

## Validação de conteúdo da escala de auto-percepção do estado da saúde familiar utilizando a técnica Delphi

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez<sup>1</sup>

Marta Lima-Serrano<sup>2</sup>

Nerea Jiménez-Picón<sup>3</sup>

Isabel Domínguez-Sánchez<sup>4</sup>

Objetivo: Verificar a validade de conteúdo da escala Auto-percepção da Família sobre o estado de saúde. Método: Um estudo de validação de um instrumento com um painel Delphi on-line, utilizando a técnica de consenso. Dezoito especialistas no assunto, selecionados intencionalmente, de origem multidisciplinar e representando diferentes áreas profissionais. Cada um dos itens propostos foi avaliado usando uma escala de cinco pontas, e perguntas abertas, para modificação ou propostas de itens. Realizada análise descritiva da amostra e os itens, aplicando critérios de validação / eliminação. Resultados: A primeira rodada teve uma taxa de resposta de 83,3% e validados 75 dos 96 itens propostos; a segunda teve uma taxa de resposta de 80%, e validou os 21 itens recém-criados, concluindo o painel de especialistas. Conclusões: Apresentamos um instrumento para medir a auto-percepção do estado de saúde da família, a partir de uma perspectiva de enfermagem. Este pode ser um avanço no conhecimento científico, a fim de facilitar a avaliação do estado de saúde da unidade familiar, permitindo a detecção de alterações, e facilitando as intervenções para evitar consequências para a unidade da família e seus membros. Ela pode ser usado em pesquisa clínica de cuidados, ou de ensino.

Descritores: Escalas; Validação Estudo; Família; Saúde família; Técnica Delphi.

<sup>1</sup> PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

<sup>2</sup> PhD, Professor Assistente, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

<sup>3</sup> MSc, Pesquisador Assistente, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

<sup>4</sup> Enfermeira, Pesquisador Assistente, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

---

Endereço para correspondência:

Marta Lima Serrano  
Universidad de Sevilla. Departamento de Enfermería  
Av. Sánchez Pizjuan, s/n  
CEP: 41009, Sevilla, España  
E-mail: mlima@us.es

## Introdução

A família é considerada como o núcleo principal de socialização dos seus membros. É o lugar onde os valores são transmitidos, onde as idéias são aprendidas e adotadas, e as crenças e normas de conduta são adquiridas. Seus membros são agrupados em subsistemas separados por fronteiras simbólicas, cada um contribuindo para o funcionamento da família através de um exercício de funções e tarefas necessárias para o todo<sup>(1)</sup>.

Com o desenvolvimento da teoria de sistemas, adaptado aos sistemas vivos, o conceito de enfermagem da família tem sido definida como cuidados de enfermagem no domicílio ou qualquer sistema<sup>(2)</sup>. É necessário estar presente e em contato íntimo com a família, para descobrir maneiras que podem fortalecer, mobilizar e empurrá-la para alcançar o equilíbrio e bem-estar, indo além do aspecto biológico de seus membros<sup>(3)</sup>. Os enfermeiros precisam desenvolver pesquisas para reconhecer as necessidades das famílias, fontes de apoio e redes sociais disponíveis para promover a saúde de seus membros<sup>(4)</sup>.

Para que ocorra a mudança da abordagem individual para em grupo, incluindo o contexto social em que o grupo familiar está imerso é necessária uma mudança na prática clínica. Para alcançar esta mudança, é necessário dispor de uma base conceptual, um modelo explicativo, e uma organização capaz de implementar este processo<sup>(5)</sup>.

Para o desenvolvimento de um conceito de saúde da família e suas dimensões, a partir de uma perspectiva de enfermagem que permita a sua valorização, vários teóricos têm participado em diferentes conceitos de família e cuidados de enfermagem da família<sup>(6)</sup>, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde da família descreve a sua função como uma unidade de estrutura, em relação à família como o principal agente social, para promoção da saúde e bem-estar. Isto está relacionado com a satisfação das necessidades dos seus membros, as interações entre o indivíduo, a família e a sociedade, a solução para os problemas, ou a capacidade de se adaptar a situações de crise.

Saúde da família constrói a dinâmica interna da família, na tomada de decisões, na educação e socialização de seus membros, e na disponibilidade e acesso aos recursos necessários para satisfazer as suas necessidades<sup>(7)</sup>. Ela não é estática, é um processo contínuo e dinâmico, que está passando por equilíbrio permanente e mudança, em resposta a eventos característicos do ciclo de vida e os eventos acidentais ou situações que os afetam.

