

**Universidade Federal de Pelotas**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Mestrado em Enfermagem**



**Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil**

**Josiele de Lima Neves**

Pelotas, 2015

**Josiele de Lima Neves**

**Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo

Pelotas, 2015

Josiele de Lima Neves

Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 18 de dezembro de 2015.

Banca examinadora:

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz. Pós Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP (orientadora).

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP (coorientadora).

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP.

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roxana Isabel Cardozo Gonzales. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP.

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Celmira Lange. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP.

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosani Manfrin Muniz. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP (suplente).

## RESUMO

NEVES, Josiele de Lima. **Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil**. 2015. 180f. Projeto de dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Trata-se de um estudo metodológico com o objetivo de realizar a adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil. O FS-ICU possui 24 itens e está dividido em duas partes, sendo a primeira para avaliar a satisfação da família com o atendimento em geral (14 itens) e a segunda que avalia a satisfação da família com a tomada de decisão em torno dos cuidados (10 itens). Obteve a aprovação do comitê de ética da Faculdade de Enfermagem sob o parecer 1.104.124. Foram percorridas as seguintes etapas: tradução do instrumento para o português do Brasil; obtenção do primeiro consenso das versões em português; avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas; *Back-translation* (retrotradução); obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original e; avaliação semântica. O desenvolvimento das etapas foram realizadas no período de dezembro de 2014 a junho de 2015 e, originou a Versão Português Consenso Final. No processo de adaptação constatou-se equivalência semântica entre a versão final em português e a original, bem como compreensão do instrumento adaptado pelos participantes da avaliação semântica. Conclui-se que a adaptação transcultural originou uma versão compreensível e de fácil aplicação para a população brasileira.

Palavras-chave: família; satisfação da família; satisfação; unidade de terapia intensiva; estudos de validação.

## ABSTRACT

NEVES, Josiele de Lima. **Cross-cultural adaptation and preliminary validation of the instrument *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* to Brazilian Portuguese.** 2015. 180 sheets. Dissertation Project (Mastership in Nursing) -Postgraduate Nursing Program, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2015.

This is a methodological study in order to perform the cross-cultural adaptation of the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) to the Portuguese of Brazil. The FS-ICU has 24 items and is divided into two parts, the first being to assess family satisfaction with care in general (14 items) and the second assessing family satisfaction with decision making around care (10 items). It was approved by the Ethics Committee of the Nursing School under opinion 1,104,124. The following stages were followed: instrument translation into Brazilian Portuguese; obtaining the first consensus of versions in Portuguese; evaluation version consensus by the expert committee; back translation; obtaining the consent of the English versions and compared to the original version and; semantic evaluation. The development of the stages was carried out from December 2014 to June 2015 and led to the Portuguese version Final Consensus. In the process of adaptation found to semantic equivalence between the final Portuguese version and the original, as well as understanding of the instrument adapted by the participants of the semantic evaluation. It is concluded that the cross-cultural adaptation resulted in a version understandable and easy to apply for the Brazilian population.

Descriptors: Family; Family Satisfaction; Satisfaction; Intensive Care Unit; Validation Studies.

## **I Projeto de Pesquisa**

## Lista de Figuras

Figura 1	Processo de adaptação transcultural do <i>Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit</i> (FS-ICU 24) .....	51
----------	--	----

## Lista de Tabelas

Tabela 1	Instruções para os especialistas avaliadores responderem ao questionário de aprovação do instrumento.....	39
Tabela 2	Cronograma.....	65
Tabela 3	Orçamento.....	67

## Lista de Siglas e Abreviaturas

ATC	Adaptação transcultural
CARENET	<i>Canadian Researchers at The End of life Network</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EVA	Escala Visual Analógica
FS-ICU	<i>Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit</i>
HUSFP	Hospital Universitário São Francisco de Paula
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDB	Inventário de Depressão de Beck
INFTI	Instrumento Inventário de Necessidades de Familiares em Terapia Intensiva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PUBMED	Public Medical
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

VP1	Versão Português
VPC	Versão Português Consenso
VI	Versão Inglês
VICP	Versão Inglês Consenso Preliminar
VPF	Versão Português Final
VICAI	Versão Inglês Corrigida pelo autor do instrumento
VICF	Versão Inglês Consenso Final

## Sumário

Apresentação .....	15
1 Introdução .....	18
2 Objetivos .....	23
2.1 Geral.....	23
2.2 Específicos .....	23
3 Hipóteses .....	24
3.1 Hipótese de Confiabilidade.....	24
3.2 Hipótese de Validade .....	24
4 Referencial Teórico Metodológico .....	25
4.1 Apresentação do instrumento: Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24).....	25
4.2 A enfermagem no cuidado ao adulto em condição crítica atendido na UTI.....	28
4.3 A família e o atendimento da UTI .....	29
4.4 Instrumentos de medida: adaptação e validação .....	32
4.4.1 Processo de adaptação transcultural .....	35
4.4.2 Avaliação das propriedades de medida do instrumento: estudo da validade e da confiabilidade.....	40
5 Casuística e método.....	44
5.1 Tipo de estudo.....	44
5.2 Processo de adaptação transcultural adotado .....	44
5.2.1 Tradução do instrumento para o português do Brasil.....	45
5.2.2 Obtenção do primeiro consenso das versões em português.....	46
5.2.3 Avaliação pelo Comitê de especialista .....	46
5.2.4 <i>Back-translation</i> (retrotradução) .....	47

5.2.5	Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a original .....	48
5.2.6	Avaliação semântica dos itens .....	49
5.2.7	Pré-teste da versão em português .....	50
5.3	Procedimentos para coleta de dados .....	52
5.3.1	Amostra do estudo .....	52
5.3.2	Local do estudo .....	52
5.3.2.1	Apresentação dos locais de coleta de dados .....	53
5.3.3	Coleta de dados .....	54
5.3.4	Critérios de inclusão .....	56
5.3.5	Critérios de exclusão .....	56
5.3.6	Princípios Éticos .....	57
5.4	Instrumentos de coleta de dados .....	59
5.4.1	Instrumentos de caracterização .....	59
5.4.2	Instrumento em processo de validação: “Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)” .....	59
5.4.3	Instrumentos validados .....	60
5.4.3.1	Escala Visual Analógica (EVA) para a satisfação .....	60
5.4.3.2	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) .....	60
5.4.3.3	Inventário de depressão de Beck (IDB) .....	61
5.5	Variáveis do estudo .....	62
5.5.1	Variáveis dependentes .....	62
5.5.2	Variáveis independentes .....	62
5.6	Análise das propriedades psicométricas da versão FS-ICU (24) adaptada para o português do Brasil .....	62
5.6.1	Validade convergente, discriminante e por Rotação Varimax .....	62
5.6.2	Análise de confiabilidade .....	63

6 Cronograma .....	65
7 Orçamento.....	67
Referências .....	68
Apêndices.....	75
Anexos .....	108
Relatório de Campo.....	127
1 Processo de adaptação transcultural do Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil .....	128
1.1 Tradução do instrumento para o português do Brasil.....	128
1.2 Obtenção do primeiro consenso das versões em português.....	130
1.3 Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas.....	131
1.4 Back-translation (retrotradução).....	132
1.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a original .....	133
1.6 Avaliação semântica.....	133
2 Validação preliminar da versão adaptada do Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil.....	135
2.1 Coleta de dados do Pré teste.....	135
2.2 Organização do banco de dados utilizando o SPSS.....	137
Referências.....	139
Anexos.....	140
Artigo de sustentação da dissertação.....	155

## **Apresentação**

A proposta de realização deste estudo surgiu após o desenvolvimento de trabalho assistencial como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva adulta. Desde a graduação os assuntos relacionados a esta unidade despertaram grande interesse. Diante da oportunidade de escolher o local para realizar o último estágio curricular, optei por essa unidade e, com o passar dos meses o interesse por este setor do hospital foi aumentando. Ao concluir a graduação, iniciei um curso de pós-graduação *lato sensu* direcionado ao cuidado de pessoas em UTI, emergência e Trauma.

O cuidar de pacientes em condição crítica, com risco iminente de morte passou a representar um grande desafio profissional, aumentando a vontade de prestar um atendimento humano e de qualidade, no qual a recuperação da pessoa atendida pudesse ser o principal momento de avaliação das minhas intervenções, assim como as da equipe. Neste processo de atenção ao paciente observava a pouca interação dos profissionais da UTI com os familiares, aqueles que direcionavam sua atenção quase que restritiva ao paciente, o que despertou o interesse em pesquisar a avaliação desta unidade na perspectiva do familiar.

A maioria dos funcionários que trabalham na UTI, sejam de nível médio ou superior possuem muita experiência técnica. As repetições de procedimentos e rotinas contribuem com o aprimoramento de habilidades técnicas. Dentre as atividades, a cada admissão os pacientes traziam consigo vivências únicas, com sua individualidade, característica, necessidade e patologia. Enquanto profissionais prestávamos o melhor atendimento, mesmo sem ouvir sua voz e sequer sermos percebidos, a relação entre o profissional e o paciente era de compromisso, cuidado, tratamento e manutenção da vida.

Contudo, em conjunto com este paciente a unidade também recebia seus familiares na sala de espera da UTI, local em que passavam a maior parte do tempo no aguardo da visita e de informações. Os familiares traziam consigo sentimentos peculiares de acordo com a proximidade que tinham com o paciente. Por vezes a equipe ficava sabendo sobre aquele que, por algum motivo havia se desentendido com seu ente querido e possuía um sentimento de culpa e, tinha nos profissionais a

esperança da recuperação para reatarem os laços familiares. Também, aqueles que comentavam estar com receio do paciente falecer, pois já teriam vivenciado a perda de outros familiares naquela mesma unidade.

Enquanto enfermeira sempre respeitei a particularidade de cada pessoa, já que mesmo sem interagir, aquele paciente tinha uma história que precisava ser resguardada. Por estar intubado e/ou sedado, se descaracterizava para a equipe e era, muitas vezes, identificado pelo número do seu leito e, raramente pelo seu nome. Em contraponto à maioria dos pacientes que não podiam se comunicar tinha a inquietação dos familiares que ansiavam por informações sobre as rotinas e por notícias. Percebi que os familiares mereciam atenção, por parte dos profissionais que cuidavam para manter a vida do seu familiar.

Na maioria das vezes cabia às enfermeiras auxiliar os familiares e, com o decorrer do tempo, percebi que eles apresentavam muitas dúvidas que se repetiam, tratando-se de informações básicas para o acompanhamento do familiar internado e para a reorganização familiar frente a esta nova situação. Por exemplo, os horários de visitas, objetos que poderia levar para o familiar, horários em que poderiam receber notícias sobre a evolução do familiar, conhecer o médico responsável pelo cuidado, telefones para contato, informações sobre a participação em decisões de algumas condutas médicas e formas em que, como familiares, poderiam participar do cuidado.

A partir da experiência de trabalho, senti a necessidade de fundamentar com evidências científicas os cuidados que poderiam ser realizados, além dos oferecidos aos pacientes internados na UTI, também aos familiares que vivenciavam situações de tensão frente ao estado crítico de saúde do seu familiar. Estudos voltados para a valorização de instrumentos voltados para avaliação da satisfação da família contribuem para a qualificação do atendimento.

Desta forma me interessei em realizar a adaptação transcultural do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil e a validação preliminar por meio de um pré teste para posteriormente avaliar suas propriedades métricas a partir da aplicação em uma amostra de familiares de pacientes que estiveram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O instrumento FS-ICU (24) foi desenvolvido no inglês do Canadá e optou-se por iniciar o processo de validação para o português do Brasil, pois não foi encontrado um instrumento validado que avaliasse a satisfação da família destes pacientes.

Espera-se que este trabalho contribua para o ensino e futuras pesquisas sobre a temática, pois disponibilizará um instrumento que permitirá aos profissionais de saúde avaliar a satisfação da família que passou pelo difícil momento de ter um membro internado em uma unidade que recebe pacientes criticamente doentes, assim como, possibilite o aprimoramento de intervenções para essa população e avaliações das suas ações de cuidados.

Esta dissertação intitulada “Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil” cumpre a etapa final para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, desenvolvido pela mestranda Josiele de Lima Neves sob a orientação da Profª. Drª. Eda Schwartz e Coorientação da Profª. Drª. Mª Elena Echevarría Guanilo. A defesa da dissertação orienta-se pelo objetivo da adaptação transcultural do FS-ICU (24) para o português do Brasil. Embora os dados preliminares já tenham sido coletados.

Este volume é composto, conforme determina o regimento do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, pelos arquivos abaixo relacionados:

I Projeto de dissertação intitulado: “Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil”.

II Relatório de campo prático desta pesquisa.

III Artigo de sustentação da dissertação intitulado: “Adaptação transcultural do Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil”.

## 1 Introdução

É necessário ponderar que a família deve ser compreendida historicamente e conforme as suas especificidades e necessidades. Os profissionais da saúde e, principalmente, aqueles que desempenham atividades em ambientes críticos como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devem conhecer a realidade da família dos pacientes, já que são variados os fatores que intervêm para o equilíbrio emocional de seus membros, principalmente quando um deles está doente.

O conceito de família pode ser considerado subjetivo, pois está atrelado a conjuntura social que a compõe, a cultura da época e ao país. Elsen (2004) define família como sendo um conjunto particular de conhecimentos e aprendizados - que se determina a partir de relações internas e externas. As experiências no núcleo familiar distinguem-se pelas ações e interações entre seus componentes com a finalidade de solidificar seu desenvolvimento e bem-estar.

Em relação ao conceito de família Wright e Leahey (2008, p.48) empregam o conceito de Wright, Watson e Bell (1996) como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros. Quando um dos membros da família adoece é esperado que eles vivenciem momentos de medo da perda e, se faz necessário que o núcleo familiar se reestabeleça para auxiliar o enfermo, ainda mais, quando este necessita de cuidados intensivos tendo em vista sua gravidade.

Dentre os setores do hospital, a UTI é aquela que se caracteriza pelo atendimento e organização complexa. Está direcionada para oferecer tratamento e cuidado às pessoas em condições graves de saúde por meio de suporte avançado com equipamentos (PUGGINA et al.; 2014). Seu ambiente sempre foi percebido pela população como pouco acolhedor e de muito sofrimento. Somado a isto, os familiares não eram considerados componentes relevantes pelos profissionais de saúde. Atualmente, reconhece-se que a família pode contribuir no processo de recuperação do doente (TORRENTS et al.; 2003). Além disso, a presença dos familiares não se limita apenas à condição de visitantes, participam de forma ativa e, anseiam por informações acuradas e compreensíveis (NEVES et al., 2009; TORRENTS et al.,

2003). Para acolher o familiar enquanto auxiliar no processo de atenção e cuidado ao paciente, os profissionais da unidade devem estreitar relação com a família, a fim de sanar as dúvidas e oferecer suporte para o que for necessário durante o processo de internação, pois, ela poderá auxiliar na avaliação do atendimento e contribuir para melhorias no serviço.

A atuação dos profissionais da UTI devem convergir com as expectativas dos familiares quanto ao cuidado, ao ambiente físico, informações claras e objetivas sobre a atenção ao paciente, oportunizando estreitamento nas relações interpessoais e contribuindo para um conjunto de cuidado seguro.

Em relação aos aspectos psicológicos e emocionais, estar com um familiar na UTI anseia sentimentos peculiares em cada pessoa e pode gerar desequilíbrio no núcleo familiar. A internação do membro da família neste ambiente gera medo e angústia, uma vez que reflete ou aproxima o imaginário da gravidade do problema de saúde (PUGGINA et al., 2014).

No cuidado ao paciente deve ser observado que o enfermo é uma parte da unidade familiar, na qual os membros se interrelacionam e, portanto, a alteração de saúde em um dos integrantes altera o convívio e organização, podendo desencadear problemas psicológicos e emocionais (SILBESTEIN, 1997).

Os familiares de pacientes internados na UTI sofrem de ansiedade e requerem atenção, especialmente nas primeiras 18 a 24 horas de internação, pois é o momento em que ocorrem as maiores mudanças no quadro clínico do paciente em resposta ao tratamento iniciado. Dessa forma, os profissionais de saúde podem minimizar o estresse da família ao antecipar e atender às necessidades com informações (JAMESON et al.; 1996). Informações que permitam a família, se sentirem incluídos no processo de internação, isto é, que consigam acompanhar a evolução da condição de saúde do paciente e se sentirem corresponsáveis pelas condutas adotadas durante a internação.

Em um estudo prospectivo Fumis et al. (2015) entrevistaram pacientes que estiveram internados na UTI e seus familiares a fim de comparar a incidência de sintomas de ansiedade, depressão e transtornos de estresse pós trauma. Para identificar o nível de ansiedade e depressão foi utilizada a escala *Hospital Anxiety and*

*Depression Scale* (HADS) e a *Impact of Event Scale* (IES) para avaliar o impacto do evento após trauma. Identificaram com este estudo a permanência de sintomas associados a ansiedade, depressão e estresse entre os familiares e, estima-se que este resultado esteja atrelado ao fato do familiar guardar recordações das visitas ao paciente enquanto estava na UTI.

Nesse sentido, Hughes, Bryan e Robbins (2005) reforçam que o nível de estresse dos familiares está associado a recuperação do paciente. Pois, os familiares menos estressados colaboram para uma melhor recuperação e, conseqüentemente, os mais estressados contribuem negativamente no processo. Há de se considerar que os profissionais da UTI devem observar os familiares durante a visita, pois aqueles que demonstrarem estar descontentes, estressados e insatisfeitos podem deixar o paciente ansioso, agitado e retardar o processo de recuperação.

Em um estudo multicêntrico, Ramos et al. (2014) identificam um crescente reconhecimento internacional e nacional sobre a flexibilidade nos horários de visita, porém, no Brasil as visitas em UTI adulto são de caráter restritiva, apenas havendo exceção para situações especiais de paciente em fim de vida.

Durante a visita é natural que os familiares fiquem apreensivos, pois se deparam com diversos aparelhos, fundamentais para manter a vida do familiar doente, mas desconhecidos por muitos. Sendo assim, a disponibilidade de, por exemplo, material explicativo impresso que contemple informações básicas da unidade, pode contribuir para a melhora do nível de informação e posterior satisfação dos familiares (TORRENTS et al.; 2003).

Estratégias voltadas para a família, como incentivo a boa comunicação, a prevenção de conflitos e assistência espiritual, também podem contribuir para melhorar a satisfação e percepção da qualidade da assistência ao paciente na UTI (SOARES, 2007).

A partir de resultados de estudos prévios, identifica-se que os familiares associam a satisfação com os cuidados ao paciente a aspectos, tais como, o oferecimento de informações claras que lhe permitam conhecer a real necessidade de cuidados dos seus familiares e a atitude da equipe médica. Entretanto, a capacidade da

equipe de oferecer conforto é apontada como o principal motivo de insatisfação (MCDONAGH et al., 2004; NEVES et al., 2009).

É importante que a equipe de saúde compreenda que o ambiente hospitalar se difere do aconchego do lar e, portanto pode causar estranheza. Dessa forma o fato do hospital oferecer conforto na sala de espera, com um ambiente limpo e agradável pode contribuir para a satisfação da família.

Segundo Rodríguez e Gregorio (2005), o tempo de internação do paciente influencia na vida dos familiares, que experimentam variações na personalidade, conflitos nas relações familiares e a convivência com o medo da morte.

Neste contexto, não basta apenas o apoio da equipe de saúde da UTI, também é necessário que o familiar se sinta acolhido e satisfeito com o atendimento de todos os funcionários e setores do hospital Além disso, é importante que a família possa ver seu ente querido sendo tratado com dignidade, estar em um ambiente limpo, no qual se disponha de todos os recursos técnicos necessários, para a promoção do seu bem estar. Segundo Ramos et al. (2014) há familiares que precisam se instalar nas salas de espera da UTI, por residirem em cidades vizinhas daquela em que o familiar está internado. Nesta perspectiva, pode-se supor que a satisfação do familiar quanto à UTI pode estar atrelada a sua percepção em relação ao ambiente em que permanece a maior parte do tempo como a sala de espera e áreas externas à UTI.

Dessa forma, a vontade de permanecer mais tempo junto a ele durante a visita, o anseio em saber sobre como é realizado o cuidado, e a vontade de participar nas decisões de saúde deve ser compreendida e esperada pelos profissionais. Para Wallau et al. (2006) o familiar do paciente que está na UTI é quem acompanha diretamente sua evolução e é, sobre ele, que pesará o processo de tomada de decisões, em conjunto com a equipe multidisciplinar, frente às diferentes possibilidades terapêuticas.

Torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para apoiar os familiares, mostrando-se dispostos a conversar, tirar dúvidas e atender as solicitações quando for conveniente ao paciente e à própria família.

Wall et al (2007) destacam a importância do acompanhamento à família do paciente internado e a avaliação da satisfação, pois seriam os familiares os principais

avaliadores do atendimento em geral e na tomada de decisão em torno dos cuidados, sendo um dos principais indicadores de qualidade.

A avaliação da família em relação ao atendimento da equipe da UTI e quanto ao ambiente da unidade permite gerir questões relevantes para avaliação das rotinas de cuidado. Destaca-se a relevância de identificar na família os elementos de satisfação sobre a UTI pois pode fornecer indicações de necessidades de abordagem individualizada para o cuidado que abarca as prioridades do paciente e de sua família. As autoras Wright e Leahey (2008) discorrem sobre a importância de incluir a família nos cuidados à saúde e, para tornar este cuidado viável e com responsabilidade merecem avaliações e intervenções que podem dirigir a prática colaborando com o cuidado aos familiares que vivenciam uma enfermidade grave. Sendo assim, faz-se necessário a interação da família com os profissionais no cuidado ao paciente e definirmos ele como peça fundamental para melhorar o serviço.

Preocupados com esta temática Henrich et al (2011) defendem o uso de instrumentos para avaliar a satisfação de familiares de pacientes que estiveram internados na UTI. Dessa forma, por meio das avaliações dos familiares, os serviços podem melhorar a qualidade de atendimento ao paciente internado e identificar os elementos chave para o cuidado.

A família como um sistema é afetado na sua organização cotidiana quando um de seus integrantes é acometido por uma doença grave que exige cuidados intensivos.

No Brasil não foi identificado instrumento que avalie a satisfação da família com os cuidados e tomada de decisões às pessoas atendidas em UTI. Sendo assim, reforça-se a necessidade de realizar a adaptação transcultural e a validação preliminar do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) por meio de um processo criterioso de adaptação, o qual será proposto neste estudo.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Geral**

- Realizar a adaptação transcultural e a validação preliminar do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil.

### **2.2 Específicos**

- Desenvolver as etapas do processo de adaptação transcultural;
- Testar a validade de Conteúdo e de Face;
- Testar a equivalência semântica;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do FS-ICU (24) por meio da consistência interna de seus itens;
- Avaliar a validade de constructo da versão adaptada do FS-ICU (24) por meio de análise do componente principal;
- Avaliar a validade de constructo convergente da versão adaptada do FS-ICU (24) comparando seus resultados com as avaliações de satisfação, ansiedade e depressão;
- Avaliar a validade de constructo discriminante da versão adaptada do FS-ICU (24) identificando as diferenças entre os familiares com distintas experiências de evolução de saúde de seu familiar.

## **3 Hipóteses**

### **3.1 Hipótese de Confiabilidade**

- A versão em português do Brasil apresentará consistência interna FS-ICU (24) alta (0,80) tanto entre os itens quanto entre os itens e os domínios.

### **3.2 Hipótese de Validade**

- A correlação entre a FS-ICU (24) e a medida de satisfação (EVA) irá variar entre moderada a alta e em sentido positivo;
- As correlações entre a FS-ICU (24) e as medidas de ansiedade (IDATE) e depressão (IDB) irá variar entre moderada a alta e em sentido negativo;
- Na análise de construto (rotação varimax) será constatado o número de componentes conforme a versão original.

## 4 Referencial Teórico Metodológico

Neste capítulo serão abordados os conceitos que fundamentarão os passos recomendados na literatura para adaptação e validação de instrumentos, sendo necessário para contribuir no entendimento do estudo, embasamento teórico e compreensão das etapas percorridas até os resultados alcançados.

Dessa forma, os conteúdos foram organizados em dois grandes temas. 1) Revisão de literatura: Apresentação do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24); A enfermagem no cuidado ao adulto em condição crítica atendido na UTI e; A família e o atendimento na UTI. 2) Processo de adaptação e avaliação das propriedades métricas de instrumentos de medida: Adaptação e validação de instrumentos de medida; Processo de adaptação transcultural e; Avaliação das propriedades de medida do instrumento.

Cabe destacar que para a obtenção de estudos relacionados com a temática da pesquisa, foi realizada busca sistematizada realizada em março de 2015, nas bases de dados: Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), a National Library of Medicine (PUBMED) e a Biblioteca Virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados foram previamente consultados nos dicionários: o Medical Subject Headings (MeSH) e o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a partir dos quais se definiram como estratégia de busca: Personal satisfaction OR satisfaction AND family, para as três fontes de consulta. Destaca-se que o descritor Unidade de Terapia Intensiva não foi acrescentado nas buscas, apenas foram selecionados os estudos referentes a UTI adulto.

### 4.1 Apresentação do instrumento: *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24)

O FS-ICU foi desenvolvido no Canadá, no ano de 2003 com a finalidade de avaliar a satisfação da família de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os autores do FS-ICU (34), Daren Heyland e Joan Tranmer, integram o grupo de

pesquisa *CareNet (Canadian Reserachers at He End of life Network)*, do Hospital General *Kingston* em *Kingston* e do Curso de medicina e epidemiologia da Universidade de *Queen*, em *Kingston*, estado de Ontário no Canadá. O grupo tem por objetivo o estudo do cuidado no final da vida, visando compreender e aprimorar os cuidados paliativos, assim como identificar ferramentas de comunicação e tomada de decisões entre os pacientes, suas famílias e profissionais de saúde (CARENET, 2006).

Para o desenvolvimento da primeira versão do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit*, foi elaborado um instrumento que captou alguns domínios considerados relevantes para as necessidades das famílias. Ao considerar que os pacientes internados na UTI, na maioria das vezes, se encontram incapacitados de responderem sobre a satisfação quanto ao serviço, os profissionais e as decisões em relação a sua saúde, cabe à família participar e avaliar este processo.

Nesta primeira versão, desenvolvida no ano de 2003, os autores Daren Heyland e Joan Tranmer estruturaram o instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* em 34 itens. Heyland e Tranmer (2001) organizaram os itens do FS-ICU (34), conforme conceitos existentes de satisfação do paciente, tomada de decisão e a qualidade dos cuidados no fim da vida. O questionário foi pré-testado quanto a sua legibilidade, clareza e sensibilidade em uma amostra composta de 21 familiares e 16 profissionais. Para avaliar a validade, mediram a correlação entre a satisfação com o atendimento geral e satisfação com a tomada de decisão e para avaliar sua confiabilidade aplicou-se aos familiares dos doentes sobreviventes 7 a 10 dias após alta da unidade.

No estudo supracitado, os autores, realizaram teste e reteste, contando com a participação de 22 membros da família cujos familiares não sobreviveram e 25 membros de família de pacientes que sobreviveram. Os autores constataram correlação moderada entre a satisfação com o atendimento geral e a satisfação com a tomada de decisão (coeficiente de correlação = 0,64). A avaliação da satisfação global comparado com o cuidado também apresentou correlação alta (coeficiente de correlação = 0,85). Desta forma, os autores concluíram que FS-ICU (34) se apresentava como uma medida confiável e válida, por tanto, seria um instrumento passível de ser utilizado para avaliar a satisfação dos familiares de pacientes em estado crítico.

A versão de FS-ICU de 34 ficou organizada em duas partes: sendo a primeira centrada para avaliação da satisfação com o atendimento em geral e a segunda parte na avaliação da satisfação com a tomada de decisão em torno dos cuidados ao paciente crítico. Este instrumento tem sido amplamente utilizado em pesquisas pelo mundo, sendo validado em vários idiomas: chinês, chinês (Hong Kong), alemão, hebraico, espanhol (Espanha) e francês (Suíça). Esta versão está disponível para validação e aplicação, porém é menos recomendada pelos autores, pois é um instrumento que precisou ter itens retirados por medirem informações semelhantes, o que assegurou a necessidade de reduzir alguns deles.

Em 2006, Richard Wall, Ruth Engelberg, Lois Downey; Daren K. Heyland e Randall Curtis adaptaram o FS-ICU 34 para 24 itens, pois após análise criteriosa evidenciou-se a necessidade de retirar alguns itens, por ameaçarem a integridade do instrumento, não trazendo resultados significativos para o conjunto da medida (CARENET, 2006). Foram então retirados 10 itens, passando o FS-ICU a ficar com 24 questões. Esta versão já foi validada nos idiomas grego, italiano, espanhol (México), norueguês, Português (Portugal), espanhol (Espanha), francês (Suíça) e francês (França) (APÊNDICE A).

O FS-ICU (24) mantém a mesma estrutura do FS-ICU (34), sendo a primeira parte centrada na satisfação com o atendimento em geral (14 itens) e a segunda que avalia a satisfação com a tomada de decisão em torno dos cuidados com os pacientes críticos (10 itens). Segundo os autores do instrumento este pode ser auto-aplicável e sua aplicação envolve uma duração aproximada de 10 a 15 minutos (CARENET, 2006).

Com o intuito de facilitar a recodificação e pontuação total foi desenvolvido e validado um método de pontuação exclusivo para o FS-ICU (24). Durante o desenvolvimento, os itens foram pré-testados e aplicados em familiares de pacientes internados em UTI em sete hospitais universitário, sendo seis no Canadá e um nos Estados Unidos. O estudo teve como objetivos: avaliar um método de pontuação para FS-ICU 24 com base em escalas/subescalas e validar um novo método usando uma amostra não canadense (WALL et al., 2007).

Rothen, Stricker e Heyland (2010) desenvolveram um estudo de revisão no qual apresentam de forma resumida as propriedades psicométricas e utilidade clínica da FS-

ICU (24). Nos resultados, os autores reforçam a necessidade de avaliar a satisfação da família, uma vez que, estes dados representam importantes indicadores para a avaliação do atendimento de pacientes criticamente doentes e suas famílias.

#### **4.2 A enfermagem no cuidado ao adulto em condição crítica atendido na UTI**

Na UTI prevalece o atendimento de clientes em estado crítico, onde os indivíduos convivem em situações de emergência, risco e morte, agravadas pelo isolamento social e falta de privacidade. A assistência de enfermagem neste ambiente exige muitos cuidados devido à gravidade do cliente, que por sua vez pode acarretar em um cuidado fragmentado, verticalizado, focado em uma assistência tecnicista.

O cuidado de enfermagem se dá em um conturbado ambiente de aparelhagem, onde prevalece o conhecimento técnico científico e o atendimento biológico, com vistas a preservar a vida do paciente. As rotinas, muitas vezes, são rígidas e inflexíveis e, os trabalhadores de saúde precisam ser rápidos nas ações (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004), muitas vezes justificam a falta de diálogo com os familiares, com as necessidades de ações imediatas.

Neste contexto de rotinas e cuidado aos pacientes, muitos profissionais deste setor acreditam que o cuidado aos familiares é responsabilidade basicamente de psicólogos e assistentes sociais, passando a desconsiderar a responsabilidade que todos os profissionais têm de amparar a família (SOARES, 2007).

Segundo Merhy (1997), as práticas estão muito voltadas ao uso de diferentes tecnologias, como as tecnologias duras que inclui o uso de equipamentos. Destacando a importância de também se utilizar as tecnologias leve-duras, as quais incluem os saberes estruturados e as tecnologias leves, que se inclui nas as relações interpessoais, com as quais a enfermagem podem realizar um trabalho efetivo.

O cuidado de enfermagem na UTI é influenciado pela frequente inclusão de tecnologias duras (máquinas e equipamentos) na assistência à saúde, muitas vezes substituindo o cuidado efetivo junto aos clientes para uma atenção tecnicista, tanto para o paciente quanto para o familiar.

O enfermeiro deve ter habilidade e sensibilidade de identificar, por meio da comunicação não verbal, qualquer alteração que os membros da família possam estar envolvidos e intervir com um atendimento diferenciado (ARAÚJO; SILVA e PUGGINA, 2007). Segundo Ângelo et al. (2009) todas as famílias são diferentes e cada uma diante do seu processo de saúde e doença enfrentam os problemas de maneiras distintas. Cabe, ao enfermeiro, além de identificar, também oferecer apoio à família, de forma que esta possa identificar formas de enfrentar problemas advindos da condição de saúde do familiar internado.

Ainda, cabe à equipe de enfermagem, no horário da visita, estar atenta aos familiares, e à forma com que os mesmos vivenciam e enfrentam a experiência de ter um membro da família em situação crítica de saúde (PUGGINA, 2014). A dedicação da equipe de enfermagem em atentar para alterações dos familiares demonstra a extensão do cuidado, que vai além do cuidado ao paciente, uma vez que os membros da família também passam a vivenciar a condição alterada de saúde e, muitas vezes, requerem de apoio e cuidado.

#### **4.3 A família e o atendimento da UTI**

Pacientes internados em unidades intensivas permanecem em um ambiente estressante, com tecnologias complexas, com alto índice de mortalidade, além de se caracterizar como um local onde prevalece a tomada de decisão interdisciplinar. Apesar de toda a dedicação desprendida aos pacientes, as necessidades dos familiares ainda são pouco conhecidas (WALL et al., 2007) ou ainda em poucas ocasiões representam um objetivo de trabalho das equipes de saúde, o qual pode gerar uma insatisfação por parte das famílias. Insatisfação que pode ter como causa principal, por exemplo, a falta de informação e pouca ou nenhuma participação nas decisões do cuidado ao seu familiar internado.

De forma geral, para o conhecimento da satisfação dos usuários, as instituições têm apostado na abordagem quantitativa, isto é, em pesquisas de satisfação representativas que dispensam a presença de um pesquisador, ou seja, pela aplicação

de questionários auto-aplicáveis, que são disponibilizados aos usuários em locais de fácil acesso, de forma que estes possam ser preenchidos a qualquer momento (ESPERDIÃO, TRAD; 2005).

Para enfatizar a importância da utilização de dados sobre satisfação da família e melhorar o atendimento na UTI, Dodek et al. (2004) realizaram uma análise de estudos que tiveram como tema principal a satisfação da família de pacientes críticos e as estratégias de melhoria do cuidado para os pacientes. Entre os resultados se destacaram as prioridades de melhorias, considerando que os cidadãos exigem responsabilidade para o uso de recursos públicos, e garantia de que o sistema de saúde corresponda de forma eficaz e eficiente às suas necessidades. Além disso, identificaram que alguns hospitais e outras organizações de saúde estavam engajados na avaliação de satisfação e do seu desempenho.

