



Acta Paulista de Enfermagem  
ISSN: 0103-2100  
ape@unifesp.br  
Escola Paulista de Enfermagem  
Brasil

O'Hara Neves Silva, Tammy; Bassolli de Oliveira Alves, Lucas; Ferreira Gomes Balieiro, Maria Magda;  
Mandetta, Myriam Aparecida; Tanner, Ann; Shields, Linda  
Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família  
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 28, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 107-112  
Escola Paulista de Enfermagem  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307038016003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# 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 Silva<sup>1</sup>

Lucas Bassolli de Oliveira Alves<sup>2</sup>

Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro<sup>1</sup>

Myriam Aparecida Mandetta<sup>1</sup>

Ann Tanner<sup>3</sup>

Linda Shields<sup>4</sup>

## 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>

<sup>1</sup>Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup>Royal Children's Hospital, Brisbane, Queensland, Austrália.

<sup>4</sup>University 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,<sup>(1-4)</sup> 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<sup>(5-9)</sup> 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*<sup>(10)</sup> 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 *likert*, 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).<sup>(11)</sup>

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<sup>(12,13)</sup> (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.<sup>(14,15)</sup>

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.

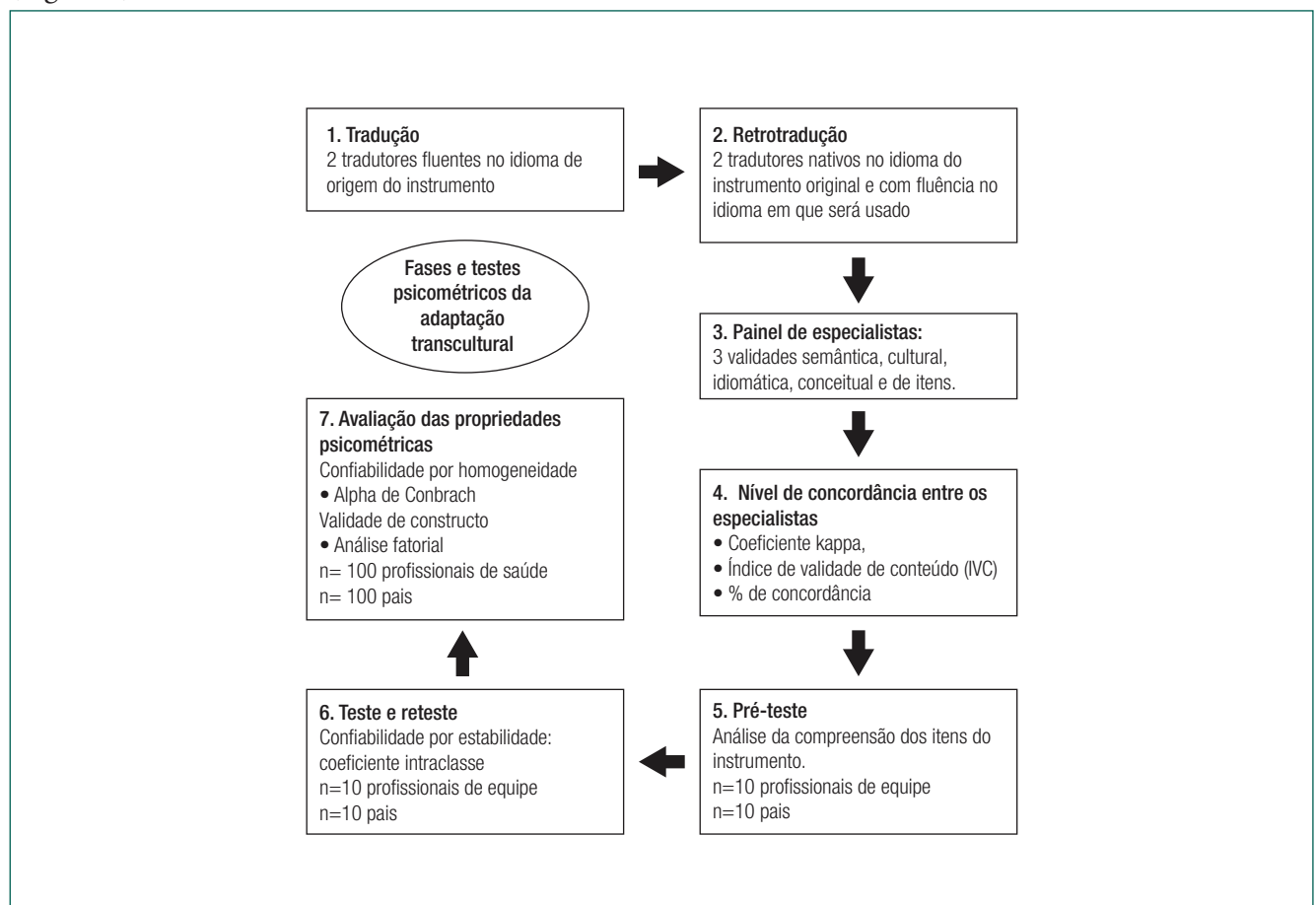
Para as fases de pré-teste e teste-reteste dos instrumentos, a amostra foi composta por 20 sujeitos sendo dez representantes de pais de crianças hospitalizadas nas unidades de Pediatria Cirúrgica e Pediatria Clínica e dez profissionais de saúde que atuavam nas referidas unidades.

