

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO  
INSTRUMENTO *INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE  
INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE  
ENFERMERÍA* (INICIARE) PARA USO NO BRASIL**

**MURILO DOS SANTOS GRAEFF**

**Porto Alegre  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO  
INSTRUMENTO *INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE  
INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE  
ENFERMERÍA (INICIARE)* PARA USO NO BRASIL**

**MURILO DOS SANTOS GRAEFF**

Dissertação de mestrado encaminhada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Cuidado em enfermagem e saúde.

**Linha de pesquisa:** Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde.

**Eixo temático:** Processo de enfermagem e sistemas de classificação.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Miriam de Abreu Almeida.

**Porto Alegre  
2019**

### CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos Graeff, Murilo

Adaptação transcultural e validação do instrumento inventario del nível de cuidados mediante indicadores de clasificación de resultados de enfermería (INICIARE) para uso no Brasil / Murilo dos Santos Graeff. -- 2019.

82 f.

Orientadora: Miriam de Abreu Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Adaptação transcultural. 2. Estudo de validação. 3. Grau de dependência do paciente. 4. Classificação dos resultados de enfermagem. 5. Enfermagem. I. de Abreu Almeida, Miriam, orient. II. Título.

**MURILO DOS SANTOS GRAEFF**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO INVENTARIC  
DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE  
RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE) PARA USO NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de outubro de 2019.

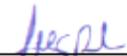
**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Christiane Wahast Ávila

Membro da banca

HCPA

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Ana María Porcel Gálvez

Membro da banca

Universidade de Sevilha – Espanha

*Respeito muito minhas lágrimas  
Mas ainda mais minha risada  
Escrevo, assim, minhas palavras...*

Caetano Veloso

## AGRADECIMENTOS

Primeiro, o meu muito obrigado ao Valdir, pelo estímulo, apoio e, sobretudo, amor. “... nosso amor é tão bonito, tão sincero. Feito festa de São João...”.

Um abraço forte e um obrigado à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eneida Rejane Rabelo da Silva, por acreditar em mim e generosamente me receber.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Cristina Echer, pela primeira acolhida e apoio no início da jornada.

Às tradutoras, Ana Carolina, Gabriela, Letícia e Cristina, pelo envolvimento e dedicação com cada palavra e etapa do processo. Obrigado, *gracias!*

Aos especialistas: Cintia, Diane, Glaucia, Mari e Valdir, por ceder um tempinho de seu sábado e, com competência, experiência e excelentes opiniões, ajudarem a qualificar o instrumento. Muito obrigado.

Às enfermeiras Patricia e Rochelli, pelo grande trabalho de auxílio com a coleta de dados, muito obrigado pela grande contribuição.

À autora, Profa. Dra. Ana María Porcel Gálvez, por ter desenvolvido o INICIARE e por ter gentilmente autorizado o seu uso no desenvolvimento deste trabalho, muchas gracias.

Por fim, à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Miriam de Abreu Almeida, pelo apoio, orientação e por aceitar a condução deste trabalho. Por todo o aprendizado e por ser um exemplo de dedicação e competência.

## RESUMO

A enfermagem, à medida que a demanda dos cuidados aumenta diariamente, tem necessitado, cada vez mais, desenvolver estratégias para garantir assistência segura e eficaz. Uma das alternativas para dinamizar a prática da assistência tem sido a utilização de escalas que avaliam a complexidade de pacientes, o que permite à enfermagem dimensionar a necessidade de cuidado, conforme o grau de dependência do paciente. A partir dessa realidade, este trabalho objetivou realizar a adaptação transcultural e validação, para uso no Brasil, do instrumento INICIARE (*Inventario del Nivel de Cuidados Mediante Indicadores de Clasificación de Resultados de Enfermería*). Trata-se de instrumento desenvolvido por Porcel-Gálvez, na Espanha, que avalia o grau de dependência do cuidado do paciente em cinco dimensões. O estudo metodológico foi dividido em duas fases: adaptação transcultural e validação. A adaptação transcultural, segundo (BEATON et al., 2007, 2000), ocorreu em seis etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão por especialistas, pré-teste e submissão à autora do instrumento original. A avaliação das propriedades psicométricas se deu através da fidedignidade (estabilidade e equivalência) e da consistência interna dos itens por meio do alfa de Cronbach. A validação foi feita por validade de conteúdo e validade de constructo convergente. Essa fase foi realizada 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 da UFRGS (nº 3.373.889). Na fase de adaptação transcultural, o comitê de especialistas efetuou ajustes na versão traduzida, validando o conteúdo e liberando a versão para o pré-teste. Após o pré-teste, que contou com uma amostra de 35 pacientes, procedeu-se à coleta de dados para a validação. Foram pesquisados 130 pacientes, sendo 64,6% mulheres com média de idade  $59 \pm 15,3$ . A confiabilidade pelo alfa de Cronbach foi considerada aceitável (0,744) e o coeficiente de correlação intraclasse foi avaliado como bom (0,80). Na validade de constructo convergente, o INICIARE demonstrou um perfil de maior grau de dependência dos pacientes. A versão do instrumento adaptado para o Brasil mostrou-se adequada, porém, considera-se que um novo estudo se faz necessário para a formulação de descritores conceituais e operacionais dos itens e para garantir que as propriedades psicométricas da versão brasileira sejam comparáveis à versão original, confirmando, assim, que o instrumento pode ser utilizado para a realidade brasileira.

