

# Adaptação transcultural e validação de instrumento para medir a dependência de cuidados de enfermagem

*Cross-cultural adaptation and validation of instrument to measure nursing care dependency*

*Adaptación transcultural y validación de instrumentos para medir la dependencia del cuidado de enfermería*

Murilo dos Santos Graeff<sup>a</sup> 

Miriam de Abreu Almeida<sup>a</sup> 

Ana María Porcel-Gálvez<sup>b</sup> 

Aline Tsuma Gaedke Nomura<sup>a</sup> 

Rosana Pinheiro Lunelli<sup>a</sup> 

Thamiris Silveira da Silva<sup>a</sup> 

## Como citar este artigo:

Graeff MS, Almeida MA, Porcel-Gálvez AM, Nomura ATG, Lunelli RP, Silva TS. Adaptação transcultural e validação de instrumento para medir a dependência de cuidados de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210135. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210135.pt>

## RESUMO

**Objetivo:** Adaptar transculturalmente e validar o instrumento INICIARE para uso no Brasil.

**Método:** estudo metodológico dividido em duas fases: adaptação transcultural e validação. A primeira ocorreu em seis etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão por especialistas, pré-teste e submissão à autora. A segunda, realizada com 130 pacientes, ocorreu em um hospital privado de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, entre maio e julho de 2019. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram analisados através da estabilidade, equivalência e da consistência interna.

**Resultados:** Na adaptação transcultural, o comitê de especialistas ajustou a versão traduzida, validando o conteúdo. Na validação, a maioria dos pacientes era mulher (64,6%) com média de idade  $59 \pm 15,3$ . A confiabilidade foi de 0,744.

**Conclusão:** A versão do instrumento adaptado para o Brasil mostrou-se adequada e reflete a realidade da prática diária da enfermagem.

**Palavras-chave:** Tradução. Avaliação de resultados em cuidados de saúde. Cuidados de enfermagem. Estudo de validação. Avaliação em enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To cross-culturally adapt and validate the INICIARE instrument for use in Brazil.

**Method:** methodological study divided into two phases: cross-cultural adaptation and validation. The first phase took place in six stages: translation, synthesis, back-translation, expert review, pre-test and submission to the author. The second, carried out with 130 patients, took place at a private hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, between May and July 2019. The study was approved by the Research Ethics Committee. Data were analyzed for stability, equivalence and internal consistency.

**Results:** In the cross-cultural adaptation, the expert committee adjusted the translated version, validating the content. At validation, most patients were women (64.6%) with a mean age of  $59 \pm 15.3$ . The reliability index was 0.744.

**Conclusion:** The version of the instrument adapted for Brazil proved to be adequate and reflects the reality of daily nursing practice.

**Keywords:** Translating. Outcome assessment, health care. Nursing care. Validation study. Nursing assessment.

## RESUMEN

**Objetivo:** Adaptar y validar transculturalmente el instrumento INICIARE para uso en Brasil.

**Método:** estudio metodológico dividido en dos fases: adaptación y validación transcultural. La primera, en seis etapas: traducción, síntesis, retrotraducción, revisión de expertos, pre-test y envío al autor. El segundo, realizado con 130 pacientes, se llevó a cabo en un hospital privado de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, entre mayo y julio/2019. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Los datos se analizaron mediante estabilidad, equivalencia y consistencia interna.

**Resultados:** En la adaptación transcultural, el comité de expertos ajustó la versión traducida, validando el contenido. En el momento de la validación, la mayoría de los pacientes eran mujeres (64,6%) con una edad media de  $59 \pm 15,3$  años. La fiabilidad fue de 0,744.

**Conclusión:** La versión del instrumento adaptada para Brasil resultó adecuada y refleja la realidad de la práctica diaria de enfermería.

**Palabras clave:** Traducción. Evaluación de resultado en la atención de salud. Atención de enfermería. Estudio de validación. Evaluación en enfermería.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Universidad de Sevilla (US). Sevilla, España.

## ■ INTRODUÇÃO

A preocupação em otimizar os recursos de saúde e em melhorar as condições de trabalho da enfermagem faz com que os gestores utilizem ferramentas para medir e para adequar a gestão de profissionais à prestação do cuidado de enfermagem. A principal dificuldade nesse processo é a escassa oferta de ferramentas que quantifiquem e dimensionem as atividades de enfermagem e que permitam a correta alocação de recursos mínimos necessários ao atendimento de qualidade aos pacientes e familiares<sup>(1)</sup>.

O uso de um instrumento de classificação de paciente identifica a demanda de cuidados em relação à enfermagem, o que permite o monitoramento da carga de trabalho da equipe e os consequentes ajustes quantitativos e qualitativos. Os instrumentos podem ser distribuídos em três linhas temáticas: os que medem o trabalho do enfermeiro através das competências profissionais; os que medem o trabalho através dos aspectos de segurança clínica e qualidade da atenção; e, finalmente, os que buscam avaliar os cuidados que os pacientes hospitalizados necessitam<sup>(1)</sup>.