Em estudo prospectivo e randomizado, autores, em uma amostra de 175 familiares, evidenciaram a importância de oferecer informações de qualidade aos familiares. Entre os resultados, foi identificado a importância de desenvolver meios de informação com a utilização de folhetos informativos na primeira visita, no qual constasse uma descrição do hospital, do ambiente da UTI, o nome do médico responsável, os nomes dos dispositivos que poderão ser utilizados e encontrados no ambiente de cuidado, assim como os termos mais comumente utilizados pela equipe do setor (AZOULAY et al., 2002).

McDonagh et al (2004) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a satisfação quanto à comunicação entre médicos e famílias, entrevistaram 214 familiares de 51 famílias diferentes que se encontravam acompanhando seu familiar internado na UTI e 36 médicos. Com o estudo identificaram que promover espaços de comunicação com os membros da família oportuniza a diminuição de conflitos com a equipe médica e aumenta a satisfação com o atendimento.

Receber as notícias médicas sobre o estado de saúde do familiar e informações providas da equipe de enfermagem, como cuidados diários realizados na unidade e sugestões sobre o que fazer durante o horário da visita, são consideradas informações relevantes que orientam a participação da família no processo de internação (VERHAEGHE et al., 2005).

Molter et al. (1979), no final da década de 1979, procurou identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados em UTI. Os resultados do estudo, apontaram que os familiares necessitam receber informações honestas e saber que todos os profissionais que trabalham na UTI (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) se preocupam e direcionam seus cuidados para o bem estar do paciente.

No Brasil, com o objetivo de realizar uma análise comparativa quanto ao grau de importância e de satisfação das necessidades dos familiares de pacientes em hospital público e privado, Freitas, Kimura e Ferreira (2007), aplicaram o Inventário de Necessidades de Familiares em Terapia Intensiva (INFTI), proposto por Molter et al (1979), em uma amostra de 91 familiares de pacientes, sendo 47 internados em hospital público e 44 em particular. Os grupos diferiram significativamente em quatro necessidades. Na instituição pública foi apontado como necessidade dar início à visita no horário marcado e na instituição particular foram apontadas como principais necessidades: ter uma boa lanchonete no hospital, contar com móveis confortáveis na sala de espera e contar com um ambiente no qual os familiares pudessem ficar sozinhos enquanto permaneciam no hospital.

Neves et al. (2009) utilizaram o INFTI, modificado e validado por Johnson et al (1998). Os autores tiveram como objetivo conhecer as necessidades e o grau de satisfação dos familiares de pacientes internados em uma UTI. A amostra foi constituída por 53 familiares, que foram avaliados em um período de aproximadamente dois meses. Os resultados mostraram que a maioria dos familiares avaliou positivamente os profissionais da UTI quanto à comunicação e cuidado ao paciente, em contrapartida houve menos satisfação quanto à capacidade dos profissionais de confortarem os familiares.

Autores relatam que, entre os familiares, a insatisfação com a tomada de decisão pode afetar a sua saúde mental (GRIES et al, 2008). Segundo Porchard et al. (2005), de 544 familiares de pacientes internados na unidade intensiva, 73% apresentaram ansiedade e 35% depressão. Em outro estudo se identificou que, de 284 participantes, 33% dos membros da família apresentavam elevada carga de estresse e os sintomas de estresse ficavam ainda mais presentes se o familiar participasse da tomada de decisão sobre o fim da vida (AZOULAY et al, 2005).

Stapleton et al. (2006) desenvolveram uma pesquisa exploratória, com o objetivo de avaliar a qualidade da comunicação entre médico e familiar de paciente criticamente doente. Para tanto, entrevistaram 169 familiares e identificaram que a satisfação da família está atrelada à boa comunicação médica e fornecimento de suporte aos familiares para contribuir nas tomadas de decisões quanto ao cuidado e o fim da vida.

Embora, poucos estudos tenham sido desenvolvidos com o objetivo de identificar e/ou avaliar a satisfação dos familiares em relação ao cuidado do seu familiar internado em UTI, é possível identificar que a comunicação da equipe médica e a necessidade de suporte, principalmente, emocional são aspectos destacados e que precisariam estar incluídos nas atividades de cuidados destas unidades.

Na literatura é possível identificar alguns instrumentos, porém nenhum direcionado à satisfação dos familiares quanto ao cuidado do seu paciente internado. Contudo, considera-se relevante avaliação da satisfação da família em relação aos cuidados oferecidos pela equipe de saúde ao seu familiar, assim como as rotinas de cuidados e o ambiente da UTI, pois ela poderá contribuir para melhorias na atenção as suas necessidade.

#### **4.4 Instrumentos de medida: adaptação e validação**

Consideram-se basicamente dois tipos de instrumentos de avaliação nos estudos epidemiológicos. Os utilizados principalmente na área médica, por abordar prioritariamente diagnósticos e tratamentos, chamados de instrumentos pragmáticos, por não necessariamente formarem uma estrutura teoricamente coesa, por exemplo, na decisão de quem randomizar em um estudo experimental. E, os instrumentos fundamentados na tradição de pesquisa da área da psicologia e educação, com uma premissa dimensional, em que por trás dos indicadores empíricos existe um contínuo de intensidade e/ou gravidade do fenômeno de interesse (REICHENHEIM, MORAES; 2011).

A maior parte dos instrumentos utilizados na área da saúde foi desenvolvida na língua inglesa, contemplando características e aspectos culturais próprios da população

de origem (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Também, nas situações em que os instrumentos são originários da língua na qual serão aplicados, é importante considerar que há particularidades de linguagem até em um mesmo país.

Dessa forma, frente ao interesse de estudar determinada temática, é importante refletir sobre a necessidade, ou não, de desenvolver algum instrumento de medida ou se a melhor opção seria adaptar um já existente. Neste contexto, uma das vantagens seria a economia em relação ao tempo, número de pessoas envolvidas e recursos financeiros, já que desenvolver outro a partir de uma base teórica é oneroso e demorado. Além disso, a utilização, a partir da adaptação e validação de instrumentos já existentes, permite a comparação de resultados de diferentes estudos e populações (CUMMINGS et al., 2003).

Reichenhein, Moraes (2001) reforçam que entre as vantagens de optar pela adaptação transcultural está no fato do processo de construção de um questionário, ser um processo longo e estritamente controlado. Autores destacam que ao se optar pela realização da adaptação transcultural de um instrumento desenvolvido em outra cultura, será necessário delimitar critérios e cumprir passos metodológicos rigorosos para minimizar os vieses da cultura de origem e alcançar equivalência entre o instrumento original e a versão alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; PASQUALI et al., 2010).

A adaptação abrange um processo que analisa a linguagem (tradução) de um instrumento preparado em um ambiente para reprodução em outro cenário (BEATON et al., 2000). O processo de adaptação de um instrumento de pesquisa proposto por uma cultura e realidade específica, tem sido amplamente utilizado nas diferentes áreas do conhecimento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Com isso, é importante salientar que deve ser adotado um rigor metodológico na adaptação de instrumentos oriundos de outros contextos culturais (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

No Brasil, a maioria dos testes, escalas ou distintos instrumentos de medida utilizados são oriundos de outras culturas (PASQUALI et al; 2010). E, devem seguir critérios para garantir sua precisão durante o processo de aplicação, desta forma, devem estar estruturados por itens objetivos, simples, de fácil compreensão, pertinentes, precisos, variados, dentre outras características (PASQUALI, 1998).

Pesquisas sobre adaptação são focadas na identificação e quantificação das diferenças culturais e envolve a comparação de culturas (FAYERS; HAYS, 2005). Neste contexto a metodologia utilizada para um processo de tradução, adaptação cultural e equivalência semântica de um instrumento de pesquisa devem ser adequadas para evitar diferença da versão original. Entretanto, destaca-se que o processo de adaptação e validação deverá contemplar aspectos importantes, próprios da população na qual se pretende aplicar, por exemplo, os hábitos e as atividades próprias de determinada população (PEDROSO et al, 2004).

A pesquisa transcultural é importante para a prática de psicólogos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde que prestam assistência para diversas populações, uma vez que a prestação de cuidados de qualidade depende da avaliação precisa e compreensão mais profunda da cultura, etnia e idioma do indivíduo (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Desta forma, a escolha dos instrumentos de avaliação deve ser criteriosa, indagando acerca da origem, assim como do processo de validação, caso a língua em que foi proposta não seja a do público alvo.

Alguns procedimentos éticos para realizar a adaptação e utilização do instrumento são necessários, tais como, a solicitação da autorização formal junto ao(s) autor (es) da versão original, assegurar a todos os participantes envolvidos que as informações serão confidenciais e utilizadas para fins científicos, garantir que a divulgação das informações será anônima e isentas de responsabilidade com relação às publicações oriundas da pesquisa (PASQUALI et al, 2010).

Pasquali et al. (2010) referem que utilizar um questionário no idioma original torna-se difícil, uma vez que os participantes de pesquisa são na maioria das vezes monolíngues, recomendando-se a adaptação transcultural de um instrumento para garantir além da tradução para o idioma em que o instrumento será aplicado, também a inclusão das particularidades da população alvo.

Pelo exposto, identifica-se que diversos autores apresentam o processo de adaptação transcultural destacando a exigência de um rigor metodológico. Entretanto, é possível observar que não existe um senso comum, uma vez que, no intuito de garantir melhores condições e rigor nas etapas que compõem a metodologia de adaptação e

validação, os autores propõem modificações na ordem ou na inclusão de algumas etapas.

Apesar, de serem identificadas diferenças em algumas etapas os passos essenciais seguem um rigor semelhante, os quais são descritos a seguir, organizados e contemplando dois momentos: o primeiro contemplando o processo de adaptação transcultural e o segundo a avaliação das propriedades de medida do instrumento (estudo da validade e confiabilidade).

#### **4.4.1 Processo de adaptação transcultural**

Para alguns autores a adaptação de instrumentos desenvolvidos em outra cultura e/ou idioma se restringe a simples tradução. Porém, a tradução corresponde a uma das etapas do processo de adaptação transcultural que concluíra na validação para uso em uma língua que não a da proposta original. Portanto, o processo de adaptação em outra cultura seria entendido como o processo de tradução inicial do instrumento escolhido para a língua da população em que será aplicado (GUILLEMIN et al., 1993; BEATON et al., 2000).

No Brasil, Pasquali (2010) considera a tradução do instrumento como a primeira etapa do processo. Esta pode ser realizada pela técnica de tradução tradicional, que é realizada por apenas uma pessoa fluente nos dois idiomas. Tem como benefício ser um procedimento simples que pode ser realizado pelo próprio pesquisador, porém, podem ocorrer vieses linguísticos, psicológicos, culturais, de compreensão e prática proveniente do profissional responsável pela tradução. Assim, o autor recomenda que a tradução simples deva apenas ser realizada em instrumentos pequenos, já para os que contemplam maior número de conceitos ou estrutura mais complexa, com várias questões ou itens, recomenda-se a realização de um processo de tradução sistematizado e contemplando passos que visem evitar erros que prejudiquem toda a estrutura do instrumento.

De forma geral, autores recomendam que a tradução seja realizada de forma independente, por dois tradutores originários da língua alvo, com conhecimento amplo

da língua de origem do instrumento. Nesse processo de tradução, sugere-se que os tradutores sejam informados sobre os objetivos e conceitos do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; BEATON et al, 2007; FERRER et al., 1996).

Em seguida, as duas traduções deverão ser submetidas a processo de comparação e modificadas, em consenso, caso as traduções apresentem discrepância. É fundamental que o instrumento traduzido tenha o mesmo significado em cada item quando comparado com a versão original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; BEATON et al, 2007).

Após a realização das traduções, os autores sugerem como passo seguinte a organização de uma reunião entre o pesquisador e os tradutores, na qual deve-se ter como objetivo a obtenção de uma versão síntese das traduções iniciais que foram realizadas separadamente. Paralelamente, caso seja necessária a realização de mudanças ou se originem discrepâncias, o pesquisador deverá realizar registros com justificativas de forma que estas possam ser consideradas em momentos decisórios de mudança ou não de algum item dos instrumentos. O objetivo desta etapa é obter um consenso das duas traduções (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007).

Em estudo anterior Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), assim como Pasquali (2010), não incluem na orientação das etapas, a etapa correspondente à reunião entre pesquisador e tradutores, dando continuidade com etapa da tradução reversa ou “Back-Translation”.

Como terceira etapa, autores propõem a realização da tradução reversa ou retrotradução – “*back - translation*”, que consiste em traduzir novamente a versão obtida na etapa anterior para a língua de origem. Esta etapa visa garantir que o instrumento traduzido conserve os conteúdos e características da versão original. Os tradutores devem ser bilíngues, natos ou fluentes da língua original do instrumento, de preferência leigos no assunto da pesquisa. Recomenda-se realizar no mínimo duas retrotraduções. Deverá ser realizada uma comparação entre a versão original e a traduzida, caso tenha divergências devem ser discutidas entre tradutores e o pesquisador responsável (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007; PASQUALI, 2013).

Em relação à retrotradução, Pasquali (2013) recomenda, além de mais de uma tradução se faça mais de uma retrotradução, uma vez que isto aumenta o número de indivíduos envolvidos no processo e minimiza o viés. A tradução em um sentido literal facilita para a posterior retrotradução, porém alguns termos podem não ser compreendidos no idioma em que foi traduzido, gerando dificuldade de equivalência.

Neste contexto, pesquisadores brasileiros acrescentam a essa proposta a inclusão da validação semântica, com a finalidade de identificar a compreensão dos entrevistados acerca dos itens (ZANETTI, 2010). Para verificar se os itens são inteligíveis, o instrumento deve ser testado pelo estrato mais baixo da população (aqueles com menos instruções), dessa forma, pode-se assegurar que o estrato mais elevado da população também irá entender, ao mesmo tempo, deve-se atentar para que um item simples demais não torne o instrumento ridicularizado (PASQUALI, 1998).

Entende-se por estrato mais baixo o segmento da população alvo com menor nível de instruções e como estrato mais alto aqueles com maior nível de instrução. Dessa forma, cada item não deverá apresentar-se como fator complicador na resposta dos indivíduos. É necessária a seleção de um grupo composto por até quatro indivíduos a fim de verificar o entendimento de cada item (PASQUALI, 1998; ECHEVARRIA-GUANILO, 2005).

Na quarta etapa, autores sugerem a organização de um comitê de especialistas, o qual deverá ser composto pelo pesquisador responsável, profissionais de saúde, profissionais de idiomas e tradutores (tradutores e retrotradutores) (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000). Nesta etapa, Pasquali (2010) considera o momento adequado para o comitê definir qual das retrotraduções se aproxima mais do original. Considera ainda, que se faça neste momento alterações necessárias na versão traduzida após a análise dos pontos convergentes e divergentes.

A análise pelo comitê deve ser feita de forma sistemática, no primeiro momento comparando cada item retraduzido com a versão original do mesmo item e posteriormente deve ser verificado se os termos utilizados na tradução têm o mesmo significado do instrumento original (PASQUALI, 2010). As mudanças necessárias devem ser feitas por este comitê, avaliando entre o instrumento original e o traduzido os

quatro diferentes tipos de equivalências: semântica, cultural, idiomática e conceitual (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

*Equivalência semântica* visa avaliar o significado das palavras de cada item, a fim de preservar o significado e formulação dos termos (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007).

*Equivalência cultural* avalia a existência de itens que reflitam a realidade ou particularidades de cada cultura (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

*Equivalência idiomática* tem por objetivo identificar as expressões coloquiais ou idiomáticas de difícil tradução e procurando a melhor opção de tradução (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

*Equivalência conceitual* visa avaliar as palavras que capturam conceitos ou significados de ambas as culturas (de origem e público alvo) (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

A quinta etapa corresponde ao pré-teste que consiste na aplicação do instrumento traduzido (pré-final) aplicado em indivíduos representantes da população alvo da pesquisa. Considera-se 30 a 40 indivíduos da população alvo da pesquisa como número ideal para este teste. Nesta etapa, cada participante avalia o instrumento traduzido quanto às propriedades tais como a compreensão, pertinência, aprovação e relevância cultural. Após o preenchimento do questionário, cada participante é questionado sobre sua impressão acerca do instrumento e suas respostas para cada item. Tem como objetivos garantir a equivalência e aplicabilidade do instrumento traduzido, assim como esclarecer a redação dos itens e verificar o tempo de aplicação do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007).

Como última etapa, a ponderação das pontuações, propõe considerar a adaptação das pontuações ao contexto cultural, pode englobar a submissão de todos os relatórios e etapas percorridas por especialistas e realizar análise estatística obtida por uma amostra de participantes (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2007). Esta etapa deverá ocorrer após ser constatado que o

instrumento é válido e confiável, isto é, não poderá ser realizado paralelo ao processo de adaptação e validação.

Ainda, antes da aplicação do instrumento Pasquali (2010) sugere o estudo acerca da clareza, representatividade e relevância dos itens. Sendo assim, deverá ser realizada a validação de conteúdo e a concordância entre os juízes avaliadores (mínimo de três e máximo de cinco juízes) acerca da relevância de cada item, em relação à temática do instrumento (PASQUALI, 2010).

Para este processo de avaliação, Pasquali (2010) sugere quatro critérios de avaliação, os quais podem ser avaliados por um grupo de juízes, por meio da utilização de uma escala *Likert* de cinco pontos, na qual quanto maior pontuação, maior a concordância da relevância do item quanto a sua clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica, exemplificado a seguir (TABELA 1).

**Tabela 1** – Instruções para os especialistas avaliadores responderem ao questionário de aprovação do instrumento.

Itens	Clareza de linguagem	Pertinência	Relevância teórica	Dimensão avaliada	Obs.
01	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	A B C	
02	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	A B C	
03	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	A B C	
04	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	A B C	
...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	A B C	

Para aprimorar o processo metodológico da adaptação transcultural de um instrumento, alguns autores propõem modificações na ordem ou a inclusão de algumas etapas. Dentre as modificações propostas, destacamos a de realização de uma síntese das traduções anteriormente a etapa de retrotradução (FERRER et al., 1996). Pesquisadores brasileiros sugerem a alteração da ordem de algumas etapas, considerando a inclusão da análise ou validação semântica dos itens, das instruções e da escala de resposta, antes da realização da etapa do pré-teste. Esta proposta é considerada essencial no processo e tem como objetivo analisar se os itens são compreensíveis pelos membros da população que o instrumento está destinado, uma

vez que a versão de Back-translation, poderia não garantir esta avaliação (DANTAS; ROSSI, 2004; ECHEVARRÍA-GUANILO, 2005; PASQUALI, 1998).

#### **4.4.2 Avaliação das propriedades de medida do instrumento: estudo da validade e da confiabilidade**

Após a adaptação transcultural, isto é, após o processo de tradução do instrumento, o seguinte passo será a avaliação das propriedades de medida. Entre os estudiosos da temática, é possível identificar controvérsias sobre este procedimento. Alguns defendem que a realização de uma adaptação adequada e completa garante as propriedades de medida do instrumento; em contrapartida, outros sustentam a necessidade desta etapa, uma vez que a tradução traz consigo conceitos que ainda podem ser desconhecidos na cultura para a qual foi traduzida ou ainda podem resultar, não intencionalmente, em conceitos novos (GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON; 1993).

Além da realização da tradução do instrumento, sob rigor metodológico que garanta a sua estrutura original, deverão ser verificadas suas propriedades psicométricas (PASQUALI, 1999). No Brasil, há aproximadamente uma década, as avaliações das propriedades psicométricas de instrumentos de medida adaptadas eram pouco divulgadas, restritas e muitas escalas e/ou instrumentos de outras culturas eram utilizados sem passar pelos critérios de validação (PEDROSO et al.; 2004).

Ao respeito, destaca-se que os instrumentos são medidas de processos psicológicos que se baseiam nos fundamentos da medida em ciência (psicometria), os quais pretendem apresentar caráter de legitimidade, produzindo resultados confiáveis (PASQUALI, 2001). Por esta razão, requerem de processos rigorosos de validação para que possam ser utilizados em uma língua diferente daquela em que foi proposta originalmente. Uma vez que a origem dos mesmos pode sofrer alterações que comprometam a sua estrutura, portanto, também a sua medida.

A maior parte dos instrumentos de avaliação de aspectos subjetivos tem origem no conhecimento da ciência da psicologia. Nesta área a resolução nº 002/2003 do

Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), recomenda que todo instrumento apresente uma fundamentação teórica, com respeito às propriedades psicométricas dos itens, dos escores e dos procedimentos para aplicação e correção. E, após a adaptação cultural as propriedades de medida do instrumento precisam ser analisadas, pois para serem fidedignas elas precisam ser avaliadas quanto a sua validade e confiabilidade (BOWLING, 1994).

Assim, um instrumento seja a versão original ou a versão adaptada a outro idioma deverá ser avaliado quanto a sua validade e confiabilidade (CLARKC-CARTER, 1999).

A validade de um instrumento evidencia se o que está sendo medido é realmente o que se pretende medir, ou seja, refere-se a avaliar se o aspecto da medida é congruente com o objeto e não necessariamente com a exatidão com que a mensuração é feita (PASQUALI, 2013). A validade então poderá ser avaliada por meio da validade de face ou aparente, de conteúdo, de critério e de construto ou conteúdo (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de face ou aparente está relacionado com a percepção das pessoas sobre o que está sendo medido. Trata-se da avaliação do instrumento, por pessoas que conhecem a temática em questão. A validade de face, também é uma forma de validade de conteúdo (PASQUALI, 2001).

A validade de conteúdo está relacionada ao grau em que as medidas convergem em um mesmo ponto (PASQUALI, 2001). Pode-se dizer que um teste tem validade de conteúdo se ele constitui uma amostra representativa de vários comportamentos (domínios), além disso, a técnica da construção de um teste torna a validade praticamente garantida (PASQUALI, 2013). Isto é, se a sua idealização contemplou um amplo estudo sobre o tema, de forma que sua construção fosse embasada em uma teoria/conhecimento robusta sobre o tema que se pretende avaliar.

A validade de critério de um teste corresponde à capacidade de prever um desempenho específico de um sujeito. Pode-se distinguir dois tipos de validade de critérios: concorrente e preditivo. A diferença entre os critérios está basicamente relacionada ao tempo que ocorre entre a coleta da informação na aplicação do

instrumento, por exemplo, em processo de validação e a coleta da informação sobre o critério (PASQUALI, 2013).

Assim, a validade de critério concorrente refere-se à correlação com outras variáveis com as quais a medida do instrumento deveria estar relacionada, ou seja, uma aplicação paralela e após a correlação com algum instrumento válido e confiável (padrão-ouro) (PASQUALI, 2001). Já a validade de critério preditiva é quando os dados sobre o critério foram coletados após a coleta da informação sobre o teste (PASQUALI, 2013).

A validade de construto ou conceito avalia se realmente a variável mede seu construto de interesse, ela é considerada a forma mais fundamental e complexa de validade de instrumentos psicológicos, pois está relacionada à habilidade do instrumento em confirmar hipóteses estabelecidas. A validade convergente e validade discriminante ou divergente são métodos propostos para confirmação da validade de construto (PASQUALI, 2013).

A validade de construto convergente está relacionada à alta correlação entre as medidas de instrumentos relacionados. Já a validade de construto discriminante ou divergente analisa as duas medidas que avaliam construtos diferentes apresentam baixa correlação linear (PASQUALI, 2001).

Os questionários complexos, comumente são compostos por diferentes módulos com um ou mais construtos (dimensões) a ser estudados. Um construto pode ser composto por várias dimensões e cada dimensão tem na escala o seu representante empírico, que por sua vez tem no escore uma ordenação numérica. Entende-se que cada construto implica em um instrumento epidemiológico a ser estudado e acrescentado ao questionário (REICHENHEIN, MORAES; 2011). Estes, além de serem avaliados quanto a sua validade, requerem ser avaliados quanto a sua confiabilidade da(s) medidas(s), isto é, saber a relação que os itens têm entre si.

A confiabilidade refere-se à capacidade de um instrumento medir com precisão, consistência e estabilidade o atributo que se pretende medir (PASQUALI, 2001). Quando se planeja utilizar um instrumento em uma investigação, isto é um instrumento já validado, recomenda-se a realização de um estudo de confiabilidade antes do seu início, pois irá auxiliar no treinamento dos entrevistadores, assim como na identificação

de possíveis problemas com o instrumento. A escolha das pessoas que participarão do estudo de confiabilidade deve ter semelhança com aquelas do estudo principal, tanto aos aspectos clínicos que se pretende medir, quanto em relação às outras variáveis como sexo e nível socioeconômico (MENEZES, 1998).

## **5 Casuística e método**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo metodológico com enfoque no processo de validação de um instrumento de medida que poderá ser utilizado em futuras pesquisas para avaliação da satisfação dos familiares de pacientes que estiveram internados em uma UTI.

Um estudo metodológico não abrange todas as etapas do processo de pesquisa, sendo o principal objetivo do pesquisador a realização de testes de validade e confiabilidade de um instrumento adaptado para aplicação em uma população distinta para a qual o instrumento foi proposto (LO-BIONDO; HABER, 1998).

Os passos a serem percorridos serão organizados em dois momentos: as etapas da adaptação transcultural do FS-ICU (24) e o processo de avaliação das propriedades métricas do instrumento adaptado para o português do Brasil.

### **5.2 Processo de adaptação transcultural adotado**

Como passo inicial é importante ressaltar que os autores do presente estudo obtiveram permissão formal para a adaptação do FS-ICU (24). A autorização foi concedida por meio eletrônico, pelo autor principal, *Daren Heyland* (ANEXO A) detentor dos direitos autorais do instrumento. A versão original na língua inglesa (ANEXO B) está disponível na página do grupo de pesquisadores: [www.thecarenet.ca/familysatisfaction](http://www.thecarenet.ca/familysatisfaction).

Assim para a adaptação transcultural serão seguidas seis etapas propostas por Ferrer et. al (1996), com a inclusão de alteração da ordem das etapas conforme proposta de estudos brasileiros prévios de Echevarría-Guanilo (2006) e Zanetti (2012): 1) Tradução do instrumento para o português do Brasil; 2) Obtenção do primeiro consenso das versões em português; 3) Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas; 4) Back-translation (retrotradução); 5) Obtenção do consenso das versões

em inglês e comparação com a versão original; 6) Avaliação semântica (Figura 1, pg.47).

A opção da realização da avaliação semântica após a etapa do *Back-translation* se justifica na compreensão de que quando a versão traduzida na língua alvo é submetida ao comitê de especialistas/juízes, esse poderia sofrer mudanças que não seriam avaliadas na etapa do “Back-translation” (retrotradução), portanto, a inclusão da avaliação semântica teria como principal objetivo identificar as inconsistências, discrepâncias ou dificuldades no processo de tradução, em um momento do processo de validação em que mudanças na tradução do instrumento ainda poderiam ser realizadas.

Após a realização do pré teste, será realizada a aplicação do instrumento de forma que as propriedades de medida possam ser estudadas.

### **5.2.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa do Brasil**

O FS-ICU (24) foi originalmente proposta na língua inglesa e, para ser utilizado na população brasileira, o mesmo requer passar por um processo de adaptação transcultural. Seguindo a proposta de Ferrer et al. (1996), Echevarría-Guanilo (2006) e Zanetti (2012), para essa etapa deve-se selecionar duas pessoas brasileiras, com amplo conhecimento da língua e cultura do país, no caso deste estudo da língua inglesa e cultura canadense.

Para esta etapa, serão convidados dois brasileiros bilíngues e com amplo domínio da língua inglesa e portuguesa. Prévio à realização da tradução será encaminhado um documento informando aos tradutores sobre a natureza, objetivo do estudo e, solicitar-se-á uma versão do instrumento para o português do Brasil de forma independente juntamente com uma justificativa da tradução, preservando a equivalência semântica dos itens do instrumento original.

Ao final desta etapa, será obtido duas versões independentes em português Versão Português 1 (FS-ICU-24-VP1) e Versão Português 2 (FS-ICU-24-VP2) do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU-24)*.

### **5.2.2 Obtenção do primeiro consenso das versões em português**

Para esta etapa será realizado uma reunião para avaliação das versões traduzidas para o idioma alvo, português do Brasil. A reunião será organizada pelas pesquisadoras (mestranda e orientadoras) e terá a participação dos tradutores participantes da primeira etapa, cujo desenvolvimento incluirá três momentos: 1º momento - Informações e esclarecimentos sobre os objetivos da reunião, do estudo e do instrumento “adaptar transculturalmente um instrumento de satisfação da família com pacientes na UTI, proposto no idioma inglês; comparar e elaborar um consenso das duas traduções em português”; 2º momento - Distribuição de cópias das versões traduzidas para os tradutores e pesquisadoras; e 3º momento - Leitura conjunta em voz alta e pausada de todas as partes do instrumento, incluindo as instruções. Será realizado uma leitura pausada de todas as partes do instrumento, incluindo as instruções e atentando para cada sessão e itens correspondentes.

O resultado desta etapa será uma versão consenso entre as traduções que receberá a denominação de Versão Português Consenso 1 (FS-ICU-24-VPC1).

### **5.2.3 Avaliação pelo Comitê de especialista**

Seguindo as recomendações de Ferrer et al. (1996), Dantas e Rossi (2004); Echevarria-Guanilo (2005) e Zanetti (2010), o instrumento FS-ICU-24-VPC1 será submetido a um comitê de especialistas, composto pelas pesquisadoras (mestranda e orientadoras) e quatro especialistas.

Tratar-se-á de uma avaliação, principalmente teórica, realizada por especialistas visando a avaliação sobre a compreensão dos itens (análise semântica) e pertinência dos mesmos ao construto que representam (análises dos itens propriamente dita). Para compor o comitê serão considerados como critérios: ser profissional da área da saúde, ter experiência na atenção a pacientes adultos e/ou família na UTI.

Assim, será enviada uma carta/convite informando-os sobre o objetivo do estudo e as etapas da reunião. A reunião será organizada pelas pesquisadoras e desenvolvida em três momentos: 1º momento – Orientação e esclarecimentos – sobre o objetivo do estudo e do instrumento; 2º momento - Distribuição de material produzido da etapa anterior. Será disponibilizado uma cópia do consenso entre as tradutoras para cada integrante do comitê; 3º momento - Leitura conjunta atenta e pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. As contribuições que surgirem serão devidamente anotadas pela mestrande e será obtido consenso entre aquelas que exigiam modificações na tradução, conservando as características do instrumento original.

No final de cada sentença será realizado pausa para avaliação dos itens do instrumento em uma escala de um à cinco pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a clareza, pertinência e relevância teórica do item, assim teremos um dado quantitativo da avaliação dos especialistas. O produto desta etapa será denominado: Versão Português Consenso 2 (FS-ICU-24-VPC2).

#### **5.2.4 “Back-translation” (retrotradução)**

A etapa “Back-translation” (retrotradução) consiste em traduzir a versão FS-ICU-24-VPC2 para o idioma de origem, língua inglesa. Dantas e Rossi (2004) e Echevarria-Guanilo (2005) destacam a importância da seleção dos tradutores quanto à qualificação acadêmica, o conhecimento do idioma de origem do instrumento e da língua-alvo.

Para esta etapa serão selecionados dois tradutores originários da língua inglesa com amplo domínio do português do Brasil e conhecedores da cultura brasileira, preferencialmente com algum conhecimento da área da saúde.

Prévio à realização das traduções, os (as) tradutores(as) serão informados pela pesquisadora principal quanto à natureza e objetivo do estudo e será solicitado aos tradutores, uma tradução independente.

O produto final desta etapa será a obtenção de duas versões em inglês, que serão denominadas: *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (24)* Versão em Inglês 1 (FS-ICU-24-VI1) e Versão em Inglês 2 (FS-ICU-24-VI2).

### **5.2.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a original**

Segundo Ferrer et al. (1996) e Zanetti (2012) esta etapa tem como principal objetivo avaliar as equivalências entre o instrumento original e o traduzido. Após a obtenção das duas retrotraduções será organizada uma reunião para elaboração de um consenso entre as versões traduzidas para o inglês que posteriormente será comparada com a versão original.

Antes da análise das versões pelos tradutores, serão convidadas duas estudantes de enfermagem que retornaram recentemente dos Estados Unidos da América (EUA) que possuem amplo conhecimento da língua inglesa. A reunião será conduzida pelas pesquisadoras. Nesta etapa as versões em inglês da etapa *back-translation* serão comparadas com a versão original e, realizar-se-á um consenso preliminar das versões entre as estudantes e os pesquisadores. Este consenso será denominado Versão Inglês Consenso Preliminar (FS-ICU-24-VICP).

Após obtenção do consenso preliminar, o mesmo será encaminhado aos tradutores das retrotraduções em inglês juntamente com a versão original e as duas versões traduzidas para construir o consenso em inglês que será chamado de Versão Inglês Consenso 1 (FS-ICU-24-VIC1).

A versão consenso em inglês será enviada por correio eletrônico a um dos autores do instrumento, será chamada de Versão Inglês Corrigida pelo Autor do Instrumento (FS-ICU-24-VICAI). Posteriormente a versão corrigida pelo autor será avaliada para gerar novo consenso em inglês, que denominará a Versão Inglês Consenso Final (FS-ICU-24-VICF). Ainda, após análise dos consenso anteriores com a versão original traduziu-se para o português novamente por um dos tradutores participantes da primeira etapa do processo de adaptação juntamente com as pesquisadoras para ser aplicada na avaliação semântica.

Para finalizar o processo de adaptação transcultural, a FS-ICU-24-VICF será traduzida para o português e comparada com a Versão Português Consenso 2 (FS-ICU-24-VPC2), a Versão Inglês Corrigida pelo Autor do Instrumento (FS-ICU-24-VICAI) e a versão original do FS-ICU (24). Nesta etapa, participarão as pesquisadoras do estudo e um dos tradutores participantes da primeira etapa do processo de adaptação e será obtido uma Versão Português Consenso 3 (FS-ICU-24-VPC3). Na tradução para o português priorizar-se-á manter itens compreensíveis e coerentes para facilitar o entendimento no português do Brasil.