Saúde da família está intimamente relacionada com o ambiente familiar, a integridade de seus membros, a organização eo funcionamento da unidade, a capacidade

de resiliência, quando confrontado com os problemas que o afetam, e maneiras de lidar com esses problemas<sup>(6)</sup>.

Uma das dificuldades em determinar o estado de saúde da família ocorre devido às limitações que existem na delimitação do conceito e da falta de consenso a respeito de que são necessários indicadores para medi-la, criando dificuldades conceituais e metodológicas no momento da sua avaliação. A Classificação dos Resultados Enfermagem (NOC), contém um conjunto de indicadores que podem ser úteis para superar essas dificuldades. O domínio de saúde da família e a classe bem-estar familiar, contém os resultados que descrevem o estado de saúde da família e da competência social da família como uma unidade no ambiente familiar global, e inclui indicadores para lidar com problemas familiares, dando apoio à família durante o tratamento, o ambiente social da família, o estado de saúde da família, resistência familiar, o funcionamento familiar, a integridade da família, a padronização da da família, participação da família nos cuidados de saúde e, resistencia profissional e familiar<sup>(8)</sup>.

A partir de uma perspectiva sistêmica da família e uma abordagem de enfermagem que utiliza a NOC como referência, Lima Rodriguez e seus colegas, em seu estudo sobre as dimensões de saúde da família, propôs um sistema de classificação de saúde da família que contemplou, juntamente com os aspectos demográficos, os agentes de composição, estrutura, ciclo de vida familiar e estresse que podem estar afetando a família<sup>(6)</sup>. Eles consideraram que eram estes: o ambiente familiar, a integridade da família, a função da dinâmica familiar, resistência da família, o enfrentamento familiar. Além disso, quando havia um membro da família com necessidades especiais ou que requeria assistência profissional necessária, era necessário adicionar o apoio da família, a normalização, família e participação da família no processo de cuidado.

Para operacionalizar essa proposta, é necessário desenvolver uma série de instrumentos que, juntamente com entrevistas e observação, permitam a obtenção de dados necessários para avaliar a saúde da família. Embora alguns instrumentos existentes que são aplicados ao estudo da família, por exemplo, o Apgar Família para avaliar a dinâmica familiar, o questionário MOS para o apoio social, a Escala de Reajustamento Social para agentes estressantes da vida<sup>(9-12)</sup>, vários autores enfatizam a necessidade de esforços para desenvolver e validar novos instrumentos de medição<sup>(12-13)</sup>, adaptado para os objetivos da disciplina que precisa deles.

Este artigo apresenta um projeto para validação do conteúdo de um instrumento destinado a avaliar a auto-percepção do estado de saúde da família, inspirada nos critérios da Classificação dos Resultados de Enfermagem

(NOC). Estes resultados podem representar um avanço no conhecimento de enfermagem, permitindo identificação de situações de saúde da família que podem exigir intervenções de enfermagem para melhorar ou prevenir as consequências que podem ter sobre o sistema familiar e também sobre os seus membros, assim como na família que pode ter fatores de risco económicos para seus membros<sup>(1,14)</sup>.

## Método

O estudo foi conduzido em duas fases: desenvolvimento da escala e validação do seu conteúdo.

### Fase I Projeto da Escala

Foi realizada em duas etapas: a) revisão da literatura, b) brainstorming e consenso de um pequeno grupo de profissionais de saúde, professores, gestores e pesquisadores, relacionados aos cuidados da família, para a seleção de item e preparação da escala.

#### 1) Definição de dimensões e atributos

Na sequência de autores anteriores, os critérios de resultados NOC foram usados como um quadro de referência para a concepção da escala<sup>(15)</sup>. Foi desenhado a partir dos de critérios de resultados propostos para o domínio da saúde da família e da classe bem-estar da família, como o ambiente familiar, a integridade da família, o funcionamento familiar, a resistência da família, e o enfrentamento família de enfrentamento. Além disso, para as famílias em que um dos seus membros tem a saúde prejudicada ou necessita de cuidados de saúde, apoio familiar, a normalização, família e participação da família no processo de cuidado foram adicionados.

Uma revisão da literatura foi realizada para identificar as dimensões de saúde da família e os instrumentos utilizados para medir a partir da perspectiva do usuário. A pesquisa foi realizada no PubMed, Scopus, Cuiden Plus; as palavras-chave usadas em Espanhol e Inglês foram saúde, família, avaliação ou avaliação, escalas, índices, teste. Foram incluídos artigos com qualquer metodologia (quantitativa, qualitativa) e cujo objetivo esteja relacionado claramente com o problema de pesquisa, ou com referência a aspectos de interesse para o trabalho. Todos os artigos localizados foram revisados.