Pesquisadores europeus<sup>(2)</sup>, – motivados, entre outras coisas, pelo reconhecimento de contradições na literatura entre os conceitos de “complexidade de cuidado” e de “dependência de cuidado” –, desenvolveram uma pesquisa com o propósito de redefinir o conceito de “complexidade de cuidados de enfermagem”. Os autores argumentam que a carga de trabalho está intrinsecamente associada à complexidade assistencial. Destacam também que a complexidade dos cuidados de enfermagem é um fenômeno relacional, dinâmico, com múltiplos processos interconectados, sendo determinada pela interação entre os seguintes componentes:

- a) relativos às doenças (tipo, número, capacidade de avaliação, progresso, terapia, problemas associados);
- b) recursos pessoais, cognitivos, físicos, funcionais, sociais e comunicativos dos pacientes e seus familiares;
- c) demandas simultâneas de cuidados de enfermagem em relação às decisões e intervenções tomadas para fortalecer as habilidades, aliviar o sofrimento e prevenir a deterioração, dano persistente e sofrimento dos pacientes (dependência do cuidado);
- d) níveis de atenção, conhecimento, experiência e cuidado exigidos dos enfermeiros para alcançar um processo de cuidado de enfermagem eficaz.

A realidade da assistência ao paciente hospitalizado tem se alterado nas últimas décadas, exigindo dos enfermeiros estratégias para enfrentar os aumentos qualitativo (pacientes mais complexos, mais dependentes e mais graves) e quantitativo (número de pacientes) da demanda de cuidados de enfermagem. Consequentemente, os gestores dos serviços de enfermagem são desafiados a buscar

formas para minimizar o impacto desse aumento e, dessa maneira, viabilizar condições para a prática da enfermagem, proporcionando uma assistência segura e de qualidade às pessoas. Tais condições precisam estar aliadas à maximização de receita e à diminuição de custos<sup>(3)</sup>.

Esse cenário exige a adaptação dos sistemas de saúde – e dos enfermeiros – à nova realidade, o que os leva a reconhecer a importância de fatores como cronicidade, dependência e complexidade no cuidado a essa população<sup>(4)</sup>.

Os esforços dos gestores e enfermeiros encontram sustentação na prática baseada em evidências. Por isso, mensurar os resultados e identificar as alterações do estado de saúde do paciente podem tornar-se uma ferramenta imprescindível<sup>(5)</sup>. Foi para atender demandas dessa natureza, foi desenvolvida a Nursing Outcomes Classification (NOC), uma classificação de enfermagem direcionada à mensuração dos resultados alcançados pelo paciente, família ou comunidade, feita a partir das intervenções especialmente implementadas pela enfermagem. O foco da NOC é mensurar resultados sensíveis à essas intervenções<sup>(5)</sup>.

Interessados em quantificar os cuidados de enfermagem na perspectiva orientada por resultados, pesquisadores da Universidade de Sevilha na Espanha construíram uma ferramenta conhecida como INICIARE 2.0 (**I**nventario del **N**ivel de **C**uidados mediante **I**ndicadores de **C**lasificación de **R**esultados de **E**nfermería). Esse instrumento, baseado no modelo conceitual da teoria de necessidades fundamentais e formulado com os resultados da taxonomia NOC, foi desenvolvido e validado entre 2009 e 2011. Em sua primeira versão, o instrumento é composto por 60 itens que identificam as necessidades fisiológicas, cognitivas e de locomoção/mobilidade dos pacientes<sup>(1)</sup>. Atualmente, o instrumento possui 26 itens. Segundo os autores, as reduções têm o intuito de diminuir o tempo que o enfermeiro leva aplicando o instrumento<sup>(6)</sup>. O INICIARE-26 identifica as necessidades de cuidados de enfermagem em cinco dimensões: respiração, alimentação e hidratação, eliminação, atividades de vida diária e condutas de saúde.

Motivada pela realidade descrita anteriormente, esta pesquisa objetivou realizar a adaptação transcultural e validar o instrumento INICIARE-26 para uso no Brasil. Tal estudo justifica-se pela necessidade de fornecer à prática clínica um instrumento que permita aos enfermeiros avaliar a dependência dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem, com base em linguagens padronizadas.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece normas para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, o que pode ser feito a partir da definição de critérios qualitativos e quantitativos. Esses critérios são baseados em horas médias de cuidado de enfermagem, requeridas pelos pacientes, segundo o grau de

dependência. Para isso, o COFEN sugere o uso de Sistemas de Classificação de Pacientes como parte do método para o cálculo de pessoal de enfermagem a ser adotado, de forma sistemática, pelas instituições de saúde.

Nessa direção, o INICIARE-26 apresenta-se como uma alternativa às necessidades da enfermagem brasileira, fortalecendo a assistência. Soma-se a isso o fato de o INICIARE-26 medir a situação atual do paciente, o que o diferencia significativamente de outras escalas, que avaliam a complexidade de cuidados em relação à enfermagem. Uma característica como essa torna o INICIARE-26 adequado para melhor refletir o perfil de dependência dos pacientes.

