

Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família

Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care

Tammy O'Hara Neves Silva¹
Lucas Bassolli de Oliveira Alves²
Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro¹
Myriam Aparecida Mandetta¹
Ann Tanner³
Linda Shields⁴

Descritores

Família; Enfermagem pediátrica; Cuidados de enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Estudos de validação

Keywords

Family; Pediatric nursing; Nursing care; Nursing research; Validation studies

Submetido

16 de Março de 2015

Aceito

23 de Março de 2015

Resumo

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira de dois instrumentos de medida do cuidado centrado na família, um para pais e outro para profissionais da equipe de saúde.

Métodos: Estudo metodológico de adaptação transcultural seguindo as etapas de tradução, retrotradução, análise de especialistas, pré-teste, teste-reteste e análise psicométrica após aplicação do instrumento com 100 pais de crianças hospitalizadas e 100 profissionais de unidades pediátricas de um hospital universitário.

Resultados: A avaliação por especialistas de ambos os instrumentos apresentaram *Kappa* de 0,85 e 0,93 respectivamente. No pré-teste, os participantes não sugeriram alterações. No teste-reteste houve bons índices de estabilidade em ambos. A análise fatorial explicou 43,9% da variância total no instrumento pais e 43,4% no instrumento equipe. O coeficiente *Alpha de Cronbach* foi 0,723 no instrumento pais e 0,781 no instrumento equipe.

Conclusão: Os instrumentos adaptados para a cultura brasileira apresentaram confiabilidade, estabilidade e boa consistência interna com potencial para ser utilizado na prática clínica pediátrica.

Abstract

Objective: To assess the cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese of two instruments for the measurement of family-centered care, one for parents and one for healthcare professionals.

Methods: Methodological study of cross-cultural adaptation following the phases of translation, back-translation, analysis by experts, pre-test, test-retest and psychometric analysis after the application of the instrument to 100 parents of hospitalized children and 100 professionals from pediatric units of a teaching hospital.

Results: The evaluation of experts in both instruments showed a Kappa of 0.85 and 0.93 respectively. At pretest, participants suggested no changes. Test-retest reliability was good for both stability indexes. Factor analysis explained 43.9% of the total variance in the parents instrument and 43.4% in the staff instrument. Cronbach's alpha coefficient was 0.723 for the parents instrument and 0.781 for the staff instrument.

Conclusion: The instruments adapted to the Brazilian culture presented reliability, stability and good internal consistency, with potential to be used in the pediatric clinical practice.

Autor correspondente

Tammy O'Hara Neves Silva
Rua Napoleão de Barros, 754, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002
tammyinhafoa@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500019>

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

³Royal Children's Hospital, Brisbane, Queensland, Austrália.

⁴University of Queensland, Brisbane, Queensland, Austrália.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O Cuidado Centrado na Família vem sendo preconizado como um modelo ideal para o cuidado de crianças e seus pais no hospital,⁽¹⁻⁴⁾ e em outros diferentes contextos na área da saúde. Está baseado na premissa de que a família é central e constante na vida de recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos, em razão da família, definida por eles, é sua fonte primária de força e suporte.

Estudos recentes⁽⁵⁻⁹⁾ questionam a eficácia e os efeitos da implementação desse modelo de cuidado e reforçam a necessidade de produção de evidências que sustentem sua aplicação na prática. Torna-se necessária a utilização de instrumento de medida confiável, capaz de apontar como os profissionais da equipe de saúde e as famílias percebem a aplicação desse modelo em unidades de atendimento. Dessa maneira é possível identificar barreiras e propor estratégias para a implementação do CCF nos diversos contextos pediátricos.

Um conjunto de questionários em inglês, *Shields & Tanner Questionnaires*⁽¹⁰⁾ foram desenvolvidos para medir e comparar as perspectivas de pais e de profissionais de saúde sobre o Cuidado Centrado na Família em diferentes contextos pediátricos. Os instrumentos são estruturados autoaplicáveis para pais e profissionais de saúde e as questões são correspondentes, de maneira que comparações podem ser feitas entre os dois grupos. Em cada um, a primeira parte consiste de questões sócio-demográficas e na segunda, 20 questões, com perguntas agrupadas em três domínios: respeito, colaboração e suporte. O domínio respeito inclui itens que reconhecem os direitos da família no hospital. O segundo, colaboração, reflete o reconhecimento do papel dos pais na parceria do cuidado do seu filho. O terceiro domínio, suporte, consta de itens relativos à maneira como os profissionais da equipe de saúde oferecem suporte à família. A escala de medida é do tipo *li-kert*, com quatro alternativas de respostas para cada pergunta: *nunca, às vezes, geralmente e sempre*.