#### 2) Seleção de artigos e desenvolvimento da escala

O grupo de pesquisa, através de brainstorming e de consenso, aprovou um conjunto de itens, que foram classificados de acordo com a dimensão da saúde da família a que se refere<sup>(9-12,16)</sup>. Posteriormente, os itens

foram desenvolvidos especificamente para esses atributos não representados, sendo construída a primeira versão da escala (Figura 1).

1. Nós nos esforçamos para melhorar
2. Quando eu tenho um problema, eu posso comentar
3. Nos sentimos compreendido pelos outros
4. As coisas são feitas de uma forma estabelecida
5. Grande importância é dada ao cumprimento das normas
6. O dinheiro é administrado de uma forma cuidadosa
7. Ler é mais valorizado do que assistir à televisão
8. Nós participamos de atividades culturais
9. Nós somos informados do que está acontecendo em nosso ambiente
10. Nós respeitamos os pertences de todos
11. Na minha família as decisões individuais são respeitados
12. Temos ideias muito definidas sobre o que é certo ou errado
13. Temos um espírito de grupo
14. Nós realmente nos damos bem um com o outro
15. Nós ajudamos um ao outro
16. Nós todos participamos nas decisões importantes
17. Quando temos um problema, todos se reúnem para resolvê-lo
18. Nós realmente apoiamos uns aos outros
19. Nós gostamos de nos reunir para comer juntos
20. Nós participamos celebrações familiares (aniversários, casamentos)
21. Nós confiamos um no outro
22. Nós cumprimos nossas obrigações familiares
23. Somos preocupados que a nossa família seja respeitada por outros
24. Temos orgulho da nossa família
25. Todo mundo é claro sobre o que precisa ser feito
26. Todos cumprem suas obrigações
27. Somos flexíveis quando se trata de organizar-nos em casa
28. Todos nós trabalhamos duro no que fazemos em casa
29. Nós aceitamos e estamos em conformidade com as regras estabelecidas
30. Nós nos comunicamos sem "rodeios"
31. Quando os problemas surgem todos ajudam
32. Nós cobrimos as necessidades principais
33. Nós cuidamos um do outro
34. Estamos abertos a novas idéias e propostas
35. Buscamos maneiras diferentes para satisfazer as nossas necessidades
36. Temos de lidar em manter a casa limpa, em ordem e segura
37. Saúde é altamente valorizada em nossa família
38. Nós nos preocupamos por nos mantermos saudável
39. Atribuímos grande importância para a nutrição equilibrada
40. Nós sabemos o que fazer quando há um problema de saúde
41. Usamos soluções do passado para resolver problemas atuais
42. Nossa renda econômico nos permite viver confortavelmente
43. Estamos satisfeitos com a nossa casa
44. Tomamos medidas para evitar problemas
45. Contamos com pessoas que nos dão uma mão se precisar
46. Nós sabemos onde temos de ir procurar ajuda profissional
47. Temos fácil acesso aos serviços municipais
48. Sabemos como obter ajuda de instituições públicas
49. Estamos atentos aos problemas que podem afetar-nos
50. Tentamos compreender as causas dos problemas
51. Tentamos ser informados de possíveis soluções
52. As soluções não são decididas sem discutir com toda a família
53. Nós podemos facilmente tomar decisões
54. Quando percebemos os problemas reagimos de uma forma calma e relaxada

(a figura 1 continua na próxima página)