A garantia do adequado uso de um instrumento como o INICIARE-26 no contexto da enfermagem brasileira exige, antes de tudo, sua adaptação transcultural e sua validação, tendo em vista o novo âmbito de utilização. E é com relação a esse aspecto que a questão de pesquisa deste trabalho se organiza. Dito de outro modo, buscou-se encontrar resposta para a seguinte questão: O INICIARE-26 adaptado transculturalmente é válido para uso no Brasil?

## ■ MÉTODOS

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, norteado pelas diretrizes para relatar estudos metodológicos em pesquisa em saúde – MISTIC (Methodological study reporting checklist), disponível na rede Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR). Foi realizada a adaptação transcultural do instrumento INICIARE-26, seguindo etapas

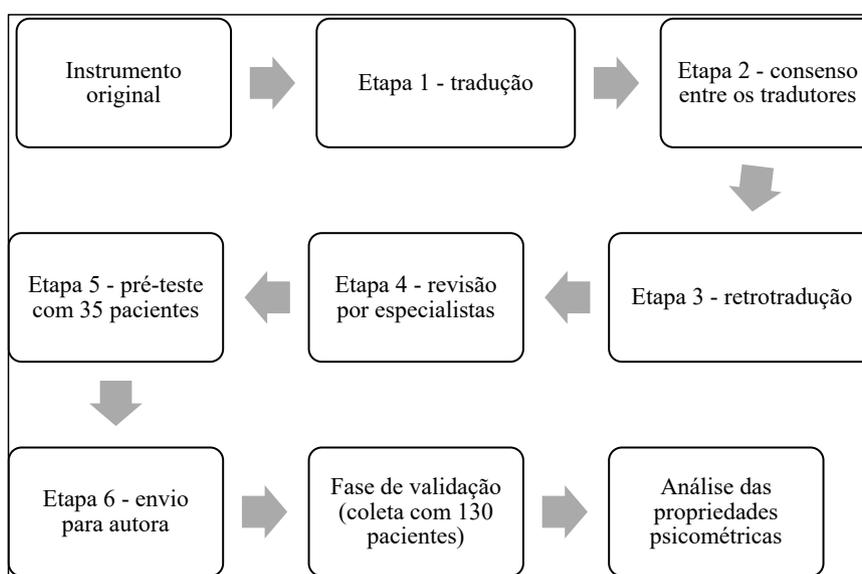
preconizadas<sup>(7)</sup>, e posterior validação, conforme descritas na Figura 1.

A adaptação transcultural de instrumentos – envolvendo tanto a tradução quanto a adaptação cultural – é de extrema relevância na padronização de avaliações uniformizadas para a globalização e a comparação de seus resultados, assim como para o desenvolvimento de pesquisas multicêntricas<sup>(7)</sup>.

Na primeira etapa, de tradução, o INICIARE-26 foi enviado a dois tradutores, ambos com o português do Brasil como língua materna e com domínio na língua original da escala (espanhol). No final dessa etapa, obteve-se duas versões, denominadas “tradução um” (T1) e “tradução dois” (T2). Um encontro com o pesquisador e os dois tradutores foi realizado (etapa 2) com o intuito de obter uma versão de síntese, denominada “tradução um-dois” (T1 2).

Na etapa 3, a síntese das versões (T1 2) foi enviada a dois tradutores, ambos com o espanhol como língua materna e com domínio do português. Os tradutores produziram as versões de retrotradução, denominadas de “retrotradução 1” (RT1) e “retrotradução 2” (RT2). As versões (original, tradução, síntese e retrotradução) foram comparadas pelos tradutores, a fim de corrigir possíveis erros de tradução e de interpretação, evitando comprometimento de significado em algum item. Com base nessa comparação, foi gerada a versão denominada “retrotradução um-dois” (RT1 2).

Para a etapa de revisão (etapa 4), contou-se com cinco especialistas enfermeiros com experiência em sistemas de classificação de pacientes, um enfermeiro professor universitário com experiência em pesquisa e um linguista professor universitário. Os especialistas foram reunidos, momento em que lhes disponibilizado um instrumento contendo as



**Figura 1** – Processo de adaptação transcultural e avaliação psicométrica.

Fonte: Pesquisador, 2019.

versões original, traduzida e retrotraduzida. Os especialistas avaliaram a versão traduzida e, para isso, consideraram as equivalências culturais, semântico-idiomática e conceituais. Cada item pontuava de 1 a 4, sendo 4 a melhor equivalência e 1 a pior. Os participantes foram orientados a registrar no campo "observação" a sugestão de alteração, quando a pontuação fosse inferior a 4. Concluída a análise individual de cada especialista, sob forma de grupo focado, o pesquisador conduziu a revisão dos itens que apresentaram divergência, com o objetivo de os participantes, em conjunto, realizarem o ajuste para a melhor apresentação do item.

## População e cenário

As coletas de dados foram realizadas em unidades de internação de pacientes adultos clínicos e cirúrgicos, em um hospital privado de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O hospital conta com 189 leitos, dos quais 151 são destinados à internação, distribuídos em três unidades de internação. A taxa de ocupação é de 96,93% e o tempo médio de permanência é de 8 dias. O perfil do paciente adulto é de 63,11% do sexo feminino e 36,89% do sexo masculino, estando 63,76% destes entre 30 e 74 anos.

