



Aquichán

ISSN: 1657-5997

Universidad de La Sabana

Cruz, Arménio; Tosoli-Gomes, António Marcos;
Parreira, Pedro Miguel; Oliveira, Denize Cristina de
Tradução e adaptação transcultural do Hospitalized Elderly Needs
Awareness Scale (Heñas) para a língua portuguesa (Brasil e Portugal)
Aquichán, vol. 17, núm. 4, 2017, Outubro-Dezembro, pp. 425-436
Universidad de La Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.6>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74155185006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos académica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Tradução e adaptação transcultural do Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) para a língua portuguesa (Brasil e Portugal)

RESUMO

Objetivos: traduzir e adaptar o Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) para o português do Brasil e o de Portugal. **Metodologia:** seguiram-se os procedimentos metodológicos de adaptação cultural e linguística: tradução inicial, síntese das traduções, retroversão, avaliação por comitê de peritos da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. A versão adaptada foi testada (pré-teste) com aplicação da escala a 249 enfermeiros portugueses e brasileiros em 2014. **Resultados:** não se encontraram palavras ou expressões consideradas divergentes, com exceção da palavra *awareness* no título do instrumento e da expressão *medical acuity* do item K. De acordo com o estágio IV do processo de tradução e adaptação cultural, o comitê de peritos propôs alterar a expressão *75 anos ou mais por 65 anos ou mais*, na introdução do instrumento. Na versão portuguesa do Brasil, apenas se substituiu a palavra *sanita* por *vaso sanitário*. Com relação à versão adaptada, os participantes não colocaram questões nem referiram dificuldades no preenchimento do instrumento. **Conclusões:** o processo de tradução e adaptação cultural do Henas para a língua portuguesa seguiu as etapas recomendadas internacionalmente, e do qual se obteve equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. São necessárias novas pesquisas para avaliar outras propriedades do instrumento e seu comportamento em amostras diferentes.

PALAVRAS-CHAVE

Avaliação em saúde; enfermagem; qualidade da assistência à saúde; idoso fragilizado; serviços de diagnóstico; estudos de validação (Fonte: DeCS).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.4.6

Para citar este artigo / To reference this article / Para citar este artigo

Cruz A., Tosoli-Gomes AM., Parreira P. & Oliveira DC. Tradução e adaptação transcultural da Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) para a língua portuguesa (Brasil e Portugal). *Aquichan*. 2017; 17(4): 425-436. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.6

- 1 orcid.org/0000-0003-3254-3176. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. acruz@esenfc.pt
- 2 orcid.org/0000-0003-4235-9647. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. professor@uerj.com.br
- 3 orcid.org/0000-0002-3880-6590. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. parreira@esenfc.pt
- 4 orcid.org/0000-0002-0830-0935. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. professor@uerj.com.br

Recibido: 30 de noviembre de 2015
Enviado a pares: 16 de diciembre de 2015
Aceptado por pares: 8 de agosto de 2016
Aprobado: 12 de diciembre de 2016

Traducción y adaptación transcultural del Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) para la lengua portuguesa (Brasil y Portugal)

RESUMEN

Objetivos: traducir y adaptar el Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) para el portugués de Brasil y de Portugal. **Metodología:** se siguieron los procedimientos metodológicos de adaptación cultural y lingüística: traducción inicial, síntesis de las traducciones, retroversión, evaluación por comité de expertos de la equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual. La versión adaptada fue probada (pre-test) con aplicación de la escala a 249 enfermeros brasileños y portugueses en el 2014. **Resultados:** no se encontraron palabras o expresiones consideradas divergentes, a excepción de la palabra *awareness* en el título del instrumento y de la expresión *medical acuity* del ítem K. De acuerdo con la fase IV del proceso de traducción y adaptación cultural, el comité de expertos planteó alterar la expresión *75 años o más por 65 años o más* en la introducción del instrumento. En la versión portuguesa de Brasil, solo se reemplazó la palabra *sanita* por *vaso sanitário*. En cuanto la versión adaptada, los participantes no presentaron dudas ni refirieron dificultades en completar el instrumento. **Conclusiones:** el proceso de traducción y adaptación cultural del Henas para la lengua portuguesa siguió las etapas recomendadas internacionalmente y del cual se obtuvo equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual. Son necesarias nuevas investigaciones para evaluar otras propiedades del instrumento y su comportamiento en muestras distintas.

PALABRAS CLAVE

Adulto debilitado; calidad de la asistencia a la salud; enfermería; estudios de validación; evaluación en salud; servicios de diagnóstico (Fuente: DeCS).

Translation and Transcultural Adaptation of the Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) for the Portuguese Language (Brazil and Portugal)

ABSTRACT

Objectives: Translate and adapt the Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) into Portuguese for Brazil and Portugal. **Methodology:** The methodological procedures for cultural and linguistic adaptation were followed; namely, initial translation, synthesis of translations, retroversion, and an evaluation of semantic, linguistic, cultural and conceptual equivalence carried out by a committee of experts. The adapted version was tested (pre-test) by applying the scale to 249 Brazilian and Portuguese nurses during 2014. **Results:** No words or expressions considered divergent were found, with the exception of the word *awareness* in the title of the instrument and the expression *medical acuity* in Item K. In keeping with phase IV of the cultural translation and adaptation process, the expert committee proposed changing the expression *75 years or more* to *65 years or more* in the introduction to the instrument. In the Portuguese version for Brazil, the word *sanita* was replaced by the expression *vaso sanitário*. As for the adapted version, the participants did not express doubts or refer to difficulties in completing the instrument. **Conclusions:** The process of translation and cultural adaptation of Henas for the Portuguese language followed the stages recommended internationally and from which semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence was obtained. Further research is needed to evaluate other properties of the instrument and its behavior with different samples.