55. Enfrentamos os problemas para resolvê-los
56. Se necessário nos organizamos de outra forma para resolver o problema
57. Nós usamos nossos próprios recursos para resolvê-los
58. Ajudamos o resto da família
59. Nós procuramos por ajuda de um profissional se o problema exige
60. Quando há problemas, tentamos recuperar a normalidade
61. Nós nos preocupamos com o seu estado
62. Temos o cuidado de atender às suas necessidades
63. Nós o ajudamos com as tarefas que ele é incapaz de executar
64. Nós os encorajamos a fazer sua parte e melhorar a sua saúde
65. Tentamos compreender a sua situação
66. Tentamos ouvir e comunicar-se com ele
67. Nós tentamos não ficar isolado
68. Nós o ajudamos a seguir o tratamento médico
69. Relatamos seu estado para o resto da família
70. Nós todos colaboramos em seus cuidados
71. Podemos concordar sobre os cuidados
72. Pedimos ajuda de outras pessoas na família
73. Nós reconhecemos as necessidades específicas do doente
74. Tentamos viver a situação o mais normalmente possível
75. Nós o encorajamos a ser tão independente quanto possível
76. Nós nos organizamos para atender às necessidades deles
77. Nós o substituímos em obrigações familiares para as quais ele não pode cumprir
78. Nosso objetivo é fazer o melhor possível
79. Nós adaptamos a casa para suas necessidades
80. Participamos de associações de pessoas com o mesmo problema
81. Estamos vivendo a doença ou a situação com normalidade
82. Nós vemos como isso pode afetar o resto da família
83. Nós tentamos ajudar outros membros da família afetados
84. Nós nos esforçamos para garantir que a família retorne ao funcionamento normal
85. Nós o acompanhávamos durante o cuidado
86. Nós fornecemos ao profissional a informação que é necessária
87. Solicitamos aos profissionais nos informar do seu estado
88. Nós colaboramos ativamente com os profissionais
89. Nós participamos das decisões sobre o que deve ser feito
90. Tomamos as decisões, se a pessoa doente não conseguir
91. Valorizamos se o cuidado é prestado de forma adequada
92. Se não estamos de acordo consultamos outro profissional
93. Tentamos obter os recursos necessários
94. Nós nos organizamos para ajudar quando necessário
95. Garantimos que o paciente tenha o que for necessário
96. Se não estamos de acordo com o profissional, nós verbalizamos

Figura 1 - itens da escala iniciais enviadas a especialistas

A fim de medir as respostas, foi escolhida, uma escala de Likert pois permite que um sujeito a responda e forneça um grau de intensidade para a declaração do item. Quanto ao número de itens necessários como ponto de partida, não há uma regra, mas, obviamente, quanto maior o número de itens, melhor será a seleção final<sup>(17)</sup>.

## Fase II. Validação do conteúdo escala

### Tipo de Desenho

Foi realizado um estudo de validação de um instrumento por meio do uso de um painel on-line

Delphi, com juízes especializados, usando a técnica de consenso. Esta técnica tenta obter consenso de opiniões de especialistas sobre um assunto através de uma série de questionários estruturados, conhecido como fases. As respostas para cada questionário foram considerados para a reformulação subsequente<sup>(18)</sup>. Este método permitiu a purificação e refinamento da escala inicial.

### População do estudo

Foram selecionados 18 peritos por meio de amostragem intencional. Dada a dificuldade de caracterização da amostra, e para definir os critérios de inclusão nos estudos de validação, devido à falta de consenso sobre estes<sup>(19)</sup>, escolhemos especialistas de origem multidisciplinar (enfermeiros, médicos e psicólogos), pertencentes a diferentes campos profissionais (saúde, gerente, pesquisador, professor). Os peritos foram previamente avaliados para determinar a sua inclusão, seus conhecimentos e experiência profissional em relação ao tema do instrumento em fase de validação.

### Procedimento

Empregando a aplicação web "pesquisa eletrônica", informações sobre os objetivos do estudo e as noções e considerações teóricas adotadas para cada uma das dimensões da escala foi enviado aos participantes. Eles foram convidados a participar voluntariamente, garantir a confidencialidade e a privacidade de sua participação. Após consentimento, o instrumento foi enviado com instruções de preenchimento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidad de Sevilla, que relatou favoravelmente sobre o cumprimento dos requisitos para a experimentação humana.

O grau de adequação de cada item deve ser estabelecida, de acordo com uma pontuação de 1 a 5 (1 = adequação menor, 5 = maior adequação). Inicialmente 96 itens foram propostas, agrupadas em oito subescalas, em funções das dimensões consideradas de saúde da família. Também foi oferecido a oportunidade de sugerir novos itens ou propor emendas às propostas.

No seguimento da análise dos dados obtidos em cada etapa, os itens foram validados e eliminados de acordo com os critérios: Validar: A média  $\geq 3,5$  e mediana  $\geq 3$  e classificações elevadas (4-5) > de 80% e / ou desvio padrão <0,90. Eliminado: Média <3,5 e Mediana <3. Os itens eliminados foram revistos e modificados de acordo com as propostas obtidas, passando-se para a fase seguinte<sup>(20)</sup>.

Após cada rodada, como uma medida de retorno, foi enviado um relatório para cada perito descrevendo a análise de itens, os resultados obtidos, e itens validados, eliminados, ou que deve ser avaliada novamente.

As variáveis demográficas foram coletadas, para caracterizar a amostra de peritos: sexo, idade, local de residência, nível de escolaridade e área de dedicação profissional.

