

Confiabilidade teste-reteste da versão Brasileira do instrumento *Memorial Symptom Assessment Scale* para avaliação de sintomas em pacientes oncológicos

Test-retest reliability of Brazilian version of Memorial Symptom Assessment Scale for assessing symptoms in cancer patients

Josiane Roberta de Menezes¹, Bianca Maria Oliveira Luvisaro¹, Claudia Fernandes Rodrigues¹, Camila Drumond Muzi¹, Raphael Mendonça Guimarães²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a confiabilidade teste-reteste da versão traduzida e adaptada culturalmente para o português do Brasil do *Memorial Symptom Assessment Scale*. **Métodos:** A escala foi aplicada em forma de entrevista em 190 pacientes com diversos tipos de câncer internados nos setores clínicos e cirúrgicos do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva e reaplicada em 58 pacientes. Os dados dos testes-retestes foram inseridos num banco de dados por dupla digitação independente em Excel e analisados pelo Kappa ponderado. **Resultados:** A confiabilidade da escala mostrou-se satisfatória nos testes-retestes. Os valores do Kappa ponderado obtidos para cada item da escala apresentaram-se adequados, sendo o maior item de 0,96 e o menor de 0,69. Também se avaliou o Kappa das subescalas, sendo de 0,84 para sintomas físicos de alta frequência, de 0,81 para sintomas físicos de baixa frequência, de 0,81 também para sintomas psicológicos, e de 0,78 para Índice Geral de Sofrimento. **Conclusão:** Altos níveis de confiabilidade estimados permitem concluir que o processo de aferição dos itens do *Memorial Symptom Assessment Scale* foi adequado.

Descritores: Neoplasias; Avaliação de sintomas; Estudos de validação; Reprodutibilidade dos testes; Escalas

ABSTRACT

Objective: To assess the test-retest reliability of the Memorial Symptom Assessment Scale translated and culturally adapted into Brazilian Portuguese. **Methods:** The scale was applied in an interview format for 190 patients with various cancers type hospitalized in clinical and surgical sectors of the *Instituto Nacional de Câncer José*

de Alencar Gomes da Silva and reapplied in 58 patients. Data from the test-retest were double typed into a Microsoft Excel spreadsheet and analyzed by the weighted Kappa. **Results:** The reliability of the scale was satisfactory in test-retest. The weighted Kappa values obtained for each scale item had to be adequate, the largest item was 0.96 and the lowest was 0.69. The Kappa subscale was also evaluated and values were 0.84 for high frequency physic symptoms, 0.81 for low frequency physical symptoms, 0.81 for psychological symptoms, and 0.78 for Global Distress Index. **Conclusion:** High level of reliability estimated suggests that the process of measurement of Memorial Symptom Assessment Scale aspects was adequate.

Keywords: Neoplasms; Symptom assessment; Validation studies; Reproducibility of results; Scales

INTRODUÇÃO

Sintomas são uma experiência multidimensional, a qual inclui a percepção da frequência, da intensidade, da angústia e do significado de sua ocorrência e sua expressão. Um sintoma pode influenciar na ocorrência e no significado de outros.⁽¹⁾

Quando três ou mais sintomas concomitantes (por exemplo, dor, fadiga, e distúrbios do sono, ou náusea, vômitos e falta de apetite) estão relacionados uns com os outros, eles são chamados de grupo de sintomas (*cluster symptoms*). Pode ser um efeito adverso na evolução do paciente e ter efeito sinérgico, como um preditor de morbidade do paciente.⁽²⁾

¹ Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Raphael Mendonça Guimarães – Avenida Brasil, 4.365 – Manguinhos – CEP: 21041-360 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – Tel.: (21) 3865-9770 – E-mail: raphael.guimaraes@fiocruz.br

Data de submissão: 8/2/2016 – Data de aceite: 10/1/2017

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3645

O câncer não é uma doença única, mas um conjunto de mais de cem doenças diferentes.⁽³⁾ Ao se estabelecer a noção de grupo de doenças, o câncer se torna responsável por produzir diversos sintomas, por conta de sua complexidade.