KEYWORDS

Health evaluation; nursing; quality of health care; frail elderly adults; diagnostic services; validation studies (Source: DeCS, BIREME).

Introdução

As alterações e as tendências demográficas que se verificam no mundo, em face das multipatologias e dos níveis acentuados de dependência apresentados pelas pessoas idosas, têm sido acompanhadas do aumento do risco de hospitalização dessa população.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, veem aumentar a complexidade na sua prática de cuidados de enfermagem, inscrita dentro de um novo paradigma do cuidar. Contudo, a realidade mostra que as práticas clínicas, de uma maneira geral, ainda não refletem essas mudanças que se verificam na estrutura e no contexto das problemáticas associadas ao processo saúde-doença da pessoa idosa, do qual o declínio funcional (DF) é exemplo.

O DF e o descondicionamento dos idosos hospitalizados não é um fenómeno novo e continua a ser uma realidade nos serviços de internamento, apesar do esforço de seus gestores e dos profissionais de enfermagem.

As pessoas idosas são os clientes que, proporcionalmente a outras faixas etárias, mais utilizam os serviços de internamento hospitalares; portanto, eles estão sujeitos à complexidade desse sistema e a todos os fatores nele inscritos (1). De fato, a causa do DF dos idosos é multifacetada com responsabilidade partilhada entre a gestão do hospital, as equipas de saúde e o próprio idoso.

Alguns estudos confirmam o desenvolvimento do DF e do descondicionamento de idosos no período de internamento, e observa-se associação entre o comprometimento funcional e o aumento do número de dias de hospitalização (2), justificado pelo repouso prolongado no leito durante o internamento (3). O DF inclui mudanças na autonomia funcional e na mobilidade, e nele se identificam as complicações que os idosos podem desenvolver durante a hospitalização (4). Os riscos do repouso no leito estão estabelecidos e podem incluir a imobilidade prolongada, a perda de tecido ósseo, a desidratação, a má nutrição, o *delirium*, a privação sensorial, o isolamento, a lesão por pressão e a incontinência (5-6).

A evidência atual tem identificado alguns fatores de risco con-
correntes para o DF relacionados com a hospitalização: fatores demográficos, estado cognitivo e psicológico, estado funcional antes da hospitalização, fatores sociais, comorbilidade e polime-

dicação, mobilidade, estado nutricional, défices sensoriais e síndromes geriátricas (7).

Num estudo realizado em contexto hospitalar, os autores (8) reportaram que 65 % dos pacientes idosos admitidos apresentavam sinais de descondicionamento após dois dias de internamento. Entre o segundo dia de internação e a alta clínica, 67 % deles não conseguiam melhorar, e em mais de 10 % das situações ocorreram agravamento da situação. Noutro estudo, realizado num centro hospitalar universitário, em unidades de internamento de medicina, com uma amostra de 118 idosos, verificou-se que, por meio da avaliação da frequência de deambulação no corredor, a falta de atividade durante o período de internamento contribuía para o descondicionamento e o DF (9).

O DF pode também colocar em risco a segurança do doente. Falamos de quedas, que são consideradas os eventos adversos mais frequentes nos hospitais, normalmente, um fenómeno multifatorial que congrega causas individuais e/ou ambientais, com consequências significativas do ponto de vista físico, psicológico e social (10). O medo de cair pode também contribuir para limitar a atividade física e a mobilidade durante o internamento, o que resulta em DF (11).

Outros fatores podem contribuir para o desenvolvimento desse fenómeno, reconhecendo-se que a hospitalização, mais do que a própria doença, pode ser a causa provável do declínio que se verifica (12). O ambiente e a cultura organizacional hospitalar, assim como a formação dos seus profissionais, os seus valores culturais e as representações sociais que estes têm da pessoa idosa podem também interferir em todo o processo de transição doença-saúde do idoso. Assim, o processo de intervenção terapêutica holística, a segurança do idoso e a qualidade geral dos cuidados prestados serão afetados (13).

Embora exista uma conceção global na reabilitação para os cuidados de enfermagem no qual os enfermeiros se envolvem ativamente nas diversas atividades respeitantes à promoção ao autocuidado estimulando e incentivando a participação do utente em tais atividades, muitas vezes ocorre uma tendência para que os enfermeiros substituam os doentes, em vez de os ajudar na concretização de determinadas atividades (por exemplo, facultam um urinol em vez de o ajudar a ir até o vaso sanitário; o banho é dado no leito em vez de ajudar o doente a deslocar-se ao chuveiro) (14). Ou seja, nem sempre o ambiente e a prestação de cuidados se reallizam de forma que a independência funcional seja maximizada (2).