### **5.2.6 Avaliação semântica dos itens**

Previamente à utilização de um instrumento de medida, autores recomendam que este seja submetido a uma análise semântica (PASQUALI, 1999; FERRER et al. 1996). A elaboração desta etapa após o *Back-translation* visa garantir a identificação de possíveis fragilidades no processo de tradução e retrotradução quanto à análise semântica, cultural, idiomática e conceitual; assim identifica inconsistências, discrepâncias ou dificuldade no processo de tradução (DANTAS; ROSSI, 2004; ECHEVARRIA-GUANILO, 2005).

Para o desenvolvimento desta etapa serão convidados intencionalmente três familiares dos pacientes, com diferentes níveis de que se enquadrem nos critérios de inclusão do estudo. Será esclarecido aos familiares que esta etapa objetiva avaliar o instrumento FS-ICU-24-VPC3 quanto a sua compreensibilidade e, será solicitada a observação de itens com necessidade de modificações por não possuírem clareza e entendimento.

Após aceitarem participar, as instruções e os itens serão lidos pausadamente pela pesquisadora principal, e será realizada discussão de cada item com registro da compreensão ou dificuldade. Portanto, o resultado desta etapa será a construção da Versão Português Consenso Final (FS-ICU-24-VPCF).

### 5.2.7 Pré-teste da versão em português

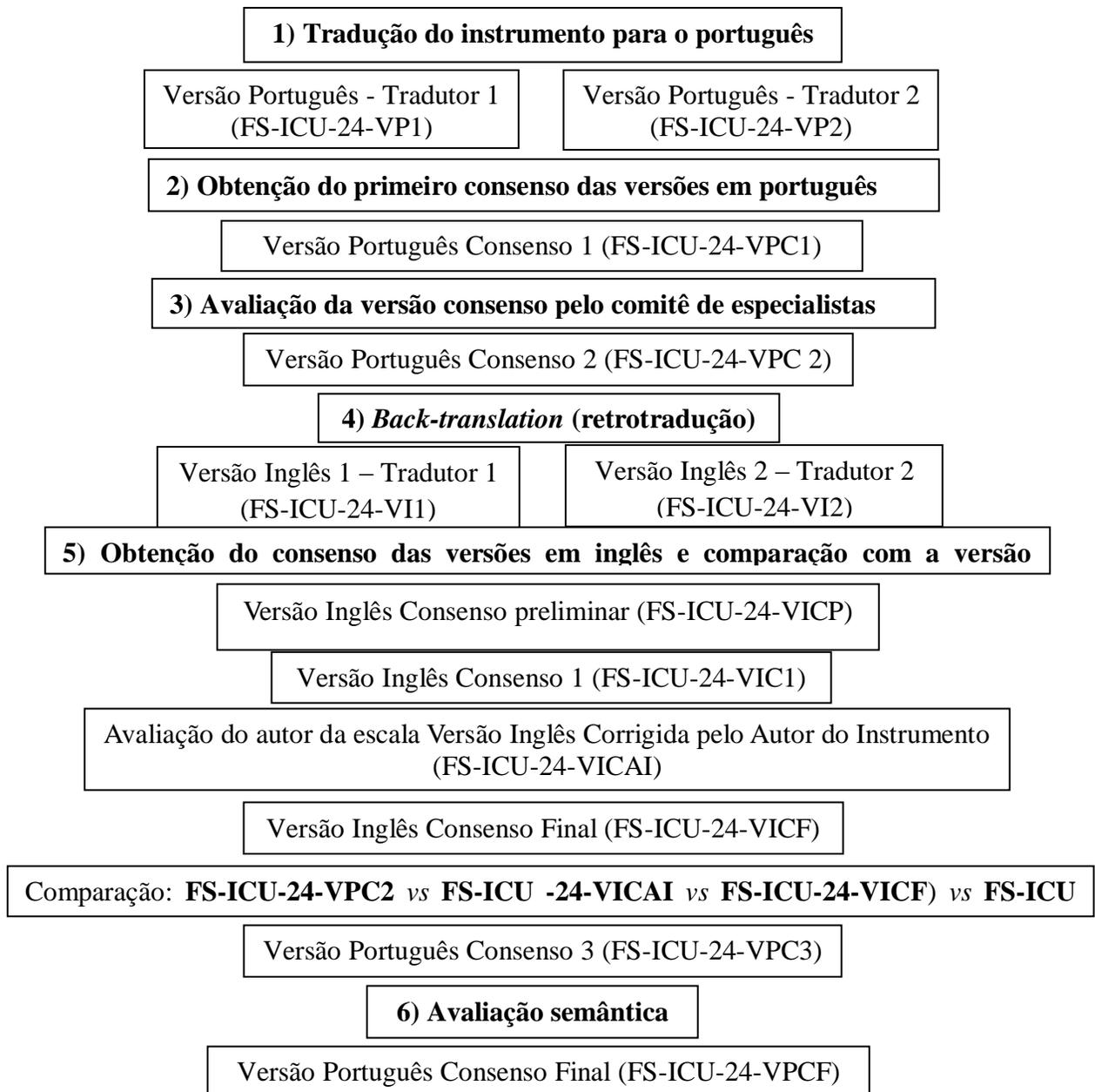
Na fase do pré-teste, a versão da FS-ICU-24-VPCF será aplicada a uma amostra da população alvo, ou seja, familiares de pacientes que estiveram internados na UTI.

Para esta fase será adotada a recomendação de Beaton et al. (2000) e Pasquali (2013), os quais recomendam que a amostra do pré-teste inclua de 30 a 40 participantes atendam os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Na etapa do pré-teste considera-se relevante a aplicação do instrumento por meio de entrevista. A opção pela aplicação do questionário em forma de entrevista apresenta entre as suas principais vantagens, possibilitar maior taxa de respostas, assim como permitir ao entrevistador a observação/avaliação de possíveis dificuldades de compreensão e oportuniza o registro de itens que possam não ser compreendidos pelos entrevistados (POLIT; BECK, 2011).

Para tanto, será realizada a aplicação fazendo-se a entrega de uma cópia do instrumento ao participante, sendo acompanhada a leitura de cada parte do instrumento pelo pesquisador. Destaca-se que nesta etapa, não poderão ser realizadas explicações, mas sim deve-se registrar as dificuldades. Cada item poderá ser lido por até três vezes e caso não haja compreensão, será registrado como ausência de resposta justificando qual a dificuldade apresentada. Ao final da aplicação do instrumento para avaliação semântica, o participante será questionado sobre a compreensibilidade e, caso os participantes não apresentem dúvidas a Versão Português Consenso 3 (FS-ICU-24-VPC 3) será renomeada para Versão Português Consenso Final (FS-ICU-24-VPCF).

Na figura 1 estão representadas as etapas que serão percorridas no processo de adaptação transcultural adotado para o FS-ICU (24).



**Figura 1.** Processo de adaptação transcultural do “*Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit*” (FS-ICU 24).

### **5.3 Procedimentos para coleta de dados para validação**

Esta sessão corresponderá às etapas para coleta de dados, iniciadas a partir da aplicação até o planejamento de análises estatísticas.

#### **5.3.1 Amostra do estudo**

A amostra será composta por familiares de pacientes que estavam internados na UTI e que evoluíram para alta ou óbito. Poderão participar um ou mais familiar de cada paciente, desde que contemplem os critérios do estudo. É preconizada pela psicometria tradicional (estudo das propriedades métricas) que deve ser considerada uma amostra de cinco a dez respondentes por item do questionário para se chegar a uma conclusão desejável e estatisticamente robusta (PASQUALI, 1998). O FS-ICU está formado por 24 itens, por esta razão será considerada uma amostra de no mínimo 120 participantes e, contemplando a possibilidade de perdas na participação será considerado 10% a mais, portanto as propriedades métricas da versão brasileira do FS-ICU (24) serão estudadas na aplicação desta em 132 familiares.

Para o pré-teste (teste piloto) serão entrevistados de 30 a 40 indivíduos representantes da população alvo da pesquisa, caso não sejam identificadas necessidades de alterações, estes farão parte dos 132 familiares entrevistados.

#### **5.3.2 Local do estudo**

O presente estudo será realizado em dois hospitais: Unidade de Terapia Intensiva adulto da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e na Unidade de Terapia Intensiva adulto particular e SUS do Hospital Universitário São Francisco de Paula.

### **5.3.2.1 Apresentação dos locais de coleta de dados**

A Santa Casa de Misericórdia de Pelotas é a mais antiga instituição assistencial e hospitalar em funcionamento na cidade de Pelotas, desde 1847, no sul do estado do Rio Grande do Sul. Oferece assistência para pessoas com diferentes patologias, exceto serviço de urgência e emergência. Desde 2007 possui certificação como instituição de ensino e, recebe acadêmicos de diversas áreas da saúde da Universidade Federal de Pelotas. O hospital caracteriza-se como instituição filantrópica, mas também recebe pacientes de convênios e particular.

A estrutura física da UTI geral compreende uma sala com nove leitos e, um leito destinado para isolamento respiratório, uma sala para materiais (respiradores, monitores), duas salas para materiais limpos e sujos, uma sala para reuniões, um quarto para médico plantonista, uma sala de recepção e espera, uma copa para funcionários e dois banheiros. Os leitos admitem pacientes de cirurgias, tais como: neurológicas, torácicas, cardíacas, vascular e geral. E, também pacientes com patologias clínicas provenientes das unidades de internação do hospital e/ou das emergências do município.

A equipe de profissionais é composta por uma técnica de enfermagem responsável pelos materiais, 20 técnicos de enfermagem, quatro enfermeiras assistenciais, uma enfermeira coordenadora, três fisioterapeutas, nove médicos plantonistas, dois rotineiros, um médico coordenador, duas nutricionistas (não são exclusivas da UTI), duas médicas residentes da residência médica em Medicina Intensiva (desde 2012). Conforme registros internos sobre dados relacionados a rotatividade dos pacientes neste setor, estima-se que seria necessário de 3 a 4 meses para alcançar o número de 132 participantes. Desta forma, fez-se necessário acrescentar outro local para coleta dos dados já que precisariam ser descontados aqueles que não se enquadrariam nos critério de inclusão da pesquisa.

O segundo local escolhido para a coleta dos dados foram as Unidades de Terapia Intensiva adulto particular e do SUS do Hospital Universitário São Francisco de

Paula (HUSFP). O hospital está vinculado a Universidade Católica de Pelotas (UCPel) desde 1976, porém foi inaugurado em 1958 como Hospital de Clínicas de Pelotas.

No HUSFP a UTI está dividida em área 1 e 2. Na área 1 há oito leitos com um banheiro compartilhado, dois leitos de isolamento equipados com banheiro, sala para materiais sujos/expurgo, sala para materiais limpos e sala para armazenar equipamentos, sendo os dez leitos para o SUS. Na área 2 há quatro leitos para pacientes com convênio e/ou particular e mais quatro leitos para o SUS, também possui uma sala para armazenar materiais para procedimentos de urgência e emergência como para drenagem torácica, cateterismo, dentre outros. Destaca-se nesta UTI a presença de um “monta carga” que facilita o envio de materiais entre UTI e a central de matérias esterilizados. A estrutura física também comporta um quarto para descanso dos médicos, uma sala de reuniões e uma cozinha para uso dos funcionários.

Entre estas unidades há apenas um corredor dividindo, a estrutura física em alguns momentos é compartilhada e possuem em comum uma saída alternativa com porta corta fogo em caso de sinistro. Em relação a rotatividade de pacientes estima-se que passam por mês nas duas unidades do HUSFP em torno de 50 pacientes, porém para este estudo deverá ser considerado que alguns não se encaixarão nos critérios de inclusão.

### **5.3.3 Coleta de dados**

Em posse de documento dos hospitais que autoriza o acesso aos registros da internação dos pacientes, a mestranda irá diariamente nas UTI's para identificar aqueles que saíram. Estima-se que a maioria dos pacientes que receberão alta da UTI por melhora clínica estarão no hospital, visto que a abordagem se fará logo após a saída da UTI e, em geral permanecem no mínimo 24 horas no quarto antes de receberem alta hospitalar. Desta forma, acredita-se que a maioria das abordagens será realizada no quarto. Caso o paciente não esteja no hospital o convite para participar da pesquisa dar-se-á via contato telefônico aos familiares, através de um modelo desenvolvido para realizar a abordagem (APÊNDICE B). Cabe salientar que em

situações em que o paciente evoluir para óbito da UTI, a família apenas será abordada após o sétimo dia do falecimento, já que precisam vivenciar seu luto.

A primeira abordagem com o familiar será realizada pela mestranda que fará uma breve apresentação e explicará sobre os objetivos do estudo e da importância da participação. Em todas as buscas e entrevistas a mestranda usará crachá de identificação com foto e uma carta de apresentação com assinaturas das orientadoras (APÊNDICE C).

Após o aceite em participar será agendada entrevista presencial conforme a disponibilidade do familiar. Com o intuito de garantir privacidade ao participante, será providenciada uma sala privativa para realização da entrevista, para os casos em que o paciente ainda permaneça nas unidades de internação da instituição hospitalar.

Para os casos em que o cliente receba alta hospitalar (transferência, óbito ou alta definitiva por melhora de condições) sem tempo hábil do familiar ser entrevistado no ambiente hospitalar, a entrevista será no domicílio do participante, sendo determinado que a entrevistadora se deslocará a uma distância de até 60 km do centro da cidade de Pelotas.

Para auxiliar na coleta de dados participarão como coletadores três enfermeiros e três acadêmicos de enfermagem que irão no local combinado para realizarem as entrevistas. Afim de organizar a coleta de dados, os coletadores serão divididos em duplas, ficando cada dupla responsável por uma UTI, portanto, dois com a UTI convênio do HUSFP, dois com a UTI SUS do HUSFP e dois com a UTI da SCMP. Além disso, para otimizar a comunicação entre a mestranda e as duplas, serão criados três grupos em um aplicativo de celular identificados como: “Coleta UTI convênio HUSFP”, “Coleta UTI SUS HUSFP” e “Coleta UTI Santa Casa”.

Cada coletador irá para a entrevista com: carta de apresentação em papel timbrado da UFPel com as assinaturas da mestranda e orientadoras do estudo (APÊNDICE D), manual do instrumento (APÊNDICE E), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) e instrumento para a coleta de dados (APÊNDICE G).

Segundo Polit e Beck (2011) a aplicação do questionário em forma de entrevista apresenta as vantagens de possibilitar mais respostas, permitir ao entrevistador a

observação/avaliação de possíveis dificuldades de compreensão e oportunizar o esclarecimento de itens que possam não ser compreendidos pelos entrevistados. Neste estudo, nos casos em que os familiares apresentem dificuldades de preenchimento do questionário, seja por dificuldade física (por exemplo, lesões das mãos ou acuidade visual diminuída) ou não souber ler ou escrever, este será informado da possibilidade da pesquisadora preencher o instrumento com as respostas.

#### **5.3.4 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão da amostra serão: familiares de pacientes que estiveram no mínimo dois dias internados na UTI, ser maior de 18 anos, de ambos os sexos, independente do grau de escolaridade, fluentes na língua portuguesa do Brasil. Destaca-se que poderá ser mais de um familiar por paciente, que tenha realizado no mínimo três visitas ou participado de no mínimo três notícias médicas. As notícias médicas são realizadas pelo médico rotineiro da UTI e os médicos residentes em terapia intensiva, uma vez por dia, no turno da manhã logo após a visita.

Considera-se que a permanência do paciente de no mínimo dois dias na UTI irá indicar que o familiar conseguiu pelo menos visitá-lo e observar o ambiente da UTI. A razão destas condições de participação deve-se a vivência da situação de internação do familiar e possibilidade de avaliação quanto à satisfação com o cuidado ou atendimento recebido naquele setor do hospital. Ressalta-se que todos os familiares serão previamente informados sobre a finalidade do estudo e, apenas participaram aqueles que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F).

#### **5.3.5 Critérios de exclusão**

Serão excluídos do estudo aqueles familiares de pacientes que não apresentem condições emocionais e cognitivas (dificuldade de compreensão das perguntas) que

impeçam a compreensão dos conteúdos nos instrumentos. Também serão excluídos aqueles familiares que residem a mais de 60 km do centro da cidade de Pelotas.

### **5.3.6 Princípios Éticos**

Para poder realizar a coleta de dados, inicialmente, o projeto de dissertação foi encaminhado ao Departamento de Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas juntamente com um formulário de solicitação para realizar a pesquisa na UTI da instituição; termo de compromisso de devolução científica e; folha de rosto institucional com informações sobre o projeto de pesquisa, conforme orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Obteve-se, então, aprovação pelo Departamento de Pesquisa da Santa Casa (ANEXO C).

Para coleta no HUSFP, o projeto de dissertação foi encaminhado ao NIEPAS (Núcleo de Integração Ensino, Pesquisa e Assistência) juntamente com o termo de compromisso para utilização de dados de prontuários médicos e o termo de compromisso para utilização de banco de dados. Obteve-se, então, autorização do NIEPAS para realizar a coleta (ANEXO D).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e a coleta de dados somente iniciou após recebimento de documento de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (ANEXO E).

Para o desenvolvimento da pesquisa foram seguidas as recomendações da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012) e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007<sup>1</sup>, conforme capítulo III, que trata do ensino,

---

<sup>1</sup> Capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que consistem as responsabilidades e deveres: Art. 89º- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 96 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade. Art. 97 - Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como,

pesquisa e produção técnico-científica, referindo-se às responsabilidades e deveres, em consonância com os artigos 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98 e 99.

Na concordância em participar do estudo, será solicitado a cada participante sua assinatura ou, caso não saiba assinar o nome será solicitada impressão digital, em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo que uma via ficará em posse do pesquisador e a outra com cada participante. Será informado aos familiares sobre a liberdade de desistir de participar do estudo a qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarrete em prejuízos ou mudanças no cuidado ao paciente (caso ele permaneça internado no hospital).

Os dados coletados na pesquisa serão armazenados em arquivo digital no computador do orientador responsável da pesquisa e cópia em material impresso, conforme operacionalização da resolução 466/12, artigo IX.2, após cinco anos serão extinguidos.

A pesquisa não acarretará riscos físicos, morais, psicológicos ou de qualquer outra natureza, entretanto, se ocasionar algum desconforto ou constrangimento, o participante poderá exercer seu direito de não responder às questões, agendar novo dia e horário para entrevista ou alguma outra pactuação que possa ser considerada necessária ou ainda interrupção da participação no estudo, sem que isto ocasione alguma mudança tanto para o familiar internado quanto para o familiar participante do estudo, no que diz respeito ao atendimento recebido na instituição.

Contudo, considera-se importante destacar que os resultados do presente estudo permitirão disponibilizar um instrumento de avaliação de satisfação dos familiares aos pacientes que estiveram internados na UTI, instrumento que poderá contribuir com a prática do cuidado da equipe de saúde.

## **5.4 Instrumentos de coleta de dados**

Para a coleta de dados será utilizado um roteiro para caracterização do familiar e do paciente (proposto pelas autoras do presente estudo), a Versão Português Consenso Final (FS-ICU-24-VPCF) produto da etapa de adaptação transcultural e os instrumentos validados: a Escala Visual Analógica (EVA) para satisfação, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o inventário de depressão de Beck.

### **5.4.1 Instrumentos de caracterização**

Foi estruturado um pequeno roteiro complementar para coleta de dados sociodemográficos do familiar e do paciente. As informações dos pacientes serão primeiramente respondidas sob consulta ao prontuário, porém poderão ser complementadas com informações fornecidas pelo familiar participante do estudo.

### **5.4.2 Instrumento em processo de validação: “Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)”**

Para o cálculo das pontuações do FS-ICU (24) os autores apresentam um processo de codificação e pontuação dos dados, que inclui a inserção dos dados não aplicáveis com numeração 1; 2; 3; 4; 5; 7 (não se aplica) e 8 (falta/ignorado) recodificação dos itens descontínuos é recomendado para ter a mesma escala de resposta com o resto do instrumento. Os autores orientam não recodificar as respostas “não aplicáveis” ou “faltando” e reforçam que alguns itens recodificáveis são encontrados apenas na escala FS-ICU (34), já que foram cortados alguns itens para FS-ICU (24) (CARENET, 2006).

Após verificação de erros de codificação, a escala de avaliação será transformada em uma escala de 0 a 100 pontos, na qual “0” seria menos satisfeito e “100” mais satisfeito. No instrumento FS-ICU (24), as questões devem ser respondidas

em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, sendo que apenas uma questão da escala apresenta opção de resposta não contínua e, neste caso, as respostas deverão ser recodificadas.

### **5.4.3 Instrumentos validados**

#### **5.4.3.1 Escala Visual Analógica (EVA) para a satisfação**

É um instrumento unidimensional que utiliza o julgamento visual em uma linha analógica de 100 mm de comprimento (dimensão padronizada). A mesma será utilizada para a mensuração da satisfação no momento da aplicação. A linha pode ser apresentada por palavras âncora que refletem a intensidade da resposta e pode ser apresentada na horizontal ou na vertical, porém é mais utilizada na horizontal (GIFT, 1989).

No presente estudo será utilizada uma linha contínua na horizontal, quanto mais à avaliação se aproximar dos extremos indicará os níveis de satisfação, sendo a extremidade da esquerda indicando “muito insatisfeito” e da direita “muito satisfeito” (ANEXO F).

#### **5.4.3.2 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi proposto por Spielberger (1970) e adaptado por Biaggio e Natalício (1979) para a população brasileira. O IDATE possui 40 itens sendo divididos em dois instrumentos: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Cada escala contém 20 itens e cada item possui quatro opções de resposta (1 – não, 2 – um pouco, 3 – bastante e 4 totalmente), somando-se valores totais de 20 a 80 pontos cada subescala (SPIELBERGER, 1981).

A ansiedade-traço é definida como a tendência que o indivíduo tem de apresentar ansiedade. A ansiedade-estado está relacionada a um estado transitório de ansiedade. Estes fatores podem ser influenciados por fatores externos (SPIELBERGER, 1981). Neste estudo, optou-se pela aplicação do instrumento que avalia ansiedade-estado do familiar que esteve com paciente na UTI.

Para análise dos valores de ansiedade considerou-se a medida contínua, na qual os valores da escala variam de 20 a 80 pontos no total, sendo que na descrição da amostra, a pontuação total será classificada da seguinte forma: 20 a 40: baixa ansiedade; 41 a 60: média ansiedade e 61 a 80: alta ansiedade (ANEXO G).

#### **5.4.3.3 Inventário de depressão de Beck (IDB)**

Este instrumento foi proposto por Beck et al. (1961) e adaptado para o português por Gorenstein e Andrade (1996 e 1998). O IDB possui 21 itens e cada um apresenta quatro alternativas de resposta que variam de zero a três pontos, tendo uma pontuação total de 63 pontos e quanto maior os valores somados, maior a depressão. Os itens são referentes a sentimento de tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

Para amostras de pacientes com transtorno afetivo é recomendado uma pontuação menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave (ANEXO H).

Para a análise de dados do referente estudo, será considerada a medida contínua do resultado total da escala (variação de zero a 63 pontos). É importante destacar, que o presente estudo não tem o objetivo de estabelecer diagnóstico médico de depressão; e os valores obtidos serão utilizados como orientadores de alterações

relacionadas a depressão que podem interferir na satisfação do familiar quanto ao cuidado do seu ente querido na UTI.

## **5.5 Variáveis do estudo**

### **5.5.1 Variáveis dependentes**

Variável principal do estudo: a satisfação dos familiares. Dividida em duas subvariáveis: 1) satisfação com o atendimento em geral e 2) satisfação com a tomada de decisão no cuidado.

Variáveis secundárias: Satisfação em geral com a Escala Visual Analógica, ansiedade traço-estado e depressão.

### **5.5.2 Variáveis independentes**

As variáveis independentes encontram-se no instrumento FS-ICU (24) que está dividido em dois seguimentos que abordam sobre satisfação do familiar quanto ao atendimento dos profissionais da UTI e do ambiente em geral.

## **5.6 Análise das propriedades psicométricas da versão FS-ICU (24) adaptada para o português do Brasil**

### **5.6.1 Validade convergente, discriminante e por Rotação Varimax**

A validade de um instrumento está relacionada com a capacidade dele medir aquilo que se propôs a medir (MARTINS, 2006). O instrumento deve atender os

objetivos da pesquisa, desse modo é necessária a realização de testes de validade e de fidedignidade dos instrumentos de medida a serem utilizados (MORON, 1998).

Para avaliar a validade de construto convergente serão aplicados juntamente a FS-ICU - VPF a Escala Visual Analógica (EVA) para a satisfação, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o inventário de depressão de Beck (IDB). A escolha destes instrumentos deve-se a necessidade de comparação da satisfação da família (avaliado pelo FS-ICU 24) com medidas que avaliam construtos relacionados.

Portanto, serão realizadas correlações de Pearson, a qual pode varia de zero a um (quanto mais próximo de um, melhor o indicativo de relação entre as variáveis estudadas).

Para avaliar a validade de construto discriminante optou-se por avaliação de grupos conhecidos. Neste caso, será avaliada a capacidade do instrumento identificar diferenças entre os familiares segundo a perda ou não do familiar. Na literatura, identifica-se que a satisfação das famílias está relacionada ao cuidado que seu familiar recebeu independente de ele tenha sobrevivido ou não. Heyland et al. (2003) em um estudo que entrevistou 256 familiares de pacientes que morreram na UTI, 57% se sentiram muito apoiados pela equipe, 82% acreditaram que a vida não foi prolongada e nem encurtada, quanto ao atendimento 52% classificaram como excelente.

A validade de construto também será avaliada pela análise fatorial confirmatória (Rotação Varimax). Desta forma, permitirá a identificação e correlação da distribuição de itens do instrumento em dois componentes, conforme a versão original: Satisfação da família em geral e com a tomada de decisão em torno dos cuidados.

### **5.6.2 Análise de confiabilidade**

A análise de confiabilidade diz respeito à constância dos resultados quando o mesmo indivíduo ou objeto é avaliado mais de uma vez, ou seja, a confiabilidade de uma medida é a confiança que ela demonstra. Dessa forma, é uma medida fidedigna, estável e consistente (MARTINS, 2006).

Para avaliação da consistência interna dos itens que compõem a FS-ICU (24) será aplicado o teste de Alfa de Cronbach. Pasquali (2013) refere que o Alfa de *Cronbach* é um dos indicadores mais utilizados para avaliação da consistência interna amostra sendo que quanto maior for o valor, maior a consistência interna dos itens. Para os casos em que medidas possam apresentar inconsistentes, caberá ao pesquisador a adoção de valores considerados aceitáveis.

Para tanto serão considerados os valores de referência propostos por Ajzen e Fishbein (1998), no qual 0,30 são consideradas correlações baixas, de 0,30 a 0,50 correlações moderadas e acima de 0,50 correlações altas. As correlações que podem ser avaliação tanto em sentido positivo quanto negativo.





## 7 Orçamento

Na tabela abaixo estão descritos os recursos materiais que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Unitário</b>	<b>Custo (R\$)</b>
Lápis	10	01,00	10,00
Caneta	05	02,00	10,00
Borracha	10	00,50	05,00
Apontador	10	02,00	20,00
Prancheta	08	04,00	32,00
Envelope	10	01,50	15,00
Papel Ofício	1000	00,05	50,00
Impressão	1000	0,20	200,00
Revisão de Português	02	150,00	300,00
Encadernação	06	13,00	78,00
Capa Brochura	05	60,00	300,00
Notebook	01	2.000,00	2.000,00
Xérox	5300	00,10	530,00
Pen-drive	03	25,00	75,00
Almofada carimbo	10	20,00	200,00
Combustível	100	R\$ 3,70	370,00
Tradutores inglês-port.	02	R\$ 280,00	560,00
Tradutor1 port.- inglês	01	R\$ 225,00	225,00
Tradutor2 port. - inglês	01	R\$ 455,00	455,00
<b>Total*</b>	--	--	<b>R\$ 5.500,00</b>

\*Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora.

## REFERÊNCIAS

AJZEN, J. FISHBEIN, M. Overview. In: \_\_\_\_\_. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

ÂNGELO, M.; BOUSSO, R. S.; ROSSATO, L. M.; DAMIÃO, E. B. C.; SILVEIRA, A. O; CASTILHO, A. M. C. M.; ROCHA, M. C. P. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, p. 1337-1341, 2009.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGGINA, A. C. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 419-425, 2007.

AZOULAY, E.; POCHARD, F.; CHEVRET, S.; JOURDAIN, M.; BORNSTAIN, C.; WERNET, A. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. **Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.165, p. 434-435, 2002.

AZOULAY, E. POCHARD, F. KENTISH-BARNES, N. Risk of Post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. **Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, p.987-994, 2005.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & *Quick* DASH Outcome Measures. **Institute for Work & Health**. Revised June 12, 2007.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, Dec. 2000.

BIAGGIO, A.; NATALICIO, L. F. **Manual do inventário ansiedade traço-estado**: IDATE. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

BOWLING, A. **La medida de La salud**: revision de lãs escalas de medida de La calidad de vida. Barcelona. p.222, 1994.

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 3<sup>rd</sup> ed. Berkshire: Open University Press, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.

CARENET – Canadian Researchers at the End of life Network. **Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU): Instructions for Recoding and Scoring**. Disponível em: [www.thecarenet.ca/familysatisfaction/](http://www.thecarenet.ca/familysatisfaction/). Visualizado em: 10 de agosto de 2014.

CLARK-CARTER, D. **Doing quantitative psychological research: from design to report**. 3<sup>rd</sup> ed. Hove: Psychological Press, p.666, 1999.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 311/2007**. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007.

Conselho Federal de Psicologia. **Resolução 002**. Brasília: MS, 2003.

CUMMINGS, S. R.; STWART, A.; RULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S.B. et al. Delineamento e pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, p.264-281, 2003.

DANTAS, R. A. S.; ROSSI, L. A. **Tradução e adaptação de instrumentos na área da saúde: uma nova proposta**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2004. In: ENCONTRO ÍBERO AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 2<sup>o</sup>, 2004, Porto Alegre (Apresentação em pôster).

DODEK, P.M.; HEYLAND, D.K.; ROCKER, G.M.; COOK, D.J. Translating family satisfaction data into quality improvement. **Critical Care Medicine**, v.32, p.1922-1927, 2004.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS: Adaptação transcultural e validação preliminar**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos (Orgs.). O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2004.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e saúde coletiva** [online]. v.10, p.303-312, 2005.

FAYERS, P. M.; HAYS, R. **Assessing quality of life in clinical trials**. 2ed. Oxford: Oxford University Press, p.467, 2005.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: \_\_\_\_\_ **Quality of life**. London: Wiley, p.45-71, 2007.

FERRER, M.; ALONSO, J.; PRIETO, L.; PLAZA, V.; MONSÓ, E.; MARRADES, R.; AGUAR, M. C.; KHALAF, A.; ANTÓ, J. M. Validity and reliability of the St Georges's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, Lausanne, v. 9, p. 1160-6, 1996.

GIFT, A.G. Visual Analogue Scales: measures of subjective phenomena. **Nursing Research**, New York, v. 38, n.5, p. 286-286, 1989.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; GUERRA VIERA, A. H.; TENG CHEI, T.; ARTES, R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. **Journal of clinical psychology**, Hoboken, v.55, n.5, p. 553-562, May 1999.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.5, n.25, p.245-250, 1998.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v.29, n.4, p.453-457, Apr 1996.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D.E. Cross- cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p.1417-1432, 1993.

HEYLAND, D.K.; TRANMER, J.E. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. **Journal Critical Care**. v.16, n.4, p.142-9, 2001.

HENRICH, N.J.; DODEK, P.; HEULAND, D.; COZINHEIRO, D.; ROCKER, G.; KUTSOGIANNIS, D.; et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. **Crit Care Med**. v. 39, n. 5, p.1000-1005, 2011.

HUGHES, F; BRYAN, K; ROBBINS, L. Relatives' experiences of critical care. **Nursing in Critical Care**. v.10, n.1, p. 23-30, 2005.

JAMESON, P.A; SCHEIBMER, M.; BOTT, M.J; CRIGHTON, F.; HINTON, R.H; COBB, A.K. **The experiences of families with a relative in the intensive care unit** (review). *Heart Lung*. v.25, n.6, p.467-74, 1996.

LO-BIONDO, W.G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação, Crítica e Utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.330, 2001.

MARTINS, G.A. **Sobre confiabilidade e validade**. RBGN. São Paulo. v.8, n.20, p.1-12, jan/abr. 2006.

MCDONAGH, J. R.; ELLIOTT, T. B.; ENGELBERG, R. A.; TREECE, P. D.; SHANNON, S. E.; RUBENFELD, G. D. Family satisfaction intensive care unit: increased proportion

of family speech is associated with increased satisfaction. **Critical Care Med.** v.32, n.7, p.1484-8, 2004.

MENEZES, P.R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria, **Revista de Psiquiatria clínica**, v.25, p.214-216. 1998.

MOLTER, N. C. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. **Heart Lung.** v.8, n.2, p.332-9, 1979.

MORON, M. A. M. **Concepção, desenvolvimento e validação e instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais.** Dissertação (Mestrado). Porto Alegre, 1998.

NASCIMENTO, E. R.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (uti): teoria humanística de paterson e zderad. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v.12, n.2, p. 250-7, 2004.

NEVES, F.B.C.S; DANTAS, M.P; BITENCOURT, A.G.V; VIEIRA, P.S; MAGALHÃES, L.T; TELES, J.M.M; FARIAS, A.M.C; MESSEDER, O.H.C. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v.21, n.1, p.32-37, 2009.

PASQUALI, L. Princípios da elaboração de escalas psicométricas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.5, p.206-213. 1998.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de psiquiatria clínica.** v. 28, n. 3, p. 212-217, 1998.

PASQUALI, L. **Psicometria:** Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 2013.

PASQUALI, L. Testes referentes a construtos: teoria e modelo de construção. In:\_\_\_\_\_. **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília. LabPAM/IBAPP, p.37-71, 1999.

PEDROSO, R.S.; OLIVEIRA, M. da S.; ARAÚJO, R.B.; MORAIS, J.E.D. Tradução, equivalência semântica e adaptação cultural do Marijuana Expectancy Questionnaire (MEQ). **Psico-USF.** v. 9, n. 2, p. 129-136, 2004.

POLIT D.F.; BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed; p. 669, 2011.

PORCHARD, F. DARMON, M. FASSIER, T. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. **Journal Critical Care**, v.20, p.90-96, 2005.

PUGGINA, A.C.; IENNE, A.; CARBONARI, K.F.B.S.F.; PAREJO, L.S.; SAPATINI, T.F.; SILVA, M.J.P. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares

em Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.2, p.283-283, 2014.