#### Análise dos dados

A análise descritiva da sociodemográficas e variáveis do estudo foi conduzido, apoiado pelo SPSS 18.0.

## Resultados

### Fase I. Desenho do questionário

A escala foi construída para medir a auto-percepção do estado de saúde da família, inicialmente composta por 96 itens agrupados em oito subescalas, uma para cada dimensão de saúde da família. Estes foram: ambiente familiar, a integridade da família, funcionamento familiar, a resistência da família, o enfrenamento familiar, apoio à família, a normalização família, e o envolvimento da família no processo de cuidado. Para cada dimensão, foram estabelecidos 12 itens. Três respostas possíveis foram identificados: quase nunca (QN), às vezes (AV), quase sempre (QS).

### Fase 2. Validação do conteúdo da escala

O questionário foi aplicado a 18 especialistas, e teve um total de duas rodadas para alcançar o nível necessário de consenso.

Houve uma taxa de resposta inicial de 83,3% (15 especialistas), e 80% (12 especialistas) na segunda rodada. A média de idade foi de 48 anos, desvio padrão de 10,7, 77,8% eram do sexo feminino (n=14) e do sexo masculino 22,2% (n=4), 88,8% dos participantes eram de Sevilha (n=16), 5,6% (n=1) do México, e de 5,6% (n=1) de Israel. Em relação ao nível educacional, 33,4% tinham nível superior completo (n=6), 39% eram mestres (n=7) e 27,6% doutores (PhD) (n=5); 50% exerciam ensino e pesquisa (n=9), 44,4% dedicavam-se à prática clínica (n=8) e 5,6% (n=1) ao gerenciamento.

Foram necessárias duas rodadas para atingir o nível necessário de consenso. Na primeira, 75 itens foram validados (78,1%) e 21 itens foram eliminados (21,9%). Levando-se em conta as contribuições dos especialistas, as modificações foram feitas e esses 21 itens foram submetidos a uma nova rodada de avaliação, que foram finalmente validadas na sua totalidade, fechando o painel de peritos para a validação de conteúdo (Tabelas 1 a 4).

Tabela 1 - Itens validados para Ambiente Familiar Social e integridade da família

Itens	Média	Mediana	DP	% do valor (4-5)
<b>Ambiente Social Familiar</b>				
Na minha família:				
Nós nos esforçamos para melhorar	4,1	4	0,51	91,7
Quando eu tenho um problema, eu posso comentar	4,2	4	0,94	80,0
Nos sentimos compreendidos por outros	4,2	4	0,68	86,6
As coisas são feitas de uma forma estabelecida	3,7	4	0,70	73,4
Uma grande importância é dada ao cumprimento das normas	3,7	4	0,81	60,0
O dinheiro é administrado de uma forma cuidadosa	3,8	4	0,75	58,4
O exercício de atividades intelectuais é valorizado	3,8	4	0,87	66,7
Participamos de atividades culturais	3,8	4	0,87	66,7
Nós somos informados do que está acontecendo em nosso ambiente	4,0	4	0,84	80,0
Nós respeitamos os pertences de todos	4,3	4	0,62	93,3
Na minha família as decisões individuais são respeitados	4,3	4	0,62	93,3
Temos ideias muito definidas sobre o que é certo ou errado	4,0	4	0,80	73,3
<b>Integridade familiar</b>				
Temos um espírito de grupo	3,7	4	0,70	73,4
Nós realmente nos damos bem um com o outro	4,2	4	0,77	80,0
Nós ajudamos um ao outro	4,2	4	0,67	86,6
Nós todos participamos nas decisões importantes	4,5	5	0,51	100,0
Quando temos um problema todos se reúnem para resolvê-lo	4,2	4,5	0,87	75,0
Nós realmente apoiamos uns aos outros	4,2	4	0,68	86,6
Nós gostamos de nos reunir para comer juntos	4,1	4	0,80	73,3
Participamos de celebrações em família	4,1	4	0,74	80,0
Nós confiamos um nos outros	4,5	5	0,74	86,7
Nós cumprimos nossas obrigações familiares	4,1	4	0,79	73,3
Estamos preocupados para que a nossa família seja respeitada	3,7	4	0,81	60,0
Temos orgulho da nossa família	4,4	5	0,73	86,6