Alguns autores referem também que pode existir alguma associação entre o DF e a falta de consciencialização e/ou de conhecimentos que os profissionais de saúde têm dos referidos fatores de risco, e/ou de os poder prevenir ou minimizar (15-16).

Esse problema com características iatrogénicas levanta questões éticas em todo o processo de transição doença-saúde e na qualidade dos cuidados prestados a esse grupo de doentes, que deve preocupar cada vez mais os responsáveis pela área da formação e da prática clínica dos enfermeiros, na implementação de estratégias e medidas que permitam a mudança dessa realidade. Nos últimos anos, tem havido maior preocupação com a execução de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos, assente no aumento das competências dos enfermeiros perante exigências e responsabilidades profissionais cada vez maiores (17-18). É nesse contexto que alguns autores (13, 19) assinalam o impacto dos benefícios desse novo paradigma de cuidados na gestão hospitalar, nos enfermeiros ou nos próprios idosos hospitalizados, avaliado por meio de um processo de análise das percepções dos enfermeiros sobre as suas responsabilidades profissionais, conjuntamente com a avaliação das necessidades funcionais de seus pacientes idosos. Embora seja um fenómeno reconhecido e multifatorial, existe necessidade de clarificação acerca da percepção e do conhecimento que os enfermeiros têm dos fatores que contribuem para o DF e das suas implicações.

As necessidades do idoso hospitalizado em termos de mobilidade tornam-se por isso fulcrais; em muitos aspectos, relacionam-se com a habilidade e a capacitação necessárias para manter autonomia na realização dos autocuidados, prevenindo complicações e promovendo a saúde nos seus componentes físico, mental e social, e a qualidade de vida.

Apesar das evidências existentes, é nesse enquadramento que se torna importante e pertinente conhecer a percepção que os enfermeiros têm dos fatores que contribuem para o aumento do DF observado em idosos hospitalizados, nomeadamente sobre as suas necessidades funcionais, pelo que colocamos as seguintes questões: os enfermeiros estão conscientizados de que os idosos apresentam características únicas e necessidades que são diferentes de outros pacientes? Os enfermeiros estão conscientizados e têm conhecimento dos múltiplos fatores que contribuem para o DF observado no internamento agudo de idosos ou das suas implicações?

O Hospitalized Elderly Needs Awareness Scale (Henas) desenvolvido por Kimberling (20) avalia a percepção dos profissionais de enfermagem sobre as necessidades específicas de seus doentes idosos, especificamente, a manutenção de sua capacidade funcional e da qualidade de vida no que respeita aos fatores que podem interferir nas necessidades funcionais individuais dos idosos (65 anos ou mais) no contexto diário da prestação de cuidados de enfermagem.

A versão original do Henas (20) apresenta uma parte inicial de orientações gerais, constituindo-se por um total de 21 itens, demonstrada sob a forma de escala de Likert de 5 pontos (1 — discordo completamente; 2 — discordo; 3 — não concordo nem discordo; 4 — concordo; 5 — concordo completamente). Das 21 afirmações, 7 relacionam-se com uma dimensão fisiológica das atividades da vida diária (AVDs) e cuidados de enfermagem (A, B, C, E, F, K, P), 11 afirmações estão relacionadas com a dimensão psicológica/psicossocial dos pacientes idosos (G, H, I, J, M, N, O, Q, R, S, T) e três relacionam-se com a dimensão ambiente hospitalar (D, L, U). 10 dos 21 itens constituem-se sob a forma de afirmações positivas (A, G, H, I, J, M, N, Q, R, S), enquanto 11 são proposições na sua forma negativa (B, C, D, E, F, K, L, O, P, T, U).

A versão original do Henas passou por um processo de validação e confiabilidade por meio de estudo de campo, que incluiu validade de conteúdo, de constructo, de critério e análise fatorial. A validade de conteúdo foi realizada por meio de um processo de revisão da literatura que suportou os fatores a medir como representativos da manutenção da capacidade funcional de idosos hospitalizados. Obteve-se também o contributo de diversos peritos nas diferentes áreas (enfermeiros, terapeutas, gestores) que analisaram e comentaram cada questão, bem como avaliaram a sua adequação ao conteúdo para medir cada fator. Quanto à validade de constructo, foi realizada por avaliação da forma como cada fator contribuiu para o constructo geral da capacidade funcional de idosos hospitalizados. A validade de critério foi alcançada durante o teste de campo em que foi dada maior credibilidade aos participantes da área da saúde do que aos que não estavam familiarizados com aquela área (20).

A cotação global do Henas realiza-se pela soma das pontuações dos itens. Escores mais altos refletem maior compreensão das questões que contribuem para a manutenção das necessidades funcionais dos pacientes idosos hospitalizados.

O Henas inclui ainda questões sobre dados demográficos gerais, como idade, sexo, raça/etnia, anos de profissão de enfermagem, anos em situação atual, horas trabalhadas por semana e tipo de unidade de trabalho, ou seja, médico-cirúrgico, reabilitação, terapia intensiva ou outros para descrever os participantes da pesquisa.