As neoplasias malignas representam a segunda causa de mortalidade no mundo e, de acordo com as perspectivas, deve ser considerado a primeira causa de morte no Brasil em torno do ano de 2020.⁽⁴⁾ De acordo com estatísticas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o ano de 2016, eram esperados aproximadamente 596 mil novos casos da doença na população brasileira.⁽⁵⁾

As neoplasias malignas são capazes de gerar importantes alterações físicas e psicossociais, evidenciadas pelo surgimento de sintomas que se intensificam acompanhando o processo evolutivo da doença. Pacientes hospitalizados por câncer apresentam sintomas que variam com relação à gravidade, à frequência e à duração.⁽⁶⁾ Fatores como prevalência, intensidade e percepção do impacto dos sintomas nas atividades de vida também apresentam grande variabilidade entre pacientes e são fortemente influenciados pela própria doença e pela toxicidade decorrente do tratamento.⁽⁷⁾ A avaliação dos sintomas constitui, então, um desafio, por causa do curso evolutivo do câncer e da complexa relação entre a doença e os sintomas.⁽⁸⁾

Cada sintoma em oncologia é um fenômeno dinâmico e, por isto, deve ser constantemente reavaliado, para que as intercorrências sejam controladas, oferecendo alívio e conforto.⁽⁹⁾ Considerando-se a comum ocorrência de múltiplos sintomas no paciente oncológico, surge a necessidade de se disponibilizarem novos instrumentos validados de avaliação de sintomas prevalentes, uma vez que tais ferramentas são escassas no Brasil.

A *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS) consiste em um instrumento desenvolvido em 1994 que objetiva fornecer informações multidimensionais sobre um grupo diversificado de sintomas físicos e psicológicos comuns em pacientes oncológicos. Ela avalia 32 sintomas físicos e psicológicos, e suas dimensões de frequência, gravidade e angústia, por meio de uma escala de pontos do tipo Likert, além de fornecer um método de avaliação de sintomas abrangente e poder ser útil quando as informações sobre sintomas são desejáveis, como em ensaios clínicos ou estudos epidemiológicos.⁽¹⁰⁾

A validação da escala MSAS para o contexto cultural brasileiro justifica-se pela necessidade de termos disponíveis instrumentos capazes de avaliar, de forma mais ampla, os múltiplos sintomas que podem ser apresentados pelo paciente oncológico. Permite aos profissionais de saúde entender melhor a complexidade dos grupos de sintomas apresentados em um determinado paciente, ou os mais frequentes em um tipo específico

de câncer, podendo, assim, orientar e desenvolver intervenções para gerenciar tais sintomas. Este instrumento também pode ser útil para ser utilizado em estudos epidemiológicos sobre grupos de sintomas em oncologia ou de qualidade de vida.

A escala MSAS encontra-se traduzida e testada quanto à equivalência semântica para o português brasileiro. É de grande importância o estabelecimento das propriedades psicométricas de um instrumento após sua adaptação semântica.

O processo de adaptação de um instrumento é mais do que uma simples tradução de palavras. Ele envolve a combinação entre a tradução de um idioma ao outro e o processo padronizado, que considera o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão.⁽¹¹⁾ Reichenheim et al.⁽¹²⁾ sugerem que a adaptação transcultural seja realizada em seis fases: (1) equivalência conceitual; (2) equivalência de itens; (3) equivalência semântica; (4) equivalência operacional; (5) equivalência de mensuração; (6) equivalência funcional.

Desta forma, os achados neste estudo indicam se a versão apresentada está adequadamente adaptada para ser utilizada na população oncológica brasileira.

OBJETIVO

Avaliar a confiabilidade teste-reteste da versão traduzida e adaptada culturalmente para o português do Brasil do *Memorial Symptom Assessment Scale*.

MÉTODOS

Este estudo compreende uma etapa da quinta fase da adaptação transcultural da escala de avaliação de sintomas MSAS-BR, que corresponde à avaliação da confiabilidade, visto que, em um primeiro momento, a equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional foi realizada, cumprindo as quatro primeiras fases do processo.⁽¹³⁾

Caracterização do instrumento

O MSAS é uma escala criada em 1994, nos Estados Unidos, construída para auxiliar na detecção e no monitoramento de sintomas em pacientes com câncer. Este instrumento foi desenvolvido por especialistas em oncologia e traz a combinação de sintomas físicos e psicológicos, com seus respectivos graus de severidade, frequência e grau de aflição provocada pelos sintomas.

