Saúde Mental e Qualidade de Vida: adaptação e validação de escalas para o contexto brasileiro”. O objetivo deste estudo é disponibilizar a versão brasileira da escala de avaliação da ameaça percebida pela COVID-19 (Perceived Coronavirus Threat Questionnaire - PCTQ), da escala de avaliação do impacto da COVID-19 (Coronavirus Impacts Questionnaire - CIQ), da escala de experiência com o coronavírus (Coronavirus Experiences Questionnaire - CEQ) e da escala de avaliação do impacto da COVID-19 na qualidade de vida (COVID-19–Impact on Quality of Life - COVID-19-QoL). O(a) senhor(a) foi convidado a participar por ter 18 anos ou mais, porém, sua participação não é obrigatória. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

O(a) senhor(a) ao aceitar participar eletronicamente desta pesquisa, corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou então solicitado ao pesquisador responsável via endereço de e-mail fornecido, se assim o desejar. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em preencher um formulário online composto por sete questionários. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação. Em seguida, será realizada avaliação de sua percepção de ameaça, do impacto da COVID, da experiência com o coronavírus, da qualidade de vida, de sintomas depressivos, de ansiedade, de estresse e de suporte social. Cada participante deverá responder a todos os questionários e terá que dispor de 30 a 45 minutos para participar da pesquisa.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao(a) senhor(a), porém, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto (já que perguntará sobre aspectos relacionados à percepção de ameaça e impacto da COVID-19, de experiência com o coronavírus, da qualidade de vida, de estresse, depressão e suporte social), evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Outros possíveis riscos apresentados são os característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas, como a segurança do software; quebra de sigilo; link hackeado; vazamento de senha, etc. Caso alguma dessas possibilidades ocorra, o(a) senhor(a) poderá optar pela suspensão imediata do questionário fechando a página do navegador ou retomar em outro momento ou, ainda, tirar seu consentimento de participação. Para minimizar os riscos da pesquisa, o participante receberá os esclarecimentos de qualquer dúvida que tiver sobre as questões abordadas previamente e as subsequentes. Além disso, haverá um espaço no formulário de coleta de dados para indicação de possíveis desconfortos e caso seja necessário atendimento psicológico, será contatado os serviços de saúde pública do município para encaminhamento. Caso o(a) senhor(a) desista de participar durante o preenchimento do questionário, ou antes de enviá-lo, as informações não serão gravadas, enviadas ou recebidas pelo pesquisador e serão apagadas ao se fechar a página do navegador. Caso tenha finalizado o preenchimento e envio do questionário de pesquisa, mas após decida não participar, deverá informar o pesquisador (via e-mail) de sua decisão, e o mesmo descartará os seus dados informados sem nenhuma penalização. Fica também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, bem como a assistência em que dela necessite. Caso necessite de assistência decorrente de danos diretamente da pesquisa, será realizada uma solicitação ao serviço de saúde explicando a especificidade do caso e solicitando atendimento. Entretanto, como se trata de uma pesquisa de âmbito nacional e online, não há como prever a garantia desses serviços de imediato.

A participação no estudo não acarretará custos ao(a) senhor(a) e também não haverá nenhuma compensação financeira pela sua participação.

Caso o(a) senhor(a) interrompa o preenchimento do formulário antes de seu término, será inviabilizado o uso das informações obtidas ou caso o(a) senhor(a) tenha finalizado o preenchimento, enviado suas respostas do questionário e decida desistir da participação, deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização.

A realização desta pesquisa trará como benefício ao participante uma ampla avaliação sobre suas formas de enfrentamento diante da pandemia e saúde mental (será enviado por e-mail uma devolutiva com os resultados obtidos dos participantes), além de permitir a validação da escala de avaliação da ameaça percebida pela COVID-19 (Perceived Coronavirus Threat Questionnaire - PCTQ), da escala de avaliação do impacto da COVID-19 (Coronavirus Impacts Questionnaire - CIQ), da escala de experiência com o coronavírus (Coronavirus Experiences Questionnaire - CEQ) e da escala de avaliação do impacto da COVID-19 na qualidade de vida (COVID-19–Impact on Quality of Life - COV19-QoL) para o Brasil.

O(a) senhor(a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos da minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico : [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):  
Pesquisador Responsável: Fabiana de Souza Orlandi  
Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676, CEP: 13565-905 – São Carlos  
Contato telefônico: (16) 3306-6673 E-mail: [fabiferreira@yahoo.com.br](mailto:fabiferreira@yahoo.com.br)

O participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFSCar, localizado no endereço UFSCar – Rod. Washington Luiz, s/n, São Carlos - SP, CEP: 3565-905. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br) para retirada de dúvidas e poder certificar-se da idoneidade do presente projeto de pesquisa.

1. E-mail \*

---

2. O (a) senhor (a) aceita participar desse estudo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo

Não concordo

3. Deixe seu contato de WhatsApp com DDD (exemplo: (DDD)xxxx-xxxx) \*

---

4. Deixe seu contato via e-mail (exemplo: [pesquisa@gmail.com](mailto:pesquisa@gmail.com)) \*

---

### 9.3 APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

#### **Caracterização Sociodemográfica**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:

(1) Feminino (2) Masculino

O senhor(a) se considera:

(1) Branco (2) Preto (3) Amarelo (4) Pardo (5) Indígena (6) Outros

Qual o seu estado civil:

(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União estável (4) Divorciado(a)/Separado(a) (5) Viúvo(a)

Quantos anos o senhor(a) estudou? \_\_\_\_\_

Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

Qual a sua religião? \_\_\_\_\_

Praticante?

(1) Sim (2) Não

Qual a sua renda familiar mensal? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com o senhor(a)? \_\_\_\_\_

O senhor(a) faz uso de bebida alcoólica?

(1) Sim (2) Não

O senhor(a) faz uso de cigarro?

(1) Sim (2) Não

O senhor(a) faz uso de algum medicamentos?

(1) Sim (2) Não

Se Sim. Quantos?

9.4 APENDICE D – ESCALA DE IMPACTO DA COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA  
(VERSÃO FINAL)

“...devido à propagação (disseminação) do Coronavírus”

	<b>Discordo completamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo, nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo completamente</b>
1 ... Eu acho que minha qualidade de vida é pior do que antes.	1	2	3	4	5
2... Eu acho que minha saúde mental piorou.	1	2	3	4	5
3... Eu acho que minha saúde física pode piorar.	1	2	3	4	5
4... Eu me sinto mais tenso (preocupado) que antes.	1	2	3	4	5
5... Eu me sinto mais deprimido(a) que antes.	1	2	3	4	5
6... Eu sinto que minha segurança pessoal está em risco.	1	2	3	4	5