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;<sup>(12)</sup> 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.<sup>(14)</sup> 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.<sup>(14)</sup>

O coeficiente *Kappa*,<sup>(12,14)</sup> assim como o coeficiente de correlação intraclassa<sup>(12)</sup> 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.<sup>(15)</sup> 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.<sup>(16)</sup> Para o cálculo da confiabilidade do instrumento utilizou-se a análise da consistência interna pelo coeficiente *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ).<sup>(12)</sup> 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

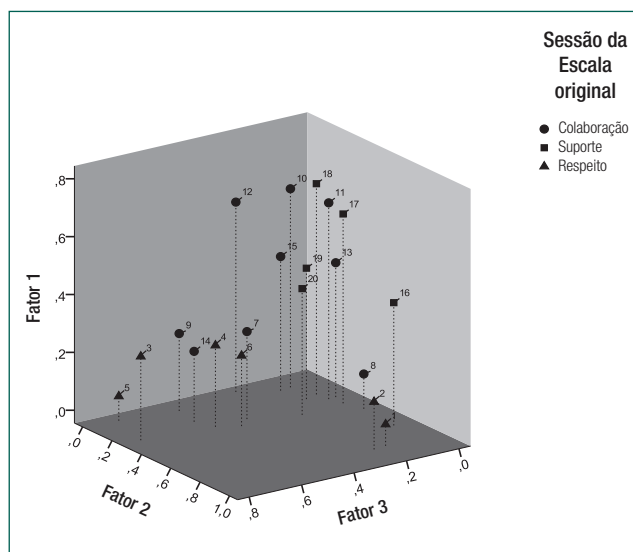
de explicar 43,90% da variância total no PFCC-P versão II e 43,40% no PFCC-S versão II. A dispersão das cargas fatoriais de cada item do PFCC-P versão II e do PFCC-S versão II, segundo três fatores e a associação com os domínios respeito, colaboração e suporte do instrumento original demonstrou que houve, 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

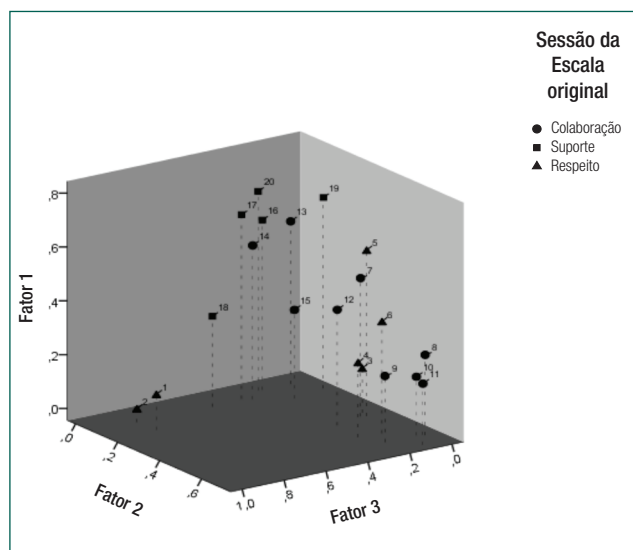
criança são respeitados”; “Sinto-me preparado para a alta/encaminhamento a outros serviços na comunidade para acompanhamento de minha criança após a alta” e “A equipe compreende o que minha família e eu estamos passando” (Figura 2).

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.<sup>(16)</sup>

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,<sup>(10,16)</sup> referente aos temas respeito, colaboração e suporte.

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



tudo piloto,<sup>(10)</sup> 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,<sup>(16)</sup> 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.<sup>(15)</sup>

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.