A versão original é composta por uma escala do tipo Likert composta por 32 sintomas. Trata-se de um instrumento de autorrelato, no qual os pacientes atribuem um valor numérico de 1 a 4 pontos para a frequência

e intensidade dos sintomas, e de zero a 4 para o grau de incômodo experimentado durante a última semana. Cabe ressaltar que a ordenação das respostas indica que uma maior pontuação indica um pior quadro clínico.

Ainda, é dividido em subescalas, que avaliam sintomas psicológicos (PSYCH), com 6 itens; sintomas físicos de alta frequência (PHYS H), com 12 itens; e sintomas físicos de frequência relativamente baixa (PHYS L), com 14 itens. Ainda há uma quarta subescala, que contém quatro sintomas psicológicos e seis sintomas físicos, a qual avalia o Índice Global de Sofrimento (GDI - *Global Distress Index*), que pode apresentar variações significativas quando aplicada, por exemplo, em pacientes ambulatoriais e internados, e pode ser considerada a mais útil clinicamente. Finalmente, há um índice final, que consiste na média entre os três domínios e todos os itens (TMSAS). A consistência interna destes grupos foi avaliada na versão original, por meio do coeficiente α de Cronbach, sendo atribuídos os valores 0,835 para PSYCH, 0,882 para PHYS H e 0,580 para PHYS L.⁽¹⁰⁾

A versão do MSAS utilizada no Brasil foi traduzida e adaptada por um grupo de especialistas nas áreas de Oncologia e Epidemiologia, mediante autorização do autor principal, por meio de correio eletrônico. O processo de equivalência semântica da escala MSAS-BR para a cultura brasileira apresentou resultados satisfatórios e boa aceitabilidade pela população-alvo nos pré-testes. Pode-se perceber maior dificuldade na execução do instrumento na forma autoaplicada, devido ao *deficit* educacional ainda presente de forma considerável no país. Por este motivo, sugeriu-se a aplicação do instrumento em forma de entrevista. A escala permanece com 32 sintomas referentes aos citados no instrumento original, sendo classificados conforme a mesma pontuação.⁽¹³⁾

Coleta e análise dos dados

A coleta de dados realizou-se entre março e dezembro de 2015. A escala MSAS-BR foi aplicada em 190 pacientes em forma de entrevista individual após prévia informação sobre os objetivos da pesquisa, concordância em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em pacientes homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, portadores de diversas neoplasias e internados em setores clínicos e cirúrgicos do Hospital do Câncer I (HCI/INCA). Pacientes que apresentassem distúrbios cognitivos capazes de comprometer a veracidade das respostas, com neoplasia ou metástase para sistema nervoso central foram excluídos.

Para a coleta de dados adicionais, foi empregado formulário próprio de dados sociodemográficos e clínicos, que incluíam idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, raça, diagnóstico primário e metástase.

Foi realizada uma segunda entrevista, na qual a escala foi reaplicada em 58 pacientes que permaneciam internados ou que tivessem sido internados novamente em um intervalo entre 5 e 15 dias, a partir da entrevista inicial, e que apresentavam condições clínicas e/ou concordavam em responder ao reteste para verificação da confiabilidade da escala.

As respostas dos testes-retestes foram inseridas em um banco de dados, elaborado por meio de dupla digitação independente, no programa *Excel*, com posterior correção de inconsistências. Os dados estatísticos foram analisados. Na avaliação das variáveis individuais, para análise da estabilidade teste-reteste dos itens e dos escores das dimensões, foi aplicada a estatística Kappa; no caso de variáveis ordinais, foi utilizado Kappa ponderado, com ponderação quadrática.⁽¹⁴⁾ As respostas discordantes foram ponderadas pelos quadrados dos desvios da concordância exata. Para todas as estatísticas, foram estimados intervalos de 95% de confiança.