Recentemente, os dois questionários foram denominados *Perceptions of Family Centered Care-Parent* (PFCC-P) e *Perceptions of Family Centered Care-Staff* (PFCC-S).⁽¹¹⁾

Considera-se pertinente o uso destes instrumentos em nossa realidade, a fim de fornecer subsídios aos profissionais das diversas áreas da saúde, envolvidos na assistência aos pacientes e famílias; aos docentes; aos pesquisadores e aos gestores, para direcionar uma prática tendo por fundamento os pressupostos do Cuidado Centrado na Família, avaliar as barreiras para sua implementação e medir o efeito de intervenções que promovam sua utilização.

Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural dos instrumentos de medida da percepção de pais e de profissionais de saúde sobre o cuidado centrado na família para a língua portuguesa brasileira.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, em que se adotaram etapas recomendadas internacionalmente para adaptação transcultural de instrumentos de medida, considerando que requer um processo rigoroso de testagem que incluem^(12,13) (figura 1): (1) tradução da versão original do instrumento para a língua portuguesa brasileira, por dois tradutores bilíngues; (2) retrotradução do conteúdo do instrumento para a língua de origem; (3) painel de especialistas que analisou a versão proposta quanto às equivalências: semântica, idiomática, cultural, de itens e conceitual; (4) nível de concordância entre especialistas nas comparações das versões de tradução, retrotradução e o instrumento original; (5) pré-teste aplicado a um grupo de indivíduos da população-alvo, a fim de avaliar a compreensão dos itens do instrumento; (6) teste-reteste aplicado a um grupo de indivíduos da população-alvo para se obter a concordância por estabilidade, com no intervalo de uma semana; e (7) avaliação das propriedades psicométricas por meio do teste de confiabilidade e validade.^(14,15)

As fases do pré-teste, confiabilidade e validade foram realizadas em um hospital universitário localizado na zona sul do município de São Paulo.

Para as equivalências: conceitual, de itens, cultural, idiomática e semântica foi composto um painel de especialistas com sete sujeitos, sendo:

dois pesquisadores sobre a temática de família, três profissionais de saúde especialistas em pediatria, um dos tradutores que participou da fase de retrotradução e um representante de família de criança hospitalizada.

Para as fases de pré-teste e teste-reteste dos instrumentos, a amostra foi composta por 20 sujeitos sendo dez representantes de pais de crianças hospitalizadas nas unidades de Pediatria Cirúrgica e Pediatria Clínica e dez profissionais de saúde que atuavam nas referidas unidades.

A amostra final da fase de aplicação clínica foi de 200 sujeitos, de acordo com o recomendado para estudos de validação, de cinco sujeitos, no mínimo, por número de variáveis do instrumento;⁽¹²⁾ sendo 100 pais de crianças hospitalizadas nas unidades de Pediatria Cirúrgica, Pediatria Clínica, Pronto Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade Neonatal e profissionais de saúde que atuavam nas referidas unidades (Figura 1).

Na coleta de dados na fase de validade de conteúdo com painel de especialistas aplicou-se a técnica *Delphi* até obtenção de nível de concordância mínimo de 80% para cada item.⁽¹⁴⁾ Para a análise dos dados nesta fase foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo para cada item, considerando um mínimo entre 80% e 85%, para determinar a fidedignidade do instrumento como satisfatória.⁽¹⁴⁾

O coeficiente *Kappa*,^(12,14) assim como o coeficiente de correlação intraclassa⁽¹²⁾ foram utilizados para avaliar o grau de acordo entre os especialistas, para verificar a estabilidade e a reprodutibilidade dos instrumentos no teste e re-teste.