## Critérios de seleção

Como critérios de inclusão foram considerados todos os pacientes adultos hospitalizados em unidades de internação clínica/cirúrgica. Os critérios de exclusão foram: a) os pacientes com alterações clínicas graves no momento da coleta; b) alteração do sensorio ou da cognição e a ausência de um responsável no momento da coleta; c) pacientes obstétricas. Os pacientes foram excluídos, considerando os critérios a e b, somente após os coletadores realizarem a segunda tentativa de coleta.

## Definição da amostra

No pré-teste e validação, foram incluídos 35 e 130 pacientes, respectivamente. Para o cálculo da amostra do pré-teste, seguiu-se o recomendado pela literatura<sup>(7)</sup>. Para a validação, seguiu-se o indicado para análise fatorial que é de no mínimo cinco observações por questão da escala. Assim, considerando que o INICIARE-26 apresenta 26 itens, a amostra foi de 130 pacientes<sup>(8)</sup>.

## Coleta de dados

As três primeiras etapas ocorreram no mês de maio de 2019. A etapa 4, revisão com os especialistas, ocorreu em 01 de junho de 2019. As coletas de dados da etapa 5

(pré-teste) e da validação foram realizadas no período de 06 de junho a 09 de julho de 2019. A coleta de dados foi realizada por dois enfermeiros assistenciais. Para tanto, receberam treinamento de uma hora quanto à aplicação do instrumento de coleta de dados e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após a primeira coleta, os enfermeiros aguardaram o período de uma hora para realizarem a segunda coleta, alternando os pacientes. Esse processo fez-se necessário para a realização do teste de equivalência (verifica os resultados entre pesquisadores diferentes) e do teste de estabilidade (verifica os resultados após a passagem do tempo).

Os coletadores aplicaram o instrumento nos pacientes selecionados, seguindo uma lista em ordem alfabética e em atenção aos que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. Nesse momento, foi possível verificar a compreensão dos itens traduzidos. O campo de observação localizado no final do instrumento poderia ser utilizados para informar sugestões que pudessem aprimorar a compreensão do instrumento. A caracterização clínica e demográfica (sexo, escolaridade, data de nascimento, CID principal, cidade de procedência) integrava o instrumento de coleta de dados utilizado na fase de validação. Além disso, o formulário de coleta continha o instrumento INICIARE-26 para o preenchimento. Cada item do instrumento é avaliado com uma escala tipo Likert, podendo pontuar do 1 ao 5. Os dois primeiros intervalos foram estabelecidos como indicadores de dependência e os dois últimos de independência. Os intervalos são rotulados como: 1 = Alta dependência de cuidados; 2 = Dependência moderada de cuidados; 3 = Risco de dependência de cuidados; e 4 = Independência de cuidados.

## Análise e tratamento dos dados

A tabulação dos dados foi feita em planilhas no programa Excel for Windows, versão 2013, e, para as análises estatísticas, utilizou-se os programas SPSS 25.0 e AMOS, versão 18.0. As propriedades psicométricas foram avaliadas segundo a fidedignidade, estabilidade, equivalência e consistência interna dos itens pelo alfa de Cronbach.

Para avaliação da concordância entre os especialistas, foram aplicados os testes coeficiente de concordância Kappa de Fleiss e IVC (índice de validação de conteúdo), sendo estabelecido um ponto de corte de 0,78 abaixo do qual o item seria considerado inadequado<sup>(9)</sup>. Para a análise de estabilidade, foram utilizados o teste de Wilcoxon, o de Coeficiente de concordância Kappa de Cohen e o de Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC). Para avaliar a confiabilidade das questões, utilizou-se o alfa de Cronbach. Foram considerados como valores de referência para interpretação um alfa > 0,70<sup>(9)</sup>.

## Aspectos éticos

Este estudo foi desenvolvido respeitando as exigências da Resolução nº 466/2012. O projeto foi aprovado pela Instituição da pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 3.373.889/2019).

## RESULTADOS

Durante a primeira etapa de tradução, os tradutores tiveram divergências nas versões T1 e T2, em alguns itens. Os especialistas se reuniram, em presença do pesquisador, da orientadora da pesquisa e dos tradutores a fim de avaliar as equivalências da tradução. A média de idade dos especialistas foi de  $\pm 40$  anos (desvio padrão de 6,3) e o gênero feminino mostrou-se prevalente com 85,7% (n= 6). A titulação do grupo envolveu 2 doutores (28,6%), 2 mestres (28,6%) e 3 especialistas (42,9%) e o tempo de formação foi de  $\pm 16$  anos.

Na fase de revisão, após a explicação inicial do pesquisador, o grupo pontuou os itens avaliando as equivalências semânticas. Na sequência, foram discutidos os itens com maior divergência, a partir do que foi definida uma versão considerada mais adequada. Os tradutores auxiliaram nas discussões nessa fase, esclarecendo dúvidas referentes aos itens e às traduções. Os itens que receberam alterações pelos especialistas são demonstrados no Quadro 1, abaixo:

O título da dimensão "Atividades de vida diária" proporcionou ampla discussão no que tange à manutenção da tradução "Actividades Instrumentales" por "Atividades de vida diária". Entendeu-se que, no contexto brasileiro, a palavra "instrumentais" não faz parte do contexto prático na área da saúde. Dessa forma, o grupo manteve a versão sugerida pelos tradutores.