Tabela 2- itens estimados para funcionamento familiar e Resistência da Família

Itens	Média	Mediana	DP	% do valor (4-5)
<b>Funcionamento familiar</b>				
Na minha família:				
Todo mundo é claro sobre o que precisa ser feito	4,1	4	0,91	80,0
Todos cumprem suas obrigações	4,3	4	0,62	93,3
Somos flexíveis quando se trata de organizar-nos em casa	4,3	4	0,59	93,3
Trabalhamos duro para o que fazemos em casa	3,9	4	0,83	60,0
Aceitamos e estamos em conformidade com as normas estabelecidas	4,1	4	0,74	80,0
Nós nos comunicamos sem "rodeios"	4,3	4	0,72	86,7
Quando os problemas surgem todos auxiliam	4,6	5	0,50	100,0
Temos as necessidades principais cobertas	4,3	4	0,65	91,7
Nós cuidamos um do outro	4,6	5	0,51	100,0
Estamos abertos a novas idéias e propostas	4,5	5	0,52	100,0
Nós mantemos a casa limpa, em ordem e segura	3,9	4	0,79	83,4
Nós sabemos claramente quem tem a autoridade	3,9	4	0,83	62,0
<b>Resistência familiar</b>				
Nós valorizamos ter hábitos saudáveis	4,1	4	0,76	75,0
Nós nos preocupamos em nos manter saudável	4,3	4	0,70	86,7
Atribuímos grande importância para uma nutrição equilibrada	4,4	4	0,72	86,7
Sabemos o que fazer quando temos um problema de saúde	4,4	4	0,63	93,4
Para resolver os problemas atuais contamos com experiências anteriores	4,0	4	0,51	100,0
Consideramos nossos recursos suficientes	3,9	4	0,79	83,4
Estamos satisfeitos com a nossa casa	4,1	4	0,67	83,3
Para prevenir os problemas nós o antecipamos	4,2	4	0,72	83,3
Contamos com pessoas que nos auxiliam se necessário	4,3	5	0,90	86,6
Nós sabemos onde temos que ir para procurar ajuda profissional	4,4	4	0,51	100,0
Nós sabemos como obter ajuda de instituições públicas	3,9	4	0,83	73,3
Nós sabemos como acessar os serviços municipais	3,8	4	0,83	73,0

Tabela 3 - Itens estimados para Enfrentamento familiar e Apoio familiar

Itens	Média	Mediana	DP	% do valor (4-5)
<b>Enfrentamento familiar</b>				
Na minha família:				
Estamos atentos aos problemas que podem afetar-nos	4,1	4	0,70	80,0
Tentamos compreender as causas dos problemas	4,4	4	0,63	93,4
Tentamos nos informar de possíveis soluções	4,3	4	0,59	66,7
As soluções não são decididas sem discutir com toda a família	3,9	4	0,80	66,7
A tomada de decisão compartilhada não é um problema	4,0	4	0,74	75,0
Nós reagimos aos problemas de uma forma calma e relaxada	4,1	4	0,74	80,0
Enfrentamos os problemas para resolvê-los	4,0	4	1,13	83,3
Se necessário nos organizamos de outra maneira	3,9	4	0,88	73,4
Nós usamos nossos próprios recursos para resolvê-los	3,7	4	0,81	60,0
Ajudamos o resto da família	4,0	4	0,74	75,0
Procuramos por um profissional se o problema exige	4,0	4	0,62	93,3
Quando há problemas, tentamos recuperar o bom funcionamento	4,2	4	0,58	91,7
<b>Suporte da família</b>				
Na minha família, quando alguém está doente:				
Nós nos preocupamos com o seu estado	4,0	4	0,85	66,6
Temos o cuidado de atender às suas necessidades	4,4	5	0,83	80,0
Nós o ajudamos com as tarefas que ele é incapaz de executar	4,6	5	0,63	93,4
Nós os encorajamos a fazer sua parte e melhorar a sua saúde	4,3	5	1,10	86,6
Tentamos compreender a sua situação	4,4	4	0,63	93,4
Tentamos ouvir e comunicarmos com ele	4,3	4	0,62	93,3
Nós tentamos não ficar isolados	4,3	4	0,80	80,0
Nós o ajudamos a seguir o tratamento médico	4,3	4	0,70	86,7

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Itens	Média	Mediana	DP	% do valor (4-5)
Relatamos seu estado para o resto da família	3,7	4	0,88	60,0
Todos colaboram em seus cuidados	4,3	4	0,80	80,0
Podemos concordar sobre como cuidar para ele	4,5	5	0,64	93,3
Pedimos ajuda de outras pessoas na família	4,0	4	0,53	86,6

Tabela 4 - Padronização da Família e envolvimento da família no processo de cuidado