REICHENHEIM, M. E.; Moraes, C. L. Qualidade dos instrumentos epidemiológicos (cap. 13). In: Almeida-Filho, N.; Barreto, M. (Org.). **Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações**. 1ed.Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 150-164, 2001.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública** [online], v.41, n.4, p. 665-673, 2007.

RODRÍGUEZ, A. M.; GREGORIO, M. Á. P. S. Psychosocial Adaptation in Relatives of Critically Injured Patients Admitted to an Intensive Care Unit. **The Spanish Journal of Psychology**, v.8, n.1, p.36-44, 2005.

ROTHEN, H.U.; STRICKER, K.H; HEYLAND, D.K. **Family satisfaction with critical care: measurements and messages**. *Curr Opin Crit Care*, v.16, n.6, p. 623-31, 2010.

SILBESTEIN, D. La familia un paciente olvidado. **Revista Rol de Enfermería**, v.223, p.25-30, 1997.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [online], v.19, n.4, p. 481-484, 2007.

SOUSA, V.D; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use um cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. p.268-274, 2011.

SPIELBERGER, C.D. **Tensão e ansiedade**. São Paulo: Harper & Row Brail, 1981.

TORRENTS, R.; OLIVA, E.; SAUCEDO, M.J.; SURROCA, L.; JOVER, C. Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada. **Enfermagem Intensiva**, v.14, n.2, p.49-60, 2003.

STAPLETON RD1, ENGELBERG RA, WENRICH MD, GOSS CH, CURTIS JR. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v.34, n.6, p.1679-85, 2006.

VERHAEGHE, S.; DEFLOOR, T.; VAN ZUUREN, F.; DUIJNSTEE, M.; GRYPDONCK, M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. **Journal Clinical Nursing**, v.14, n.4, p.501-9, 2005.

WALL, R. J.; ENGELBERG, R. A.; LOIS DOWNEY, M. A; HEYLAND, D. K.; CURTIS, J. R. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. **Critical Care medicine**. v.35, n.1, 2007.

WALLAU, R.A. et al. Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [online], vol.18, n.1, p.45-51, 2006.

WRIGHT, L.M.;LEAHEY,M. **Enfermeiras e famílias**:um guia para avaliação e intervenção na família. 4 ed. São Paulo: Roca, 2008.

WRIGHT, L.M.; WATSON, W.L., BELL, J.M. **Beliefs**: The heart of healing in families and illness. New York:basic Books.1996.

ZANETTI, A. C. G. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do Family Questionnaire (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia**. 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

## APÊNDICES

## Apêndice A – Validação do Instrumento FS-ICU (24) no mundo

Autor (s)	Título	Idioma	País
Maria Maliarou	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ©  FS-ICU (24)	Grego	Grécia
Alberto Pagnamenta	Questionario per la valutazione del grado di soddisfazione della famiglia per le cure ricevute nel reparto di medicina intensiva	Italiano	Itália
Mateo Neftali Garcia Gomez	Satisfacción familiar con el cuidado del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos©® SF-UCI (24)	Espanhol	México
Knut Dybwik	Familiers tilfredshet med behandlingen/pleien på intensivavdelingen. En undersøkelse med bruk av spørreskjemaet FS-ICU 24©	Norueguês	Noruega
Gro Frivoldte, Åshild Slettebø & Bjørg Dale	Familie tilfredshet med pleie og ivaretagelse i Intensivavdelingen  FS-ICU (24)	Norueguês	Noruega
Teresa Cruz	Satisfação da Família em relação à Assistência na Unidade de Cuidados Intensivos© SF-UCI (24)	Português	Portugal
Marco Lopez Chacon	Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos©  SF-UCI (24)	Espanhol	Espanha
Ing-Mari Soderstrom	Frågor om tillfredsställelse med vården <sup>1</sup>	Sueco	Suécia
Sophie Bugnon & Claude Tonnerre	Service des soins intensifs	Francês	França

Informações obtidas no site: [www.thecarenet.ca/familysatisfaction](http://www.thecarenet.ca/familysatisfaction).

## **Apêndice B - Modelo para contato com o familiar**

Bom dia/boa tarde,

Sou enfermeira e estou desenvolvendo, juntamente com a Faculdade de Enfermagem da UFPel, uma pesquisa com os familiares dos pacientes que estiveram internado na UTI, pois pretendo validar no Brasil um instrumento de pesquisa sobre satisfação da família de pacientes que estiveram internados na UTI.

Consegui o seu contato na UTI da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas ou HUSFP. O(a) senhor(a) é familiar do Sr(a).....?

Participou das visitas e/ou notícias médicas enquanto seu familiar esteve na UTI? Se sim, quantas?

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar desta pesquisa.

**Se sim:** Qual o melhor local, dia e horário?

**Se não:** Agradecer.

## **Apêndice C – Carta de apresentação da mestranda aos hospitais**

À Chefia da Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

### **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Eu, Josiele de Lima Neves, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz e co orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo coordenamos a pesquisa “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil” e, venho por meio desta informar o início da coleta de dados que foi aprovada pela direção do Hospital em 28 de outubro de 2014. O objetivo do projeto é realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil. A coleta de dados será iniciada a partir da consulta dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na última semana de forma que possamos realizar contato com o familiar.

Reforçamos a importância da contribuição deste serviço, pois a conclusão da presente pesquisa, terá como resultado a disponibilidade de um instrumento adaptado para o português do Brasil, o qual permitirá que profissionais de saúde avaliem a satisfação da família de pacientes que foram atendidos na UTI. Desta forma, equipe, família e pacientes poderão se beneficiar com a disponibilidade deste instrumento de avaliação no Brasil. Ainda, a utilização deste instrumento de avaliação permitirá a comparação de resultados, visto que o mesmo já foi validado em diversos países, e vem contribuindo com a tomada de decisão frente ao cuidado de pacientes nestes serviços, favorecendo a melhora da qualidade do cuidado. Dessa forma, após a validação do instrumento, este será disponibilizado e espera-se que este possa ser aplicado nos serviços de UTI, com o intuito de promover melhorias na qualidade do atendimento dispensado ao paciente e a sua família, tanto na identificação dos

aspectos que referem melhoria, quanto na proposta de estratégias para a promoção do cuidado, caso estas sejam necessárias.

Enfatizamos que não será realizado entrevista com o familiar enquanto o paciente estiver internado na UTI, mas sim após sua alta ou óbito. Assim, comunico que os dados dos prontuários deverão ser avaliados a princípio no período de: junho a setembro de 2015.

Agradecemos sua compreensão e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que sejam considerados necessários.

Atenciosamente,

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz*

*Orientadora*

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo*

*Coorientadora*

---

Enfermeira Josiele Neves

Mestranda

À Chefia da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário São Francisco de Paula

### **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Eu, Josiele de Lima Neves, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz e co orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo coordenamos a pesquisa “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil” e, venho por meio desta informar o início da coleta de dados do estudo que recebeu autorização pelo Núcleo de Integração Ensino, Pesquisa e Assistência – NIEPAS em 12 de março de 2015. O objetivo do projeto é realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil. A coleta de dados será iniciada a partir da consulta dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na última semana de forma que possamos realizar contato com o familiar.

Reforçamos a importância da contribuição deste serviço, pois a conclusão da presente pesquisa, terá como resultado a disponibilidade de um instrumento adaptado para o português do Brasil, o qual permitirá que profissionais de saúde avaliem a satisfação da família de pacientes que foram atendidos na UTI. Desta forma, equipe, família e pacientes poderão se beneficiar com a disponibilidade deste instrumento de avaliação no Brasil. Ainda, a utilização deste instrumento de avaliação permitirá a comparação de resultados, visto que o mesmo já foi validado em diversos países, e vem contribuindo com a tomada de decisão frente ao cuidado de pacientes nestes serviços, favorecendo a melhora da qualidade do cuidado. Dessa forma, após a validação do instrumento, este será disponibilizado e espera-se que este possa ser aplicado nos serviços de UTI, com o intuito de promover melhorias na qualidade do atendimento dispensado ao paciente e a sua família, tanto na identificação dos aspectos que referem melhoria, quanto na proposta de estratégias para a promoção do cuidado, caso estas sejam necessárias.

Enfatizamos que não será realizado entrevista com o familiar enquanto o paciente estiver internado na UTI, mas sim após sua alta ou óbito. Assim, comunico que os dados dos prontuários deverão ser avaliados a princípio no período de: junho a setembro de 2015.

Agradecemos sua compreensão e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que sejam considerados necessários.

Atenciosamente,

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz*

*Orientadora*

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo*

*Co orientadora*

---

*Enfermeira Josiele Neves*

*Mestranda*

## Apêndice D - Carta de apresentação dos coletadores



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELotas  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Vimos por meio desta apresentar a \_\_\_\_\_, coletadora de dados da dissertação da aluna Josiele de Lima Neves, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz e co orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo.

A finalidade deste trabalho é realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil.

Dessa forma, gostaríamos de sua autorização para a aplicação de um questionário sobre sua satisfação em relação a permanência do seu familiar na Unidade de Terapia Intensiva. Assumimos o compromisso de que seu nome não será divulgado, que seus dados serão utilizados apenas para a pesquisa e que sua participação não acarretará em custos ou prejuízos para sua pessoa ou seu familiar.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, o senhor (a) poderá procurar a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas pessoalmente ou pelo telefone (53) 84133085 e falar com Josiele Neves.

Obrigada pela participação!

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz*

*Orientadora*

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo*

*Co orientadora*

---

*Enfermeira Josiele Neves*

*Mestranda*

## Apêndice E – Manual dos Instrumentos para coleta de dados



Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem



**Manual dos instrumentos para coleta de dados:** Adaptação transcultural do questionário Adaptação transcultural e validação do instrumento *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil.

### Atenção

- Você deverá entrevistar familiares de pacientes que tenham permanecido no mínimo três dias (72 horas) internados na UTI;
- Somente os familiares que tenham realizado no mínimo três visitas ou participado de no mínimo três notícias médicas serão convidados a participar do estudo;
- Você deverá entrevistar os familiares com idade igual ou superior a 18 anos;
- Os participantes da pesquisa poderão ser de ambos os sexos;
- Os entrevistados deverão ser fluentes em português e o grau de escolaridade não será critério de exclusão para a participação no estudo;
- O entrevistador se deslocará a uma distância de até 60 km do centro da cidade de Pelotas para realizar a entrevista;
- O instrumento poderia ser autoaplicável, porém por se tratar de um instrumento em processo de validação, precisa ser em formato de entrevista, pois o objetivo principal neste momento não é avaliar a satisfação da família, mas sim validar o instrumento para o português do Brasil. Mas caso o entrevistado preferir marcar suas respostas, pode lhe ser permitido, apenas fique atento se ele respondeu todo o instrumento;
- Ao iniciar, apresente-se, fale porque você está ali e pergunte se o familiar deseja participar do estudo que tem como objetivo: Realizar a adaptação transcultural e a validação do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil;
- Após aceitar participar do estudo, o familiar deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas cópias, sendo uma para o participante e a outra para ser arquivada com os demais documentos da pesquisa;
- Se o entrevistado não entender alguma questão, você pode ler até três vezes. Se mesmo assim ele preferir deixar em branco, por favor, anote o motivo;
- Antes de ler os itens do instrumento, leia SEMPRE o cabeçalho para que o leitor permaneça atento a entrevista;
- Preencha o questionário com letra legível;
- Em caso de dúvidas, anote tudo no questionário e converse com os pesquisadores responsáveis;
- Esteja sempre com o crachá de identificação durante as entrevistas.

## INSTRUMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO

<b>Dados de identificação do entrevistador</b>
<p><b>1. Número do questionário:</b> _ _ _</p> <p>* Todo questionário terá um número de identificação com três dígitos iniciando em 001, seguindo em sequência.</p>
<p><b>2. Unidade de Terapia Intensiva:</b> _ _</p> <p>Deve-se colocar o número correspondente a Unidade de Terapia Intensiva.</p> <p>- Santa Casa de Misericórdia de Pelotas: 01</p> <p>- Hospital Universitário São Francisco de Paula (UTI convênio/particular): 02</p> <p>- Hospital Universitário São Francisco de Paula (UTI SUS): 03</p>
<p><b>3. Coletador (a):</b> _____ <b>Código:</b> _ _</p> <p>* Complete com seu nome e código correspondente.</p> <p>Códigos:</p> <p>(1) Andréia Frohlich;</p> <p>(2) Brenda do Amaral Tuerlinckx Vaz;</p> <p>(3) Guilherme Cavada;</p> <p>(4) Paulo Fuculo;</p> <p>(5) Luisa Bressler;</p> <p>(6) Luiza Pereira Vargas Rodrigues.</p> <p><b>Data da entrevista:</b> _ _ / _ _ / _ _ _ _</p> <p><b>Horário do início da entrevista:</b> _ _ : _ _</p> <p><b>Horário do término da entrevista:</b> _ _ : _ _</p> <p>* Preencha a data, o horário do início e término da entrevista, utilizando a formatação da data (dd/mm/aaaa).</p> <p>* Hora do início e término da entrevista deverão ser escritas no modo 24 horas, exemplo: 05:25 horas da tarde, deve ser codificada como 17:25.</p>
<b>Dados sobre o paciente</b>
<p><b>4. Número do prontuário:</b> _ _ _ _</p> <p>* Conforme a codificação utilizada por cada hospital.</p>
<p><b>5. Número do quarto:</b> _ _ _ _</p>
<p><b>6. Nome do paciente:</b> _____</p> <p>* Nome completo.</p>
<p><b>7. Qual data de nascimento:</b> _ _ / _ _ / _ _ _ _ (anos: _ _ _)</p> <p>* Avaliar no prontuário e registrar.</p>
<p><b>8. Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino</p> <p>* Marque o sexo do(a) paciente conforme o prontuário.</p>
<p><b>9. Motivo da internação na UTI (patologia):</b></p>

<p>* Avaliar no prontuário (parecer médico).</p>
<p><b>10. Número de internações na UTI (no último ano):</b> __ __</p> <p>* Pode ser questionado ao familiar caso não seja descrito no prontuário. Considerar a informação do familiar caso tenha sido internado em outra UTI no último ano.</p> <p>* No último ano, ou seja, considerar o mês que você estiver aplicando o questionário. Ex.: Se a entrevista for realizada em julho de 2015, considerar as internações a partir de julho de 2014.</p> <p>* Marque '1' se a informação foi obtida através do prontuário e '2' se foi referido pelo familiar.</p>
<p><b>11. Data da última internação:</b> __ / __ / ____ <b>Data da alta:</b> __ / __ / ____</p> <p>* Avaliar no prontuário.</p>
<p><b>12. Tipo de internação:</b></p> <p>(1) SUS;</p> <p>(2) Convênio;</p> <p>(3) Particular.</p>
<p><b>Dados sobre o familiar</b></p>
<p><b>13. Nome:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>* Nome completo</p> <p><b>Endereço:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Ponto de referência:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>* Solicitar informações básicas para conseguir chegar ao destino.</p> <p><b>Número de telefone:</b> ( __ ) _____</p> <p>* O telefone será a primeira forma de contato com o familiar e será identificado pela ficha de internação hospitalar.</p>
<p><b>14. Qual data de nascimento:</b> __ / __ / ____ <b>(anos: __ __)</b></p> <p>* Questione a data de nascimento e a idade do entrevistado e registre. Dado preferencial é a data de nascimento.</p>
<p><b>15. Quantas vezes você visitou seu familiar enquanto estava internado na UTI? (Última internação):</b> __ __</p> <p>* Ter visitado o paciente no mínimo três vezes é um critério de inclusão do familiar na pesquisa. Esta pergunta deverá ser feita quando ligar para convidar para participar do estudo.</p>

**“FAMILY SATISFACTION WITH CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT (FS-ICU 24) – VERSÃO BRASILEIRA”**

<b>DADOS DEMOGRÁFICOS:</b>
<b>Por gentileza, responda as seguintes questões para conhecermos mais sobre você e seu relacionamento com o paciente.</b>
<b>1. Sexo:</b> (1) Homem (2) Mulher
* Marque o sexo do(a) entrevistado(a) sem questionar.
<b>2. Idade:</b> _ _ _
* Questione a idade do entrevistado e registre.
<b>3. Seu grau de parentesco em relação ao familiar (paciente):</b>
(1) Esposa (2) Marido (3) Parceiro/companheiro (4) Mãe (5) Pai (6) Irmão(a) (7) Filho(a) (8) Outros (especifique): _____.
* Esposa ou marido (Será marcado esta alternativa se o entrevistado(a) relatar ser casado(a) legalmente com o paciente);
* Parceiro (a)/companheiro (a) (Será marcado esta alternativa se o entrevistado(a) relatar que apenas moram juntos);
* As demais alternativas serão marcadas conforme o que for referido pelo entrevistado.
<b>4. Você já teve, anteriormente, a experiência de acompanhar um familiar internado em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva)?</b> (1) Sim (2) Não
* Em caso de dúvidas, deixe claro que a pergunta está se referindo a experiência anterior a esta última internação e que estamos nos referindo a qualquer familiar, não necessariamente este último familiar.
<b>5. Você mora com o familiar (paciente)?</b> (1) Sim (2) Não
Padroniza a linguagem, sempre que estiver se referindo ao familiar que esteve internado diga: ‘familiar (paciente)’.
<b>Caso não more, qual é a frequência com que você vê o familiar (paciente)?</b>
(1) Mais de uma vez na semana (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Anualmente (5) Menos de uma vez por ano
* Reforce que estamos questionando sobre a frequência de agora. Caso ele tenha falecido, considerar a pergunta no tempo passado.
<b>6. Onde você mora?</b> (1) Na cidade onde o hospital está localizado (2) Fora da cidade
<b>SUAS OPINIÕES SOBRE A PERMANÊNCIA DO SEU FAMILIAR NA UTI</b>
<b>PARTE 1: SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO</b>
<b>Por gentileza, marque a opção que melhor reflete sua opinião. Se a questão não se aplica a estadia de seu familiar marque o item não aplicável (N/A).</b>
<b>COMO NÓS TRATAMOS SEU FAMILIAR (O PACIENTE)?</b>
<b>1. Preocupação e Cuidado prestado pela equipe da UTI:</b> Levando em consideração a cortesia, o respeito e a compaixão dados a seu familiar, você considera:
Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
* Enfatize que está questionando quanto ao familiar (paciente) do entrevistado;
* Faça a pergunta, cite as opções e registre o item que corresponde a opinião quanto a satisfação com a preocupação e cuidado prestado pela equipe da UTI.
* Marque a opção N/A (não aplicável) caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>Manejo dos Sintomas:</b> Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar?
<b>2. Dor:</b> (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>3. Falta de ar:</b> (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>4. Agitação:</b> (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

* Antes de fazer a pergunta leia sempre o enunciado que antecede.
Exemplo: Pergunta número 3. Falta de ar, deve ser precedida de “Manejo dos sintomas: Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar?”.
* Cite as opções e registre o item que corresponde a opinião quanto a satisfação com a preocupação e cuidado prestado pela equipe da UTI.
* Marque a opção N/A (não aplicável) caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>COMO NÓS TRATAMOS VOCÊ?</b>
<b>5. Considerando suas necessidades:</b> Como foi o interesse da equipe da UTI pelas suas necessidades?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
*Se for questionado sobre quais necessidades, enfatize que seriam as necessidades de um modo geral durante a permanência do familiar (paciente) na UTI.
<b>6. Apoio emocional:</b> O apoio emocional oferecido pela equipe da UTI foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>7. Coordenação do cuidado:</b> O trabalho em equipe da UTI ao cuidar de seu familiar foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>8. Preocupação e cuidado prestado pela equipe da UTI:</b> Como você considera a cortesia/educação, o respeito e a compaixão que lhe foram dados?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
* Faça a pergunta, cite as opções e registre o item que corresponde a opinião do entrevistado quanto as suas necessidades.
* Marque a opção N/A (não aplicável), caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>EQUIPE DE ENFERMAGEM:</b>
<b>9. Habilidade e Competência da equipe de enfermagem da UTI:</b> Como você considera o cuidado da equipe de enfermagem em relação ao seu familiar?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
* Acrescentou-se ‘equipe de enfermagem’ considerando a inclusão do técnico(a) de enfermagem e do(a) enfermeiro(a) na participação do cuidado ao paciente no Brasil.
<b>10. Frequência da Comunicação com a equipe de enfermagem da UTI:</b> Como foi a frequência da comunicação entre a equipe de enfermagem e você sobre a condição de seu familiar?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
* Faça a pergunta, cite as opções e registre o item que corresponde a opinião do entrevistado considerando a frequência da comunicação com a equipe de enfermagem da UTI.
* Marque a opção N/A (não aplicável), caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>EQUIPE MÉDICA:</b>
<b>11. Habilidade e competência da equipe médica da UTI:</b> Como você considera o cuidado dos médicos com o seu familiar?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
* Acrescentou-se ‘equipe médica’, por considerar a inclusão de médico rotineiro, plantonista e residentes.
<b>A UTI:</b>
<b>12. Como você sentiu a atmosfera (ambiente) da UTI?</b>
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>A SALA DE ESPERA:</b>
<b>13. A atmosfera (ambiente) na sala de espera da UTI foi?</b>

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
Para questão 12 e 13:
* Faça a pergunta e explique que nossa pergunta está relacionada ao ambiente de forma geral, percepção do entrevistado quanto ao “clima”, mas não no sentido de temperatura, mas sim relacionado ao que ela sentiu.
* Cite as opções e registre o item que corresponde a opinião do entrevistado.
* Marque a opção N/A (não aplicável), caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>14. Algumas pessoas têm grau de exigência maior e outras, menor, em relação aos cuidados com problemas de saúde. Ficou satisfeito com o nível ou a quantidade de cuidados que seu familiar recebeu na UTI?</b>
(1) Muito satisfeito (2) Ligeiramente insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito insatisfeito (5) Completamente insatisfeito
* Faça a pergunta, cite as opções e registre o item que corresponde a opinião do entrevistado considerando a satisfação com o nível ou quantidade de cuidados que o familiar (paciente) recebeu na UTI.
* Marque a opção N/A (não aplicável), caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>PARTE 2: SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM AS DECISÕES TOMADAS ACERCA DOS CUIDADOS DE PACIENTES GRAVES</b>
<b>DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÕES:</b>
<b>1. Frequência de comunicação com a equipe médica da UTI:</b> A frequência que a equipe médica comunicou você sobre a condição do seu familiar, foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>2. Facilidade de obter informações:</b> Quanto à disposição da equipe da UTI para responder suas perguntas, você considera que foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>3. Compreensão das informações:</b> A equipe da UTI dava explicações de forma que você entendia?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>4. Honestidade das informações:</b> A honestidade das informações sobre as condições do seu familiar eram:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>5. Amplitude das informações:</b> As informações da equipe da UTI sobre o que estava acontecendo com seu familiar e o motivo das coisas serem feitas, foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>6. Consistência das informações:</b> Quanto a consistência das informações fornecidas a você sobre a condição de seu familiar, você recebeu um relato semelhante da equipe médica, de enfermagem, etc.
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
* Faça a pergunta, cite as opções e registre o item que corresponde a opinião do entrevistado considerando a coerência das informações fornecidas sobre a condição do familiar (paciente).
* Marque a opção N/A (não aplicável), caso o entrevistado entender que esta questão não foi vivenciada, portanto não cabível de resposta.
<b>PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES:</b>
Durante a permanência de seu familiar na UTI, muitas decisões importantes foram tomadas a respeito do cuidado com a saúde dele. A partir das questões abaixo, escolha uma opção de resposta que melhor descreva sua opinião:
<b>7. Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisão?</b>
<b>8. Você se sentiu apoiado durante o processo de tomada de decisão?</b>

<b>9. Você sentiu que teve controle em relação aos cuidados recebidos pelo seu familiar?</b>
* Nas alternativas há sistema de saúde. Caso o entrevistado fique em dúvida pode ser reforçado que o sistema de saúde engloba os profissionais, o acesso aos recursos que o paciente necessitou e a burocracia enfrentada.
<b>10. Ao tomar decisões, você teve um tempo adequado para ter suas preocupações abordadas e suas perguntas respondidas?</b>
*Faça a pergunta e leia as alternativas pausadamente. Assinale a alternativa escolhida.
<b>Caso o seu familiar veio a falecer durante a internação na UTI, por gentileza, responda às perguntas de número 11 à 13. Se o familiar não faleceu na UTI responda apenas à questão número 14.</b>
<b>11. Qual das seguintes alternativas melhor descreve o seu sentimento:</b>
<b>12. Durante as últimas horas de vida do seu familiar, qual das seguintes alternativas melhor descreve seu sentimento:</b>
<b>13. Durante as últimas horas antes da morte do seu familiar, qual das seguintes alternativas melhor descreve seus sentimentos:</b>
* Estas pergunta APENAS será feita se o familiar faleceu durante a internação na UTI, caso não tenha falecido pule para a questão número 14.
* Faça a pergunta e leia as alternativas pausadamente. Assinale a alternativa escolhida.
<b>14. Você teria alguma sugestão sobre como melhorar o cuidado oferecido na UTI? Se sim, por gentileza descreva abaixo.</b>
* Caso ele tenha sugestões, por favor, anote com letra legível tudo o que o entrevistado referir.
<b>15. Você tem algum comentário sobre as coisas que foram bem-feitas no atendimento na UTI?</b>
* Esta questão apresenta palavras diferentes daquelas no instrumento original, porém não interfere no sentido principal da pergunta.
* Caso ele tenha comentários, por favor, anote com letra legível tudo o que o entrevistado referir.
<b>16. Por gentileza, escreva abaixo qualquer comentário ou sugestão que você julgue ser útil para a equipe da UTI deste hospital.</b>
* Caso ele tenha comentário ou sugestão, por favor, anote com letra legível tudo o que o entrevistado referir.
<b>Gostaríamos muito de agradecer por sua participação e suas opiniões. Por gentileza, assim que possível devolva o questionário preenchido para a pessoa designada na UTI ou envie-o após colocá-lo no envelope selado e auto endereçado a nós. Obrigado.</b>
* Esta frase consta no instrumento original, portanto deve ser mantida, pois o mesmo está sendo validado. Porém solicitamos a gentileza de não lerem, visto que o mesmo não foi endereçado ao familiar e há mais instrumentos para serem aplicados.

**Inventário de Ansiedade-estado  
SPIELBERGER et al. (1970)**

**Leia cada pergunta e faça um “X” à direita, que melhor indicar como você se sente agora.**

**\*Explique para o participante e peça para ele indicar como ele se sentiu em relação a afirmativa.**

		Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
<b>01</b>	Sinto-me calmo				
<b>02</b>	Sinto-me seguro				
<b>03</b>	Estou tenso				
<b>04</b>	Estou arrependido				
<b>05</b>	Sinto-me à vontade				
<b>06</b>	Sinto-me perturbado				
<b>07</b>	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
<b>08</b>	Sinto-me descansado				
<b>09</b>	Sinto-me ansioso				
<b>10</b>	Sinto-me “em casa”				
<b>11</b>	Sinto-me confiante				
<b>12</b>	Estou nervoso				
<b>13</b>	Estou agitado				
<b>14</b>	Sinto-me uma “pilha de nervos”				
<b>15</b>	Estou descontraído				
<b>16</b>	Sinto-me satisfeito				
<b>17</b>	Estou preocupado				
<b>18</b>	Sinto-me superexcitado e confuso				
<b>19</b>	Sinto-me alegre				
<b>20</b>	Sinto-me bem				

**Inventário de depressão de Beck (IDB)**  
**Beck et al. (1961)**

**Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

\* Antes de ler o enunciado explique que as perguntas a seguir estão na primeira pessoa do singular, ou seja, é um questionário auto aplicável, porém será lido pelo entrevistador. Caso o entrevistado queira acompanhar a leitura, forneça a ele uma cópia do questionário.

\*Explique que o instrumento suporta mais de uma alternativa, portanto deixe-o a vontade para escolher mais de uma resposta.

\* Reforce que se ele entender que há em cada grupo mais de uma resposta ele pode indicar para que seja marcado.

1.	0	Não me sinto triste.
	1	Eu me sinto triste.
	2	Estou sempre triste e não consigo sair disto.
	3	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2.	0	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
	2	Acho que nada tenho a esperar.
	3	Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3.	0	Não me sinto um fracasso.
	1	Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
	2	Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracasso.
	3	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4.	0	Tenho tanto prazer em tudo como antes.
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
	2	Não encontro um prazer real em mais nada.
	3	Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5.	0	Não me sinto especialmente culpado.
	1	Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
	2	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
	3	Eu me sinto sempre culpado.
6.	0	Não acho que estou sendo punido.
	1	Acho que posso ser punido.
	2	Creio que serei punido.
	3	Acho que estou sendo punido.
7.	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
	1	Estou decepcionado comigo mesmo.

	2	Estou enjoado de mim.
	3	Eu me odeio.
8.	0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
	1	Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas.
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9.	0	Não tenho quaisquer ideias de me matar.
	1	Tenho ideias de me matar, mas não executarias.
	2	Gostaria de me matar.
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10	0	Não choro mais do que o habitual.
	1	Choro mais agora do que costumava.
	2	Agora, choro o tempo todo.
	3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11	0	Não sou mais irritado agora do que já fui
	1	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
	2	Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
	3	Não me irrito mais com as coisas que costumava me irritar.
12	0	Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
	2	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
	3	Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.
13	0	Tomo decisões tão bem quanto antes.
	1	Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
	2	Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
	3	Não consigo mais tomar decisões.
14	0	Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
	1	Estou preocupado por estar parecendo velho e sem atrativos.
	2	Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
	3	Acredito que pareço feio.
15	0	Posso trabalhar tão bem quanto antes.
	1	Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
	2	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
	3	Não consigo mais fazer trabalho algum.

16	0	Conseguo dormir tão bem quanto o habitual.
	1	Não durmo tão bem quanto costumava.
	2	Acordo uma ou duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17	0	Não fico mais cansado do que o habitual.
	1	Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
	2	Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
	3	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18	0	Meu apetite não está pior do que o habitual.
	1	Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
	2	Meu apetite está muito pior agora.
	3	Não tenho mais nenhum apetite.
19	0	Não tenho perdido muito peso, se é que eu perdi algum recentemente.
	1	Perdi mais de dois quilos e meio.
	2	Perdi mais de cinco quilos.
	3	Perdi mais de sete quilos.
20	0	Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
	1	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
	2	Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
	3	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21	0	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
	1	Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
	2	Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
	3	Perdi completamente o interesse por sexo.

## Escala Visual Analógica (EVA) para satisfação

---

**“MUITO  
INSATISFEITO”**

**“MUITO  
SATISFEITO”**

**Olhando para esta linha, onde você faria uma marca que representasse sua satisfação em relação ao atendimento em geral e em relação à participação na tomada de decisão em torno do cuidado ao seu familiar?**

\* Explique o enunciado ao familiar e peça para que ele aponte para o local que melhor representa sua satisfação.

\* Caso o entrevistado fique em dúvida pode ser reforçado que são dois extremos, sendo que um é muito insatisfeito, podendo ser considerado zero e o outro muito satisfeito podendo ser considerado 100.

## **Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**1. NOME DA PESQUISA:** Adaptação transcultural e Validação do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil.

**2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elena Echevarria Guanilo.

**3. PESQUISADOR/ENTREVISTADOR:** Enf<sup>a</sup>. Md<sup>a</sup>. Josiele de Lima Neves. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas.

**4. PROMOTOR DA PESQUISA:** Faculdade de Enfermagem – UFPEL.

**5. PATROCINADOR QUE APOIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA:** Não há.

Estamos convidando você, para participar de uma pesquisa cujo objetivo é adaptar para o português uma escala que avalia a satisfação de familiares de pacientes que estiveram internados na UTI.

Caso você concorde em participar, terá que responder a algumas perguntas sobre fatos relacionados ao atendimento nesta unidade durante a internação do seu familiar. Você levará aproximadamente de 20 a 30 minutos para responder às perguntas. Você não será identificado e as informações que você nos der serão mantidas no anonimato.

A conclusão da presente pesquisa, terá como resultado a disponibilidade de um instrumento adaptado para o português do Brasil, o qual permitirá que profissionais de saúde avaliem a satisfação da família de pacientes que foram atendidos na UTI. Desta forma, equipe, família e pacientes poderão se beneficiar com a disponibilidade deste instrumento de avaliação no Brasil, assim como comparar resultados, visto que o instrumento já foi validado em diversos países, e vem contribuindo com a tomada de decisão frente ao cuidado de pacientes nestes serviços, favorecendo a melhora da qualidade do cuidado

Sendo assim, espera-se que após a validação do instrumento, este possa ser aplicado nos serviços de UTI, com o intuito de promover melhorias na qualidade do atendimento dispensada ao paciente e sua família, tanto na identificação dos aspectos que referem melhoria, quanto na proposta de estratégias para a promoção do cuidado, caso estas sejam necessárias.

Os resultados deste estudo poderá nos ajudar a conhecer e identificar a satisfação do familiar de pacientes que esteve na UTI e com o resultado deste estudo poderá auxiliar a melhorar a qualidade da atenção dispensada aos familiares que estão passando por este momento, tentando ajudá-lo a enfrentar essa situação, caso eles não estejam satisfeitos com o serviço.

A recusa em participar não trará nenhuma mudança no tratamento. Você estará livre para deixar de responder às perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento. A pesquisa não acarretará riscos físicos, morais, psicológicos ou de qualquer outra natureza, entretanto, se ocasionar algum desconforto ou constrangimento, o participante poderá exercer seu direito de não responder às questões, agendar novo dia e horário para entrevista ou alguma outra pactuação que possa ser considerada necessária ou ainda interrupção da participação no estudo, sem que isto ocasione alguma mudança tanto para o paciente internado quanto para o familiar participante do estudo.

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz*

*Orientadora*

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Elena Echevarría Guanilo*

*Co orientadora*

---

*Enfermeira Josiele Neves*

*Mestranda*

EU \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima, concordo em participar e ser entrevistado. Confirmando ter recebido informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre os direitos abaixo relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do cuidado e tratamento ao meu familiar;
3. A segurança de que não serei identificado e que será preservada minha privacidade;
4. O compromisso de me manter informado sobre o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando;
5. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo.