Os itens seguintes desencadearam discussões entre os especialistas. Por consenso, optou-se por manter a versão traduzida: "Padrão da eliminação fecal"; "Caminha com marcha eficaz"; "Ritmo respiratório"; "Muda de posição sozinho" e "Condutas de saúde". Os itens "Preocupação sobre a doença ou lesão" e "Condutas que promovem a saúde" não geraram debate, mas foram pontuados na análise estatística.

Finalizada a versão brasileira do INICIARE-26, foram enviadas à autora do instrumento todas as versões produzidas no processo de adaptação transcultural. Também foi enviada a sugestão das enfermeiras que aplicaram o pré-teste. A autora aprovou a versão traduzida e discordou da sugestão enviada, argumentando que a alteração do item original para "Incontinência fecal" reverteria as pontuações, não sendo indicada sua alteração. Todavia, sugeriu que o item poderia ser traduzido como "Mantém o controle de eliminação fecal". Após análise, optou-se por manter a versão inicialmente traduzida, apresentada na Figura 2:

Na fase de validação, dos 130 pacientes, 64,6% eram do sexo feminino e tinham a média de idade  $59 \pm 15,3$ . 52,3% residiam em Porto Alegre e 33,8% possuíam nível superior completo. O diagnóstico prevalente, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID 10), foi "XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo" perfazendo 18,5%.

Quanto ao tempo de aplicação, o INICIARE-26 contou com uma mediana de 2 (1-2) minutos. Foram excluídos dois pacientes que, após a primeira coleta, apresentaram alterações clínicas. Analisando a frequência de cada item, a dimensão "Atividade de vida diária" apresentou o maior número de itens com pontuação 1, enquanto todos os itens da dimensão "Condutas para a saúde" pontuaram acima de 90% como 5. A análise da consistência interna deu-se

Tradução	Alterações
Dispneia de esforço	Dispneia ao esforço
Ruídos respiratórios patológicos	Ruídos respiratórios adventícios
Entradas e saídas diárias equilibradas	Ganhos e perdas diárias equilibradas
Ingestão oral de alimentos	Alimentação via oral
Mantém o controle da eliminação das fezes	Controle de eliminação fecal
Manutenção da postura corporal	Mantém a postura corporal
Higiene	Higieniza-se sozinho
Percepção de ameaça para a saúde	Percepção de riscos para a saúde
Mantém a autoestima	Manutenção da autoestima

**Quadro 1** – Itens que receberam alterações dos especialistas. Porto Alegre, Rio Grande Sul, 2019  
Fonte: Pesquisador, 2019.

INICIARE-26 Vers3o Brasileira					
<p>Orienta3es: A escala INICIARE-26 3 uma escala do tipo Likert, com 26 itens, baseada em indicadores da NOC, que pontua cada indicador da escala de 01 a 05. O valor 05, ou ponto final, indica a condi3o mais desej3vel do paciente, enquanto o ponto 01 indica a situa3o menos desej3vel.</p> <p>A pontua3o da escala varia entre 26 pontos, valor que indicaria o maior n3vel de depend3ncia, e 130 pontos, que indicaria a independ3ncia do paciente. Essa escala pode ser utilizada para avalia3o do paciente em qualquer momento, apesar de que o ideal 3 realizar uma medi3o na entrada e sucessivos monitoramentos di3rios. A pontua3o de cada paciente 3 estabelecida pelo enfermeiro, de acordo com seu julgamento cl3nico, a partir dos dados dos valores obtidos.</p>					
<b>RESPIRA3O</b>	1	2	3	4	5
040206 Cianose					
040204 Dispneia ao esfor3o					
040203 Dispneia em repouso					
040302 Ritmo respirat3rio					
040310 Ru3dos respirat3rios advent3cios					
<b>ALIMENTA3O E HIDRATA3O</b>	1	2	3	4	5
210607 Altera3o do estado nutricional					
101012 Engasgo					
101004 Capacidade de mastiga3o					
101401 Vontade de comer					
060107 Ganhos e perdas di3rias equilibradas					
100801 Alimenta3o via oral					
<b>ELIMINA3O</b>	1	2	3	4	5
050002 Controle da elimina3o fecal					
050101 Padr3o de elimina3o fecal					
050301 Padr3o de elimina3o urin3ria					
050312 Incontin3ncia urin3ria					
<b>ATIVIDADES DE VIDA DI3RIA</b>	1	2	3	4	5
020002 Caminha com marcha eficaz					
030012 Muda de posi3o sozinho					
020802 Mant3m a postura corporal					
030002 Veste-se sozinho					
030006 Higieniza-se sozinho					
110113 Integridade da pele					
<b>CONDUTAS DE SAUDE</b>	1	2	3	4	5
170401 Percep3o de riscos para a saude					
090003 Capacidade de estar atento					
170404 Preocupa3o sobre a doen3a ou les3o					
130502 Manuten3o da autoestima					
182303 Condutas que promovem a saude					
<b>Observa3es:</b>					

Figura 2 – INICIARE-26 vers3o brasileira.