A autora do Henas (20) reconhece que uma amostra maior poderia melhorar a confiabilidade e a validade da escala. No entanto, concluiu que pode ser um excelente instrumento de ensino para sensibilizar os estudantes de enfermagem antes da graduação e da prática clínica, e ser usado para identificar as necessidades funcionais de pacientes hospitalizados.

Nesse sentido, e integrado num estudo mais amplo sobre o DF em idosos hospitalizados, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo de realizar a tradução e a adaptação transcultural para a língua portuguesa, do Brasil e de Portugal, do Henas.

A necessidade de utilização de uma versão transcultural adequada do Henas para enfermeiros, a inexistência de estudos que avaliem a sua validade cultural em amostras brasileiras e portuguesas, o acordo ortográfico entre os países de língua oficial portuguesa e o interesse na realização de investigações futuras comparativas justificam a realização deste estudo.

Metodologia

O presente estudo é de natureza quantitativa, de corte transversal tipo metodológico e visa à tradução e à adaptação transcultural do Henas (20) para a língua portuguesa do Brasil e de Portugal.

A qualidade da tradução do instrumento é essencial para garantir que os resultados obtidos em investigação entre diferentes culturas não sejam comprometidos por inadequação da linguagem. No entanto, não existe consenso sobre o melhor procedimento a adotar, sendo possível encontrar na literatura formas diversas de conduzir a tradução e a adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa.

A utilização de instrumentos em populações de outros países e culturas necessita de um conjunto de requisitos que têm de ser respeitados, passando por uma avaliação rigorosa da sua tradução e adaptação cultural, além de uma avaliação das pro-

priedades de medida. Com relação à adaptação ao português, o Henas foi traduzido para o português de Portugal por meio de um processo bem conhecido e estabelecido no âmbito internacional (21), que compreende cinco estágios: tradução inicial, síntese dessas traduções, retroversão, avaliação por um comité de peritos e teste de campo.

Estágio I: tradução inicial

Foi realizada uma tradução inicial por dois tradutores bilíngues (nativos da língua de origem), um deles com experiência clínica. As duas traduções foram comparadas, e identificadas as discrepâncias que podiam refletir palavras ambíguas na língua original ou discrepâncias próprias da tradução. Cada um dos tradutores elaborou um relatório escrito da sua tradução (T1 e T2). Foram incluídos comentários, de forma a destacar frases ou incertezas, acompanhados duma análise racional para as escolhas finais.

Estágio II: síntese das traduções

A síntese de ambas as traduções foi efetuada após uma reunião de avaliação das traduções entre os tradutores iniciais, com a participação duma terceira pessoa, que atuou como mediador perante a existência de possíveis diferenças. Emitiu-se um documento final detalhado, e todos os assuntos foram esclarecidos e resultaram de consensos entre os intervenientes.

Estágio III: retroversão

A retroversão dos questionários foi realizada por dois tradutores bilíngues (nativos para o idioma original), sem experiência clínica. A retroversão emerge como processo de validade pois permite certificar se a versão traduzida reflete exatamente o conteúdo da versão original.

Estágio IV: Comité de Especialistas ou Peritos

O Comité de Especialistas ou Peritos foi crucial para conseguir a equivalência do cruzamento cultural do instrumento traduzido e foi constituído por 10 indivíduos: 1 metodólogo, profissionais de saúde (2 médicos e 3 enfermeiros) e 4 tradutores, que avaliaram os questionários e participaram no processo de consenso. Esse comité reviu todas as traduções e pronunciou-se sobre as discrepâncias encontradas. Além disso, emitiu um do-

cumento de consenso final, no qual se refletem todo o processo e todas as decisões tomadas. Para verificar a equivalência entre a versão inicial e a versão final, o comité de especialistas teve orientações por escrito sobre o objetivo do estudo e as definições adotadas sobre a equivalência semântica, a idiomática, a cultural e a conceitual, de forma a todos seguirem critérios claros sobre o julgamento das diversas versões.

A versão em português do Brasil do Henas (Henas-br) emerge da adaptação da versão em português de Portugal da escala (Henas-pt). Essa adaptação foi realizada de forma independente por dois peritos cuja língua materna é o português do Brasil; os desacordos foram resolvidos por discussão até ser obtido consenso. A equivalência conceitual das duas versões da escala foi avaliada por meio dos juízos de dois peritos e de comentários de outros investigadores cuja língua materna é o português do Brasil.

Estágio V: teste da versão adaptada

Na fase do pré-teste, buscou-se a melhor equivalência entre a versão original e a traduzida, de forma que pudesse ser avaliada a compreensão pela população-alvo. Dessa forma, a versão pré-final da escala foi aplicada em 30 pessoas com lesão medular traumática de maneira que fosse avaliado cada item quanto a clareza, pertinência e relevância. Vale ressaltar que todos os participantes estavam na fase crônica da lesão medular, ou seja, após os seis primeiros meses do evento traumático.

A fim de avaliar a compreensão pela população-alvo, nomeadamente com relação a clareza, pertinência e relevância, realizou-se um teste com a versão pré-final (pré-teste), com aplicação da escala a 249 enfermeiros, 125 (50,2 %) de nacionalidade brasileira e 124 (49,8 %) de nacionalidade portuguesa, que frequentavam cursos de pós-graduação de enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FEUERJ), Brasil, e na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), Portugal, respectivamente, tendo como critérios de inclusão: os(as) enfermeiros(as) cuidarem ou terem cuidado recentemente de idosos internados em fase aguda em unidades hospitalares.