Para a validade de constructo foram utilizadas a análise fatorial exploratória e análise dos componentes principais com rotação ortogonal, pelo método *Varimax*, aplicado com o objetivo de maximizar a soma das variâncias das cargas da matriz fatorial.⁽¹⁵⁾ Considerou-se valores acima de 0,4 como carga fatorial aceitável para manutenção do item no instrumento final.

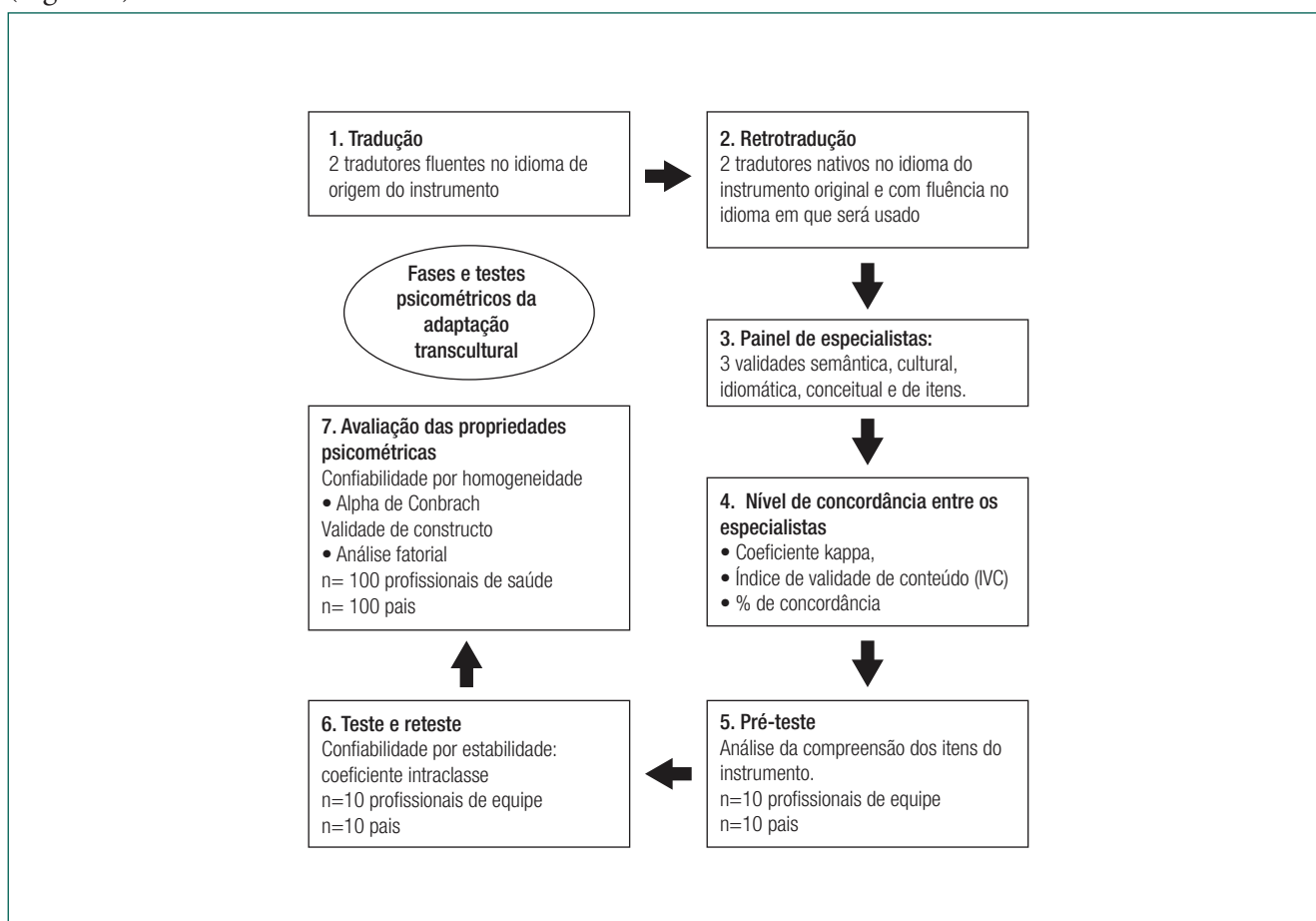


Figura 1. Etapas da Adaptação Transcultural

A análise fatorial exploratória justificou-se neste estudo, pois os itens do instrumento não foram previamente agrupados no estudo piloto para construção dos instrumentos originais. Esta análise permite ao pesquisador identificar quais itens melhor definem o constructo, quando adaptado a língua portuguesa brasileira.