Itens	Média	Mediana	DP	% do valor (4-5)
<b>Padronização familiar</b>				
Na minha família, quando alguém está doente:				
Reconhecemos as necessidades particulares da pessoa enfermos	4,1	4	0,83	73,3
Nós o encorajamos a viver a situação da melhor forma possível	4,1	4	0,74	80,0
Nós o incentivamos a ser o mais independente possível	4,3	4	0,72	86,7
Nos organizamos para fazer aquelas tarefas que não consegue realizar	4,2	4	0,77	80,0
Nosso objetivo é ser o melhor possível	4,4	4	0,63	93,4
Adaptamos a casa para suas necessidades	4,5	5	0,64	93,3
Procuramos associações de pessoas com o mesmo problema	4,4	5	0,74	86,6
Integramos os cuidados de sua enfermidade em nossas vidas diárias	4,4	5	0,79	83,3
Nós vemos como isso pode afetar o resto da família	4,1	4	0,88	80,0
Tentamos ajudar outros membros da família afetados	4,1	4	0,88	66,7
Asseguramos o funcionamento da família com normalidade	4,5	5	0,74	86,7
Nós o substituímos nas obrigações que ele não pode controlar	3,75	4	0,89	75,0
O envolvimento da família no processo de cuidado				
Na minha família, quando alguém recebe cuidados de saúde:				
Nós o acompanhamos durante o processo de cuidado	4,3	5	0,91	80,0
Nós oferecemos ao profissional a informação que ele precisa	4,4	4	0,63	93,4
Pedimos aos profissionais para nos informar do seu estado	4,5	5	0,74	86,7
Nós colaboramos ativamente com os profissionais	4,6	5	0,51	100,0
Nós participamos nas decisões sobre o que deve ser feito	4,2	4	1,08	86,7
Tomamos decisões, se a pessoa enferma não pode fazer isso	4,6	5	0,63	93,4
Nos organizamos para ajudar quando necessário	4,1	4	0,83	73,3
Nós garantimos que o paciente tenha o que ele precisa	4,5	5	0,74	86,7
Tentamos obter os recursos necessários	4,3	5	0,81	80,0
Valorizamos os cuidados prestados de forma adequada	4,1	4	0,70	80,0
Se não estamos de acordo com o profissional nós verbalizamos	4,2	4	0,86	86,7
Se não somos consultados, procuramos outro profissional	4,3	4	0,80	80,0

## Discussão

Vários autores concordam sobre a necessidade de desenvolver e validar novos instrumentos de medição, quando não existem outros que mensure o que realmente se pretende medir, como é o caso da escala apresentada<sup>(12-13)</sup>.

Critérios de resultados de enfermagem descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente e, embora inicialmente tenham sido desenvolvidos para medir os respostas do cuidado administrado<sup>(19)</sup>, podem tornar-se os critérios de avaliação que nos permitam determinar o estado, no caso em questão, relacionado à saúde da família.

A técnica Delphi é amplamente utilizado para a validação de escalas e questionários de opinião

de especialistas<sup>(12,20-23)</sup>, tornando critérios explícitos importantes para a seleção dos mesmos e garantindo que esses peritos sejam apropriados para o objeto de estudo a ser validado pelo instrumento, evitando assim a polarização<sup>(24)</sup>. A padronização das definições de cada dimensão da escala, e seus subcomponentes principais são outras medidas propostas para evitar viés, e torná-las disponíveis para o grupo de peritos e unificar o conhecimento sobre o campo de estudo, de maneira que sejam críticos na avaliação e pontuação dos itens, com repercussão positiva sobre a validade do instrumento<sup>(25)</sup>.

O desempenho da técnica on-line permitiu rapidez na conclusão e facilitou a oportunidade para a participação de especialistas internacionais. Além disso, o tamanho da amostra utilizada no processo de validação era consistente com o número proposto em estudos anteriores para

estabilizar as respostas de cada um dos artigos. A taxa de resposta de mais de 10 membros no primeiro turno é considerada adequada de acordo com as propostas recomendadas para a aplicação da técnica Delphi<sup>(24)</sup>. O cumprimento destes aspectos dá mais poder e força para o processo de validação.

Os valores quantitativos proporcionados pelo painel Delphi eram muito elevados. Além disso, a introdução de um sistema que permitisse aos especialistas a fazerem contribuições qualitativas, por meio de respostas abertas, melhorou o processo de validação, já que suas propostas permitia uma melhor compreensão dos itens, a eliminação ou inclusão de novos itens<sup>(23-24)</sup>.