Fonte: Pesquisador, 2019.

pele exclu3do eleva o alfa para 0,73. A correla3o do item total menor foi de 0,17 e a maior de 0,54, indicando correla3es fortes e fracas. Com rela3o 3 dimens3o "Atividades de vida di3ria", o alfa foi de 0,84. A exclus3o do item "Integridade da pele" pode elevar discretamente o valor do alfa para 0,85, tendo uma correla3o de 0,38. A 3ltima dimens3o, "Condutas de saude", teve o melhor valor de alfa, ficando em 0,90. Internamente, nessa dimens3o, a exclus3o do item "Condutas que promovem a saude" produz o alfa mais alto (0,91), e a correla3o mais baixa foi de 0,61.

Para a dimens3o "Alimenta3o e Hidrata3o", o alfa foi de 0,71. Se um dos itens for retirado, h3 uma varia3o de 0,63 a 0,74, sendo o item "Capacidade de mastiga3o" o mais significativo, o que eleva o alfa para 0,74. O mesmo item tem uma correla3o fraca com o total do instrumento, ficando em 0,08. A dimens3o "Elimina3o" teve o alfa mais baixo, de 0,59. Nessa dimens3o, o item "Incontin3ncia Urin3ria", se for

Para medir a estabilidade, dois avaliadores aplicaram o instrumento com intervalo de tempo de uma hora, alternando os pacientes. O resultado do Kappa, para esta medida, foi de 0,407. O ICC foi de 0,80 (intervalo de confian3a de 95%, 0,30 – 0,82), n3o significativo.

Tabela 1 – Resultados do alfa de Cronbach. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2019

	n = 130 alfa total = 0,744	Correla3o item total	Alfa de Cronbach se o item for exclu3do
<b>RESPIRA3O (alfa 0,655)</b>			
Cianose	0,19	0,70	
Dispneia ao esfor3o	0,65	0,46	
Dispneia em repouso	0,66	0,46	

Tabela 1 – Cont.

	n = 130 alfa total = 0,744	Correlação item total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Ritmo respiratório	0,32	0,64	
Ruídos respiratórios adventícios	0,41	0,63	
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO (alfa 0,718)</b>			
Alteração do estado nutricional		0,57	0,63
Engasgo		0,50	0,66
Capacidade de mastigação		0,08	0,74
Vontade de comer		0,56	0,64
Ganhos e perdas diárias equilibradas		0,51	0,66
Alimentação via oral		0,41	0,69
<b>ELIMINAÇÃO (alfa 0,596)</b>			
Controle da eliminação fecal		0,54	0,41
Padrão de eliminação fecal		0,48	0,43
Padrão de eliminação urinária		0,42	0,50
Incontinência urinária		0,17	0,73
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (alfa 0,843)</b>			
Caminha com marcha eficaz		0,72	0,79
Muda de posição sozinho		0,62	0,81
Mantém a postura corporal		0,50	0,84
Veste-se sozinho		0,79	0,78
Higieniza-se sozinho		0,82	0,77
Integridade da pele		0,38	0,85
<b>CONDUTAS DE SAÚDE (alfa 0,909)</b>			
Percepção de riscos para a saúde		0,90	0,85
Capacidade de estar atento		0,91	0,85
Preocupação sobre a doença ou lesão		0,65	0,91
Manutenção da autoestima		0,78	0,88
Condutas que promovem a saúde		0,61	0,91

Fonte: Pesquisador, 2019

## ■ DISCUSSÃO

As etapas de adapta33o transcultural seguiram rigorosamente o recomendado pela literatura<sup>(5)</sup>. O uso do referencial empregado 3e apontado como o mais frequente e recomendado, al3em de ter reconhecimento internacional<sup>(10,11)</sup>. Em revis3o integrativa, foram propostas recomenda33es para estudos dessa natureza, destacando a import3ancia da escolha criteriosa do referencial metodol3gico cuja credibilidade envolve cumprir todos os est3gios<sup>(10)</sup>. A tradu33o e adapta33o de instrumentos pode reduzir custos, al3em de facilitar a inter-rela33o entre pesquisadores de diversos pa3ses<sup>(2)</sup>.

As altera33es feitas pelos tradutores foram mantidas pelos retrotradutores, conduta necess3ria como ferramenta para identificar poss3veis discrep3ncias nas tradu33es e para proporcionar uma comunica33o com os autores originais do instrumento que est3 sendo traduzido<sup>(11)</sup>. Pequenos ajustes nessa etapa s3o comuns e indicados quando se est3 traduzindo um instrumento. Outros estudos j3 descreeveram a necessidade de altera33o das palavras traduzidas, buscando ajustar o instrumento 3 realidade da cultura brasileira<sup>(12,13)</sup>.

Os especialistas, num primeiro momento, pontuaram os itens conforme as equival3ncias e, na sequ3ncia, cada item foi revisado oralmente e em conjunto, recebendo ajustes por consenso. Esse processo est3 em conson3ncia com a literatura, que considera importante associar estrat3gias qualitativas (opini3o individual) e quantitativas (medidas estat3sticas para ver a concord3ncia) para agregar valor 3 an3lise de conte3do<sup>(10)</sup>.