Os dados foram recolhidos no período de julho a setembro de 2014 em contexto de sala de aula, após parecer positivo do Comité de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Parecer n.º 257.211/2014) e do parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem

(264/03-2015) assim como autorização da diretora da FEUERJ. Os enfermeiros participaram voluntariamente após explicação prévia do estudo e dos seus objetivos, expressando a aceitação da participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido salvaguardado o anonimato e a confidencialidade das respostas, bem como o direito de desistir da pesquisa sem prejuízos.

Foram registados o tempo de aplicação do instrumento e questões ou dúvidas colocadas durante o seu preenchimento.

Resultados

O processo de tradução e adaptação da versão original para o português de Portugal decorreu sem problemas na generalidade, tendo surgido pequenas divergências entre os tradutores com relação a algumas expressões e palavras. Assim, nos estágios iniciais I e II, verificou-se divergência quanto à palavra *awareness* no título do instrumento e da expressão *medical acuity* do item K. Na versão T1, foi proposta *consciência* e *acuidade médica* e, na versão T2, *percepção* e *gravidade resultante*. Essa divergência foi ultrapassada, tendo sido decidido, após reunião, ficar *percepção* e *gravidade resultante*, respetivamente.

No estágio III, os tradutores não relataram nenhuma palavra, frase ou expressão considerada problemática.

No estágio IV, nas orientações iniciais do instrumento, o comité de peritos decidiu alterar a expressão *75 anos ou mais* para *65 anos ou mais* por considerar que a realidade portuguesa e brasileira, nomeadamente com relação à esperança de vida e aos conceitos de pessoa idosa, é diferente comparada com a do país de origem. Também foram sugeridas por um dos elementos, e aceites por todos os peritos, alterações na formatação e na apresentação final do instrumento, para facilitar a leitura dos itens por parte dos participantes e a colocação das respetivas respostas.

Na avaliação de equivalências das versões realizadas pelo comité de peritos, nos casos de divergências encontradas, a opção foi manter a versão em que a maioria dos peritos avaliou como equivalente.

Na fase de adaptação da versão em português de Portugal para português do Brasil, realizada de forma independente por dois peritos cuja língua materna é o português do Brasil, apenas

foi relatada alguma dificuldade na compreensão da palavra *sanita*, tendo sido sugerida e realizada a sua substituição por *vaso sanitário* no item C da versão portuguesa do Brasil.

Participaram no último estágio, V, teste da versão adaptada (pré-teste), 249 enfermeiros que cuidam ou cuidaram de idosos hospitalizados em fase aguda, sendo 125 (50,2 %) de nacionalidade brasileira e 124 (49,8 %) de nacionalidade portuguesa. 206 enfermeiros eram do sexo feminino, e a média de idades foi de 32,63 (DP=7,81), mínimo de 22 anos e máximo de 59 anos. A maioria dos participantes é composta por solteiros (n=132; 53,2 %), licenciados em enfermagem (n=136; 55,1 %), exercia funções em serviços de medicina (n=74; 30 %) e prestava cuidados diretos (n=202; 81,8 %). A média de tempo de profissão era de 8,77 anos (DP=7,83), com um mínimo de 1 ano e um máximo de 37 anos. A média de tempo no serviço atual era de 5,62 anos (DP=6,13), mínimo de 1 ano e máximo de 34 anos. O tempo médio de contato semanal com idosos era de 34,45 horas (DP=12,70), mínimo de 4 horas e máximo de 70 horas, tal como apresentado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros Brasil-Portugal: gênero, estado civil, habilitações acadêmicas e local de trabalho

Variáveis	N		
	Brasil n (%)	Portugal n (%)	Brasil- Portugal n (%)
Gênero	125 (50,2)	124 (49,8)	249 (100)
Feminino	106 (42,6)	100 (40,2)	206 (82,7)
Masculino	19 (7,6)	24 (9,6)	43 (17,3)
Estado civil	125 (50,6)	122 (49,4)	247 (100)
Solteiro(a)	79 (59,8)	53 (40,2)	132 (53,4)
Casado(a)	39 (15,8)	61 (24,7)	100 (40,5)
Viúvo(a)	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (1,6)
Divorciado(a)/separado(a)	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (3,6)
Outro	0(0)	2(100)	2 (0,8)
Habilidades acadêmicas	123 (50,6)	122 (49,4)	247 (100)
Bacharelato	92 (37,2)	1 (0,4)	93 (37,7)
Licenciatura	22 (8,9)	114 (46,2)	136 (55,1)
Pós-graduação	8 (3,2)	7 (2,8)	16 (6,0)
Outra	3 (1,2)	0 (0,0)	3 (1,2)
Local de trabalho	125 (50,6)	122 (49,4)	247 (100)
Medicina	41 (16,6)	33 (13,4)	74 (30,0)