Pelotas, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Participante

Você poderá falar conosco sempre que sentir necessidade no seguinte telefone: (53) 3921-1523. Faculdade de Enfermagem Rua Gomes Carneiro 01, Campos Porto

## Apêndice G – Instrumentos para coleta de dados



Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem



### Instrumento complementar de caracterização dos familiares e pacientes

Dados de identificação do entrevistador
1. Número do questionário: _ _ _
2. Unidade de Terapia Intensiva: (1) Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (2) Hospital Universitário São Francisco de Paula (UTI convênio/particular) (3) Hospital Universitário São Francisco de Paula (UTI SUS)
3. Coletador (a): _____ Código: _ _ Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _ _ _ Horário do início: _ _ : _ _ Horário do término: _ _ : _ _
Dados sobre o paciente
4. Número do prontuário: _ _ _ _
5. Número do quarto: _ _ _ _
6. Nome do paciente: _____
7. Qual data de nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (anos: _ _ _)
8. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
9. Motivo da internação na UTI (patologia): _____ _____
10. Número de internações na UTI no último ano: _ _ (1) prontuário (2) familiar
11. Data da última internação: _ _ / _ _ / _ _ _ _ Data da alta: _ _ / _ _ / _ _ _ _
12. Motivo da saída da UTI: (1) Alta (2) Óbito
13. Tipo de internação: (1) SUS (2) Convênio (3) particular
Dados sobre o familiar
14. Nome: _____ Endereço: _____ Ponto de referência: _____ Número de telefone ( _ _ ) _____ Anos completos e aprovados de estudo: _ _
15. Qual data de nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (anos: _ _ _)
16. Quantas vezes você visitou seu familiar enquanto estava internado na UTI? (Última internação): _ _

**“FAMILY SATISFACTION WITH CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT (FS-ICU 24)  
VERSÃO BRASILEIRA”**

**Satisfação da família com o cuidado prestado na Unidade de Terapia Intensiva**

**Suas opiniões sobre a recente internação de seu familiar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**

<p><b>Seu familiar esteve internado nesta UTI e você foi identificado como sendo o parente mais próximo. As questões se referem a internação mais recente de seu familiar na UTI. Entendemos que, provavelmente, havia muitos médicos, enfermeiros e outros funcionários envolvidos no cuidado dele. Também sabemos que pode haver exceções, mas estamos interessados na avaliação geral da qualidade do serviço que prestamos. Entendemos que este foi, provavelmente, um momento muito difícil para você e seus familiares, mas, por gentileza, dedique um momento para nos dizer o que está bem e o que pode tornar nossa Unidade melhor. Tenha certeza de que todas as respostas são consideradas confidenciais, ou seja, os médicos e os enfermeiros que cuidaram do seu familiar não identificarão suas respostas.</b></p>	
<b>DADOS DEMOGRÁFICOS:</b>	
Por gentileza, responda as seguintes questões para conhecermos mais sobre você e seu relacionamento com o paciente.	
<b>1. Sexo:</b> (1) Homem (2) Mulher	<b>2. Idade:</b> _ _ _
<b>3. Seu grau de parentesco em relação ao familiar (paciente):</b>	
(1) Esposa (2) Marido (3) Parceiro/companheiro (4) Mãe (5) Pai (6) Irmão(a) (7) Filho(a) (8) Outros (especifique): _ _ _ _ _	
<b>4. Você já teve, anteriormente, a experiência de acompanhar um familiar internado em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva)?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>5. Você mora com o familiar (paciente)?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>Caso não more, qual é a frequência com que você vê o familiar (paciente)?</b>	
(1) Mais de uma vez na semana (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Anualmente (5) Menos de uma vez por ano	
<b>6. Onde você mora?</b> (1) Na cidade onde o hospital está localizado (2) Fora da cidade	
<b>SUAS OPINIÕES SOBRE A PERMANÊNCIA DO SEU FAMILIAR NA UTI</b>	
<b>PARTE 1: SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO</b>	
Por gentileza, marque a opção que melhor reflete sua opinião. Se a questão não se aplica a estadia de seu familiar marque o item não aplicável (N/A).	
<b>COMO NÓS TRATAMOS SEU FAMILIAR (PACIENTE)?</b>	
<b>1. Preocupação e Cuidado prestado pela equipe da UTI:</b> Levando em consideração a cortesia, o respeito e a compaixão dados a seu familiar, você considera:	
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.	

<b>Manejo dos Sintomas:</b> Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar?
<b>2. Dor:</b> (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>3. Falta de ar:</b> (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>4. Agitação:</b> (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>COMO NÓS TRATAMOS VOCÊ?</b>
<b>5. Considerando suas necessidades:</b> Como foi o interesse da equipe da UTI pelas suas necessidades?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>6. Apoio emocional:</b> O apoio emocional oferecido pela equipe da UTI foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>7. Coordenação do cuidado:</b> O trabalho em equipe da UTI ao cuidar de seu familiar foi:
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>8. Preocupação e cuidado prestado pela equipe da UTI:</b> Como você considera a cortesia/educação, o respeito e a compaixão que lhe foram dados?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>EQUIPE DE ENFERMAGEM:</b>
<b>9. Habilidade e Competência da equipe de enfermagem da UTI:</b> Como você considera o cuidado da equipe de enfermagem em relação ao seu familiar?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>10. Frequência da Comunicação com a equipe de enfermagem da UTI:</b> Como foi a frequência da comunicação entre a equipe de enfermagem e você sobre a condição de seu familiar?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>EQUIPE MÉDICA:</b>
<b>11. Habilidade e competência da equipe médica da UTI:</b> Como você considera o cuidado dos médicos com o seu familiar?
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>A UTI:</b>
<b>12. Como você sentiu a atmosfera (ambiente) da UTI?</b>
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>A SALA DE ESPERA:</b>
<b>13. A atmosfera (ambiente) na sala de espera da UTI foi?</b>
(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.
<b>14. Algumas pessoas têm grau de exigência maior e outras, menor, em relação aos cuidados com problemas de saúde. Ficou satisfeito com o nível ou a quantidade de cuidados que seu familiar recebeu na UTI?</b>
(1) Muito insatisfeito (2) Ligeiramente insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5) Completamente satisfeito

**PARTE 2: SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM AS DECISÕES TOMADAS ACERCA DOS CUIDADOS DE PACIENTES GRAVES**

**Instruções para os familiares de pacientes críticos da UTI**

Esta parte do questionário é destinado para sabermos como você se sente sobre seu envolvimento nas decisões relativas aos cuidados de saúde prestados a seu familiar. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), seu familiar pode ter recebido cuidados de pessoas diferentes. Gostaríamos que você refletisse sobre todo o cuidado recebido por seu familiar enquanto responde as próximas questões.

**Por gentileza, escolha apenas UMA alternativa que melhor descreve seus sentimentos**

**DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÕES:**

**1. Frequência de comunicação com a equipe médica da UTI:** A frequência que a equipe médica comunicou você sobre a condição do seu familiar, foi:

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

**2. Facilidade de obter informações:** Quanto à disposição da equipe da UTI para responder suas perguntas, você considera que foi:

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

**3. Compreensão das informações:** A equipe da UTI dava explicações de forma que você entendia?

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

**4. Honestidade das informações:** A honestidade das informações sobre as condições do seu familiar eram:

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

**5. Amplitude das informações:** As informações da equipe da UTI sobre o que estava acontecendo com seu familiar e o motivo das coisas serem feitas, foi:

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

**6. Consistência das informações:** Quanto a consistência das informações fornecidas a você sobre a condição de seu familiar, você recebeu um relato semelhante da equipe médica, de enfermagem, etc.

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Razoável (5) Insatisfatório (6) N/A.

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES:**

Durante a permanência de seu familiar na UTI, muitas decisões importantes foram tomadas a respeito do cuidado com a saúde dele. A partir das questões abaixo, escolha uma opção de resposta que melhor descreva sua opinião:

**7. Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisão?**

(1) Eu me senti muito excluído.

(2) Eu me senti um pouco excluído.

(3) Eu me senti: nem incluído e nem excluído do processo de tomada de decisão.

(4) Eu me senti um pouco incluído.

(5) Eu me senti muito incluído.

<b>8. Você se sentiu apoiado durante o processo de tomada de decisão?</b>
(1) Eu me senti completamente sobrecarregado.
(2) Eu me senti um pouco sobrecarregado.
(3) Eu me senti: nem sobrecarregado e nem apoiado.
(4) Eu me senti apoiado.
(5) Eu me senti muito apoiado.
<b>9. Você sentiu que teve controle em relação aos cuidados recebidos pelo seu familiar?</b>
(1) Eu me senti muito fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu.
(2) Eu me senti um pouco fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu.
(3) Eu não me senti nem no controle e nem fora do controle.
(4) Eu me senti com um pouco de controle sobre os cuidados recebidos por meu familiar.
(5) Eu senti que tinha controle sobre os cuidados que meu familiar recebeu.
<b>10. Ao tomar decisões, você teve um tempo adequado para ter suas preocupações abordadas e suas perguntas respondidas?</b>
(1) Eu poderia ter tido mais tempo.
(2) Eu tive tempo suficiente.
<b>Caso o seu familiar veio a falecer durante a internação na UTI, por gentileza, responda às perguntas de número 11 à 13. Se o familiar não faleceu na UTI responda apenas à questão número 14.</b>
<b>11. Qual das seguintes alternativas melhor descreve o seu sentimento:</b>
(1) Eu senti que a vida do meu familiar foi prolongada desnecessariamente.
(2) Eu senti que a vida de meu familiar foi um pouco prolongada desnecessariamente.
(3) Eu senti que a vida do meu familiar não foi prolongada e nem encurtada desnecessariamente.
(4) Eu senti que a vida do meu familiar foi um pouco encurtada desnecessariamente.
(5) Eu senti que a vida do meu familiar foi encurtada desnecessariamente.
<b>12. Durante as últimas horas de vida do seu familiar, qual das seguintes alternativas melhor descreve seu sentimento:</b>
(1) Eu senti que ele estava muito desconfortável.
(2) Eu senti que ele estava um pouco desconfortável.
(3) Eu senti que ele estava confortável na maior parte do tempo.
(4) Eu senti que ele estava muito confortável.
(5) Eu senti que ele estava totalmente confortável.
<b>13. Durante as últimas horas antes da morte do seu familiar, qual das seguintes alternativas melhor descreve seus sentimentos:</b>
(1) Eu me senti muito abandonado pela equipe da UTI.
(2) Eu me senti abandonado pela equipe da UTI.
(3) Eu me senti: nem abandonado e nem apoiado pela equipe da UTI.
(4) Eu me senti apoiado pela equipe da UTI.
(5) Eu me senti muito apoiado pela equipe da UTI.

<b>14. Você teria alguma sugestão sobre como melhorar o cuidado oferecido na UTI? Se sim, por gentileza descreva abaixo.</b>
<b>15. Você tem algum comentário sobre as coisas que foram bem-feitas no atendimento na UTI?</b>
<b>16. Por gentileza, escreva abaixo qualquer comentário ou sugestão que você julgue ser útil para a equipe da UTI deste hospital.</b>
Gostaríamos muito de agradecer por sua participação e suas opiniões. Por gentileza, assim que possível devolva o questionário preenchido para a pessoa designada na UTI ou envie-o após colocá-lo no envelope selado e auto endereçado a nós. Obrigado.

**Agradecemos sua participação até o momento!**

**A partir de agora queremos saber como você está, sendo assim, as perguntas que seguem não serão mais relacionadas ao seu familiar e a UTI.**

**Inventário de Ansiedade-estado  
SPIELBERGER et al. (1970)**

<b>Leia cada pergunta e faça um "X" à direita, que melhor indicar como você se sente agora.</b>					
		<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
<b>01</b>	Sinto-me calmo				
<b>02</b>	Sinto-me seguro				
<b>03</b>	Estou tenso				
<b>04</b>	Estou arrependido				
<b>05</b>	Sinto-me à vontade				
<b>06</b>	Sinto-me perturbado				
<b>07</b>	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
<b>08</b>	Sinto-me descansado				
<b>09</b>	Sinto-me ansioso				
<b>10</b>	Sinto-me "em casa"				
<b>11</b>	Sinto-me confiante				
<b>12</b>	Estou nervoso				
<b>13</b>	Estou agitado				
<b>14</b>	Sinto-me uma "pilha de nervos"				
<b>15</b>	Estou descontraído				
<b>16</b>	Sinto-me satisfeito				
<b>17</b>	Estou preocupado				
<b>18</b>	Sinto-me superexcitado e confuso				
<b>19</b>	Sinto-me alegre				
<b>20</b>	Sinto-me bem				

**Inventário de depressão de Beck (IDB)**  
**Beck et al. (1961)**

<b>Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.</b>		
1.	0	Não me sinto triste.
	1	Eu me sinto triste.
	2	Estou sempre triste e não consigo sair disto.
	3	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2.	0	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
	2	Acho que nada tenho a esperar.
	3	Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3.	0	Não me sinto um fracasso.
	1	Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
	2	Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracasso.
	3	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4.	0	Tenho tanto prazer em tudo como antes.
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
	2	Não encontro um prazer real em mais nada.
	3	Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5.	0	Não me sinto especialmente culpado.
	1	Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
	2	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
	3	Eu me sinto sempre culpado.
6.	0	Não acho que estou sendo punido.
	1	Acho que posso ser punido.
	2	Creio que serei punido.
	3	Acho que estou sendo punido.
7.	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
	1	Estou decepcionado comigo mesmo.
	2	Estou enjoado de mim.
	3	Eu me odeio.
8.	0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
	1	Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas.
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9.	0	Não tenho quaisquer ideias de me matar.
	1	Tenho ideias de me matar, mas não executarias.
	2	Gostaria de me matar.
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10.	0	Não choro mais do que o habitual.
	1	Choro mais agora do que costumava.
	2	Agora, choro o tempo todo.
	3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11.	0	Não sou mais irritado agora do que já fui
	1	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
	2	Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
	3	Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.
12.	0	Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
	2	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
	3	Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.
13.	0	Tomo decisões tão bem quanto antes.
	1	Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
	2	Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
	3	Não consigo mais tomar decisões.
14.	0	Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
	1	Estou preocupado por estar parecendo velho e sem atrativos.
	2	Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
	3	Acredito que pareço feio.
15.	0	Posso trabalhar tão bem quanto antes.
	1	Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
	2	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
	3	Não consigo mais fazer trabalho algum.
16.	0	Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
	1	Não durmo tão bem quanto costumava.
	2	Acordo uma ou duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.	0	Não fico mais cansado do que o habitual.
	1	Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
	2	Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
	3	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.	0	Meu apetite não está pior do que o habitual.
	1	Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
	2	Meu apetite está muito pior agora.
	3	Não tenho mais nenhum apetite.
19.	0	Não tenho perdido muito peso, se é que eu perdi algum recentemente.
	1	Perdi mais de dois quilos e meio.
	2	Perdi mais de cinco quilos.
	3	Perdi mais de sete quilos.
20.	0	Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
	1	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
	2	Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
	3	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21.	0	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
	1	Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
	2	Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
	3	Perdi completamente o interesse por sexo.

### Escala Visual Analógica (EVA) para satisfação



**Olhando para esta linha, onde você faria uma marca que representasse sua satisfação em relação ao atendimento em geral e em relação à participação na tomada de decisão em torno do cuidado ao seu familiar?**

**Muito obrigado(a) por sua participação!**

## **ANEXOS**

**Anexo A - Autorização para a adaptação transcultural do instrumento Family  
Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)**

**1º E-mail enviado: Solicitação de permissão para realizar a adaptação e validação  
do FS-ICU (24) para o português do Brasil**

From: josiele de Lima neves [[mailto:josiele\\_neves@hotmail.com](mailto:josiele_neves@hotmail.com)]  
Sent: Sunday, May 04, 2014 8:06 PM  
To: Daren Heyland  
Subject: I'm interested in using the SF-ICU

I am a Master's student of the Federal University of Pelotas, Brazil.  
I'm interested in using the SF-ICU, and I wonder if there is already some validity  
Portuguese version for Brazil. If no validated version for this country, I wonder if I can  
have permission for this?  
Please, I would like more information about validation?  
Thank you

Josiele Neves  
Enfermeira

**Resposta do Dr. Daren Heyland:**

De: Daren Heyland ([dkh2@queensu.ca](mailto:dkh2@queensu.ca))  
Enviada: Terça-feira, 6 de maio de 2014 16:25:44  
Para: Josiele de lima neves ([josiele\\_neves@hotmail.com](mailto:josiele_neves@hotmail.com))

I don't have contact information for the person who initially translated the version into  
Portuguese for Brazil  
So I would say, no, it has not been validated.  
I would be very happy for you to do that and we could replace the version on the website  
with yours and put your name and contact information instead,  
Ok?  
Daren

Daren Heyland MD, MSc.  
Scientific Director  
Clinical Evaluation Research Unit  
Kingston General Hospital  
Kingston, ON  
K7L 2V7  
Office: 613-549-6666x4847  
Fax: 613-548-2428  
Cell: 403-915-5573  
[www.ceru.ca](http://www.ceru.ca)

**2º E-mail enviado: Agradecimento e solicitação das versões de outros países que fizeram o processo de adaptação e validação do FS-ICU (24)**

From: josiele de Lima neves [mailto:josiele\_neves@hotmail.com]  
Sent: Monday, May 05, 2014 7:59 PM  
To: Daren Heyland  
Subject: I'm interested in using the SF-ICU

Hi

Thank you for your attention.

I saw that the site has a version in Portuguese. I wonder if this version has been validated, and has material that I can reference in the project. Then I can apply in my study.

Josiele Neves  
Enfermeira

**Resposta:**

From: [dkh2@queensu.ca](mailto:dkh2@queensu.ca)  
To: [josiele\\_neves@hotmail.com](mailto:josiele_neves@hotmail.com)  
Subject: RE: I'm interested in using the SF-ICU  
Date: Mon, 5 May 2014 02:45:34 +0000

Hi

You can see all the translated version of the FS ICU on our website, [www.thecarenet.ca](http://www.thecarenet.ca)  
Yes, you have permission to use it. Good luck and thanks for your interest in our tool  
Daren

Daren Heyland MD, MSc.  
Scientific Director  
Clinical Evaluation Research Unit  
Kingston General Hospital  
Kingston, ON  
K7L 2V7  
Office: 613-549-6666x4847  
Fax: 613-548-2428  
Cell: 403-915-5573  
[www.ceru.ca](http://www.ceru.ca)

**Anexo B – Versão original do Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24).**

**Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit  
FS-ICU (24)**

***How are we doing?***

***Your opinions about your family member's recent admission to the Intensive Care Unit (ICU)***

Your family member was a patient in this ICU. You have been recorded as being the "next-of-kin". The questions that follow ask **YOU** about your family member's **most recent ICU admission**. We understand that there were probably many doctors and nurses and other staff involved in caring for your family member. We know that there may be exceptions but we are interested in **your overall assessment** of the quality of care we delivered. We understand that this was probably a very difficult time for you and your family members. We would appreciate you taking the time to provide us with your opinion. Please take a moment to tell us what we did well and what we can do to make our ICU better. Please be assured that all responses are confidential. The Doctors and Nurses who looked after your family member will not be able to identify your responses.

**DEMOGRAPHICS:**

Please complete the following to help us know a little about you and your relationship to the patient.

I am:  Male  Female

I am \_\_\_\_\_ years old

I am the patient's:

Wife  Husband

Mother

Partner

Father

Sister

Daughter

Son

Brother

Other (Please specify): \_\_\_\_\_

Before this most recent event, have you been involved as a family member of a patient in an ICU (Intensive Care Unit)?

Yes  No

5. Do you live with the patient?  Yes  No

If no, then on average how often do you see the patient?

More than weekly  Weekly  Monthly  Yearly  Less than once a year

6. Where do you live?  In the city where the hospital is located  Out of town

**PART 1: SATISFACTION WITH CARE**

Please check one box that best reflects your views. If the question does not apply to your family member's stay then check the not applicable box (N/A).

HOW DID WE TREAT YOUR  
FAMILY MEMBER  
(THE PATIENT)

- |    |   |   |  |                                    |                                    |                                    |                                   |
|----|---|---|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Concern and Caring by ICU Staff:<br><b>The courtesy, respect and compassion</b> your family member (the patient) <b>was given</b> | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
|----|---|---|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

Symptom Management:  
How well the ICU staff assessed and treated your family member's symptoms.

- |    |                |   |  |                                    |                                    |                                    |                                   |
|----|----------------|---|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 2. | Pain           | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 3. | Breathlessness | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 4. | Agitation      | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |

HOW DID WE TREAT YOU?

- |    |   |   |  |                                    |                                    |                                    |                                   |
|----|---|---|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 5. | Consideration of your needs:<br>How well the ICU staff showed an interest in your needs         | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 6. | Emotional support:<br>How well the ICU staff provided emotional support                         | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 7. | Co-ordination of care:<br>The teamwork of all the ICU staff who took care of your family member | <input type="checkbox"/> 1<br>Excellen<br>t | <input type="checkbox"/> 2<br>Very<br>Good | <input type="checkbox"/> 3<br>Good | <input type="checkbox"/> 4<br>Fair | <input type="checkbox"/> 5<br>Poor | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 8. | Concern and Caring by ICU Staff:  | <input type="checkbox"/> 1                  | <input type="checkbox"/> 2                 | <input type="checkbox"/> 3         | <input type="checkbox"/> 4         | <input type="checkbox"/> 5         | <input type="checkbox"/> 6        |

**The courtesy, respect and compassion you were given**      Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A

#### NURSES

9. Skill and Competence of ICU Nurses:  
How well the nurses cared for your family member.      1      2      3      4      5      6  
Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A
10. Frequency of Communication **With ICU Nurses:**  
How often nurses communicated to you about your family member's condition      1      2      3      4      5      6  
Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A

#### PHYSICIANS (All Doctors, including Residents)

11. Skill and Competence of ICU Doctors:  
How well doctors cared for your family member.      1      2      3      4      5      6  
Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A

#### THE ICU

12. Atmosphere of ICU was?      1      2      3      4      5      6  
Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A

#### THE WAITING ROOM

13. The Atmosphere in the ICU Waiting Room was?      1      2      3      4      5      6  
Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A

FOR Q14 PLEASE READ RESPONSE OPTIONS CAREFULLY

14. **Some people want everything done for their health problems while others do not want a lot done. How satisfied were you with the LEVEL or amount of health care your family member received in the ICU?**      1      2      3      4      5  
Very Dissatisfied      Slightly Dissatisfied      Mostly Satisfied      Very Satisfied      Completely Satisfied

## PART 2: FAMILY SATISFACTION WITH DECISION-MAKING AROUND CARE OF CRITICALLY ILL PATIENTS

### INSTRUCTIONS FOR FAMILY OF CRITICALLY ILL PATIENTS

This part of the questionnaire is designed to measure how you feel about YOUR involvement in decisions related to your family member's health care. In the Intensive Care Unit (ICU), your family member may have received care from different people. We would like you to think about all the care your family member received when you are answering the questions.

### PLEASE CHECK ONE BOX THAT BEST DESCRIBES YOUR FEELINGS

#### INFORMATION NEEDS

- |    |   |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Frequency of Communication  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
|    | <b>With ICU Doctors:</b>  | Excellent                  | Very Good                  | Good                       | Fair                       | Poor                       | N/A                        |
|    | How often doctors communicated to you about your family member's condition      |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
| 2. | Ease of getting information:  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
|    | Willingness of ICU staff to answer your questions                               | Excellent                  | Very Good                  | Good                       | Fair                       | Poor                       | N/A                        |
| 3. | Understanding of Information:   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
|    | How well ICU staff provided you with explanations that you understood           | Excellent                  | Very Good                  | Good                       | Fair                       | Poor                       | N/A                        |
| 4. | Honesty of Information:   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
|    | The honesty of information provided to you about your family member's condition | Excellent                  | Very Good                  | Good                       | Fair                       | Poor                       | N/A                        |

5. Completeness of Information: 1 2 3 4 5 6  
 How well ICU staff informed you what was happening to your family member and why things were being done.      Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A
6. Consistency of Information: 1 2 3 4 5 6  
**The consistency of information provided to you about your family member's condition (Did you get a similar story from the doctor, nurse, etc.)**      Excellent      Very Good      Good      Fair      Poor      N/A

#### PROCESS OF MAKING DECISIONS:

During your family member's stay in the ICU, many important decisions were made regarding the health care she or he received. From the following questions, pick **one** answer from each of the following set of ideas that best matches your views:

7. **Did you feel included in the decision making process?**
- 1 I felt very excluded  
2 I felt somewhat excluded  
3 I felt neither included nor excluded from the decision making process  
4 I felt somewhat included  
5 I felt very included
8. **Did you feel supported during the decision making process?**
- 1 I felt totally overwhelmed  
2 I felt slightly overwhelmed  
3 I felt neither overwhelmed nor supported  
4 I felt supported  
5 I felt very supported

9. **Did you feel you had control over the care of your family member?**
- 1 I felt really out of control and that the health care system took over and dictated the care my family member received
  - 2 I felt somewhat out of control and that the health care system took over and dictated the care my family member received
  - 3 I felt neither in control or out of control
  - 4 I felt I had some control over the care my family member received
  - 5 I felt that I had good control over the care my family member received
10. When making decisions, did you have adequate time to have your concerns addressed and questions answered?
- 1 I could have used more time
  - 2 I had adequate time
- If your family member died during the ICU stay, please answer the following questions (11-13). If your family member did not die please skip to question 14.**
11. Which of the following best describes your views:
- 1 I felt my family member's life was prolonged unnecessarily
  - 2 I felt my family member's life was slightly prolonged unnecessarily
  - 3 I felt my family member's life was neither prolonged nor shortened unnecessarily
  - 4 I felt my family member's life was slightly shortened unnecessarily
  - 5 I felt my family member's life was shortened unnecessarily
12. During the final hours of your family member's life, which of the following best describes your views:
- 1 I felt that he/she was very uncomfortable
  - 2 I felt that he/she was slightly uncomfortable
  - 3 I felt that he/she was mostly comfortable

- 4 I felt that he/she was very comfortable
  - 5 I felt that he/she was totally comfortable
13. During the last few hours before your family member's death, which of the following best describes your views:
- 1 I felt very abandoned by the health care team
  - 2 I felt abandoned by the health care team
  - 3 I felt neither abandoned nor supported by the health care team
  - 4 I felt supported by the health care team
  - 5 I felt very supported by the health care team
14. **Do you have any suggestions on how to make care provided in the ICU better?**
15. **Do you have any comments on things we did well?**
16. **Please add any comments or suggestions that you feel may be helpful to the staff of this hospital.**

**We would like to thank you very much for your participation and your opinions. Please either return your completed survey to the designated person in the ICU or put it in the stamped, self-addressed envelope and mail it to us as soon as possible.**

## Anexo C – Aprovação do projeto na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas



### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, para o desenvolvimento de pesquisa

Documento n°:	
Título do trabalho:	Adaptação cultural e validação do instrumento <i>Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit</i> (FS-ICU 24) para o português do Brasil
Registro/ Comitê Ética:	Não passou ainda
Autor principal:	Josiele de Lima Neves
Formação:	Enfermeira
Colaboradores:	Eda Schwartz e Maria Elena Echevarría Guanilo
Tipo de trabalho:	Projeto de dissertação
Instituição vinculada:	Universidade Federal de Pelotas
Objetivo principal do trabalho:	Realizar a adaptação cultural e a validação do questionário <i>Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit</i> (FS-ICU 24), proposto por Daren K. Heyland e colaboradores para o português do Brasil.
Área principal:	Enfermagem
Inserção acadêmica:	Mestrado
Recursos Financeiros:	Próprios
Modalidade:	Projeto de dissertação mestrado
Despesas (descrever as principais PF, PJ e etc): Lápis, caneta, borracha, apontador, prancheta, envelope, papel officio, impressão, revisão de português, encadernação, capa brochura, notebook, Xerox, pendrive, almofada carimbo, transporte urbano.	
TOTAL:R\$	4.835,00
Data prevista para início: 16/02/14	
Data prevista para término: 16/05/14	

(a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)	
Local para aplicação:	De forma a garantir a privacidade da família, para os casos em que a entrevista seja realizada no hospital (caso o paciente esteja na unidade de internação), será solicitada ao hospital a utilização de uma sala.
Setor / serviço:	UTI adulto
Público Alvo:	Familiares de pacientes que estiveram internados na UTI adulto
Nº da amostra:	132
Carga Horária necessária/dia:	2h
Periodicidade:	3/semana
Turnos:	segunda/quarta/sexta
Horários:	14h às 16h
Nº. de participantes:	1
Nome, área e função dos participantes que realizarão atividades na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas:	
Nome:	Josiele de Lima Neves
Área:	Enfermagem
Função:	Enfermeira
Data da solicitação:	17/10/14
Nome e assinatura do responsável pela solicitação: Josiele de Lima Neves	

**CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE**

Nº do protocolo / Departamento de Educação:

Data / recebimento: 19/10/14

Parecer / área:

Encaminhamento para (unidade/ serviço / setor):

Data / encaminhamento: 20/10/14

Assinatura e carimbo / Gerência de Educação:

*UTI AIC Dr. Rafael Oliveira Leite*

Enfª Drª Camila Schwonke  
Coord. Depto. de Ensino  
SANTA CASA DE PELOTAS

*p/ Michele Marcke*

Data / recebimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Parecer / área: \_\_\_\_\_

Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisado questões físicas, de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.

Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.

Encaminhamento para parecer do departamento / serviço: \_\_\_\_\_

Solicito que sejam analisadas questões referente a \_\_\_\_\_

Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo: \_\_\_\_\_

Data / encaminhamento: 28 / 10 / 14

Assinatura e carimbo / Chefia / Área: \_\_\_\_\_

Data / recebimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Outro / parecer: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_

Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo: \_\_\_\_\_

Data / encaminhamento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura e carimbo / Chefia / Área: \_\_\_\_\_

Parecer Final / Direção SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS:

Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP/FAMED

Com restrições / Motivo: \_\_\_\_\_

Não aprovado

Diretor Clínico Santa Casa de Pelotas: \_\_\_\_\_

Diretor Técnico Santa Casa de Pelotas: \_\_\_\_\_

Dr. Ecar Aguiar Estrela  
Diretor Técnico  
CREMERS 5353

## Anexo D - Aprovação projeto no Hospital Universitário São Francisco de Paula



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA  
NÚCLEO DE INTEGRAÇÃO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA - NIEPAS

### PARECER - PROJETO DE PESQUISA

**Projeto de pesquisa: "Adaptação transcultural e validação do instrumento Family Satisfaction with care in the intensive care unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil"**

**Autor: Josiele de Lima neves**

**Orientador: Eda Schwartz**

**Co-Orientador: Maria Elena Echeverria Guanillo**

Informamos que após avaliação junto ao comitê de Educação do Hospital Universitário São Francisco de Paula, o projeto em questão foi autorizado. Estando condizente com os princípios e valores éticos de nossa Instituição

Pelotas, 12 de Março de 2015.

**Márcia Helena Baltassare Nunes**  
Coordenadora do NIEPAS/Comitê da Educação

*Dr. Claudio Stapassoli Filho*  
CREMERS 28.276  
DIRETOR TÉCNICO  
HUSFP

**Dr Claudio Stapassoli Filho**  
Diretor Técnico do HUSPF



Hospital Universitário São Francisco de Paula  
Rua Marechal Deodoro nº. 1123 - Pelotas/RS - CEP: 96020-220  
FONE: (53) 2128.8300 – FAX: (53) 2128.8392  
C.N.P.J.: 92.238.914.0002-94

## Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adaptação Transcultural e validação do instrumento "Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)" para o português do Brasil.

**Pesquisador:** MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43592615.2.0000.5318

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.104.124

**Data da Relatoria:** 15/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se pelo atendimento e organização complexa. Está direcionada para oferecer tratamento e cuidado

a pessoas em condições grave de saúde que necessitam de sistema de monitorização contínua com possibilidade de recuperação através de suporte e tratamento intensivo (PUGGINA et al.; 2014). Desde o surgimento das UTI's, seu ambiente sempre foi percebido pela população como pouco acolhedor e de muito sofrimento. Somado a isto, os familiares não eram considerados componentes relevantes pelos profissionais de saúde. Em contrapartida, atualmente, sabe-se que eles podem contribuir no processo de recuperação do doente (TORRENTS et al.; 2003). Além disso, a presença dos familiares não se limita apenas à condição de visitantes, participam de forma ativa e, anseiam por informações acuradas e compreensíveis (NEVES et al., 2009; TORRENTS et al., 2003). É responsabilidade dos profissionais deste setor o estreitamento da relação com a família do paciente, a fim de sanar as dúvidas e auxiliá-la no que for necessário durante o processo de internação. Estar com um familiar na UTI, anseia sentimentos peculiares em cada pessoa, em cada família quanto ao receio da morte. A internação do membro da família neste ambiente gera medo e angústia, uma vez que reflete ou aproxima o imaginário da gravidade do problema de saúde. No cuidado ao paciente não deve ser ignorado o fato do enfermo ser uma parte de uma unidade

**Endereço:** Gomes Camello nº 01

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.010-610

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3221-1522

**E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

**Anexo F - Escala Visual Analógica (EVA) para satisfação**



**“MUITO  
INSATISFEITO”**

**“MUITO  
SATISFEITO”**

**Olhando para esta linha, onde você faria uma marca que representasse sua satisfação em relação ao atendimento em geral e em relação à participação na tomada de decisão em torno do cuidado ao seu familiar?**

### Anexo G- Inventário de Ansiedade-estado

		Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01	Sinto-me calmo				
02	Sinto-me seguro				
03	Estou tenso				
04	Estou arrependido				
05	Sinto-me à vontade				
06	Sinto-me perturbado				
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
08	Sinto-me descansado				
09	Sinto-me ansioso				
10	Sinto-me “em casa”				
11	Sinto-me confiante				
12	Estou nervoso				
13	Estou agitado				
14	Sinto-me uma “pilha de nervos”				
15	Estou descontraído				
16	Sinto-me satisfeito				
17	Estou preocupado				
18	Sinto-me superexcitado e confuso				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				

## Anexo H - Inventário de depressão de Beck (IDB)

1. 0 Não me sinto triste.
  - 1 Eu me sinto triste.
  - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
  - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
  - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
  - 2 Acho que nada tenho a esperar.
  - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
  - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
  - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracasso.
  - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
  - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
  - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
  - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
  - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
  - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
  - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que estou sendo punido.
  - 1 Acho que posso ser punido.
  - 2 Creio que serei punido.
  - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
  - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
  - 2 Estou enjoado de mim.
  - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
  - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
  - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
  - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
  - 1 Tenho ideias de me matar, mas não executarias.
  - 2 Gostaria de me matar.
  - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
  - 1 Choro mais agora do que costumava.
  - 2 Agora, choro o tempo todo.
  - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
  - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

- 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
  - 3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
    - 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
    - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
    - 3 Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.
  13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
    - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
    - 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
    - 3 Não consigo mais tomar decisões.
  14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
    - 1 Estou preocupado por estar parecendo velho e sem atrativos.
    - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
    - 3 Acredito que pareço feio.
  15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
    - 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
    - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
    - 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
  - 16 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
    - 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
    - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
    - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
  - 17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
    - 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
    - 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
    - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
  - 18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
    - 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
    - 2 Meu apetite está muito pior agora.
    - 3 Não tenho mais nenhum apetite.
  - 19 0 Não tenho perdido muito peso, se é que eu perdi algum recentemente.
    - 1 Perdi mais de dois quilos e meio.
    - 2 Perdi mais de cinco quilos.
    - 3 Perdi mais de sete quilos.
  - 20 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
    - 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
    - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
    - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
  - 21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
    - 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
    - 2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
    - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

## **II Relatório de Campo Prático**

## **Relatório de Campo**

O presente relatório de campo foi delineado para apresentar as vivências durante dois períodos: 1º) Processo de adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil e; 2º) Validação preliminar da versão adaptada do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil.