A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi utilizada para verificar a adequação amostral para a análise fatorial com valor superior a 0,7 classificada como boa e acima de 0,85 como excelente.⁽¹⁶⁾ Para o cálculo da confiabilidade do instrumento utilizou-se a análise da consistência interna pelo coeficiente *Alpha de Cronbach* (α).⁽¹²⁾ O nível de significância adotado para os testes foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e o pacote estatístico utilizado foi o *SPSS for Windows*, versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

As etapas da adaptação transcultural dos instrumentos *Perceptions of Family Centered Care- Parent* (PFCC-P) e *Perceptions of Family Centered Care-Staff* (PFCC-S) foram realizadas com êxito. Na etapa de tradução as pesquisadoras avaliaram as versões dos dois tradutores e produziram uma versão síntese, denominada versão I, que foi aprovada na íntegra pelos tradutores. Na etapa de retrotradução da versão I dos instrumentos não houve sugestões de alteração.

Na etapa de avaliação pelo painel de especialistas, a versão I de ambos os instrumentos foi alterada em relação às palavras e expressões que melhor representam a compreensão na cultura brasileira, resultando, após quatro rodadas, na versão II, que obteve Índice de Validade de Conteúdo variando de 86% a 100%, com valores de *Kappa* = 0,85 no questionário Pais e *Kappa* = 0,93 no questionário Equipe.

No pré-teste, tanto pais como equipe avaliaram a linguagem como de fácil compreensão e clara,

sem sugestões de alterações, com tempo médio de preenchimento de sete minutos.

No teste-reteste, para todos os itens, o valor do coeficiente de correlação intraclasse foi $\geq 0,706$ no PFCC-P versão II e $\geq 0,756$ no PFCC-S versão II. No geral, houve bons índices de estabilidade em ambos os instrumentos.

A avaliação das propriedades psicométricas do PFCC-P versão II foi realizada com 100 pais de crianças hospitalizadas em unidades pediátricas, sendo 81,0% do gênero feminino, 37,0% com idade entre 31 e 45 anos e 22,0% com idade entre 26 e 30 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 31,0% concluíram o ensino médio completo, seguidos de 28,0% com ensino médio incompleto. O tempo gasto entre a residência dos pais e o hospital foi de 1 a 2 horas (53,0%), com grau de dificuldade razoável ou pouco difícil (36,0% e 23,0%) respectivamente. Em relação ao número de filhos, 80,0% tinham de um a dois filhos e 79,0% relataram ter outra pessoa em casa ajudando-os no cuidado das crianças.

Quanto às variáveis referentes à criança, 55,0% já estiveram internadas antes. Dentre os motivos de internação, 19,0% foram por doenças do trato respiratório, 16,0% patologias cardíacas e 13,0% não sabiam informar o motivo de internação. O tempo médio de internação das crianças foi de uma semana, mas 87,0% dos respondentes desconheciam a previsão da alta hospitalar de seu filho.

Na aplicação do instrumento PFCC-S versão II, dos 100 participantes, a maioria foi do gênero feminino (84,0%), com faixa etária entre 26 e 30 anos (43,0%), sendo 42,0% médicos; 29,0% enfermeiros, 25,0% fisioterapeutas e 4,0% outros profissionais, incluindo assistente social e nutricionista. Quanto à titulação, 53,0% referiam ter pós-graduação, sendo 23,0% especialização em pediatria e 17,0% em pediatria e neonatologia. A maioria (56,0%) referiu tempo médio de trabalho de três anos ou mais com criança.

A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) para o instrumento PFCC-P versão II foi de 0,709 e no instrumento PFCC-S versão II foi de 0,716. Na análise fatorial pelo método dos componentes principais com rotação ortogonal (*Varimax*), pode-se verificar que, três fatores previamente fixados foram capazes

de explicar 43,90% da variância total no PFCC-P versão II e 43,40% no PFCC-S versão II. A dispersão das cargas fatoriais de cada item do PFCC-P versão II e do PFCC-S versão II, segundo três fatores e a associação com os domínios respeito, colaboração e suporte do instrumento original demonstrou que houve, no mínimo, três itens para cada fator, e que cada fator relacionou-se com mais de um domínio do instrumento original (Figuras 2 e 3).