Uma limitação na concepção do instrumento poderia impedir a realização de grupos focais ou entrevistas com a população para obter esses itens. No entanto, na medida em que a construção de um teste deve claramente definido a partir da constructo e sua conceituação teórica e deve encontrar itens que representam, foi realizada uma ampla revisão da literatura e instrumentos previamente validados foram utilizados para a seleção.

Uma limitação da técnica Delphi é não gerar um verdadeiro consenso entre os especialistas, mas obrigá-los a escolher, sem qualquer oportunidade de discussão ou análise de cada uma das idéias dos participantes. Em contrapartida, evitando o confronto direto retarda-se a indução de decisões precipitadas e a inibição de novas idéias, pela ajuda na formação gradual de uma opinião. O retorno controlado estimula a geração de idéias e facilita a remoção de informações irrelevantes, podendo ser estimulante e produtivo para os participantes<sup>(25)</sup>.

## Conclusões

Apresentamos um instrumento para mesurar a auto-percepção do estado de Saúde da Família, que demonstrou validade adequada de conteúdo. Este instrumento identificou oito dimensões para o tema, que podem ser estudado de forma independente. O instrumento fornece indicadores específicos para medir a saúde da família, e permite a identificação da percepção de que os membros têm da saúde de sua família. Isto dá-lhe uma ampla aplicabilidade na prática clínica, completando a informação necessária para avaliar a família.

A escala pode ser útil para estudos epidemiológicos e outros tipos de pesquisa, na área de planejamento, gestão, acompanhamento, cuidados e serviços de saúde.

Do ponto de vista metodológico, baseada em critérios de resultados, os dados são facilmente combinados com o sistema de avaliação proposto e as taxonomias de enfermagem.

Em pesquisas futuras, seria aconselhável aplicar uma amostra piloto para analisar suas propriedades psicométricas, comprovando sua confiabilidade, construção e validade de critério.

## References

1. Cid-Monckton P, Pedrão LJ. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(Spe):738-45.
2. Rocha SM, Nascimento LC, Lima RA. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002;10(5):709-14.
3. Barbosa SM, Costa P, Vieria NF. Etapas de cambios de los padres en las conversaciones con los hijos sobre la prevención de HIV/SIDA. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(6):1019-24.
4. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SM. The influence of social support on strengthening families of children with chronic renal failure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(4):692-9.
5. Balón E, De la Revilla L. La atención familiar la asignatura pendiente. *Atención Primaria*. 2011;43(2):55-7.
6. Lima J, Lima M, Saéz A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clín*. 2009;19(5):280-3.
7. Mejías LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm*. 2010;19(2-3):138-42.
8. Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
9. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*. 1996;18(6):289-95.
10. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Familia*. 2005;6(1):10-8.
11. González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4(1):7-11.
12. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross - cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales. Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saúde Publica*. 2002 [acesso 2 nov 2011]; 18:783-96. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n3/9306.pdf>.
13. García DeYébenes MJ, Rodríguez F, Carmona L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clín*. 2009;5(4):171-7.

14. Medina N, Ferrini, MG. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(Spe):504.
15. Porcel AM, Villaverde C, Morales JM. Medida del nivel de dependencia en cuidados enfermeros. Preliminares de una propuesta metodológica. Scintia: Rev Multidisciplinar Cienc Salud. 2008(13):131-6.
16. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Rev Psicol Psicopatol Clín. 2003;1(8):39-54.
17. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. 3ª ed. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2008.
18. Perroca MG. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):58-66.
19. Seganfredo DH, Almeida, MA. Validación de contenido de resultados de enfermería según la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) para pacientes clínicos, quirúrgicos y críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;9(1):34-41.
20. Martínez-Piñeiro E. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. Revista de investigación educativa. RIE. 2003;21(2):449-64.
21. Ballesteros-Pérez AM, Saturno P, Ortega P, Mínguez R, Molina F, Martínez MT, et al. Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. Atención Primaria. 1996;18(4):168-75.
22. Carretero-Dios H, Pérez C. Standards for the development and review of instrumental studies. Int J Clin Health Psychol. 2007;7(3):863-82.
23. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs. 2000;32(4):1008-15.
24. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Harcourt; 2000.
25. Yañer R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. Cienc Enferm. 2008;14(1):9-15.

Recebido: 29.3.2012

Aceito: 7.1.2013

### *Como citar este artigo:*

Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Jiménez-Picón N, Domínguez-Sánchez I. Validação de conteúdo da escala de auto-percepção do estado da saúde familiar utilizando a técnica Delphi. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar-abr. 2013 [acesso em: / / ];21(2):[09 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia | ano  
mês abreviado com ponto

URL