Destaca-se que para a defesa da dissertação estaremos cumprindo com o objetivo da adaptação transcultural do FS-ICU (24) para o português do Brasil. Os dados preliminares ainda serão analisados, porém não formam parte da defesa.

O artigo para sustentação da dissertação estará em anexo neste documento para ser avaliado pela banca examinadora da defesa e, o artigo sobre os dados preliminares será finalizado e encaminhado posteriormente.

### **1 Processo de adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil**

Antes de iniciar a etapa de adaptação transcultural, solicitamos autorização para um dos autores do instrumento, Dr. Daren Heyland, professor de medicina e epidemiologia da Universidade de Queen em Kingston, líder do grupo de pesquisa *Canadian Researchers at the End of life Network* (CARENET) situado no Hospital General Kingston, em Ontário no Canadá (ANEXO A).

Após, foram seguidas seis etapas para o processo de adaptação transcultural, sendo: 1ª Tradução do instrumento para o português do Brasil; 2ª Obtenção do primeiro consenso das versões em português; 3ª Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas; 4ª *Back-translation* (retrotradução); 5ª Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a original e; 6ª Avaliação semântica.

#### **1.1 Tradução do instrumento para o português do Brasil**

Para a tradução do instrumento para o português, segundo orientação dos autores adotados<sup>1,2,3</sup> era necessária a participação de dois tradutores brasileiros com

amplo conhecimento da cultura canadense e/ou da língua inglesa. Aos quais seria solicitada tradução independente e, após o envio de cada versão seria organizada uma reunião para elaboração de uma versão consenso.

Iniciou-se o processo com a procura pelos tradutores nos cursos de inglês da cidade de Pelotas/RS, porém não encontrou-se quem se enquadrasse nos critérios supracitados. Também foi utilizada como estratégia de busca o anúncio na rede social - *facebook*, então, uma estudante de medicina, que no momento estava no Canadá, favoreceu o contato com uma médica do Estado de Paraná/PR que estava morando com uma família canadense há 18 meses e trabalhando em um hospital em Toronto. No dia 08 de dezembro de 2014, foi contatada por e-mail, sendo informada sobre os objetivos do projeto e sobre qual seria a sua participação. Foi recebido como resposta seu interesse em participar como coautora, entretanto, esta possibilidade foi descartada, uma vez que o serviço de tradução seria pago e com participação pontual. Então, foi enviado uma carta convite que detalhava sobre o estudo, formalizando o convite para ser a primeira tradutora (ANEXO B).

A segunda tradutora foi sugerida por uma das orientadoras do projeto. Uma professora de inglês da cidade de Pelotas/RS, formada em letras, com mestrado em tradução e que há 15 anos (desde sua graduação) mantém contato com uma família canadense. A mesma foi contatada no dia 11 de dezembro de 2014, aceitou o convite e foi enviado a carta convite para formalizar sua participação na etapa inicial de tradução e comunicá-la sobre o estudo.

Na carta convite foi informado aos tradutores que a pesquisa não tem qualquer fim lucrativo e sim de pesquisa, com a intenção de sensibilizar os tradutores para colaborar com a tradução (reduzindo o valor). A segunda tradutora, que trabalha com tradução, informou que a realização das traduções envolveria o pagamento de R\$ 240,00. A primeira tradutora aceitou o pagamento do mesmo valor.

No dia 18 de dezembro de 2014 a segunda tradutora enviou sua versão, acompanhada da declaração da tradução. E, no dia 22 de dezembro de 2014, foi recebida a versão da primeira tradutora, acompanhada de uma declaração com as justificativas da tradução, conforme solicitado na carta convite. Tínhamos, então, as

duas traduções independentes (ANEXO C) a serem analisadas pelas tradutoras: Versão Português 1 (FS-ICU-24-VP1) e a Versão Português 2 (FS-ICU-24-VP2).

## **1.2 Obtenção do primeiro consenso das versões em português**

No dia 19 de dezembro de 2014 foi realizada uma reunião com duração de duas horas, na qual participaram as duas tradutoras e as pesquisadoras (orientadoras e mestrandas). A reunião ocorreu na casa dos pais da mestrandas, localizada no centro da cidade de Pelotas/RS. A preferência por não fazer na faculdade foi, principalmente, por não precisarmos nos preocupar em reservar sala e pela facilidade de acesso. Destaca-se que a tradutora da Versão Português 1 (FS-ICU (24) - VP1) havia retornada recentemente do Canadá (há dois dias) e, se encontrava em Curitiba/PR, por esta razão a sua participação na reunião foi via *Skype*.

A reunião para o consenso entre as duas tradutoras foi organizada em três momentos: 1º Informações e esclarecimentos - Foi informado às tradutoras os objetivos da reunião, do estudo e do instrumento (adaptar transculturalmente um instrumento de satisfação da família com os cuidados dos pacientes da UTI, proposto no idioma inglês, comparar e elaborar um consenso das duas traduções independentes em português); 2º Distribuição de cópias das versões traduzidas – Foi disponibilizada uma cópia para cada tradutor das duas versões traduzidas (VP1 e VP2), sendo realizada comparação entre a versão original com as duas versões traduzidas – para a primeira tradutora enviamos as cópias por e-mail; e 3º Leitura conjunta - foi realizado uma leitura pausada de todas as partes do instrumento, incluindo as instruções e atentando para cada sessão e itens correspondentes.

Nesta etapa foi realizado leitura atenta e pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. Para os itens que apresentaram discrepâncias foi realizada discussão até que as tradutoras entrassem em concordância e realizado registro detalhado das mudanças. Ao final da reunião obteve-se a Versão Português Consenso 1 (FS-ICU-24-VPC1).

### 1.3 Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas

A Versão Português Consenso 1 (FS-ICU (24) – VPC1) foi avaliada por um comitê de especialistas após envio de uma carta convite (ANEXO D) informando-os sobre o objetivo do estudo e as etapas da reunião que foi composta pelas pesquisadoras (orientadoras e mestranda) e, quatro profissionais da área da saúde: duas enfermeiras, sendo uma com residência multiprofissional em atenção ao paciente crítico, trabalha como enfermeira assistencial em uma UTI e; a outra doutora e docente da UFPel; um médico intensivista com cargo de chefe geral de uma UTI e com vasto conhecimento no atendimento aos pacientes graves e com a comunicação com os familiares destes pacientes; e uma psicóloga que trabalha com famílias.

Os membros deste comitê foram convidados seguindo alguns critérios<sup>1,2,3</sup> relevantes para a garantia dos objetivos desta etapa, tais como, ser profissional da área da saúde e ter experiência com família na UTI.

Após a consulta da disponibilidade de dia e horário dos especialistas, a reunião foi realizada também na casa dos pais da mestranda, em 06 de fevereiro de 2015. Foi realizada uma reunião junto às pesquisadoras (orientadoras e mestranda) e o desenvolvimento das atividades foi organizada em três momentos: 1º Informações e esclarecimentos sobre o objetivo da reunião, do estudo e do instrumento; 2º Distribuição de material produzido na etapa anterior (FS-ICU-24-VPC1), uma cópia para cada integrante do grupo; 3º Leitura conjunta – realizada leitura atenta e pausada, pela mestranda, de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. No final de cada sentença foi realizada pausa para avaliação dos itens do instrumento, por um escala Likert de cinco pontos que conforme reforçado na literatura<sup>4</sup> favorece a obtenção de um dado quantitativo dos especialistas quanto a clareza, pertinência e relevância teórica de cada item. As avaliações foram quantificadas e organizadas em uma tabela (ANEXO E).

Após a leitura de cada item do instrumento e ao ser observado discrepâncias na tradução, foram realizadas discussões, avaliação do objetivo do instrumento até chegar a um consenso por parte dos participantes da reunião. Algumas frases foram ajustadas para melhor compreensão dos entrevistados sem causar prejuízos semânticos. As

contribuições que surgiram foram devidamente anotadas pela mestranda. O produto desta etapa ficou denominado: Versão Português Consenso 2 (FS-ICU-24-VPC2). A reunião ocorreu em três horas e no final os especialistas receberam um certificado de participação (ANEXO F).

#### **1.4 Back-translation (retrotradução)**

Para a retrotradução do instrumento, ou seja, traduzir a Versão FS-ICU (24) – VPC2 para o idioma original, se fez necessário tentar encontrar dois canadenses com amplo conhecimento da cultura brasileira e do idioma, sendo assim precisavam residir no Brasil. Iniciamos as buscas em fevereiro de 2015 nos cursos de inglês na cidade de Pelotas/RS. Foi identificada apenas uma que, infelizmente, não estava disponível para realizar a tradução, em decorrência de outras atividades. Também foi realizado contato com cursos de inglês da cidade de Bagé/RS, porém lamentavelmente não foi possível encontrar tradutores que atendessem às orientações dos autores adotados para o processo de adaptação da IF ICU para o português do Brasil.

Frente à dificuldade de identificar tradutores, fez-se contato com a embaixada canadense da cidade de Porto Alegre/RS, de onde recebemos contato de e-mail de vários canadenses, porém não se teve sucesso nas respostas. Por fim, no mesmo mês, utilizou-se como estratégia de busca a rede social *facebook*. Assim, para esta etapa foram selecionados dois americanos que residem no Brasil, um deles no Estado do Rio Grande do Sul e outro do Estado de São Paulo. Prévio à realização das traduções, os tradutores foram informados quanto à natureza e objetivo do estudo e solicitado a realização de uma tradução independente. Ao convidar os tradutores para participar foi informado que a pesquisa não tem qualquer fim lucrativo e sim de pesquisa e o valor cobrado por um dos tradutores foi de R\$ 224,00, enquanto que o outro aceitou fazer a tradução por R\$ 316,00 acrescido de R\$ 140,00 para participar do consenso entre as versões em inglês, o que somou R\$ 456,00 apenas para um dos tradutor. Com esta etapa obteve-se as versões em inglês, denominadas: Versão Inglês 1 (FS-ICU-24-VI1) e Versão Inglês 2 (FS-ICU-24-VI2).

### **1.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a original**

Com posse das retrotraduções, foi realizada uma reunião no dia 1º de abril de 2014, organizada pelas pesquisadoras para elaboração da versão consenso das versões em inglês. Esta etapa contou com a participação de duas estudantes de enfermagem que realizaram intercâmbio acadêmico por um período de dezoito meses que recentemente tinham retornado dos Estados Unidos da América (EUA) e apresentavam amplo conhecimento da língua inglesa. As Versões em Inglês (FS-ICU-24-VI1) e (FS-ICU-24-VI2) foram comparadas com a versão original do FS-ICU (24) e, realizou-se um consenso das versões entre as estudantes e as pesquisadoras (orientadoras e mestranda), o qual foi denominado consenso preliminar. Ao final desta etapa as estudantes receberam um certificado de participação (ANEXO G).

Ainda em abril, foi realizado novo contato com os tradutores por e-mail e solicitada análise criteriosa do instrumento e envio de justificativa, caso identificassem a necessidade de mudança de algum item. Após, o consenso preliminar foi encaminhado aos tradutores, juntamente com a versão original e as duas versões traduzidas. Obteve-se uma versão consenso entre os tradutores, chamada de Versão Inglês Consenso 3 (FS-ICU-24-VIC1).

A FS-ICU (24) – VIC1 foi enviada em abril por correio eletrônico ao autor principal, que sugeriu algumas alterações originando assim a Versão Inglês Corrigida pelo Autor Principal (FS-ICU-24-VICAP) e o final desta etapa denominou-se Versão Inglês Consenso Final (FS-ICU-24-VICF).

### **1.6 Avaliação semântica**

Para avaliação semântica, a versão Inglês Consenso Final (FS-ICU-24-VICF) foi novamente traduzida para o português por uma das tradutoras da primeira etapa do processo de adaptação. Esta etapa tem como objetivo identificar se todos os itens do instrumento eram compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina. Sendo assim, para a avaliação semântica dos itens foram convidados três familiares de pacientes que estavam internados em uma UTI na cidade de Pelotas-RS, com

diferentes níveis de escolaridade que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo. Os familiares foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo de sua participação. Após a concordância em participar foi esclarecido que esta etapa objetiva avaliar o instrumento quanto a sua compreensibilidade e foi solicitado a observação de itens que fossem pouco claros ou de difícil entendimento.

A conversa com os familiares ocorreu em junho de 2015 com três familiares com diferentes níveis de escolaridade que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo. A primeira familiar era uma mulher de 44 anos, dona de casa, com oito anos de estudo (fundamental completo), filha de uma paciente que estava internada na UTI. A segunda, uma jovem de 18 anos, estudante, com onze anos de estudo (ensino médio completo), neta de uma paciente. O terceiro, um homem de 36 anos, microempresário, com seis anos de estudo (ensino fundamental incompleto), esposo de uma paciente.

Os familiares foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo de sua participação. Após a concordância em participar, os familiares foram esclarecidos que esta etapa objetivava avaliar o instrumento quanto a sua compreensibilidade e foi solicitado a observação de itens que fossem pouco claros ou de difícil entendimento.

Esta etapa foi realizada em local reservado, de forma que se pudesse evitar qualquer interrupção e distração do familiar durante o processo de avaliação. As instruções e os itens foram lidos pausadamente e ao final da leitura de cada frase foi questionado sobre o que teria sido entendido. Todos os familiares afirmaram que o instrumento traduzido era claro e objetivo, apenas o terceiro familiar disse que teria dificuldade em responder o item 10 da segunda parte do instrumento que pergunta sobre o tempo para tomar decisões, contendo apenas duas variáveis: eu poderia ter tido mais tempo; eu tive tempo suficiente. Segundo o familiar, neste item deveria ter uma terceira opção para aqueles que, como ele, não participaram das decisões. Esta consideração não pode ser adotada, pois estaríamos descumprindo as exigências para adaptar transculturalmente um instrumento para outro idioma. Porém, nesta etapa, esta consideração foi registrada, e a mesma será considerada quanto a nova sugestão durante o estudo das propriedades de medida.

O resultado desta etapa foi a construção da Versão Português Consenso Final (FS-ICU-24-VPCF). Sendo assim, obtivemos um instrumento que cumpriu as exigências de uma adaptação transcultural, pronto para ser aplicado no pré teste.

## **2 Validação preliminar da versão adaptada do Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil.**

### **2.1 Coleta de dados do Pré teste**

Em maio de 2015 o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) e da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (SCMP) e, ambos aprovaram o projeto, mas somente liberaram a coleta de dados após comprovante de aprovação do projeto. O projeto de dissertação foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da UFPel e recebeu aprovação no dia 15 de junho, sob o número 1.104.124.

Assim, quando recebemos aprovação do CEP já havíamos convidado seis coletadores para participar da coleta de dados, sendo três enfermeiros e três acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. No dia 18 de junho de 2015 às 19:30 foi organizada uma reunião na casa dos pais da mestranda, com os coletadores e as orientadoras do projeto: Eda Schwartz e M<sup>a</sup> Elena Echevarría-Guanilo (via Skype), nesta oportunidade os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e apresentou-se a Versão Português Consenso Final (FS-ICU-24-VPCF) e o manual da pesquisa.

Conforme discutido no desenvolvimento do projeto de dissertação, preconiza-se pela psicométrica tradicional (estudo das propriedades métricas) que deve ser considerada uma amostra de cinco a dez respondentes por item do questionário para se chegar a uma conclusão desejável e estatisticamente robusta. Considerando que o FS-ICU (24) está formado por 24 itens, foi considerado uma amostra de no mínimo 120 sujeitos e, considerando a possibilidade de perdas na participação acrescentou-se 10%, portanto, seria necessário 132 familiares. Para o pré-teste (teste piloto) tínhamos a

pretensão de entrevistar de 30 a 40 indivíduos representantes da população alvo da pesquisa, caso não fosse identificadas necessidades de alterações, estes fariam parte dos 132 familiares entrevistados.

A coleta de dados iniciou em 1º de julho de 2015 no HUSFP e no dia 11 de julho de 2015 na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. A justificativa pelo atraso para o início das coletas na Santa Casa foi devido à demora na confecção de crachás para os coletadores, sem os quais, os mesmos não teriam autorização para entrar no hospital. Outro diferencial da Santa Casa foi a exigência de seguro de vida para os coletadores. Enquanto isso, o HUSFP apenas solicitou nome completo dos coletadores para que fosse liberada a entrada no hospital.

A coleta de dados foi realizada com familiares de pacientes que estiveram internados na UTI convênio/particular e na pública (atendimento pelo Sistema Único de Saúde – SUS) do HUSFP. E, na UTI da Santa Casa de Pelotas que atende convênio, particular e SUS.

Afim de organizar a coleta de dados, os coletadores foram divididos em duplas, ficando cada dupla responsável por uma UTI, portanto, dois com a UTI convênio do HUSFP, dois com a UTI SUS do HUSFP e dois com a UTI da SCMP. Além disso, para otimizar a comunicação entre a mestrande e as duplas, foram criados três grupos em um aplicativo de celular identificados como: “Coleta UTI convênio HUSFP”, “Coleta UTI SUS HUSFP” e “Coleta UTI Santa Casa”.

Os pacientes que recebem alta da UTI permanecem nos quartos por no mínimo 24 horas, o que nos favoreceu, pois aproveitávamos enquanto eles ainda estavam no hospital para convidar a família para participar do estudo. Inicialmente a mestrande ia diariamente nas UTI's, porém com o passar dos dias, percebeu que poderia ser espaçado para cada dois dias, pois mesmo assim o paciente ainda estaria no hospital. E, mesmo que estivesse evoluído para óbito, a família só seria abordada após 7 dias. Afim de permitir uma melhor organização em relação aos dados do paciente e seu destino, foi utilizada uma planilha para preenchimento em campo (ANEXO H).

Após três semanas do início da coleta de dados, percebeu-se que havia necessidade de alterar os critérios de inclusão do estudo em relação ao tempo de permanência do paciente na UTI, antes apenas seriam incluídos aqueles que

estivessem permanecido três dias na UTI e em virtude de várias perdas por este motivo, mestrandas e orientadoras identificaram que reduzir para dois dias não iria intervir nos resultados do estudo, já que o critério do familiar ter realizado no mínimo três visitas na UTI foi mantido.

Para proporcionar um ambiente tranquilo durante a coleta de dados, foi solicitado aos hospitais uma sala privativa. Na Santa Casa, foi utilizada a sala de práticas da Faculdade de enfermagem da UFPel, e no HUSFP foram disponibilizadas pelo Núcleo de Integração Ensino, Pesquisa e Assistência (NIEPAS) cinco salas de estudos distribuídas pelas unidades do hospital, assim, cada coletador poderia utilizar a sala mais próxima do quarto do paciente.

Com o decorrer das coletas, percebeu-se que na maioria das vezes, o familiar preferia permanecer ao lado do paciente, pois ficava com receio de deixá-lo sozinho enquanto respondia o instrumento. Então, sempre que possível, pedíamos para o familiar ler e marcar o instrumento, assim, evitávamos de expor ele a perguntas que fosse lhe constranger na frente do paciente. Portanto, em alguns momentos e conforme a escolha do familiar, o instrumento podia ser autoaplicável.

Quando os paciente evoluíam para óbito, esperávamos no mínimo sete dias para entrar em contato com os familiares, pois entendemos que o familiar necessitava de um período para vivenciar o luto.

Cabe salientar que entrevistávamos mais de um familiar por paciente, desta forma, quando abordávamos um familiar, também questionávamos sobre outros que atendessem os critérios de inclusão para combinar uma entrevista.

Finalizamos o pré teste da coleta de dados com 46 questionários e organizamos um encontro entre mestrandas e orientadoras para construção do banco de dados.

## **2.2 Organização do banco de dados utilizando o SPSS**

Os dados foram organizados e analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0. Para digitação dos dados utilizamos a sugestão de codificação dos autores do instrumento FS-ICU(24).

Entendeu-se que poderíamos finalizar a coleta de dados com o pré teste, para analisarmos a correlação entre o FS-ICU (24) e os instrumentos validados que foram aplicados concomitantemente. Entretanto, entendemos que versão precisa ser testada quanto as propriedades psicométricas, estudo de análise fatorial da escala, bem como a análise da consistência interna.

## REFERÊNCIAS

1 Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reability of the St Geoges's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *European Respiratory Journal*. 1996; 9(6):1160-6.

2 Echevarría-Guanilo ME, Rossi LA, Dantas RAS, Santos CB. Cross-cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS to be used with brazilian burned patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14:526-33.

3 Zanetti ACG, Giacon BCC, Galera SAF. Adaptação Cultural do Family Questionnaire para avaliação da emoção expressada. *Rev. enferm. UERJ*. 2012 Jan-Mar; 20(1):90-7.

## **ANEXOS**

**Anexo A - Autorização para a adaptação transcultural do instrumento Family  
Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)**

**1º E-mail enviado: Solicitação de permissão para realizar a adaptação e validação do FS-ICU (24) para o português do Brasil**

From: josiele de Lima neves [[mailto:josiele\\_neves@hotmail.com](mailto:josiele_neves@hotmail.com)]  
Sent: Sunday, May 04, 2014 8:06 PM  
To: Daren Heyland  
Subject: I'm interested in using the SF-ICU

I am a Master's student of the Federal University of Pelotas, Brazil.  
I'm interested in using the SF-ICU, and I wonder if there is already some validity Portuguese version for Brazil. If no validated version for this country, I wonder if I can have permission for this?  
Please, I would like more information about validation?  
Thank you

Josiele Neves  
Enfermeira

**Resposta do Dr. Daren Heyland:**

De: Daren Heyland (dkh2@queensu.ca)  
Enviada: Terça-feira, 6 de maio de 2014 16:25:44  
Para: Josiele de lima neves (josiele\_neves@hotmail.com)

I don't have contact information for the person who initially translated the version into Portuguese for Brazil  
So I would say, no, it has not been validated.  
I would be very happy for you to do that and we could replace the version on the website with yours and put your name and contact information instead,  
Ok?  
Daren

Daren Heyland MD, MSc.  
Scientific Director  
Clinical Evaluation Research Unit  
Kingston General Hospital  
Kingston, ON  
K7L 2V7  
Office: 613-549-6666x4847  
Fax: 613-548-2428  
Cell: 403-915-5573  
[www.ceru.ca](http://www.ceru.ca)

**2º E-mail enviado: Agradecimento e solicitação das versões de outros países que fizeram o processo de adaptação e validação do FS-ICU (24)**

From: josiele de Lima neves [mailto:josiele\_neves@hotmail.com]  
Sent: Monday, May 05, 2014 7:59 PM  
To: Daren Heyland  
Subject: I'm interested in using the SF-ICU

Hi

Thank you for your attention.

I saw that the site has a version in Portuguese. I wonder if this version has been validated, and has material that I can reference in the project. Then I can apply in my study.

Josiele Neves  
Enfermeira

**Resposta:**

From: [dkh2@queensu.ca](mailto:dkh2@queensu.ca)  
To: [josiele\\_neves@hotmail.com](mailto:josiele_neves@hotmail.com)  
Subject: RE: I'm interested in using the SF-ICU  
Date: Mon, 5 May 2014 02:45:34 +0000

Hi

You can see all the translated version of the FS ICU on our website, [www.thecarenet.ca](http://www.thecarenet.ca)  
Yes, you have permission to use it. Good luck and thanks for your interest in our tool  
Daren

Daren Heyland MD, MSc.  
Scientific Director  
Clinical Evaluation Research Unit  
Kingston General Hospital  
Kingston, ON  
K7L 2V7  
Office: 613-549-6666x4847  
Fax: 613-548-2428  
Cell: 403-915-5573  
[www.ceru.ca](http://www.ceru.ca)

## Anexo B – Carta de Apresentação aos tradutores



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pelotas, 20 de novembro de 2014.

### **Carta de Apresentação**

**Título da pesquisa:** Adaptação transcultural e validação do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil.

Convidamos você para fazer parte da **primeira etapa** da tradução do questionário ***Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24)**.

**Objetivo do estudo:** adaptar transculturalmente um instrumento de satisfação da família com pacientes na UTI, proposto no idioma inglês.

#### **Etapas para o processo de tradução:**

- 1º) Tradução do questionário FS-ICU (24) de maneira independente, preservando a equivalência semântica de todos os itens do instrumento original.
- 2º) Elaborar uma declaração da tradução expressando a sua experiência, por exemplo, ter morado em país de língua inglesa;
- 3º) Participação em uma reunião consenso das duas traduções com a pesquisadora principal e as pesquisadoras orientadoras, a qual terá uma duração aproximada de uma hora.

A segunda etapa da tradução do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) ocorrerá após a conclusão da sua tradução. A reunião contará com a participação das pesquisadoras (professoras orientadoras e aluna de mestrado), sendo marcada em data e horário sugeridos e compatíveis para os participantes desta etapa.

Consideramos importante destacar que esta pesquisa é um projeto de dissertação, sem fins lucrativos ou qualquer interesse que não seja adaptar um instrumento que possibilite avaliar a satisfação da família e auxiliie para melhorias no atendimento aos pacientes.

Esperamos poder contar com a sua participação e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que considere necessários.

Att,

---

Josiele Neves  
Aluna de Mestrado da UFPel

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Eda Schwartz  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elena Echevarría Guanilo  
Coorientadora

## Anexo C – Traduções do FS-ICU (24) para o português do Brasil

**Tabela 1** - Descrição da Versão Português 1 (VP1) e Versão Português 2 (VP2) do instrumento *Family Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)*. Pelotas, RS, Brasil, 2015.

FS-ICU (24) – VP1	FS-ICU (24) - VP2
<b>DEMOGRAFIA:</b>	<b>DEMOGRAFIA:</b>
<b>Por favor complete as seguintes questões para nos ajudar a conhecer um pouco mais sobre você e sua relação com o paciente.</b>	<b>Por gentileza, preencha os espaços a seguir para conhecermos um pouco sobre você e seu relacionamento com o paciente.</b>
1. Eu sou: Homem; Mulher	1. Sexo: Masculino; Feminino
2. Eu tenho _____ anos.	2. Idade:
3. Eu sou do paciente: Esposo, esposa, parceiro, mãe, pai, irmã, irmão, filha, filho, outro (por favor especifique).	3. Seu grau de parentesco em relação ao paciente Esposa, marido, parceiro, mãe, pai, irmão (ã), filho(a), outros (especifique).
4. Antes deste evento mais recente, você esteve envolvido como familiar de algum paciente em UTI (Unidade de terapia Intensiva)? Sim; Não	4. Você já teve como experiência anterior a internação de algum membro da sua família em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva)? Sim; Não
5. Você mora com o paciente? Sim; Não Caso não more, qual é a frequência com que você vê o paciente? Mais de uma vez por semana Semanalmente Mensalmente Anualmente Menos de uma vez por ano.	5. Você mora com o paciente? Sim; Não Se sua resposta foi “não”, então, quantas vezes você vê o paciente em média? Mais de uma vez na semana Semanalmente Mensalmente Anualmente Menos do que uma vez por ano
6. Aonde você mora? Na cidade onde fica o hospital; Fora da cidade	6. Onde você reside? Na cidade onde o hospital está localizado; Fora da cidade
<b>Sua opinião sobre a estadia na UTI do seu familiar. Parte 1: satisfação com o cuidado</b>	<b>Suas opiniões sobre a permanência na UTI do seu membro da familiar. Parte 1: Satisfação com o atendimento</b>
<b>Como nós tratamos seu familiar (o paciente)</b>	<b>Como nós tratamos seu membro familiar (o paciente)?</b>
<b>1 Preocupação e cuidado recebido pela equipe da UTI:</b> Cortesia, respeito e compaixão recebido pelo seu familiar (o paciente)	<b>1. Preocupação e Cuidado prestado pela equipe da UTI:</b> Levando em conta a cortesia, o respeito e a compaixão dados a seu membro da família (o paciente), você considera:
<b>Manejo de sintomas:</b> Quão bem a equipe da UTI manejou e tratou os sintomas de seu familiar: 2. Dor 3. Falta de ar 4. Agitação	<b>Administração dos Sintomas:</b> Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu membro da família? 2. Dor 3. Falta de ar 4. Agitação
<b>Como nós tratamos você?</b>	<b>Como nós tratamos você?</b>
<b>5. Consideração das suas necessidades:</b> Quão bem a equipe da UTI mostrou interesse nas suas necessidade	<b>5. Considerando suas necessidades:</b> A demonstração do interesse em suas necessidades pela equipe da UTI foi:
<b>6. Suporte emocional:</b> Quão bem a equipe da UTI proveu suporte emocional	<b>6. Apoio emocional:</b> O apoio emocional oferecido pela equipe da UTI foi:
<b>7. Coordenação do cuidado:</b> O trabalho em equipe de todos os funcionários da UTI que	<b>7.Coordenação do cuidado:</b> O trabalho em equipe de toda a equipe da UTI que

cuidaram de seu familiar	cuidou de seu membro da família foi:
<b>8. Preocupação e cuidado fornecido pela equipe da UTI:</b> Cortesia, respeito e compaixão recebido por você	<b>8. Preocupação e Cuidados da UTI:</b> Como você considera a cortesia, o respeito e a compaixão que lhe foram dados?
<b>Enfermagem</b>	<b>Enfermeiros:</b>
<b>9. Habilidade e competência das enfermeiras da UTI:</b> Quão bem as enfermeiras cuidaram de seu familiar	<b>9. Habilidade e Competência dos enfermeiros da UTI:</b> Como você considera o cuidado das enfermeiras em relação seu membro da família?
<b>10. Frequência da comunicação com as enfermeiras da UTI:</b> Quão frequente foi a comunicação entre a equipe de enfermagem e você em relação ao seu familiar	<b>10. Frequência de Comunicação com enfermeiros da UTI:</b> Quantas vezes os enfermeiros comunicaram a você sobre a condição de seu familiar?
<b>Médicos (Todos os médicos, incluindo residentes)</b>	<b>Médicos (todos os médicos, incluindo os residentes)</b>
<b>11. Habilidade e competência dos médicos da UTI:</b> Quão bem os médicos cuidaram de seu familiar	<b>11. Habilidade e competência dos médicos da UTI:</b> Como você considera o cuidado dos médicos em relação ao seu membro familiar?
<b>A UTI</b>	<b>A UTI</b>
<b>12. A atmosfera da UTI foi?</b>	<b>12. Como era a atmosfera da UTI?</b>
<b>A sala de espera</b>	<b>A sala de espera</b>
<b>13. A atmosfera na sala de espera da UTI foi?</b>	<b>13. Como era a atmosfera na sala de espera da UTI?</b>
<b>14. Algumas pessoas querem todo o possível sendo realizado em relação ao seus problemas de saúde, enquanto outras não querem tudo sendo feito. Quão satisfeito você está com o nível ou quantidade de cuidado recebido por seu familiar na UTI? 1) Muito Insatisfeito, 2) Ligeiramente insatisfeito, 3) Satisfeito, 4) Muito satisfeito, 5) Completamente satisfeito</b>	<b>14. Algumas pessoas têm grau de exigência maior e outras, menor, em relação aos cuidados com problemas de saúde. Ficou satisfeito com o nível ou a quantidade de cuidados com a saúde que seu familiar recebeu na UTI?</b>
<b>Observação</b> Do item 1 ao 13 com as seguintes sugestões de resposta: 1) Excelente, 2) Muito bom, 3) Bom, 4) Suficiente, 5) Insuficiente, 6) N/A	<b>Observação</b> Do item 1 ao 14 foram traduzidas as seguintes respostas: 1) Excelente, 2) Muito bom, 3) bom, 4) regular, 5) insatisfatório, 6) N/A
<b>PARTE 2: Satisfação familiar com as decisões de cuidado do paciente criticamente enfermo.</b>	<b>PARTE 2: satisfação da família com as decisões tomadas acerca dos cuidados de pacientes graves.</b>
<b>Necessidade de informação</b>	<b>Das necessidades de informações</b>
<b>1. Frequência de comunicação com os médicos da UTI:</b> Quão frequente médicos se comunicavam com você a respeito da condição de seu familiar	<b>01. Frequência de comunicação com os médicos da UTI:</b> Com que frequência os médicos comunicaram a você sobre a condição do seu membro da família?
<b>2. Facilidade de obter informações:</b> Boa vontade da equipe da UTI em responder suas perguntas	<b>02. Facilidade de obtenção de informações:</b> Quanto à disposição da equipe da UTI para responder suas perguntas, você considera:
<b>3. Entendimento da Informação:</b> Quão bem a equipe da UTI forneceu explicações que você compreendeu	<b>03. Compreensão das informações:</b> A equipe das UTI fornecia explicações de forma que você entendia?
<b>4. Honestidade da Informação:</b> A honestidade da informação fornecida a você a respeito da condição de seu familiar	<b>04. Honestidade das informações:</b> As informações fornecidas a você sobre as condições do seu membro familiar eram verdadeiras?
<b>5. Plenitude da Informação:</b> Quão bem a equipe da UTI informou você sobre os	<b>05. Integridade das informações:</b> A equipe da UTI informou-lhe o que estava acontecendo com seu

acontecimentos relacionados ao seu familiar e como os procedimentos estão sendo realizados	familiar e o motivo das coisas estarem sendo feitas daquela forma?
<b>6. Consistência da Informação:</b> A consistência da informação fornecida a você sobre a condição de seu familiar (Você obteve uma história semelhante dos médicos, enfermeiras, etc.)	<b>06. Consistência das informações:</b> Sobre a consistência das informações fornecidas a você sobre a condição de seu familiar (Você recebeu uma história semelhante do médico, dos enfermeiros, etc.)
<b>Observação.</b> Do item 1 ao 6 foram traduzidas as seguintes sugestões de resposta: 1) Excelente, 2) Muito bom, 3) Bom, 4) Suficiente, 5) Insuficiente, 6) N/A.	<b>Observação.</b> Do item 1 ao 6 foram traduzidas as seguintes sugestões de respostas: 1) excelente, 2) muito bom, 3) bom, 4) regular, 5) insatisfatório, 6) N/A.
<b>O processo de tomada de decisões:</b> Durante a estadia de seu familiar na UTI, muitas decisões importantes foram feitas em relação a assistência médica recebida. Das questões abaixo, escolha uma resposta para cada um dos seguintes conjuntos de ideias que melhor descrevam sua opinião.	<b>Processo de tomada de decisões:</b> Durante a permanência de seu familiar na UTI, muitas decisões importantes foram tomadas a respeito do cuidado com a saúde que o paciente recebeu. A partir das questões abaixo, escolha uma opção de resposta que mais combine com a sua opinião:
<b>7. Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisões?</b> 1) Eu me senti muito excluído, 2) Eu me senti de alguma forma excluído, 3) Eu não me senti nem incluído nem excluído do processo de tomada de decisões, 4) Eu me senti de alguma forma incluído, 5) Eu me senti muito incluído	<b>07. Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisão?</b> 1) Eu me senti excluído, 2) Eu me senti um pouco excluído, 3) Eu me senti nem incluído e nem excluídos do processo de tomada de decisão, 4) Eu me senti um pouco incluído, 5) Eu me senti incluído.
<b>8. Você recebeu suporte durante o processo de tomada de decisões?</b> 1) Eu me senti completamente sobrecarregado, 2) Eu me senti levemente sobrecarregado, 3) Eu não me senti nem sobrecarregado nem que tenha recebido suporte, 4) Eu recebi suporte, 5) Eu recebi muito suporte	<b>08. Você se sentiu apoiado durante o processo de tomada de decisão?</b> 1) Eu me senti totalmente sobrecarregado, 02) Eu me senti um pouco sobrecarregado, 03) Eu me senti nem sobrecarregado e nem apoiado, 4) Eu me senti apoiado, 5) Eu me senti muito apoiado
<b>9. Você sentiu que teve controle em relação ao cuidados recebidos pelo seu familiar.</b> 1) Eu me senti muito fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou os cuidados que meu familiar recebeu, 2) Eu me senti de alguma forma fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou os cuidados que meu familiar recebeu, 3) Eu não me senti nem no controle nem fora do controle, 4) Eu me senti com algum controle sobre os cuidados recebidos por meu familiar, 5) Eu me senti com um bom controle a respeito dos cuidados recebidos por meu familiar.	<b>09. Você sentiu que tinha controle sobre os cuidados de seu membro da família?</b> 1) Eu me senti muito fora de controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu, 2) Eu me senti um pouco fora de controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu, 3) Eu me senti nem no controle ou fora de controle, 4) Senti que tinha algum controle sobre os cuidados os quais meu familiar recebeu, 5) Eu senti que eu tinha controle sobre os cuidados que meu familiar recebeu.
<b>10. Enquanto tomava decisões, você teve tempo adequado para abordar suas preocupações e ter suas perguntas respondidas?</b> 1) Eu poderia ter tido mais tempo, 2) Eu tive tempo adequado	<b>10. Ao tomar decisões, você teve um tempo adequado para ter suas preocupações abordadas e suas perguntas respondidas?</b> 1) Eu poderia ter utilizado mais tempo, 2) Eu tive tempo suficiente.
<b>Se o seu familiar faleceu durante a estada na UTI, por favor, responda as seguintes questões (11-13). Se o seu familiar não faleceu, por favor, vá à questão 14.</b>	<b>Caso o membro da sua família veio a falecer durante a internação na UTI, por gentileza, responda às perguntas de número 11 a 13. Se o membro da família não faleceu na UTI responda apenas a questão número 14.</b>