No PFCC-P versão II houve três itens com carga fatorial aceitável para mais de um fator “A privacidade e o sigilo referentes às informações de minha

criança são respeitados”; “Sinto-me preparado para a alta encaminhamento a outros serviços na comunidade para acompanhamento de minha criança após a alta” e “A equipe compreende o que minha família e eu estamos passando” (Figura 2).

No PFCC-S versão II houve dois itens com carga fatorial alta para mais de um fator “Os pais são preparados para a alta encaminhamento a outros serviços na comunidade para acompanhamento da criança após a alta” e “Os pais são informados sobre o nome do médico responsável pelo cuidado de sua criança” (Figura 3). E um item com carga fatorial baixa para os três fatores “Os pais são sobrecarregados com informações que recebem sobre sua criança”.

O coeficiente Alpha de Cronbach foi 0,723 no instrumento pais e 0,781 no instrumento equipe.

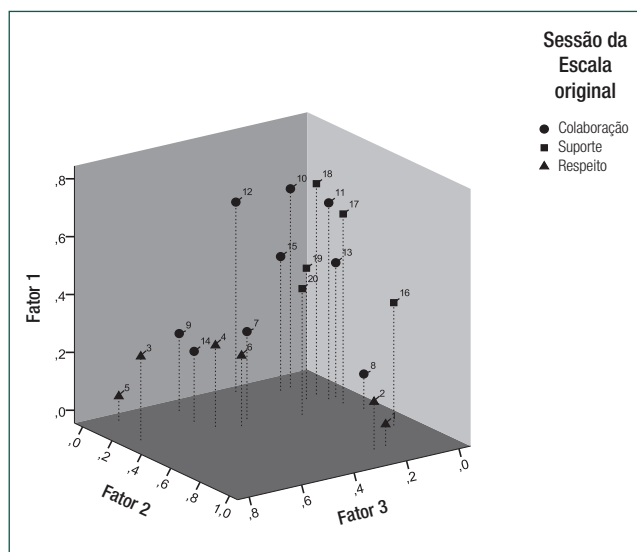


Figura 2. Dispersão das cargas fatoriais de cada item da PFCC-P, segundo três fatores e sessão.

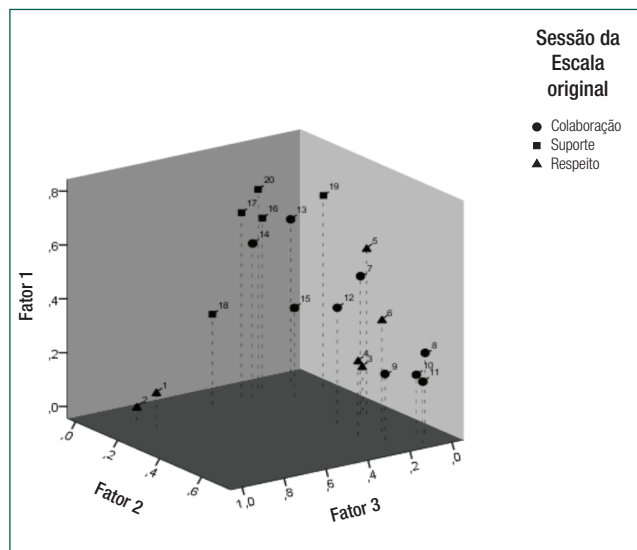


Figura 3. Dispersão das cargas fatoriais de cada item da PFCC-S, segundo três fatores e sessão.

Discussão

Os instrumentos Percepção do Cuidado Centrado na Família – Pais versão brasileira e Percepção do Cuidado Centrado na Família - Equipe versão brasileira, submetidos à adaptação transcultural, obtiveram índices de consistência interna satisfatórios, carga fatorial com no mínimo três itens para cada fator. No entanto, houve alguns itens com carga fatorial baixa e também itens associados fortemente a mais de um fator, podendo indicar problema na construção do item, no desenho da dimensão ou na compreensão do item dentro da abordagem do Cuidado Centrado na Família.⁽¹⁶⁾

Ambos os instrumentos apresentaram-se com potencial para serem utilizados na prática pediátrica, contribuindo para a identificação das barreiras para a implementação do Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família, a fim de direcionar a proposição de intervenções que as minimizem.