Variáveis	N		
	Brasil n (%)	Portugal n (%)	Brasil- Portugal n (%)
Cirurgia geral	13 (5,3)	11 (4,5)	24 (9,7)
Pneumologia	3 (1,2)	2 (0,8)	5 (2,0)
Cardiologia	10 (4,0)	4 (1,6)	14 (5,7)
Neurologia	7 (2,8)	17 (6,9)	24 (9,7)
Urologia	0 (0,0)	5 (2,0)	5 (2,0)
Ortopedia/traumatologia	4 (1,6)	18 (7,3)	22 (8,9)
Psiquiatria	3 (1,2)	4 (1,6)	7 (2,8)
Cuidados intensivos	28 (11,3)	3 (1,2)	31 (12,6)
Urgência	11 (4,5)	7 (2,8)	18 (7,3)
Outro	5 (2,0)	18 (7,3)	23 (9,3)
Função desempenhada	125 (50,6)	122 (49,4)	247 (100)
Prestação de cuidados	97 (39,8)	105 (42,5)	202 (81,8)
Gestão	2 (0,8)	6 (2,4)	8 (3,2)
Ambas	26 (10,5)	11 (4,5)	37 (15,0)

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2. Caracterização dos participantes Brasil-Portugal: idade, tempo de profissão, horas semanais de contacto com o idoso

Variáveis	N		
	Brasil	Portugal	Brasil-Portugal
Idade	Média 35,45; DP=7,81; Min.= 24; Máx.= 59	Média 29,88; DP=6,75; Min.= 22; Máx.= 59	Média 32,63; DP= 7,81; Min.= 22; Máx.= 59
Tempo de profissão	Média 4,7; DP= 5,54; Min.= 1; Máx.= 35	Média 12,84; DP= 7,62; Min.= 2; Máx.= 37	Média 8,77; DP= 7,83; Min.= 1; Máx.= 34
Tempo de serviço atual	Média 3,29; DP= 4,36; Min.= 1; Máx.= 34	Média 7,95; DP= 6,72; Min.= 1; Máx.= 32	Média 5,72; DP= 6,13; Min.= 1; Máx.= 34
Horas semanais de contato com o idoso	Média 33,5; DP= 15,48; Min.= 4; Máx.= 70	Média 35,5; DP= 8,27; Min.= 4; Máx.= 70	Média 34,45; DP= 12,70; Min.= 4; Máx.= 70

Fonte: elaboração própria.

Durante o preenchimento da versão adaptada do instrumento, os participantes (brasileiros e portugueses) não levantaram questões nem referiram dificuldades de compreensão e interpretação, e o tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos.

O escore médio global do Henas foi de 3,79 (DP=0,323), com um mínimo de 2,47 e um máximo de 4,67. O escore médio global do Henas-pt foi de 3,77 (DP= 0,307), com um mínimo de 2,81 e um máximo de 4,57, enquanto o escore médio global do Henas-br foi de 3,82 (DP=0,338), com um mínimo de 3,00 e um máximo de 4,67. Apresentam-se, na Tabela 3, a média, o desvio-padrão, o mínimo e o máximo obtidos nos itens da escala Henas para os dois países.

Tabela 3. Estatística descritiva dos itens da escala Henas global (Brasil-Portugal)

	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio-padrão
A. Os doentes idosos devem caminhar várias vezes ao dia, quer queiram, quer não.	246	1	5	2,47	,955
B. É aceitável que os doentes idosos possam comer as suas refeições na cama.	246	1	5	2,65	1,048
C. Usar a cadeira higiênica é a mesma coisa que usar o vaso sanitário no banheiro.	246	1	5	4,09	,81
D. É mais importante manter os meus doentes seguros do que promover a sua independência.	246	1	5	3,65	1,05
E. Os doentes idosos devem poder ficar na cama se assim o pretenderem.	246	1	5	3,34	1,00
F. Os doentes idosos merecem toda a ajuda que lhes consiga dar nas atividades da vida diária.	246	1	5	2,12	1,11
G. Preciso entender o estado psicológico dos meus doentes idosos para prestar cuidados eficazes.	246	1	5	4,57	,70
H. Tenho que saber qual o nível de clareza mental dos meus doentes idosos para prestar cuidados eficazes.	246	1	5	4,42	,838
I. Ter consciência das diferenças geracionais com relação aos meus doentes idosos contribui para a forma como interajo com eles.	246	1	5	4,31	,74
J. Os doentes idosos devem pôr em prática as suas próprias competências para as atividades da vida diária da melhor forma que conseguirem.	246	1	5	4,46	,69