<p><b>11. Qual dos seguintes pontos de vista melhor descrevem seu sentimento.</b> 1) Eu senti que a vida do meu familiar foi prolongada desnecessariamente, 2) Eu senti que a vida do meu familiar foi ligeiramente prolongada além do necessário, 3) Eu senti que a vida do meu familiar não foi nem prolongada nem encurtada desnecessariamente, 4) Eu senti que a vida do meu familiar foi ligeiramente encurtada desnecessariamente, 5) Eu senti que a vida do meu familiar foi encurtada desnecessariamente.</p>	<p><b>11. Qual das seguintes alternativas melhor descreve a sua opinião:</b> 1) Eu senti que a vida de meu familiar foi prolongada desnecessariamente, 2) Eu senti que a vida de meu familiar foi um pouco prolongada desnecessariamente, 3) Eu senti que a vida de meu familiar não foi prolongada nem encurtada, 4) Eu senti a vida de meu minha familiar foi um pouco encurtada desnecessariamente, 5) Eu me senti a vida de meu familiar foi encurtada desnecessariamente.</p>
<p><b>12. Durante as últimas horas de vida do seu familiar qual dos seguintes pontos de vista melhor descrevem seu sentimento.</b> 1) Eu senti que ele estava muito desconfortável, 2) Eu senti que ele estava ligeiramente desconfortável, 3) Eu senti que ele estava confortável, 4) Eu senti que ele estava muito confortável, 5) Eu senti que ele estava totalmente confortável.</p>	<p><b>12. Durante as horas finais de vida de seu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão:</b> 1) Eu senti que ele estava muito desconfortável, 2) Eu senti que ele estava um pouco desconfortável, 3) Eu senti que ele estava confortável na maior parte do tempo, 4) Eu senti que ele estava muito confortável, 5) Eu senti que ele estava totalmente confortável.</p>
<p><b>13. Durante as últimas horas de vida do seu familiar qual dos seguintes pontos de vista melhor descrevem seu sentimento.</b> 1) Eu me senti muito abandonado pela equipe de saúde, 2) Eu me senti abandonado pela equipe de saúde, 3) Eu me senti nem abandonado ou apoiado pela equipe de saúde, 4) Eu me senti apoiado pela equipe de saúde, 5) Eu me senti muito apoiado pela equipe de saúde.</p>	<p><b>13. Durante as últimas poucas horas antes da morte de meu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão:</b> 1) Eu me senti muito abandonado pela equipe de saúde, 2) Eu me senti abandonado pela equipe de saúde, 3) Eu me senti nem abandonado e nem apoiado pela equipe de saúde, 4) Eu me senti apoiado pela equipe de saúde, 5) Eu me senti muito apoiado pela equipe de saúde.</p>

## Anexo D – Carta Convite ao Comitê de especialistas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pelotas, 20 de dezembro de 2014.

### Carta Convite

Convidamos você para fazer parte da **segunda etapa** do processo de adaptação transcultural do questionário ***Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)***. Esta etapa é intitulada: **avaliação pelo comitê de especialistas/juízes e será composta por profissionais da área da saúde com experiência no atendimento aos familiares de pacientes que estiveram internados em uma Unidade de terapia Intensiva (UTI) e por profissionais com conhecimento em pesquisas metodológicas para a validação de instrumentos de pesquisa.**

**Título da pesquisa:** Adaptação transcultural e validação do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)* para o português do Brasil.

**Objetivo do estudo:** adaptar transculturalmente um instrumento de satisfação da família com pacientes na UTI, proposto no idioma inglês.

#### **Etapas para a reunião:**

1º) Informações e esclarecimentos sobre o objetivo da reunião (avaliar e, se necessário, modificar a Versão Português Consenso 1, atentando em preservar as características do instrumento original);

2º) Distribuição do instrumento da Versão Consenso 1 (Consenso de duas traduções distintas realizadas por duas brasileiras com amplo conhecimento da cultura e da língua

inglesa, preservando a equivalência semântica de todos os itens do instrumento original);

3º) Leitura (por uma das pesquisadoras) atenta e pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. As modificações propostas serão registradas pela autora do estudo.

A terceira etapa do processo de adaptação transcultural do questionário *Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) ocorrerá após a conclusão desta reunião que será intitulada Versão Português Consenso 2.

A reunião terá aproximadamente duas horas de duração e será composta pela autora do estudo, pesquisadoras do estudo (orientadoras) e 6 profissionais da área da saúde, sendo marcada em data e horário sugeridos e compatíveis para os participantes.

Consideramos importante destacar que esta pesquisa é um projeto de dissertação, sem fins lucrativos ou qualquer interesse que não seja adaptar um instrumento que possibilite avaliar a satisfação da família e auxiliie para melhorias no atendimento aos pacientes.

Esperamos poder contar com a sua participação e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que considere necessários.

Att,

---

Josiele Neves  
Aluna de Mestrado da UFPel

---

Profa. Dra. Eda Schwartz  
Orientadora

---

Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo  
Coorientadora

**Anexo E – Avaliação da Versão Português Consenso 1 (FS-ICU-24-VPC1) pelo  
Comitê de especialistas**

**Tabela 1:** Média de avaliação dos especialistas em relação aos dados demográficos.

<b>Clareza de linguagem</b>						
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	3,75	4,25	5,00	4,75
<b>Pertinência</b>						
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
<b>Relevância teórica</b>						
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

**Tabela 2:** Avaliação dos juízes em relação à Parte 1 (Satisfação com o atendimento).

<b>Clareza de linguagem</b>														
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>Média</b>	4,75	5,00	5,00	5,00	3,25	4,25	4,75	4,50	4,75	5,00	5,00	2,25	2,25	4,50
<b>Pertinência</b>														
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,75	4,75	5,00	5,00	4,50	5,00	4,50	4,50	5,00
<b>Relevância teórica</b>														
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	5,00	5,00	4,50	4,75	4,50	4,75	5,00	4,50	4,75	4,25	4,25	5,00

**Tabela 3:** Avaliação dos juízes em relação à Parte 3 (Satisfação da família com as decisões tomadas acerca dos cuidados de pacientes graves).

<b>Clareza de linguagem</b>													
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Média</b>	3,75	5,00	3,25	4,25	4,00	4,00	4,75	5,00	3,75	4,75	5,00	5,00	5,00
<b>Pertinência</b>													
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	5,00	4,50
<b>Relevância teórica</b>													
<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Média</b>	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	5,00	4,75

Anexo F – Certificado aos participantes do Comitê de especialistas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

# CERTIFICADO

Certificamos que \_\_\_\_\_ atuou como membro do comitê de especialistas/juízes na segunda etapa da dissertação da mestranda Josiele de Lima Neves, intitulado: “Adaptação transcultural e validação do instrumento ***Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)*** para o português do Brasil. Participou na avaliação dos itens da Versão Português Consenso 1 do instrumento Canadense: ***Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)*** e, contribuiu para adequações que originaram a Versão Português Consenso 2, em fevereiro de 2015, Totalizando 3 horas.

\_\_\_\_\_  
Josiele Neves  
Aluna de Mestrado da UFPel

\_\_\_\_\_  
Eda Schwartz  
Profa. Dra. e Orientadora

\_\_\_\_\_  
Maria Elena Echevarría Guanilo  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> e Co-orientadora

**Anexo G – Certificado de participação às colaboradoras do Consenso preliminar da Versão Inglês**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

# CERTIFICADO

Certificamos que \_\_\_\_\_ participou da revisão de duas versões em inglês (**retrotradução**) na terceira etapa do processo de adaptação transcultural na dissertação da mestranda Josiele de Lima Neves, intitulado: “Adaptação transcultural e validação do instrumento ***Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)*** para o português do Brasil”, totalizando 3 horas. As revisões auxiliaram para a Versão Inglês Consenso 1.

\_\_\_\_\_  
Josiele Neves  
Aluna de Mestrado da UFPel

\_\_\_\_\_  
Eda Schwartz  
Profa. Dra. e Orientadora

\_\_\_\_\_  
Maria Elena Echevarría Guanilo  
Profª Drª e Co-orientadora

## Anexo H – Instrumento para caracterização dos pacientes e familiares



Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem



### INSTRUMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO

#### Dados de identificação do entrevistador

1. Número do questionário: \_ \_ \_ \_

#### 2. Unidade de Terapia Intensiva:

- (1) Santa Casa de Misericórdia de Pelotas
- (2) Hospital Universitário São Francisco de Paula (UTI convênio/particular)
- (3) Hospital Universitário São Francisco de Paula (UTI SUS)

3. Coletador (a): \_\_\_\_\_ Código: \_ \_

Data da entrevista: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Horário do início: \_ \_ : \_ \_

Horário do término: \_ \_ : \_ \_

#### Dados sobre o paciente

4. Número do prontuário: \_ \_ \_ \_

5. Número do quarto: \_ \_ \_ \_

6. Nome do paciente: \_\_\_\_\_

7. Qual data de nascimento: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ (anos: \_ \_)

8. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

9. Motivo da internação na UTI (patologia): \_\_\_\_\_

10. Número de internações na UTI no último ano: \_ \_

(1) prontuário

(2) familiar

11. Data da última internação: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Data da alta: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

12. Tipo de internação: (1) SUS (2) Convênio (3) particular

#### Dados sobre o familiar

13. Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Número de telefone ( \_ \_ ) \_\_\_\_\_

Anos completos e aprovados de estudo: \_ \_

14. Qual data de nascimento: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ (anos: \_ \_)

15. Quantas vezes você visitou seu familiar enquanto estava internado na UTI?  
(Última internação): \_ \_

### **III Artigo de sustentação da dissertação**

**Adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil**

**Cross-cultural adaptation of the *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) to Brazilian Portuguese**

**Adaptación transcultural del *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para el portugués de Brasil**

**Josiele de Lima Neves<sup>1</sup>**

**Eda Schwartz<sup>2</sup>**

**Maria Elena Echevarría Guanilo<sup>3</sup>**

**Resumo:** Objetivou-se descrever o processo de adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil. Foram percorridas as seguintes etapas: tradução do instrumento para o português do Brasil; obtenção do primeiro consenso das versões em português; avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas; *Back-translation* (retrotradução); obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original e; avaliação semântica. No processo de adaptação constatou-se equivalência semântica entre a versão final em português e a original, bem como compreensão do instrumento adaptado pelos participantes da avaliação semântica. Conclui-se que a adaptação transcultural originou uma versão compreensível e de fácil aplicação, o que permite continuidade ao estudo das propriedades métricas do instrumento.

**Descritores:** Família; Satisfação Pessoal; Unidades de Terapia Intensiva; Estudos de Validação; Enfermagem.

**Abstract:** This study aimed to describe the process the cross-cultural adaptation of the *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) to the Portuguese of Brazil. The following stages were followed: instrument translation into Brazilian Portuguese; obtaining the first consensus of versions in Portuguese; evaluation version consensus by the expert committee; back translation; obtaining the consent of the English versions and compared to the original version and; semantic evaluation. In the process of adaptation found to semantic equivalence between the final Portuguese version and the original, as well as understanding of the instrument adapted by the participants of the semantic evaluation. It is concluded that the cross-cultural adaptation resulted in a version understandable and easy to apply for the Brazilian population allowing continuation to study the metric properties of the instrument.

**Keywords:** Family; Personal Satisfaction; Intensive Care Units; Validation Studies; Nursing.

**Resumen:** Se objetivo describir el proceso de adaptación transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para el portugués de Brasil. El proceso de adaptación siguió las siguientes etapas: traducción del instrumento para el portugués de Brasil; obtención del primer consenso de las versiones en portugués; evaluación de la versión consenso por el comité de especialistas; *Back-*

*translation* (retrotraducción); obtención del consenso de las versiones en inglés y comparación con la versión original y; evaluación semántica. En el proceso de adaptación se constató equivalencia semántica entre la versión final en portugués y la original, bien como comprensión del instrumento adaptado por los participantes de la evaluación semántica. Se concluye que la adaptación transcultural original una versión comprensible y de fácil aplicación, o que permite continuidad al estudio de las propiedades métricas del instrumento.

**Descriptor:** Familia; Satisfacción Personal; Unidades de Cuidados Intensivos; Estudios de Validación; Enfermería.

## **Introdução**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se pelo atendimento e organização complexa. Está direcionada para oferecer tratamento e cuidado a pessoas em condições grave de saúde que necessitam de sistema de monitorização contínua com possibilidade de recuperação através de suporte e tratamento intensivo.<sup>1</sup>

Desde o surgimento das UTI's, seu ambiente sempre foi percebido pela população como pouco acolhedor e de muito sofrimento. Somado a isto, os familiares não eram considerados componentes relevantes pelos profissionais de saúde. Porém, com o tempo tem sido evidenciado que a presença dos familiares não se limita apenas à condição de visitantes, uma vez que os mesmos participam de forma ativa e, anseiam por informações acuradas e compreensíveis.<sup>2</sup>

O cuidado ao paciente grave com risco de vida é uma atuação privativa do enfermeiro, quando comparado a equipe técnica de enfermagem. A equipe de enfermagem realiza atendimento ininterrupto ao paciente e, ao lidar com situações críticas na UTI devem ter a sensibilidade de valorizar a singularidade do paciente e de seus familiares, pois, o ser humano é único e dotado de dimensões que precisam ser valorizadas e respeitadas através do cuidado na UTI a fim de auxiliar na recuperação.<sup>3</sup>

Os familiares demonstram sua satisfação com sinais não verbais durante a visita ao membro da família na UTI e, cabe aos profissionais perceberem e estreitarem o relacionamento interpessoal<sup>1</sup>, a fim de sanar as dúvidas e auxiliá-la no que for necessário durante o processo de internação. Assim, avaliar satisfação dos familiares permite identificar percepções relacionadas à atenção dos profissionais dispensadas ao familiar e sobre o aconchego do ambiente hospitalar frente as suas necessidades,

confere aos profissionais a oportunidade de gerir questões relevantes de modificação ou manutenção de rotinas e cuidados nesta unidade.

Estudos sobre avaliação da satisfação da família é incipiente no Brasil. Destaca-se o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI)<sup>6</sup>. Este é um instrumento derivado do *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), adaptado e validado para o português do Brasil, que avalia as necessidades de familiares de pacientes em UTI. A versão disponível em português é composta por 43 itens, com o objetivo avaliar cinco dimensões: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto.

Preocupados com esta temática<sup>4-5</sup> profissionais têm utilizado instrumentos para avaliar a satisfação de familiares de pacientes que estiveram internados na UTI. De forma geral, os instrumentos estão compostos por questões que avaliam a satisfação da família em relação as necessidades, aos cuidados ofertados ao paciente, à atenção dos profissionais e às decisões tomadas no ambiente da UTI.

Na literatura, até o momento, não foram identificados instrumentos validados para o português do Brasil, direcionados à avaliação de satisfação com os cuidados, ambiente equipe e/ou participação na tomada de decisão. Diante disso, considera-se relevante a adaptação transcultural do instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (24) (FS-ICU 24). Instrumento desenvolvido no Canadá, proposto pelo grupo de pesquisa *Canadian Researchers at the End of Life Network* (CARENET). É amplamente utilizado para mensurar satisfação entre os familiares, cujos resultados podem contribuir, direta ou indiretamente, na melhoria da atenção voltada aos pacientes da UTI.<sup>7</sup> Para a adaptação transcultural, relacionado ao processo de adaptação idiomática e cultural, o instrumento poderá ser estudado quanto à sua validade e confiabilidade, isto é, quanto a suas propriedades de medida.

Em 2003, o instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24), foi proposto com 34 itens. Após análise criteriosa das propriedades métricas, autores identificaram a necessidade de retirar alguns itens por ameaçarem a integridade da escala e por não trazerem resultados significativos. Dessa forma, em 2006 o instrumento foi reduzido para 24 itens, versão que já foi validada em diversos países<sup>8</sup>, porém ainda não foi adaptado para aplicação na população brasileira.

A avaliação transcultural é importante na área da saúde para às diversas populações, uma vez que a prestação de cuidados de qualidade depende da avaliação precisa e compreensão mais profunda da cultura, etnia e idioma do indivíduo.<sup>9</sup>

No Brasil, os testes, escalas ou distintos instrumentos de medida, em sua maioria, são oriundos de outras culturas, porém, utilizar o instrumento no idioma original torna-se difícil, uma vez que os participantes podem ser monolíngues e, neste caso, é indicado a adaptação transcultural para garantir: tradução para o idioma em que o instrumento será aplicado e inclusão das particularidades da população alvo.<sup>10</sup> Pesquisas sobre adaptação são focadas na identificação e quantificação das diferenças culturais e envolve a comparação entre as populações.<sup>11</sup>

Neste contexto a metodologia utilizada para um processo de adaptação transcultural de um instrumento a inicialmente deve ser avaliado a equivalência transcultural (prévio ao estudo das propriedades métricas), sendo elas: 1º Equivalência conceitual – exploração sobre construto de interesse, revisão bibliográfica, discussão com especialistas; 2º Equivalência de itens – discussão com especialistas e com população alvo e; 3º Equivalência semântica – traduções, retrotraduções, consensos entre traduções, discussão com público alvo, pré teste da versão.<sup>12</sup>

Assim, no presente estudo teve como objetivo descrever as etapas do processo de adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa metodológica que descreve o processo de adaptação transcultural do FS-ICU (24) para o português do Brasil.

## **Instrumento em processo de adaptação**

O FS-ICU (24) consta de três partes, a primeira composta por informações relacionadas a dados demográficos e, o instrumento propriamente dito, duas subescalas que avaliam a satisfação com o atendimento de forma geral (Parte 1) e a satisfação em relação à tomada de decisão nos cuidados prestados aos pacientes atendidos em UTI (Parte 2).

Os dados demográficos compõe seis questões relacionadas ao familiar, quanto ao: sexo, idade, experiência de estar com outro familiar na UTI e moradia.

A Parte 1, “Satisfação com o atendimento em geral”, é composta por 14 itens, que abrangem assuntos relacionados aos familiares dos pacientes que estiveram na UTI (itens do 1 ao 14): preocupação e cuidado prestado pela equipe; manejo da dor; falta de ar, agitação; necessidades do familiares; apoio emocional oferecido; coordenação do cuidado; preocupação e cuidado; habilidade e competência da equipe da enfermagem; frequência da comunicação com equipe de enfermagem; habilidade e competência da equipe médica; atmosfera (ambiente) da UTI; atmosfera (ambiente) da sala de espera e; satisfação quanto aos cuidados.

A Parte 2, “Satisfação com a tomada de decisão em torno dos cuidados com os pacientes críticos”, é composta por 16 itens, do 1 ao 13 com questões fechadas, sendo do item 1 ao 10 relacionado a tomada de decisão e do item 11 ao 13 aplicado ao familiar do paciente que faleceu. Do item 14 ao 16 são questões abertas para o familiar descrever sobre os serviços da UTI. Os temas abordados, são: frequência de comunicação com equipe médica; facilidade de obter informações; compreensão das informações; honestidade das informações; amplitude das informações; consistência das informações; inclusão no processo de tomada de decisão; apoio durante o processo de tomada de decisão; controle dos cuidados que o familiar internado recebeu; tempo adequado para tomar decisões; alternativa que melhor descreve os sentimentos; sentimentos durante as últimas horas de vida; alternativa que melhor descreve o sentimento nas últimas horas antes da morte, sugestão para melhora do cuidado oferecido; comentário sobre as coisas consideradas bem feitas e; comentário ou sugestão útil para a equipe.

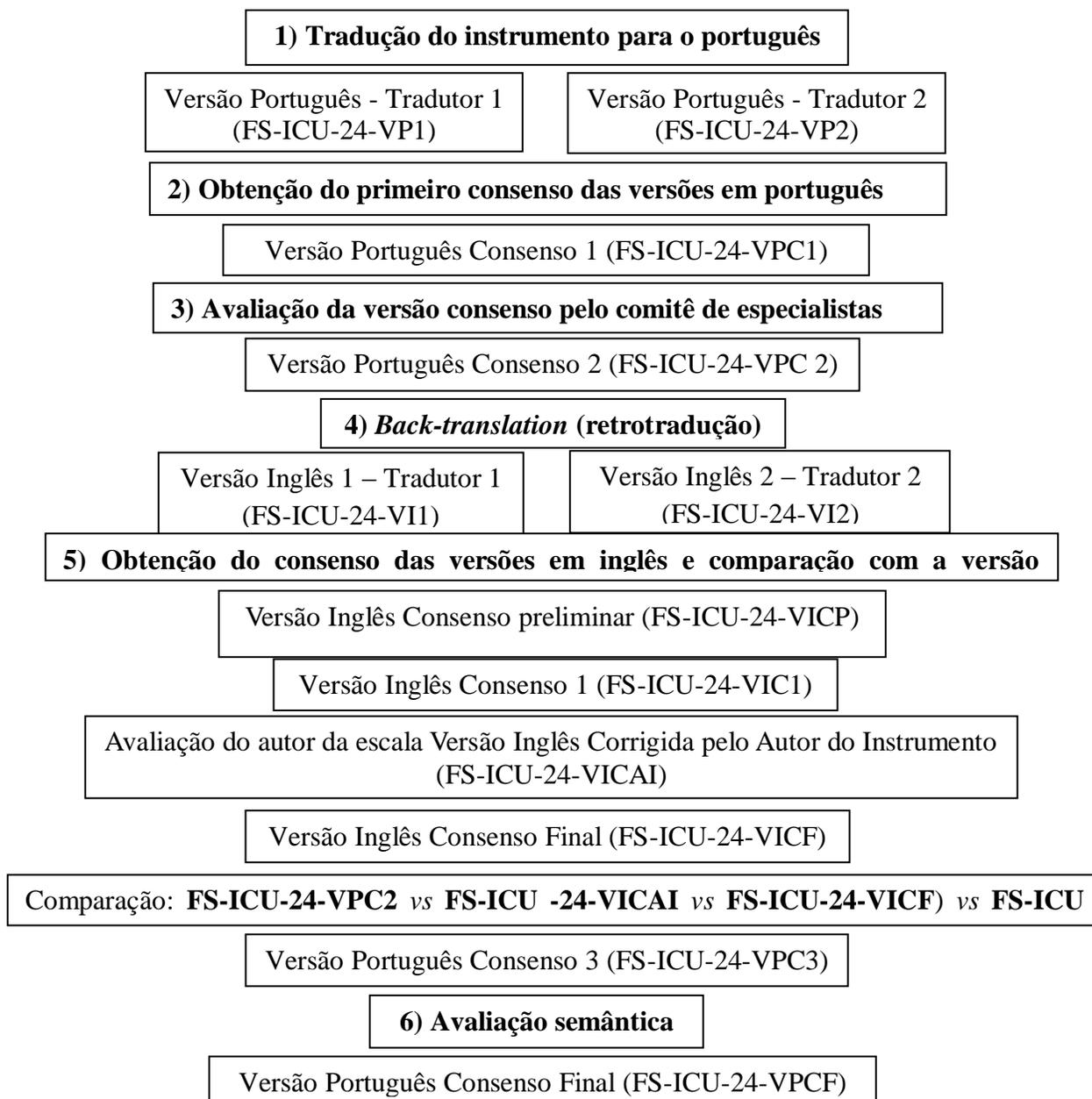
Em relação à aplicação e à pontuação, a proposta dos autores é que o instrumento seja autoaplicável, com duração aproximada de preenchimento de 10 a 15 minutos; e os valores deverão ser transformados para uma escala de 0 a 100 pontos, no qual tem-se como possível pontuação mínima de 0 e máxima de 100%.<sup>8</sup> Quanto maior pontuação, maior a satisfação das famílias com o cuidado na UTI.

## Processo de adaptação transcultural

Destaca-se que o processo de tradução do FS-ICU (24) foi iniciado após a permissão de um dos autores da escala: Dr. Daren Heyland, professor de medicina e epidemiologia da Universidade de Queen em Kingston, líder do grupo de pesquisa *Canadian Researchers at the End of life Network* (CARENET) situado no Hospital General Kingston, em Ontário no Canadá.

De posse da autorização do autor da escala, o projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) recebendo aprovação com o parecer nº 1.104.124, uma vez que, após a adaptação, dar-se-á continuidade ao processo validação, com a análise das propriedades métricas, sendo a versão adaptação aplica a familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Assim para a adaptação transcultural foram seguidas seis etapas<sup>13</sup>, com a inclusão de alteração da ordem das etapas conforme proposta de estudos brasileiros prévios<sup>14,15</sup>: 1) Tradução do instrumento para o português do Brasil; 2) Obtenção do primeiro consenso das versões em português; 3) Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas; 4) *Back-translation* (retrotradução); 5) Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original e; 6) Avaliação semântica (Figura 1).



**Figura 1** - Processo de adaptação transcultural do “*Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit- FS-ICU*” para o português do Brasil.

**1) Tradução do instrumento para o português do Brasil.** Conforme recomendado, participaram desta etapa dois tradutores originário do país alvo, neste caso o Brasil, com amplo conhecimento da língua inglesa.<sup>13,14,15</sup> Assim formaram parte desta etapa, um médico que residia no Canadá e havia retornado recentemente ao Brasil, portanto, com conhecimento amplo do idioma inglês e proximidade com a cultura canadense e, um professor de idiomas, com mestrado em tradução, também com domínio da língua inglesa. Prévio à realização da tradução foi encaminhado um documento informando aos tradutores sobre a natureza, objetivo do estudo e, solicitou-se uma versão do instrumento para o português do Brasil de forma independente juntamente com uma justificativa da tradução, preservando a equivalência semântica dos itens do instrumento original. O resultado desta etapa seria a obtenção de duas versões do FS-ICU (24) em português.

**2) Obtenção do primeiro consenso das versões em português.** Consistiu em uma reunião para avaliação das versões traduzidas para o idioma alvo, português do Brasil.<sup>14,15</sup> Foi organizada pelas pesquisadoras uma reunião, na qual se contou com a participação dos tradutores participantes da primeira etapa, cujo desenvolvimento incluiu três momentos: 1º momento - Informações e esclarecimentos sobre os objetivos da reunião, do estudo e do instrumento “adaptar transculturalmente um instrumento de satisfação da família com pacientes na UTI, proposto no idioma inglês; comparar e elaborar um consenso das duas traduções em português”; 2º momento - Distribuição de cópias das versões traduzidas para os tradutores e pesquisadoras; e 3º momento - Leitura conjunta em voz alta e pausada de todas as partes do instrumento, incluindo as instruções. As pausas se fizeram necessárias para discussão e consenso dos itens. O resultado desta etapa seria uma versão consenso entre as traduções.

**3) Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas.** Tratar-se-á de uma avaliação, principalmente teórica, realizada por especialistas visando a avaliação sobre a compreensão dos itens (análise semântica) e pertinência dos mesmos ao construto que representam (análises dos itens propriamente dita)<sup>13-16</sup>. Assim, após obtenção de um consenso entre as traduções das versões para português foi organizada uma reunião entre as pesquisadoras e quatro especialistas. Para compor o comitê seguiram-se como critérios: ser profissional da área da saúde, ter experiência

na atenção a pacientes adultos e/ou família na UTI. Foi enviada uma carta/convite informando-os sobre o objetivo do estudo e as etapas da reunião para duas enfermeiras, sendo uma com residência em paciente crítico e a outra docente de uma universidade, um médico especialista em medicina intensiva e chefe de uma UTI e uma psicóloga com experiência na temática família.

A reunião foi organizada pelas pesquisadoras e a mesma foi desenvolvida em três momentos: 1º momento – Orientação e esclarecimentos – participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e do instrumento; 2º momento - Distribuição de material produzido da etapa anterior. Foi disponibilizado uma cópia do consenso entre as tradutoras para cada integrante do comitê; 3º momento - Leitura conjunta. Foi realizada leitura atenta e pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. No final desta etapa teria a disponibilidade de uma versão consenso entre os especialistas.

No final de cada sentença foi realizado pausa para avaliação dos itens do instrumento em uma escala que variou de um à cinco pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a clareza, pertinência e relevância teórica do item,<sup>12</sup> a qual favoreceu a obtenção de um dado quantitativo da avaliação dos especialistas.

**4) *Back-translation* (retrotradução).** Com o intuito de detectar erros na tradução da versão-alvo e filtrar palavras de difícil tradução e/ou adaptação, esta etapa teve como objetivo traduzir o consenso dos especialistas para o idioma de origem contemplando as adaptações surgidas do processo de tradução até o momento e identificar se o instrumento apresentaria mudanças ao voltar ao idioma original.<sup>13,15</sup> Conforme recomendado, participaram desta etapa dois tradutores originário da língua originária do instrumento, com amplo conhecimento da língua e cultura para a qual o instrumento está sendo adaptado.<sup>13,16</sup> Foram selecionados dois tradutores originários da língua inglesa com ampla experiência em tradução, domínio do português do Brasil e conhecedores da cultura brasileira. Prévio à realização das traduções, os mesmos foram informados quanto à natureza e objetivo do estudo e foi solicitada a realização de duas traduções independente. Esta etapa foi composta por dois americanos que residem no Brasil com domínio do português do Brasil, um deles do Estado do Rio Grande do Sul e outro do Estado de São Paulo.

**5) Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original.** Esta etapa tem como principal objetivo avaliar as equivalências entre o instrumento original e o traduzido.<sup>13,16</sup> Após a obtenção das duas retrotraduções foi organizada uma reunião para elaboração de um consenso entre as versões traduzidas para em inglês, para posteriormente ser comparada com a versão original.<sup>14,15</sup> Antes da análise das versões pelos tradutores, optou-se em convidar para uma reunião duas estudantes de enfermagem que tinham retornado recentemente dos Estados Unidos da América (EUA) e apresentavam amplo conhecimento da língua inglesa. A reunião foi conduzida pelas pesquisadoras. Nesta etapa as versões em inglês da etapa *back-translation* foram comparadas com a versão original e, realizou-se um consenso preliminar das versões entre as estudantes e as pesquisadoras. Após obtenção do consenso preliminar, o mesmo foi encaminhado aos tradutores das versões retrotraduzidas ao inglês juntamente com a versão original e as duas versões traduzidas para construir o consenso em inglês.

A versão consenso em inglês foi enviada por correio eletrônico a um dos autores do instrumento, que sugeriu algumas alterações para assegurar que os itens do instrumento preservassem o mesmo sentido. Posteriormente a versão corrigida pelo autor foi reavaliada para gerar novo consenso em inglês. Ainda, após análise dos consenso anteriores com a versão original traduziu-se para o português novamente por um dos tradutores participantes da primeira etapa do processo de adaptação juntamente com as pesquisadoras para ser aplicada na avaliação semântica.