Foram utilizados os pontos de corte sugeridos por Byrt et al., para classificar o nível de estabilidade das respostas: fraca se 0 a 0,20; leve se 0,21 a 0,40; razoável se 0,41 a 0,60; boa se 0,61 a 0,80; muito boa se 0,81 a 0,92; e excelente se 0,93 a 1,00.⁽¹⁵⁾ Porém, cabe destacar que, em geral, recomenda-se maior ênfase ao valor numérico propriamente, uma vez que tais escalas podem variar entre os autores.⁽¹⁶⁾

Aspectos éticos e legais da pesquisa

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, cabe ressaltar que este estudo cumpriu todas as especificações éticas e legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este estudo possui autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do INCA, sob o protocolo 863.339, CAAE: 33237314.2.0000.5274, desde novembro de 2014, e não envolve conflitos de interesse.

RESULTADOS

Dos 190 pacientes entrevistados, 61,34% eram do sexo masculino. A maioria apresentava idades que variavam de 20 a 89, sendo a média de 55 anos (desvio padrão – DP: 14,64); 61,86% dos respondentes declararam-se de cor branca; 48,97% apresentavam o Ensino Fundamental completo ou incompleto; 57,73% eram casados ou mantinham união consensual; 74,21% estavam internados para tratamento clínico; e 73,70% não possuíam metástases à distância diagnosticadas no momento da entrevista (Tabela 1).

Tabela 1. Características clínicas e demográficas

Característica	n (%)
Sexo	
Masculino	117 (61,34)
Feminino	73 (38,66)
Raça	
Branco	118 (61,86)
Preto/pardo	72 (38,14)
Escolaridade	
Analfabeto	3 (1,55)
Fundamental	93 (48,97)
Médio	67 (35,05)
Superior	27 (14,40)
Estado civil	
Solteiro	41 (21,65)
Casado	110 (57,73)
Viúvo	39 (20,62)
Tipo de tratamento	
Cirúrgico	49 (25,79)
Clínico	141 (74,21)
Metástases	
Sim	50 (26,29)
Não	140 (73,70)
Idade – Média (desvio padrão)	56,27 (13,61)

Os cinco sintomas mais frequentes foram boca seca (60,31%), falta de energia (58,25%), dor (56,19%), sonolência (51,55%) e mudança no gosto dos alimentos (48,97%). Os cinco sintomas menos frequentes foram problemas com desejo ou atividade sexual (12,37%), problemas para urinar (16,49%), coceira (18,04%), dificuldade para engolir (18,56%) e diarreia (21,13%) (Tabela 2).

Na análise da prevalência de sintomas, a maioria dos itens se mostrou dentro dos grupos de sintomas mais e menos frequentes encontrados nas subescalas PHYS H e PHYS L. Foram diferentes apenas os sintomas: tosse, que encontrava-se na subescala de menor prevalência e, neste estudo, apareceu em oitava colocação, com 45,36 de prevalência; e vômitos, que pertencia à subescala de sintomas de maior prevalência e, neste estudo, apareceu em 26ª colocação, com apenas 21,65% de prevalência.

Com relação aos graus apresentados, verificou-se que, nas três escalas Likert que mensuravam frequência, intensidade e incômodo para cada item, o grau 2 foi o mais constante. Os cinco itens que mais apresentaram o grau 4 na escala de frequência foram dormência ou formigamento (31,25%), falta de apetite (30,12%),

Tabela 2. Resumo das estatísticas para o teste dos itens da *Memorial Symptom Assessment Scale*