	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio-padrão
K. A gravidade resultante das doenças dos meus doentes idosos impede-me de prestar cuidados personalizados.	246	1	5	3,96	,97
L. Os ruídos hospitalares são inevitáveis, e os meus idosos têm de aprender a tolerá-los.	246	1	5	3,99	,89
M. Os doentes idosos cognitivamente conscientes são capazes de tomar as suas próprias decisões com relação aos seus cuidados e tratamento.	246	1	5	3,78	,96
N. É muito importante para mim saber quais as condições de vida e os sistemas de apoio social pré-hospitalares dos meus doentes idosos.	246	2	5	4,45	,676
O. As necessidades dos meus doentes idosos não são diferentes das necessidades dos meus doentes mais jovens.	246	1	5	4,00	1,04
P. Os meus doentes idosos irão sofrer um declínio funcional no hospital independentemente da minha diligência em satisfazer as suas necessidades.	246	1	5	3,41	1,13
Q. Manter a qualidade de vida dos meus doentes idosos é tão importante como manter a qualidade de vida dos meus doentes mais jovens.	246	1	5	4,45	,79
R. As necessidades individuais dos meus doentes idosos estão entre as minhas maiores prioridades.	246	1	5	3,91	,836
S. Faz parte das minhas funções defender os meus doentes idosos.	246	2	5	4,19	,77
T. Os doentes idosos não necessitam de apoios adicionais para se adaptarem a estar no hospital visto que muitos já estiveram hospitalizados anteriormente.	245	1	5	4,28	,87
U. É difícil dar privacidade aos doentes idosos num ambiente hospitalar.	245	1	5	3,25	1,21

Fonte: elaboração própria.

Com relação às dimensões definidas na versão original, a saber: fisiológica, psicológica/social e ambiente hospitalar, observamos que, tal como apresentado na Tabela 4, os valores são muito aproximados entre os participantes de Portugal e do Brasil. A dimensão psicológica/social apresenta valores médios mais elevados, e a dimensão fisiológica, os valores médios mais baixos.

Tabela 4. Valores médios das dimensões fisiológica, psicológica/social e ambiente hospitalar

Dimensões	Henas global	Henas-pt	Henas-br
Fisiológica	3,15	3,23	3,07
Psicológica/social	4,25	4,27	4,24
Ambiente hospitalar	3,63	3,56	3,7

Fonte: elaboração própria.

Os dados deste estudo sugerem que os participantes tenham globalmente uma percepção elevada dos fatores que beneficiam a capacidade dos pacientes idosos a manterem a sua capacidade funcional, com um escore global médio de 3,79 (DP=0,32), valores similares ao da versão original, com um escore global médio de 3,96 (DP=0,30). Quanto às dimensões definidas na versão original, os resultados sugerem que os participantes tenham uma percepção mais elevada a respeito da dimensão psicológica/social e mais baixa com relação à dimensão fisiológica.

Discussão

O DF dos idosos hospitalizados em fase aguda é uma realidade da maioria dos serviços de internamento hospitalar. As necessidades do idoso hospitalizado em termos de mobilidade tornam-se fulcrais em muitos aspetos relacionados com as habilidades e a capacitação necessárias para manter autonomia na realização dos autocuidados e, entre outras complicações, prevenir o DF (3, 8).

Com este estudo, pretendeu-se traduzir e adaptar culturalmente o Henas (20) para a língua portuguesa do Brasil e a de Portugal, escala que avalia as percepções dos enfermeiros sobre os fatores que podem interferir com as necessidades funcionais individuais dos doentes idosos (65 anos ou mais) no contexto diário da prestação de cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar.

A avaliação da equivalência conceitual, semântica e idiomática revelou-se importante, dada a especificidade de alguns termos e sua significação em cada cultura e língua mãe, muitas vezes alicerçada num simbolismo idiomático cujo significado é de difícil tradução. Daí a necessidade do processo de validação, com traduções e retroversões independentes e idôneas, e a participação multidisciplinar de revisores, que se tornaram fulcrais para garantir a sua equivalência.

A impressão inicial dos enfermeiros brasileiros e portugueses após a aplicação do questionário foi de que o instrumento é de fácil compreensão.

A versão para a língua portuguesa do Henas (20) apresenta-se adequada, tendo em vista a equivalência obtida e ajuizada pelo painel de peritos acerca do processo de tradução e retrotradução, bem como de avaliação de consensos.

Vale ressaltar que o processo de tradução e a adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa exigem menos tempo e gastos do que a criação de novos instrumentos, além de permitir comparações de resultados em diversas populações, o que caracteriza um avanço científico importante para o desenvolvimento do conhecimento sobre determinado conceito (21).

Gostaríamos de salientar que, à data de publicação deste relatório, o Henas-pt e o Henas-br não se encontram aferidos para as respetivas populações. Tal significa que o resultado ou escore obtido nessa escala não tem um significado absoluto e não é passível de interpretação clínica ou outras aplicações práticas. Nesse sentido, o Henas-pt e o Henas-br apenas podem ser utilizados responsabilmente para fins de investigação, com as devidas precauções éticas que o seu estatuto implica.

A versão em português (do Brasil e de Portugal) do Henas poderá constituir um estímulo ao desenvolvimento de novos estudos e uma mais-valia para o estudo do DF de idosos hospitalizados, e também para a prática clínica e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Concluindo, o Henas pretende ser um instrumento para avaliar a percepção/consciência dos enfermeiros sobre os multifatores que contribuem para o DF de idosos hospitalizados e das suas implicações, e pode constituir-se um ponto de partida para o despertar de consciências, ajudando os enfermeiros a refletirem sobre a sua intervenção a esse grupo de doentes cada vez mais numeroso; simultaneamente, contribuirá para sensibilizar os diferentes profissionais para a especificidade dos cuidados ao idoso hospitalizado.