Na etapa de pr3-teste, seguindo o realizado em outros trabalhos semelhantes<sup>(12-14)</sup>, os enfermeiros foram orientados a sugerir altera33es e a relatar qualquer tipo de incompreens3o em rela33o aos itens do instrumento. Os enfermeiros-coletores expressaram d3vidas em rela33o aos par3metros para considerar o pior resultado (Likert 1) ou o melhor resultado (Likert 5). Eles destacaram como exemplo de dificuldade o item "Cianose". Infere-se que isso se deva principalmente porque o INICIARE-26 3 constru3do com indicadores da NOC e, com isso, pode ter sua compreens3o prejudicada, uma vez que a NOC ainda n3o 3 largamente utilizada no contexto da enfermagem brasileira.

Uma alternativa indicada pela literatura, visando minimizar essas dificuldades, 3 a constru33o de defini33es conceituais e operacionais dos indicadores do INICIARE-26.

Tal afirma33o consolida as recomenda33es de alguns estudos, na medida em que os indicadores NOC n3o possuem defini33es conceituais que favore3am sua utiliza33o, maximizem sua precis3o e minimizem a subjetividade de cada avaliador<sup>(15)</sup>. As defini33es permitem acompanhar

os pacientes e identificar de forma r3pida as altera33es nos padr3es<sup>(15,16)</sup>.

Na valida33o do estudo, a amostra de pacientes foi composta em sua maioria pelo sexo feminino, com n3vel superior completo e com mediana de idade de 59 anos. Tais achados s3o semelhantes a outros estudos que avaliaram complexidade de cuidados na popula33o brasileira<sup>(17,18)</sup>. Entretanto, observou-se que a maioria dos pacientes n3o foram classificados como idosos, levando-nos a inferir que, pela exclus3o de pacientes com limita33o de sens3rio e sem presen3a de familiar, uma parcela espec3fica dos pacientes n3o fora inclu3da na amostra. Vale ressaltar que, como foi dito anteriormente, o INICIARE-26 afere o grau de depend3ncia de cuidado, o que poder3 refletir melhor as caracter3sticas da popula33o idosa. As escalas existentes, principalmente no Brasil, foram constru3das, em sua maioria, pensando no conceito de complexidade assistencial, o que para algumas popula33es espec3ficas pode n3o condizer com o realidade<sup>(19)</sup>.

A an3lise do grau de depend3ncia constatou um maior n3mero de itens pontuados com 1 (pior condi33o) na dimens3o "Atividades de vida di3ria", especialmente nos itens "Veste-se sozinho" e "Higieniza-se sozinho". A presen3a dessas necessidades tem importante impacto nos cuidados, fator deliberado na depend3ncia dos cuidados de enfermagem. Em estudo que buscou identificar a rela33o entre diagn3sticos de enfermagem e n3vel de depend3ncia de pacientes para atividade de vida di3ria de idosos, os pesquisadores validaram que, entre os 52 diagn3sticos encontrados nos pacientes pesquisados, 11 foram associados ao n3vel de depend3ncia para atividades de vida di3ria<sup>(20)</sup>.

## ■ CONCLUS3O

Na avalia33o do comit3 de especialistas, a vers3o para o portugu3s do Brasil manteve as equival3ncias sem3nticas, culturais e conceituais, bem como os IVC e Kappa de Fleiss apresentaram valores adequados. O instrumento INICIARE-26 se mostrou preliminarmente adequado para uso no Brasil, indicando que, na popula33o estudada, h3 maior grau de depend3ncia de cuidados, sugerindo ser uma ferramenta que reflete a pr3tica di3ria.

Cabe destacar ainda que a n3o utiliza33o da NOC na pr3tica cl3nica pode ter influenciado os enfermeiros na pontua33o do instrumento, embora o treinamento com rela33o ao INICIARE-26 tenha sido realizado. Pode-se, em linhas gerais, considerar tal aspecto uma limita33o do estudo. Por fim, o estudo mostrou-se relevante em tr3s pontos. Primeiramente, quanto ao ensino, uma vez que estudantes

poderão fazer uso de instrumento que afere a dependência do paciente ao mesmo tempo que são inseridos em um sistema de linguagem da enfermagem. Em seguida, quanto à prática da pesquisa no campo da Enfermagem, já que possibilitará futuros estudos de aprimoramento do instrumento, além de comparação entre diversas realidades nacionais e internacionais.

Finalmente, quanto à assistência, o INICIARE-26 possibilitará o uso da NOC na prática clínica, o que permite melhor indicar o quanto o paciente é dependente dos cuidados da enfermagem, assim como, qualificar o cuidado. No contexto em que o uso de taxonomias de enfermagem vem aumentando como método de formalização do registro do Processo de Enfermagem, disponibilizar um instrumento que agregue a capacidade de avaliar a dependência do cuidado associado ao uso da NOC qualifica, fundamenta e descomplexifica a assistência.