Item	Prevalência	Frequência (%)				Intensidade (%)				Incômodo (%)				Escores		
	n (%)	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	Média	DP
Dificuldade para se concentrar	48 (25,26)	6,28	58,64	27,22	4,19	45,83	37,50	14,58	2,08	76,29	2,06	14,90	3,61	3,09	1,73	0,79
Dor	109 (57,37)	9,17	29,36	36,70	23,85	11,93	42,20	33,03	12,84	44,85	0,00	27,90	10,31	17,01	2,47	0,87
Falta de energia	113 (59,47)	11,50	35,40	37,17	15,93	35,40	45,13	12,39	7,08	42,27	2,58	36,60	12,37	6,19	1,91	0,87
Tosse	88 (46,32)	19,32	42,05	29,55	10,23	55,68	34,09	10,23	0,00	55,15	8,76	29,40	3,09	3,61	1,55	0,68
Nervosismo	87 (45,79)	11,49	47,05	27,59	14,94	31,03	39,08	20,69	9,20	54,12	2,06	32,50	6,19	5,15	2,08	0,94
Boca seca	117 (61,58)	8,55	42,74	38,46	10,26	38,46	44,44	15,38	1,71	40,72	11,34	36,60	8,76	2,58	1,80	0,76
Enjoo	76 (40,00)	21,05	43,42	23,68	13,16	40,79	36,84	21,05	1,32	60,82	0,52	26,20	8,25	4,12	1,83	0,81
Sonolência	100 (52,63)	3,00	45,00	42,00	11,00	40,00	44,00	13,00	3,00	50,00	25,26	14,95	4,64	1,55	1,79	0,78
Dormência ou formigamento nas mãos/pés	80 (42,11)	10,00	37,50	21,25	31,25	50,00	37,50	12,50	0,00	59,28	7,22	26,80	4,12	2,58	1,63	0,70
Dificuldade para dormir	73 (38,42)	12,33	39,73	35,62	13,70	23,29	52,05	19,18	5,48	61,86	2,06	24,20	8,76	3,09	2,07	0,80
Empanzinado	69 (36,32)	11,59	42,03	28,99	15,94	31,88	44,93	20,29	2,90	65,46	2,58	20,60	7,22	4,12	1,94	0,80
Problemas para urinar	32 (16,84)	12,50	34,38	31,25	25,00	28,13	31,25	34,38	6,25	82,99	1,03	11,30	3,09	1,55	2,19	0,93
Vômitos	42 (22,11)	38,10	35,71	21,43	2,38	42,86	42,86	9,52	4,76	78,87	1,03	13,90	4,64	1,55	1,76	0,82
Falta de ar	47 (24,74)	10,64	42,55	27,66	19,15	36,17	31,91	27,66	4,26	76,29	0,52	11,90	6,70	4,64	2,00	0,91
Diarreia	41 (21,58)	21,95	39,02	34,15	4,88	36,59	39,02	19,51	4,88	78,87	1,55	15,50	2,58	1,55	1,93	0,88
Tristeza	64 (33,68)	9,38	57,81	15,63	14,06	29,69	56,08	7,81	6,25	68,04	0,00	22,70	7,22	2,06	1,95	0,88
Suor	65 (34,21)	13,85	53,85	30,77	4,62	27,69	44,62	24,62	3,08	65,98	10,82	15,40	5,67	2,06	2,03	0,81
Preocupações	88 (46,32)	14,77	44,32	20,45	22,73	26,14	55,55	10,23	7,95	53,61	2,58	29,90	11,34	2,58	2,07	0,94
Problemas com o desejo ou atividade sexual	24 (12,63)	8,33	33,33	33,33	25,00	16,67	41,67	16,67	25,00	87,63	0,00	8,80	2,58	1,03	2,50	1,06
Coceira	35 (18,42)	17,14	51,43	31,43	2,86	40,00	28,57	31,43	0,00	81,96	1,03	13,90	0,52	2,58	1,91	0,85
Falta de apetite	83 (43,68)	9,64	31,33	27,71	30,12	20,48	42,07	28,92	8,43	57,73	5,67	23,70	7,73	5,15	2,29	0,93

DP: desvio padrão.