O processo de tradução e adaptação cultural do Henas para a língua portuguesa do Brasil e de Portugal seguiu as etapas recomendadas internacionalmente e foi realizado com sucesso.

Assim, o Henas teve as suas dimensões mais bem exploradas, tendo passado por rigoroso processo de tradução e adaptação do conteúdo ao contexto português e ao brasileiro. Conforme recomendado pela literatura, o instrumento deve passar, ainda, por outras etapas de validação, nomeadamente validação de conteúdo, consistência interna e estabilidade temporal, a fim de encontrar-se disponível para avaliar as percepções dos enfermeiros sobre os fatores que podem interferir com as necessidades funcionais dos doentes idosos hospitalizados em contexto agudo de cuidados.

Novas pesquisas nesta área precisam ser feitas para verificar outras propriedades do instrumento e sua aplicabilidade em populações com características diferentes.

Agradecimentos

Os autores expressam os seus agradecimentos aos enfermeiros participantes na investigação e às instituições que facilitaram a sua realização, a FEUERJ e a ESEnC.

Isenção de responsabilidade

Os autores declaram que não há conflito de interesses no presente artigo. O estudo teve apoio financeiro da Fundação para a Ciência e Tecnologia e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal). A tradução e a adaptação do Henas para a língua portuguesa foi autorizada pela sua autora (20).

Referências

1. Carvalhais M & Sousa L. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Rev. Enf. Ref.* 2011; III Série(3): 75-84.
2. Hanna A, Efrat S, Hagar B & Anna Z. From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults. *Rambam Maimonides Med J.* 2015; 6(2): e0017.
3. Hoogerduijn J, Buurman B, Korevaar J, Drobbee D, Rooij S & Schuurmans M. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing.* 2012; 0: 1-6. doi: 10.1093/ageing/afs015
4. Whelan, A. Addressing Senior Immobility and Functional Decline During Hospitalization in Ontario. *UOJM.* 2015; 5(1): 26-8.
5. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L & Cooney LM. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(12): 1697-706
6. Hastings S, Sloane R, Morey M, Pavon J & Hoenig H. Assisted early mobility for hospitalized older veterans: preliminary data from the stride program. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(11): 2180-4. doi: 10.1111/jgs.13095
7. Timothy Kwok, Xue Bai, Maria Y.P. Chui, Claudia K.Y. Lai, Daniel W.H. Ho, Florence K.Y. Ho, et al. Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2012; 13: 645-650. doi: 10.1016/j.jamda.2012.05.019
8. Lafont C, Gerard S, Voisin T, Pahor M & Vellas B. Reducing "Iatrogenic Disability" in Hospitalized Frail Elderly. *J Nutr Health Aging.* 2011; 15(8): 645-60.
9. Hirsch C, Sommers L, Olsen A, Mullen L & Winograd, C. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.* 1990; 38(12): 1296-303.
10. Callen BL, Mahoney JE, Grieves CB, Wells TJ & Enloe M. Frequency of hallway ambulation by hospitalized older adults on medical units of an academic hospital. *Geriatr Nurs.* 2004; 25(4): 212-7.
11. Mazur K, Wilczyński K & Szewieczek J. Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: delirium, low body mass index, and other risk factors. *Clin Interv Aging.* 2016; 11: 1253-61.
12. Boltz M, Resnick B, Capezuti E & Shuluk J. Activity restriction vs. selfdirection: hospitalised older adults' response to fear of falling. *Int J Older People Nurs.* 2014; 9: 44-53. doi: 10.1111/opn.12015.

13. Zisberg, A., Shadmi, E., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Srulovici, E. and Admi, H. (2011), Low Mobility During Hospitalization and Functional Decline in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59: 266-73. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03276.x.
14. Suhonen, R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs.* 2010; 66(5): 1035-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05256.x
15. Boltz M, Resnick B, Capezuti E & Shabbat, S. Function-Focused Care and Changes in Physical Function in Chinese American and Non-Chinese American Hospitalized Older Adults. *Rehabil Nurs.* 2011; 36(6): 233-40.
16. Fernandez HM, Callahan KE, Likourezos A & Leipzig RM. House staff member awareness of older inpatients' risk for hazards of hospitalization. *Arch Intern Med.* 2008; 168(4): 390-6. doi: 10.1001/archinternmed.2007.87
17. Meretoja R, Leino-Kilpi H & Kaira AM. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *J Nurs Manag.* 2004; 12(5): 329-6. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00422.x
18. Capezuti EA, Briccoli B & Boltz MP. Nurses improving the care of healthsystem elders: Creating a sustainable business model to improve care of hospitalized older adults. *J Am Geriatr. Soc.* 2013; 61: 1387-93. doi: 10.1111/jgs.12324
19. Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J. & Leino-Kilpi H. Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered — research into the sensitivity of the individualized care scale. *J Prof Nurs.* 2006; 22(4): 253-61. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.03.001
20. Kimberling BS. Nurses' awareness and ability to attend to the functional needs of hospitalized elderly patients (tese de doutorado em Filosofia). Minnesota, EUA: Capella University, Minneapolis; 2011.
21. Beaton D, Bombardiere C, Guillemin F & Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. *Spine.* 2000; 25(24): 3186-91.