Houve semelhança nas respostas dos pais e dos profissionais da equipe de saúde nas questões sobre o Cuidado Centrado no Paciente e Família com as encontradas na aplicação do instrumento original,^(10,16) referente aos temas respeito, colaboração e suporte.

A confiabilidade dos instrumentos adaptados a língua portuguesa brasileira foi semelhante ao es-

tudo piloto,⁽¹⁰⁾ cujos valores de *Alpha de Cronbach* variaram de 0,72 a 0,79 comparados aos da versão brasileira de 0,72 a 0,78.

Verificou-se que três fatores foram capazes de explicar 43,90% da variância total no instrumento dos pais e 43,40% no instrumento da equipe. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de adaptação dos instrumentos originais para ser aplicado em ambiente de cuidados intensivos adulto,⁽¹⁶⁾ no qual a variância total pela extração de três fatores foi de 46,6%.

Na literatura é considerado satisfatória uma solução que explique 60% da variância total. Recomenda-se, em pesquisas futuras, a avaliação psicométrica em outras populações com ampliação da amostra ou revisão do número de fatores. Autores sugerem a utilização de amostra maior, considerando 20 respondentes por item como ideal.⁽¹⁵⁾

Após todas as etapas realizadas os instrumentos receberam a seguinte denominação Percepção do Cuidado Centrado na Família-Pais *versão brasileira* (PCCF-P versão brasileira) e Percepção do Cuidado Centrado na Família-Equipe *versão brasileira* (PC-CF-E versão brasileira).

Conclusão

Os instrumentos adaptados para a cultura brasileira apresentaram confiabilidade, estabilidade e boa consistência interna com potencial para ser utilizado na prática clínica pediátrica.

Colaborações

Silva TON; Alves LBO; Balieiro MMFG; Mandetta MA; Tanner A e Shields L declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *J Pediatr Nurs.* 2009; 24(2):164-70.
2. King L. Family centered care: a review of current literature. *Plymouth Stud J Health Social Work* 2009; 1(1): 9-17.
3. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family centered care of children in hospital - a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2011; 67(5):1152-62.
4. Dennis Z, Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J.* 2012; 16:297-305.
5. Foster M, Whitehead L, Maybee P. Parents and health professionals perceptions of family centered care for children in hospital, countries: A review of the literature. In *J Nurs Stud.* 2010; 47(9):1184-93.
6. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing interventions on family centered care in adult critical care. *Am J Crit Care.* 2009; 18(6):543-52.
7. Black P, Boore J, Parahoo K. The effects of nurse - facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *J Adv Nurs.* 2011; 67(5):1091-101.
8. Shields L, Mamum A, Pereira S, O'Nions P, Chaney G. Measuring family centered care: working with children and their parents in a tertiary hospital. In *J Pers Center Med.* 2011; 1(1):155-60.
9. Shields L. Questioning family - centered care. *J Clin Nurs.* 2010; 19(17):2629-38.
10. Shields L, Tanner A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatr Nurs.* 2004; 30(3):198-9.
11. Shields L, Mamu A, Flood K, Combs S. Measuring family centered care: working with children and their parents in two second level hospitals in Australia. *Eur J Pers Cent Health.* 2014; 2(2):206-11.
12. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol.* 2013; 68(4):360-9.
13. Tuthill EM, Burler LM, McGrath JM, Cursson RM, Maklware, Gable RK, Fisher J. Cross-cultural adaptation of instruments assessing breastfeeding determinants: a multi-step approach. *Int Breastfeed J.* 2014; 9:16.
14. Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10:13.
15. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Pan-Pacific Manag Rev.* 2009; 12(2):131-46.
16. Mitchell M, Burmeister E, Chaboyer W, Shields L. Psychometrics of the "Family-Centred Care Survey - Adult Scale". In *J Pers Center Med.* 2012; 4(2):792-8.