problemas para urinar (25,00%), problemas com desejo ou atividade sexual (25,00%) e dor (23,85%); os cinco itens que mais apresentaram o grau 1 na escala de frequência foram vômitos (38,10%), diarreia (21,95%), enjoo (21,05%), tosse (19,32%) e coceira (17,14%). Os cinco itens que mais apresentaram o grau 4 na escala de intensidade foram problemas com atividade ou desejo sexual (25,00%), dificuldade para engolir (22,22%), “eu não pareço mais eu mesmo” (20,78%), perda de cabelo (18,92%) e irritação (13,64%); os que mais apresentaram o grau 1 foram feridas na boca (57,78%), tosse (55,68%), dormência ou formigamento nas mãos/pés (50,00%), dificuldade para se concentrar (45,83%) e vômitos (42,86%). Os cinco itens que tiveram maior percentagem no grau 4 na escala de incômodo foram dor (17,01%), prisão de ventre (6,70%), “eu não pareço mais eu mesmo” (5,67%), nervosismo (5,15%) e falta de apetite (5,15%); os que apresentaram maior percentagem

no grau zero foram problemas com desejo ou atividade sexual (87,63%), problemas para urinar (82,99%), coceira (81,96%), dificuldade para engolir (81,44%) e perda de cabelo (80,93%).

Assim como no instrumento original, a escala de sintomas MSAS-BR avalia frequência, intensidade e incômodo em 24 dos 32 itens e, em outros 8, verifica apenas intensidade e incômodo, pois entende-se que, em sintomas como queda de cabelo, perda de peso e feridas na boca, não se considera relevante a frequência com que este sintoma aconteceu dentro de 1 semana, sendo uma situação contínua ao longo do período.

A confiabilidade da escala mostrou-se satisfatória nos testes-retestes aplicados. Os valores do Kappa ponderado obtido para cada item da escala apresentaram-se bem elevados, variando de bom a excelente, de acordo com o ponto de corte adotado, sendo o maior item de 0,96 e o menor de 0,69 (Tabela 3).

Tabela 3. Estatística Kappa ponderado (teste-reteste) das respostas aos itens que compõem a escala e as subescalas do *Memorial Symptom Assessment Scale*

Item	Média* teste		Média* reteste		Kappa ponderado†	
	Média	DP	Média	DP	k	IC95%
Dificuldade para se concentrar	1,73	0,79	1,77	0,68	0,83	0,73-0,93
Dor	2,47	0,87	2,45	0,57	0,94	0,89-0,99
Falta de energia	1,91	0,87	1,99	0,63	0,88	0,77-0,99
Tosse	1,55	0,68	1,43	0,76	0,77	0,65-0,89
Nervosismo	2,08	0,94	2,12	0,95	0,83	0,7-0,96
Boca seca	1,80	0,76	1,68	0,89	0,79	0,68-0,9
Enjoo	1,83	0,81	1,79	0,79	0,88	0,81-0,95
Sonolência	1,79	0,78	1,67	0,78	0,84	0,74-0,94
Dormência ou formigamento nas mãos/pés	1,63	0,70	1,76	0,61	0,78	0,68-0,88
Dificuldade para dormir	2,07	0,80	2,15	0,64	0,86	0,75-0,97
Empanzinado	1,94	0,80	1,87	0,76	0,93	0,88-0,98
Problemas para urinar	2,19	0,93	2,08	0,89	0,81	0,7-0,92
Vômitos	1,76	0,82	1,89	1,03	0,73	0,62-0,84
Falta de ar	2,00	0,91	1,92	0,63	0,79	0,67-0,91
Diarreia	1,93	0,88	1,76	0,87	0,72	0,59-0,85
Tristeza	1,95	0,88	1,94	0,54	0,97	0,95-0,99
Suor	2,03	0,81	1,97	0,92	0,89	0,84-0,94
Preocupações	2,07	0,94	2,13	0,93	0,91	0,85-0,97
Problemas com o desejo ou atividade sexual	2,50	1,06	2,87	1,05	0,78	0,67-0,89
Coceira	1,91	0,85	1,73	0,74	0,75	0,64-0,86
Falta de apetite	2,29	0,93	2,31	0,97	0,96	0,94-0,98
Tontura	1,80	0,75	1,64	0,49	0,69	0,56-0,82
Dificuldade para engolir	2,25	1,20	2,24	1,19	0,94	0,92-0,96
Irritado	2,26	1,00	2,13	0,97	0,72	0,59-0,85
Feridas na boca	1,69	0,95	1,78	0,78	0,89	0,8-0,98
Mudança no gosto dos alimentos	1,99	0,88	1,96	0,83	0,91	0,87-0,95
Perda de peso	1,84	0,86	1,76	0,97	0,83	0,71-0,95
Perda de cabelo	2,27	1,12	2,38	1,03	0,85	0,72-0,98
Prisão de ventre	2,22	0,95	2,18	0,81	0,86	0,73-0,99
Inchaço nos braços ou pernas	1,97	0,88	1,75	0,85	0,73	0,62-0,84
“Eu não pareço mais eu mesmo(a)”	2,35	1,10	2,58	0,98	0,74	0,63-0,85
Alterações na pele	1,95	0,89	1,97	0,67	0,91	0,86-0,96