## ■ REFERÊNCIAS

- Barrientos-Trigo S. Validez externa y convergencia de la escala INICIARE 2.0 y Care Dependency Scale: estudio multicéntrico [tese]. Sevilla, ES: Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla; 2015 [citado 2021 jun 2]. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/25455/Validez%20externa%20y%20convergencia%20de%20la%20escala%20iniciare%202.0%20y%20care%20dependency%20scale.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huber E, Kleinknecht-Dolf M, Kugler C, Spirig R. Patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals – an updated concept. *Scand J Caring Sci*. 2021;35(1):178-95. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12833>
- Carlisle B, Perera A, Stutzman SE, Brown-Cleere S, Parwaiz A, Olson DM. Efficacy of using available data to examine nurse staffing ratios and quality of care metrics. *J Neurosci Nurs*. 2020;52(2):78-83. doi: <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000499>
- Viña-García-Bericua M, Román-Medina I. The role of the geriatric nurse specialist as a key response in the care of the elderly, chronicity, complex chronicity and its consequences on dependence. *Enferm Clin*. 2019;29(6):381-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2019.09.004>
- Moorhead S, Swanson EA, Johnson M, Maas ML. Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes. 6. ed. St. Louis: Elsevier; 2016.
- Porcel-Gálvez AM, Barrientos-Trigo S, Fernández-García E, Allande-Cussó R, Quiñoz-Gallardo MD, Morales-Asencio JM. Development and external validity of a short-form version of the INICIARE scale to classify nursing care dependency level in acute hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8511. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228511>
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. Toronto: Institute for Work & Health; 2007 [citado 2021 jun 2]. Available from: [http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 25 step by step: a simple guide and reference. 15. ed. New York: Routledge; 2018.
- Lino CRM, Brüggemann OM, Souza ML, Barbosa SFF, Santos EKA. The cross-cultural adaptation of research instruments, conducted by nurses in Brazil: an integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1730017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>
- Machado RS, Fernandes ADBF, Oliveira ALCB, Soares LS, Gouveia MTO, Silva GRF. Cross-cultural adaptation methods of instruments in the nursing area. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0164. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0164>
- Arthur JP, Mantovani MF, Ferraz MIR, Mattei AT, Kalinke LP, Corpolato RC. Translation and cross-cultural adaptation of the hypertension knowledge-level scale for use in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3073. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2832.3073>
- Iwamizu JS, Dantas LEPBT. Tradução e adaptação transcultural de um instrumento para identificação do pergel motor de crianças entre 3 e 5 anos. *J Phys Educ*. 2018;29:e2921. doi: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v29i1.2921>
- Jozala DR, Oliveira ISF, Ortolan EVP, Oliveira Junior WE, Comes GT, Cassettari VMG, et al. Brazilian Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reproducibility assessment of the modified Bristol Stool Form Scale for children. *J Pediatr*. 2019;95(3):321-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.01.006>
- Silva NCM, Oliveira ARS, Carvalho EC. Knowledge produced from the outcomes of the “Nursing Outcomes Classification – NOC”: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):104-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53339>
- Luzia MF, Argenta C, Almeida MA, Lucena AF. Conceptual definitions of indicators for the nursing outcome “Knowledge: Fall Prevention”. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):431-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0686>
- Ferreira PC, Machado RC, Martins QCS, Sampaio SF. Classification of patients and nursing workload in intensive care: comparison between instruments. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):e62782. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>
- Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-59. doi: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
- Scherer Júnior G, Moschetto MS, Passos KG, Ernandes RDC, Alonso AC. Classificação da complexidade assistencial de idosos em instituições públicas. *Rev Recien*. 2018 [citado 2021 jun 2];8(24):31-41. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/171>
- Dias KM, Herdman TH, Ferretti-Rebustini REL, Lopes CT, Santos ER. Relationships between nursing diagnoses and the level of dependence in activities of daily living of elderly residents. *Einstein*. 2020;18:eAO5445. doi: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO5445](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5445)

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação: Murilo dos Santos Graeff, Miriam de Abreu Almeida.

Curadoria de dados: Murilo dos Santos Graeff.

Análise formal: Murilo dos Santos Graeff, Miriam de Abreu Almeida.

Investigação: Murilo dos Santos Graeff.

Metodologia: Murilo dos Santos Graeff, Miriam de Abreu Almeida.

Supervisão: Miriam de Abreu Almeida, Ana María Porcel-Gálvez.

Validação: Murilo dos Santos Graeff, Miriam de Abreu Almeida, Ana María Porcel-Gálvez, Aline Tsuma Gaedke Nomura, Rosana Pinheiro Lunelli, Raquel Silveira Einhardt.

Escrita – rascunho original: Murilo dos Santos Graeff.

Escrita – revisão e edição: Murilo dos Santos Graeff, Miriam de Abreu Almeida, Ana María Porcel-Gálvez, Aline Tsuma Gaedke Nomura, Rosana Pinheiro Lunelli, Raquel Silveira Einhardt.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Murilo dos Santos Graeff

E-mail: mu.gr@hotmail.com

Recebido: 04.06.2021

Aprovado: 23.03.2022

**Editor associado:**

Cecília Helena Glanzner

**Editor-chefe:**

Maria da Graça Oliveira Crossetti