**6) Avaliação semântica.** Esta etapa teve como objetivo verificar a compreensibilidade de todos os itens do instrumento, sendo o público alvo de avaliação a população para a qual o instrumentos é destinado.<sup>14,15</sup> Desta forma, para a avaliação semântica dos itens foram convidados três familiares de pacientes que estavam internados em uma UTI na cidade de Pelotas-RS, com diferentes níveis de escolaridade.

Todos os familiares foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo de sua participação. Após a concordância em participar, os familiares foram esclarecidos que esta etapa objetiva avaliar o instrumento quanto a sua compreensibilidade e foi solicitado a observação de itens que identifiquem necessitar de modificações por não

possuir clareza e entendimento. Atentou-se em realizar esta etapa em local reservado, para não haver interrupção e desconcentração do familiar. As instruções e os itens foram lidos pausadamente e a cada frase questionou-se o entendimento.

A opção da realização da avaliação semântica após a etapa do *Back-translation* se justifica na compreensão dos autores<sup>14,15</sup>. Desta forma, quando a versão traduzida na língua alvo é submetida ao comitê de especialistas, esta poderia sofrer mudanças que não seriam avaliadas na etapa do *Back-translation* (retrotradução), portanto, a inclusão da avaliação semântica teria como principal objetivo identificar as inconsistências, discrepâncias ou dificuldades no processo de tradução, em um momento do processo de validação em que mudanças na tradução do instrumento ainda poderiam ser realizadas.

## **Resultados**

Os resultados das etapas do processo de adaptação transcultural do FS-ICU-24 serão apresentados seguindo a ordem sequencial das etapas propostas na metodologia.

**1) Tradução do instrumento para o português do Brasil** – Após análise das versões em português, identificou-se que o tradutor da Versão Português 1 (VP1) apresentou uma tradução literal e preservou a formalidade das palavras, enquanto que o segundo realizou uma tradução mais afinada com o objetivo do instrumento. Entretanto, o sentido das traduções apresentou similaridades, preservando a originalidade do instrumento. O resultado desta etapa foram duas versões independentes em português Versão Português 1 (VP1) e Versão Português 2 (VP2) do instrumento *Family Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU-24).

**2) Obtenção do primeiro consenso das versões em português** - Na versão consenso priorizou-se a escolha de palavras consideradas de melhor compreensão. Dos itens 2 à 6, 9 e 11 (Parte 1) e nos itens 3 e 5 (Parte 2) um dos tradutores iniciou a tradução com “Quão bem...” e, optou-se em substituir por frases diretas: “Como a...”, “A demonstração...”, “O apoio...”, “Como você considera...” O mesmo tradutor utilizou a expressão “Quão frequente...” no item 10 (Parte 1) e item 1 (Parte 2) substituída por “Com que frequência...”.

Além disso, entre as alternativas de resposta, na escala de *likert*, dos itens do instrumento optou-se pela adequação da tradução da palavra *fair*, a qual um dos tradutores propôs “*suficiente*” e o outro “*regular*”, adotando-se “*regular*”. Na alternativa de resposta *poor*, entre as traduções propostas “*insuficiente*” e “*insatisfatório*”, em consenso foi mantida tradução “*insatisfatório*”. Desta forma, do item 1 ao 13 (Parte 1) e do item 1 ao 6 (Parte 2), na escala de resposta de *likert*, foram mantidas as opções de resposta: excelente, muito bom, bom, regular, insatisfatório, N/A (não aplicável). Destaca-se que o item 14 (Parte 1) e os itens 7 a 13 (Parte 2) tinham opções de respostas distintas.

Na redação dos itens referentes aos médicos e enfermeiros identificou-se a necessidade de incluir a palavra “equipe”, visto que, na UTI além do médico intensivista, também pode haver o médico residente. E, foi acrescentado o termo ‘equipe de enfermagem’ por esta, no Brasil, estar composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Também foi adicionada a palavra “paciente” entre parênteses ao lado da palavra “familiar”. Pois, durante as perguntas seria uma maneira de chamar atenção do familiar para o item.

No processo de tradução, destaca-se a palavra *atmosphere*, como de difícil tradução para o português de maneira que não tivesse duplicidade no sentido, então, optou-se pela tradução “*atmosfera*” e adicionar entre parênteses a palavra “*espaço*”. Já, as discordâncias foram discutidas e o consenso foi devidamente registrado e organizado em quadro a seguir (Quadro 1).

**Quadro 1** - Descrição dos resultados da Versão Português Consenso 1 (FS-ICU-24-VPC1) provinda das versões em português produzidas pelos tradutores. Pelotas, RS, Brasil, 2015.

Versão Português Consenso 1 (FS-ICU (24) – VPC1)	
DADOS DEMOGRÁFICOS:	
Por gentileza, responda as seguintes questões para conhecermos mais sobre você e seu relacionamento com o paciente.	
1. Sexo: Masculino, Feminino	2. Idade:
3. Seu grau de parentesco em relação ao paciente: 1) Esposa, 2) marido, 3) parceiro, 4) mãe, 5) pai, 6) irmão (ã), 7) filho(a), 8) outros (especifique).	
4. Você já teve como experiência anterior a internação de algum membro da sua família em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva)? 1) Sim, 2) Não	
5. Você mora com o paciente? 1) Sim, 2) Não. Caso não more, qual é a frequência com que você vê	

o paciente? 1) Mais de uma vez por semana, 2) Semanalmente, 3) Mensalmente, 4) Anualmente, 5) Menos de uma vez por ano.
<b>6. Onde você mora?</b> 1) Na cidade onde o hospital está localizado, 2) Fora da cidade
<b>Suas opiniões sobre a permanência do seu familiar na UTI</b>
<b>PARTE 1: satisfação com o atendimento</b>
Por gentileza, marque a opção que melhor reflete sua opinião. Se a questão não se aplica a estadia de seu familiar marque o item não aplicável (N/A).
<b>Como nós tratamos seu familiar (o paciente)?</b>
<b>1. Preocupação e Cuidado prestado pela equipe da UTI:</b> Levando em consideração a cortesia, o respeito e a compaixão dados a seu membro da família (paciente), você considera:
<b>Manejo dos Sintomas:</b> Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar? 2. Dor; 3. Falta de ar; 4. Agitação
<b>5. Considerando suas necessidades:</b> A demonstração do interesse em suas necessidades pela equipe da UTI foi:
<b>6. Apoio/suporte Emocional:</b> O apoio emocional oferecido pela equipe da UTI foi:
<b>7. Coordenação do cuidado:</b> O trabalho em equipe de todos os funcionários da UTI que cuidaram de seu familiar (paciente) foi:
<b>8. Preocupação e cuidado fornecido pela equipe da UTI:</b> Como você considera a cortesia, o respeito e a compaixão que lhe foram dados?
<b>Equipe de enfermagem - 9. Habilidade e Competência da equipe de enfermagem da UTI:</b> Como você considera o cuidado da equipe de enfermagem em relação ao seu familiar (paciente)?
<b>10. Frequência de Comunicação com a equipe de enfermagem da UTI:</b> Como foi a frequência da comunicação entre a equipe de enfermagem e você sobre a condição de seu familiar (pacientes)?
<b>Equipe médica - 11. Habilidade e competência da equipe médica da UTI:</b> Como você considera o cuidado dos médicos em relação ao seu familiar (paciente)?
<b>A UTI - 12. Como era a atmosfera (espaço) da UTI?</b>
<b>A sala de espera - 13. A atmosfera (espaço) na sala de espera da UTI foi?</b>
<b>Observação:</b> Do item 1 ao 13 foram mantidas as seguintes respostas: 1) Excelente, 2) Muito bom, 3) bom, 4) regular, 5) insatisfatório, 6) N/A
<b>14. Algumas pessoas têm grau de exigência maior e outras, menor, em relação aos cuidados com problemas de saúde. Ficou satisfeito com o nível ou a quantidade de cuidados com a saúde que seu familiar recebeu na UTI?</b> 1) Muito Insatisfeito, 2) Ligeiramente insatisfeito, 3) Satisfeito, 4) Muito satisfeito, 5) Completamente satisfeito
<b>PARTE 2: Satisfação da família com as decisões tomadas acerca dos cuidados de pacientes graves</b>
<b>Das necessidades de informações</b>
<b>01. Frequência de comunicação com a equipe médica da UTI:</b> Com que frequência a equipe médica comunicou você sobre a condição do seu familiar (paciente)?
<b>02. Facilidade de obter informações:</b> Quanto à disposição da equipe da UTI para responder suas perguntas, você considera que foi:
<b>03. Compreensão das informações:</b> A equipe da UTI fornecia explicações de forma que você entendia?
<b>04. Honestidade das informações:</b> As informações fornecidas a você sobre as condições do seu familiar eram verdadeiras?
<b>05. Integridade das informações:</b> A equipe da UTI informou-lhe o que estava acontecendo com seu familiar e o motivo das coisas estarem sendo feitas daquela forma?
<b>06. Consistência das informações:</b> Quanto a consistência das informações fornecidas a você sobre a condição de seu familiar, você recebeu um relato/uma história semelhante da equipe médica, de enfermagem, etc.
<b>Observação.</b> Do item 1 ao 6 foram mantidas as seguintes sugestões de respostas: 1) excelente, 2) muito bom, 3) bom, 4) regular, 5) insatisfatório, 6) N/A.
<b>Processo de tomada de decisões:</b> Durante a permanência de seu familiar na UTI, muitas decisões importantes foram tomadas a respeito do cuidado com a saúde do paciente recebeu. A partir das questões abaixo, escolha uma opção de resposta que melhor descreva sua opinião:

<p><b>07. Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisão?</b> 1) Eu me senti muito excluído, 2) Eu me senti um pouco excluído, 3) Eu me senti: nem incluído e nem excluído do processo de tomada de decisão, 4) Eu me senti um pouco incluído, 5) Eu me senti muito incluído.</p>
<p><b>08. Você se sentiu apoiado durante o processo de tomada de decisão?</b> 1) Eu me senti completamente sobrecarregado, 2) Eu me senti um pouco sobrecarregado, 3) Eu me senti: nem sobrecarregado e nem apoiado, 4) Eu me senti apoiado, 5) Eu me senti muito apoiado.</p>
<p><b>09. Você sentiu que teve controle em relação aos cuidados recebidos pelo seu familiar (paciente)?</b> 1) Eu me senti muito fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu, 2) Eu me senti de alguma forma fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu, 3) Eu não me senti nem no controle e nem fora do controle, 4) Eu me senti com algum controle sobre os cuidados recebidos por meu familiar, 5) Eu senti que tinha controle sobre os cuidados que meu familiar recebeu.</p>
<p><b>10. Ao tomar decisões, você teve um tempo adequado para ter suas preocupações abordadas e suas perguntas respondidas?</b> 01. Eu poderia ter tido mais tempo. 02. Eu tive tempo suficiente.</p>
<p><b>Caso o seu familiar veio a falecer durante a internação na UTI, por gentileza, responda às perguntas de número 11 a 13. Se o familiar faleceu na UTI responda apenas a questão número 14.</b></p>
<p><b>11. Qual das seguintes alternativas melhor descreve o seu sentimento:</b> 1) Eu senti que a vida do meu familiar foi prolongada desnecessariamente, 2) Eu senti que a vida de meu familiar foi um pouco prolongada desnecessariamente, 3) Eu senti que a vida do meu familiar não foi prolongada e nem encurtada desnecessariamente, 4) Eu senti que a vida do meu familiar foi um pouco encurtada desnecessariamente, 5) Eu senti que a vida do meu familiar foi encurtada desnecessariamente.</p>
<p><b>12. Durante as últimas horas de vida do seu familiar, qual das seguintes alternativas melhor descreve seu sentimento:</b> 1) Eu senti que ele estava muito desconfortável, 2) Eu senti que ele estava um pouco desconfortável, 3) Eu senti que ele estava confortável na maior parte do tempo, 4) Eu senti que ele estava muito confortável, 5) Eu senti que ele estava totalmente confortável.</p>
<p><b>13. Durante as últimas horas antes da morte do seu familiar, qual das seguintes alternativas melhor descreve seus sentimentos:</b> 1) Eu me senti muito abandonado pela equipe de saúde, 2) Eu me senti abandonado pela equipe de saúde, 3) Eu me senti: nem abandonado e nem apoiado pela equipe de saúde, 4) Eu me senti apoiado pela equipe de saúde, 5) Eu me senti muito apoiado pela equipe de saúde.</p>

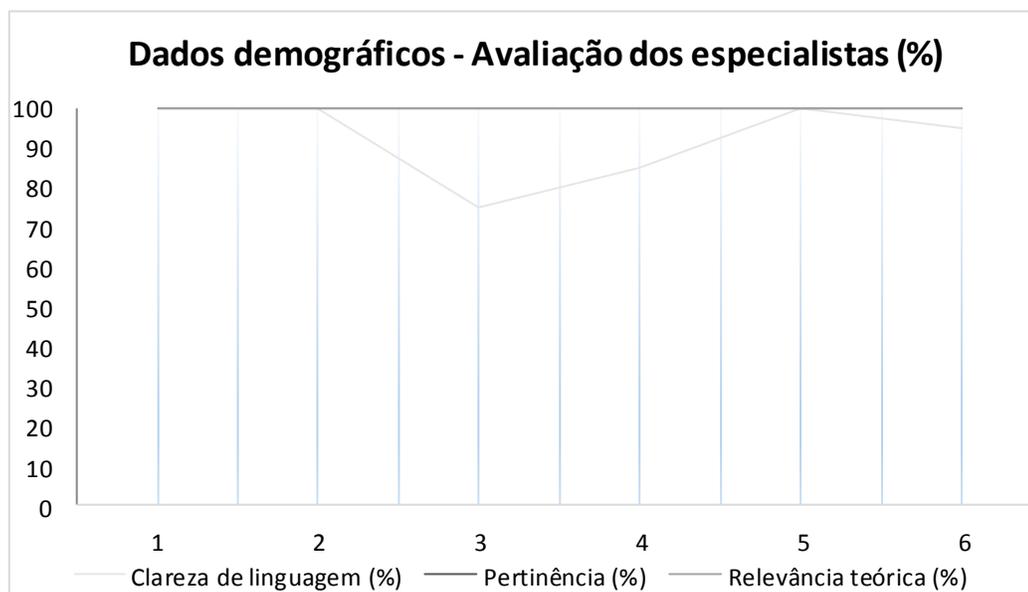
**3) Avaliação da versão consenso pelo comitê de especialistas** – Os especialistas avaliaram a FS-ICU-24-VPC1 em uma escala de *likert* de cinco pontos (quanto maior pontuação, maior concordância), para avaliar “Clareza de linguagem”, “Pertinência” e “Relevância teórica”, das informações relacionados à identificação dos participantes, dos 24 itens do instrumento e as questões relacionadas a familiares de pacientes que faleceram.

Como critério de consenso foi definido previamente que seriam consideradas validadas as áreas que obtivessem um índice maior ou igual a 80%, de concordância entre os especialistas. Então, para itens com menos de 80% no consenso entre os especialistas, a pergunta deveria ser avaliada com cautela no consenso.

Na avaliação dos dados demográficos, identificou-se que em relação à “Pertinência” e à “Relevância teórica”, os especialistas concordaram com todos os itens com média de aceitação de 100%. Porém, em relação a “Clareza de linguagem”, três itens evidenciaram problemas de compreensão na tradução: Item 3 – grau de parentesco com familiar (paciente); Item 4 – experiência de ter acompanhado um familiar na UTI e; Item 6 – Local de residência, tiveram média de 75, 85 e 95%, respectivamente, o que sinalizou a necessidade de revisar a tradução destes itens (Figura 2).

Destaca-se o Item 3 que possui a menor porcentagem de avaliação como um item que obrigatoriamente necessitava ser revisado. Após discussões entre os especialistas, optou-se em manter “companheiro” entre parênteses ao lado de “parceiro”.

**Figura 2** - Avaliação dos juízes em relação aos itens dos dados demográficos do instrumento FS-ICU-24-VPC1.



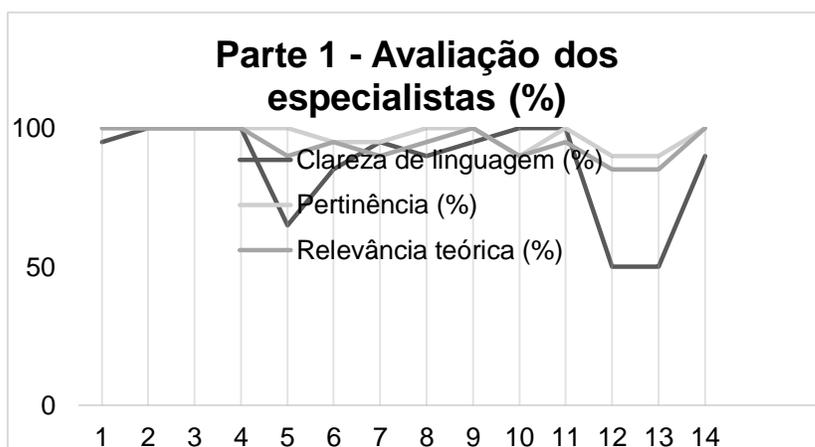
Dos 14 itens analisados (Parte 1), destaca-se que no quesito “Clareza de linguagem”, apresentaram maior discordância em três itens: Item 5 – necessidade dos familiares; Item 12 – Atmosfera (ambiente) na UTI; Item 13 – Atmosfera (espaço) na

sala de espera. Os itens tiveram 65, 50 e 50% de aprovação, respectivamente, sendo realizada nova leitura conjunta, a adequações foram realizadas.

Destaca-se que nos itens 12 e 13 os especialistas, em consenso, optaram por substituir “atmosfera (espaço)”, uma vez que a palavra “espaço” influenciaria o familiar a pensar em tamanho do local (estrutura física). Desta forma, optou-se por acrescentar a palavra “ambiente”, sendo assim “atmosfera (ambiente)”.

Já em relação a “Pertinência” e “Relevância teórica” os itens tiveram mais de 85% de aprovação pelos especialistas (Figura 3).

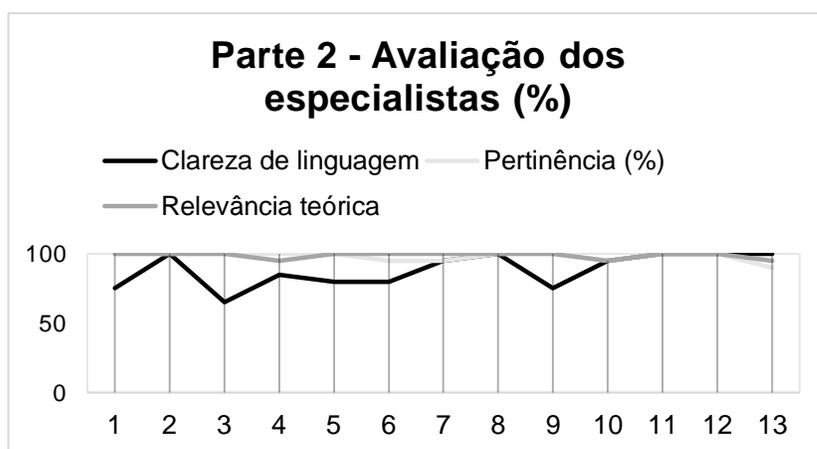
**Figura 3** - Avaliação dos juízes em relação aos itens da Parte 1 do instrumento FS-ICU-24-VPC1.



Em relação aos itens que integram a Parte 2 do FS-ICU, assim como nos resultados dos dados demográficos e dos itens que compõem a Parte 1, a avaliação em relação a “Clareza de linguagem” apresentou menores concordâncias em três itens: Item 1 – frequência da comunicação com equipe médica; Item 3 – compreensão das informações; Item 9 – controle em relação aos cuidados recebidos pelo familiar (paciente). Os itens tiveram 75, 65 e 75% de aprovação, consecutivamente. Destaca-se que o Item 3 “Compreensão das informações: A equipe da UTI fornecia explicações de forma que você entendia?” foi observado pelos especialistas que para as alternativas

“excelente, muito bom, bom, razoável, insatisfatório, N/A” a pergunta deveria ser modificada, já que poderia prejudicar a compreensão na aplicação do instrumento. Porém, eles não tiveram ideia para melhoria, com receio de causar prejuízo semântico, então, o item foi mantido para ser revisto na etapa de avaliação semântica e, posteriormente, no pré teste (Figura 4).

**Figura 4 -** Avaliação dos juízes em relação aos itens da Parte 2 do instrumento FS-ICU-24-VPC1.



Dos três critérios utilizados para avaliação do comitê de especialistas, a clareza de linguagem apresentou menor concordância quando comparado com a “Pertinência” e a “Relevância teórica”. Com isso, destaca-se a evidente necessidade dos especialistas de revisarem atentamente a tradução, sendo assim, as modificações foram realizadas atentando para preservar as características do FS-ICU-24-VPC1, sem causar prejuízo semântico. O resultado desta etapa foi uma versão consensual entre os especialistas, denominada: Versão Português Consenso 2 (FS-ICU (24) – VPC2).

**4) Back-translation (retrotradução):** Nesta etapa os tradutores desenvolveram duas versões independentes e similares. Assim, foram mantidos os itens que apresentaram melhor compreensão e sem prejudicar o significado da versão original.

Com esta etapa obteve-se a Versão Inglês 1 – Tradutor 1 (FS-ICU-24-VI1) e Versão Inglês 2 – Tradutor 2 (FS-ICU-24-VI2).

**5) Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original** – A primeira análise das retrotraduções – realizados pelas estudantes de enfermagem e as pesquisadoras, permitiu identificar os itens com divergências, facilitando a análise de ambas as versões, resultado da etapa do *Back-translation*.

Dentre as divergências identificadas pelas estudantes, destaca-se os itens que contemplavam a palavra *atmosfera* (*ambiente*). Enquanto que um tradutor manteve apenas *atmosphere* (*atmosfera*) o outro manteve apenas *environment* (*ambiente*), desta forma, em consenso com as estudantes optou-se em manter os dois termos: *atmosphere* (*environment*). Esta etapa foi denominada Versão Inglês Consenso Preliminar (FS-ICU-24-VICP).

A FS-ICU-24-VICP foi encaminhado aos tradutores das versões em inglês juntamente com a duas versões traduzidas para o inglês e a versão original. Os tradutores avaliaram o material e concordaram com a maioria das sugestões. Destaca-se algumas correções em relação as alternativas de resposta de alguns itens, a alternativa em inglês *fair* foi traduzida para o português por *regular* e retrotraduzida por *average* por um tradutor e *regular* pelo outro, optou-se por manter *regular*. Na escala de resposta, a alternativa *poor* (da versão original) foi traduzida para o português por *insatisfatório* e os tradutores mantiveram *unsatisfactory*. O produto desta etapa foi chamado de Versão Inglês Consenso 1 (FS-ICU-24-VIC1).

O envio da FS-ICU-24-VIC1 para o autor da escala foi acompanhada de uma carta de solicitação de avaliação que resultou em sugestões de mais algumas alterações o que originou a Versão Inglês Corrigida pelo Autor do Instrumento (FS-ICU-24-VICAI). Nesta versão destaca-se que nas alternativas de respostas dos itens, a escala de *likert*, a palavra *fair* (do instrumento original) foi traduzida em consenso por *regular* no inglês, mas segundo o autor a palavra *regular* não ficaria adequada no inglês e solicitou manter *fair* ou substituir por *average*, já no item *poor* que passou pela tradução para o português como *insatisfatório* e para o inglês como *unsatisfactory* também foi solicitado que se mantivesse *poor*.

Na Parte 2 do instrumento (item 6) na FS-ICU-24-VIC1 havia sido mantido no enunciado *Consistency* (consistência) e na pergunta optou-se pela substituição por *coherence* (coerência). Neste caso, o autor da escala solicitou manter apenas *Consistency* tanto no enunciado como na pergunta. As adequações foram realizadas conforme o autor da escala e obteve-se a Versão Inglês Consenso Final (FS-ICU-24-VICF).

Para finalizar o processo de adaptação transcultural, a Versão Inglês Consenso Final (FS-ICU-24-VICF) foi traduzida para o português sendo comparado com a Versão Português Consenso 2 (FS-ICU-24-VPC2), a Versão Inglês Consenso do Autor do Instrumento (FS-ICU-24-VICAI) e a versão original do FS-ICU (24). Nesta etapa, participaram as pesquisadoras do estudo e um dos tradutores participantes da primeira etapa do processo de adaptação. Na tradução para o português priorizou-se manter itens compreensíveis e coerentes para facilitar o entendimento no português do Brasil.

Em relação as alternativas de respostas correspondente a maioria dos itens do instrumento (1 ao 13, da Parte 1 e; 1 ao 6, da Parte 2) foram necessárias duas alterações nas sugestões do autor: 1ª) Na quarta alternativa: Manter *fair e/ou overage*, porém, no português a tradução seria “médio”, assim manteve-se “razoável”. 2ª) Na quinta alternativa: Manter *poor*, porém, no português a sua tradução seria “pobre”, optou-se pela tradução “insatisfatório”.

O consenso para chegar nessas alterações foi fundamental para tornar coerente as alternativas de resposta do instrumento, resultando nas seguintes opções de resposta: 1º) Excelente; 2º) Muito Bom; 3º) Bom; 4ª) Razoável; 5º) Insatisfatório; 6º) N/A. Após as alterações necessárias, concluiu-se a Versão Português Consenso 3 (FS-ICU-24-VPC3).

**6) Avaliação semântica** – A avaliação semântica dos itens foi realizada com a FS-ICU-24-VPC3 e correspondeu a última etapa do processo de adaptação transcultural permitindo avaliação da compreensibilidade dos instrumentos como um todo (instruções e os itens de avaliação). Dos três familiares entrevistados, um era do sexo feminino, de 44 anos, dona de casa, com oito anos de estudo (fundamental completo), filha do familiar que recebi cuidado na UTI. A segunda, uma jovem de 18 anos, estudante, neta do familiar internado na UTI, com onze anos de estudo (ensino

médio completo) e o terceiro, um homem de 36 anos, com seis anos de estudo (ensino fundamental incompleto), quem acompanhava a esposa internada na UTI, microempresário.

Os familiares participantes desta etapa afirmaram que o instrumento traduzido era claro e objetivo, apenas um familiar (com seis anos de estudo) disse que teria dificuldade em responder o item 10 da segunda parte que pergunta sobre o tempo para tomar decisões, contendo apenas duas variáveis: eu poderia ter tido mais tempo; eu tive tempo suficiente. Segundo o familiar, neste item deveria ter a inclusão de uma terceira opção para aqueles que, como ele, não participaram das decisões. Nesta etapa, esta consideração foi registrada, e a mesma será considerada quanto a nova sugestão durante o estudo das propriedades de medida.

Após as etapas desenvolvidas se obteve a Versão Português Consenso Final (FS-ICU-24-VPCF), cujo procedimento metodológico acredita-se que cumpre as exigências de uma adaptação transcultural.

## **Discussão**

A adaptação transcultural é um processo criterioso que necessita seguir métodos rigorosos para alcançar a equivalência semântica entre o instrumento original e a versão alvo.<sup>16</sup> A vantagem de seguir este processo se justifica ao analisar o quanto a construção de um instrumento novo é um processo demorado.<sup>12</sup>

Autores<sup>16,17</sup> destacam que ao se optar pela realização da adaptação transcultural de um instrumento desenvolvido em outra cultura, é necessário delimitar critérios e cumprir etapas para minimizar os vieses da cultura de origem e alcançar equivalência entre o instrumento original e a versão alvo. Percebe-se que diversos autores destacam a exigência metodológica, entretanto, não há um senso comum, já que pode ser sugerido modificações na ordem ou na inclusão de algumas etapas. Considera-se que a ordem das etapas garante a identificação de inconsistências no processo de tradução preservando a equivalência entre o conteúdo das instruções e item da escala original e a versão brasileira.

A tradução do instrumento é a primeira etapa do processo, realizada por duas pessoas de maneira independente após serem informados sobre os objetivos e conceitos do instrumento.<sup>18</sup> Nas traduções da versão original para o português do Brasil identificou-se que ambas preservaram o sentido dos itens, porém um tradutor fez uma versão preservando a formalidade das palavras, enquanto que o outro, fez uma tradução literal e com uma linguagem mais coloquial. Autores<sup>18</sup> reforçam que o instrumento traduzido deve preservar o mesmo significado em cada item quando comparado com a versão original.

Durante todo o processo de equivalência semântica foram realizadas modificações na redação de alguns itens da versão traduzida para adequá-las a uma linguagem mais coloquial, que permitisse melhor compreensão e aproximasse o instrumento da realidade brasileira. Desta forma, termos como “Quão bem...”, “Quão frequente...” foram substituídos por expressões com mais clareza. Sendo assim, adequou-se as palavras para o “bom português”, para não ser mal interpretada pelos familiares. Neste contexto, também foram acrescentadas palavras extras entre parênteses para melhorar o esclarecimento, por exemplo, foi colocado “paciente” entre parênteses ao lado de “familiar”. Também adotado termos utilizados no Brasil, como “equipe de enfermagem” ao invés de apenas “enfermagem”, “equipe médica” ao invés de “médicos”.

Destaca-se que foram seguidos os rigores na validade de conteúdo (avaliação dos especialistas) e validade de face (avaliação dos familiares). A validade de um instrumento evidencia se o que está sendo medido é realmente o que se pretende medir, ou seja, refere-se a avaliar se o aspecto da medida é congruente com o objeto e não necessariamente com a exatidão com que a mensuração é feita.

Desta forma, um teste tem validade de conteúdo se ele constitui uma amostra representativa de vários comportamentos (domínios).<sup>18</sup> Na adaptação do FS-ICU (24) a análise de conteúdo foi realizada com quatro especialistas, sendo para esta avaliação recomendado a avaliação de no mínimo três e no máximo cinco especialistas acerca da relevância de cada item, em relação à temática do instrumento.<sup>16</sup> A análise dos especialistas contribuiu para o processo de validação de conteúdo, pois indicaram os itens que poderiam gerar confusão quando aplicado na população alvo. As sugestões

dos especialistas foram aceitas e incorporadas aos itens, assim, a escala foi ajustada para posteriormente ser aplicada com mais confiabilidade.

Para a validade de face ou aparente identificou-se três familiares que tiveram seus entes queridos internados na UTI, ou seja pessoas que conhecem/vivenciaram a temática em questão. A validade de face está relacionada a percepção das pessoas sobre o que está sendo medido.

Embora, um dos participantes da avaliação semântica tenha apontado ter sentido falta de poder registrar, na sua avaliação, o fato de não ter participado das decisões na terapêutica do familiar; os demais participantes não teriam apontado esta necessidade. Dessa forma, nesta primeira etapa, não foi considerado motivo de alteração, porém nos passos seguintes do processo de validação das propriedades métricas do instrumento, os pesquisadores terão atenção especial, caso esta necessidade seja apontada.

Ressalta-se que o interesse em realizar o processo de adaptação transcultural de uma escala que avalia a satisfação dos familiares com os pacientes na UTI, permitirá detecção da percepção da família em relação aos cuidados oferecidos neste setor de cuidados críticos, sendo assim, após o instrumento ser devidamente testado na população alvo e aprovado quanto sua validade e confiabilidade, será um importante instrumento que poderá ser utilizada no Brasil.

Nesse contexto, realizou-se a adaptação transcultural do FS-ICU (24) para português do Brasil mediante padrões metodológicos, obedecendo as recomendações da literatura.<sup>13,14,15</sup> Desta forma, possibilitou adaptar à realidade dos familiares de pacientes que estiveram internado em UTI no Brasil um instrumento originário da língua inglesa que será, posteriormente, testado na população alvo. Após aprovação do instrumento no pré teste, será preservado o nome original do FS-ICU (24), apenas acrescido de “versão brasileira - VB” - FS-ICU-24-VB.

## **Conclusão**

Com o término do processo de adaptação transcultural do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 24) para o português do Brasil, conclui-se uma etapa fundamental no processo de adaptação transcultural do instrumento canadense FS-ICU (24) para o português do Brasil, processo no qual foi desenvolvido seguindo rigoroso processo de adaptação transcultural.

O instrumento foi aprovado quanto a equivalência semântica e se mostrou confiável para ser aplicado no pré teste com os familiares dos pacientes que estiveram internados na UTI. Entretanto, a versão precisa ser testada quanto as propriedades psicométricas, estudo de análise fatorial da escala e análise da consistência interna.

## Referências

- 1 Puggina AC, lenne A, Carbonari KFBSF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. 2014 Abr-Jun; 18(2):277-83.
- 2 Neves FBCS, Dantas MP, Bitencourt AGV, Vieira OS, Magalhães LT, Teles JMM, et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009 Jan-Mar; 21(1):32-7.
- 3 Backes MTS, Erdmann AL, Buscher A, Backes DS. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. Esc. Anna Nery [online]. 2012; 16(4): 689-96.
- 4 Henrich NJ, Dodek P, Heyland D, cozinheiro D, Rocker G, Kutsogiannis D, et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. Crit Care Med. 2011 mai; 39(5):1000-5.
- 5 Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung. 1979; 8(2):332-9.
- 6 Castro DS. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem/ UFRJ; 1999
- 7 Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. 2007; 35(1):271-9.
- 8 CARENET – Canadian Researchers at the End of life Network. Family Satisfaction Survey. Disponível em: [www.thecarenet.ca/familysatisfaction/](http://www.thecarenet.ca/familysatisfaction/).
- 9 Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use um cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice. p.268-274, 2011.
- 10 Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. 2010.
- 11 Fayers PM, Hays R. Assessing quality of life in clinical trials. 2ed. Oxford: Oxford University Press, p.467, 2005.
- 12 Reichenheim ME, Moraes CL. Qualidade dos instrumentos epidemiológicos. In: Almeida-Filho N, Barreto M. Epidemiologia & Saúde – fundamentos, Métodos e Aplicações. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2011.

- 13 Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reability of the St Geoges's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *European Respiratory Journal*. 1996; 9(6):1160-6.
- 14 Echevarría-Guanilo ME, Rossi LA, Dantas RAS, Santos CB. Cross-cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS to be used with brazilian burned patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14:526-33.
- 15 Zanetti ACG, Giacon BCC, Galera SAF. Adaptação Cultural do Family Questionnaire para avaliação da emoção expressada. *Rev. enferm. UERJ*. 2012 Jan-Mar; 20(1):90-7.
- 16 Pasquali L. Instrumentação psicológica. Fundamentos e práticas. Artmed; 2010.
- 17 Guillemin F, Bombardier C, Beaton DE. Cross- cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, Oxford*. 1993; 46(12):1417-1432.
- 18 Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.