* Variação de 1 a 4 pontos; † ponderação quadrática.
DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança 95%.

Foram obtidos, ainda, os escores médios, desvios padrão, Kappa ponderado e intervalos de confiança de 95% nos testes-retestes para cada subescala dos domínios PHYS H, PHYS L, PSYCH e GDI e a média entre os três domínios e todos os itens TMSAS. Os valores de Kappa ponderado aplicados a estas

subescalas também indicaram boa confiabilidade relacionada aos grupos de sintomas inseridos nelas. A subescala do domínio PHYS apresentou o maior nível de confiabilidade ($K=0,84$) e a de domínio do índice global de sofrimento teve o menor nível ($K=0,78$) (Tabela 4).

Tabela 4. Estatísticas das subescalas do inventário de sintomas *Memorial Symptom Assessment Scale*

Subescalas	Domínio	Itens (n)	Itens do MSAS	Teste		Reteste		Kappa ponderado	
				Escore médio	DP	Escore médio	DP	k	IC95%
PHYS H	Físico de alta frequência	12	2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 21, 22, 26, 27 e 29	2,08	0,89	2,13	0,87	0,84	0,78-0,90
PHYS L	Físico de baixa frequência	14	4, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 31 e 32	2,84	0,38	2,77	0,46	0,81	0,75-0,87
PSYCH	Psíquico	6	1, 5, 10, 16, 18 e 24	2,51	1,08	2,49	1,12	0,81	0,70-0,92
GDI	Índice global de sofrimento	4/10	2, 3, 5, 6, 8, 16, 18, 21, 24 e 29	2,59	1,03	2,53	1,06	0,78	0,73-0,83
TMSAS	Escore global	32	1 ao 32	2,13	0,77	2,15	0,84	0,83	0,79-0,87

DP: desvio padrão; GDI: *Global Distress Index*; MSAS: *Memorial Symptom Assessment Scale*; IC95%: intervalo de confiança 95%.

DISCUSSÃO

A escala MSAS foi desenvolvida como um medidor da prevalência e das características de um grupo abrangente de sintomas físicos e psicológicos vivenciados por diversos tipos de pacientes oncológicos. Foi validada em outros países, como China, Turquia, Suécia e Israel,⁽¹⁷⁻²⁰⁾ com grande variação entre os sintomas mais frequentes. Na análise de prevalência dos sintomas apresentados nos testes, podem-se observar similaridades na relação com os sintomas mais e menos frequentes apresentados no estudo de validação do instrumento original e suas respectivas subescalas PHYS H de sintomas mais prevalentes e PHYS L de sintomas de prevalência relativamente baixa. Foram diferentes apenas os itens tosse, que pertence à PHYS L e apresentou uma prevalência de 45,36%, podendo ser considerado alto; e vômitos, que pertence à PHYS H e apresentou prevalência de 21,65%, podendo ser considerado relativamente baixo. A maior prevalência foi de 60,31% para o item boca seca e a prevalência mínima foi de 12,37% para item problemas com desejo ou atividade sexual. Outros estudos de confiabilidade do MSAS não foram identificados no Brasil, devido à recente equivalência semântica do mesmo para a língua portuguesa do Brasil, não sendo possível estabelecer comparações da confiabilidade teste-reteste e de prevalência de itens deste inventário no nível nacional.

Na análise dos testes-retestes ($n=58$), as respostas aos itens mostraram-se estáveis, e a concordância medida pelo Kappa ponderado com ponderação quadrática variou entre boa e excelente. Foram verificadas similaridades também nos valores obtidos nos escores médios

entre os testes-retestes e o Kappa ponderado na análise das subescalas PHYS H, PHYS L, PSYCH, e do GDI e do total TMSAS. Tais resultados mostraram que a versão MSAS-BR é uma estável, com índices de Kappa ponderado significativos, revelando alta concordância entre os valores e, portanto, adequada estabilidade.

Zwart et al., ressaltam que o intervalo de tempo entre os testes pode influenciar na confiabilidade teste-reteste, se o teste for repetido em um curto intervalo de tempo. A memória da primeira aplicação pode influenciar nos resultados da segunda aplicação e, assim, falsamente inflar a confiabilidade teste-reteste, assim como as mudanças no estado de saúde que ocorrem entre os testes pode influenciar nas respostas dos entrevistados e diminuir a confiabilidade teste-reteste.⁽²¹⁾

CONCLUSÃO

O presente estudo, junto com outras investigações quanto a validade semântica, sugerem alta estabilidade das informações coletadas pelo instrumento. Nesse sentido, os resultados alcançados reforçam o uso do instrumento para as etapas seguintes de validação. Portanto, estudos adicionais sobre a validade do questionário, em curso, completarão a avaliação psicométrica do *Memorial Symptom Assessment Scale*.

REFERÊNCIAS

1. Armstrong TS, Cohen MZ, Eriksen LR, Hickey JV. Symptom clusters in oncology patients and implications for symptom research in people with primary brain tumors. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(3):197-206. Review.
2. Dodd MJ, Miaskowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004(32):76-8. Review.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2a ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
4. Chammas R. Biologia do câncer. In: Hoff P, editor. Tratado de oncologia. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 3-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 2016 Fev 7]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
6. Pelaez Dóro M, Pasquini R, Medeiros CR, Bitencourt MA, Moura GL. The cancer and its symbolic representation. *Psicol Ciênc Prof.* 2004;24(2):120-34.
7. Ferreira KA, William Jr WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI, et al. Translation of the M.D. Anderson Symptom Inventory - head and neck module (MDASI-H&N) to Brazilian Portuguese. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008;37(2):109-13.
8. Kirkova J, Walsh D, Aktas A, Davis MP. Cancer symptom clusters: old concept but new data. *Am J Hosp Palliat Care.* 2010;27(4):282-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle de sintomas do câncer avançado em adultos. *Rev Bras Cancerol.* 2000;46(3):243-56.
10. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994;30A(9):1326-36.
11. Behling O, Law KS. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. 156p. [Series Quantitative Applications in the Social Sciences, number 07-133].
12. Reichenheim ME, Moraes CL. [Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments]. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):665-73. Portuguese.
13. Rocha LF. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) para avaliar sintomas em pacientes oncológicos [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.
14. Fleiss JL, Cohen J. The equivalence of weighted Kappa and the intraclass correlation coefficient as measures reliability. *Educ Psychol Meas.* 1973;33(3):613-9.
15. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(5):423-9.
16. Campos MR, Leal Mdo C, Souza PR Jr, Cunha CB. [Consistency between data sources and inter-observer reliability in the Study on Neonatal and Perinatal Morbidity and Mortality and Care in the City of Rio de Janeiro]. *Cad Saude Publica.* 2004;20:Sup 1:S34-43. Portuguese.
17. Cheng KK, Wong EM, Ling WM, Chan CW, Thompson DR. Measuring the symptom experience of Chinese cancer patients: a validation of the Chinese version of the memorial symptom assessment scale. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(1):44-57.
18. Yıldırım Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadiloglu C, Uyar M, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(12):3389-96.
19. Browall M, Kenne Sarenmalm E, Nasic S, Wengström Y, Gaston-Johansson F. Validity and reliability of the Swedish version of the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS): an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *J Pain Symptom Manage.* 2013;46(1):131-41.
20. Pud D. The psychometric properties of the Hebrew version of the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS-Heb) in patients with breast cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2015;49(4):790-5.
21. de Zwart BC, Frings-Dresen MH, van Duivenbooden JC. Test-retest reliability of the Work Ability Index Questionnaire. *Occup Med (Lond).* 2002;52(4):177-81.