**Palavras-chave:** Tradução; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Cuidados de enfermagem; Estudos de validação; Avaliação em enfermagem.

## ABSTRACT

As the demand of care increases daily, nursing has progressively needed to find strategies to ensure safe, effective care. One alternative to streamline care is the use of scales that assess the complexity of patients, enabling nursing to measure the need for care according to the level of patient dependency. Based on this reality, this study aimed to cross-culturally adapt and to validate the instrument INICIARE (*Inventario del Nivel de Cuidados Mediante Indicadores de Clasificación de Resultados de Enfermería* [Inventory of the Level of Care through Indicators of the Classifications of Nursing Outcomes]) to be used in Brazil. The instrument was developed by Porcel-Gálvez, in Spain, and assesses the level of patient dependency in five dimensions. The methodological study was divided into two phases: cross-cultural adaptation and validation. The cross-cultural adaptation occurred in six steps: translation, synthesis, back translation, expert review, pre-test, and submission of the original instrument to the author. The psychometric properties were assessed through the trustworthiness (stability and equivalence) and the internal consistency of the items by Cronbach's alpha. The validation was performed through content validity and convergent construct validity. This phase was conducted at a private hospital in the city of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, between May and June 2019. The study was approved by UFRGS' research ethics committee (no. 3.373.889). During the cross-cultural adaptation phase, the expert committee adjusted the translated version, validating its content and making it available for pre-testing.. The pre-test was used in a sample of 35 patients; afterwards, data was collected for validation. A total of 130 patients were surveyed, 64.6% of which were women with a mean age of  $59 \pm 15.3$ . Reliability by Cronbach's alpha was considered acceptable (0.744), and the intraclass correlation coefficient was rated as good (0.80). In the convergent construct validity, INICIARE revealed a profile of higher level of patient dependency. The version of the instrument adapted to Brazil was adequate, but a new study is regarded as necessary to formulate conceptual and operational descriptors of the items and to ensure that the psychometric properties of the Brazilian version are comparable to the original version, thus confirming that the instrument may be used for the Brazilian reality.

**Keywords:** Translating; Outcome Assessment (Health Care); Nursing Care; Validation Studies; Nursing assessment.

## RESUMEN

Para enfermería, el incremento de la demanda de los cuidados requiere encontrar estrategias que garanticen una asistencia segura y efectiva. Una de las alternativas que dinamizan la práctica asistencial ha sido el uso de escalas que evalúan la complejidad de los pacientes, permitiendo a enfermería dimensionar la necesidad del cuidado de acuerdo con el grado de dependencia del paciente. A partir de esta realidad, este trabajo tuvo como objetivo realizar la adaptación y validación transcultural, para el uso en Brasil, del instrumento INICIARE (Inventario de Nivel de Atención a través de Indicadores de Clasificación de Resultados de Enfermería). Se trata de un instrumento desarrollado por Porcel-Gálvez, en España, que evalúa el grado de dependencia de la atención al paciente en cinco dimensiones. El estudio metodológico se dividió en dos fases: adaptación y validación transcultural. La adaptación transcultural se produjo en seis pasos: traducción, síntesis, retro-traducción, revisión de expertos, prueba preliminar y presentación a la autora del instrumento original. La evaluación de las propiedades psicométricas considero aspectos como la confiabilidad (estabilidad y equivalencia) y la consistencia interna de los ítems mediante el alfa de Cronbach. La validación contemplo realizar validez de contenido y validez de constructo convergente. La investigación se realizó en un hospital privado en Porto Alegre, Rio Grande del Sul, Brasil, entre mayo y julio de 2019. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la UFRGS (No. 3,373,889). En la fase de adaptación transcultural, el comité de expertos realizó ajustes a la versión traducida, validando el contenido y liberando la versión para la prueba piloto. Después de la prueba preliminar, que incluyó una muestra de 35 pacientes, se procedió a recopilar datos para la validación. Fueron encuestadas 130 pacientes, siendo el 64,6% mujeres con una edad media de  $59 \pm 15,3$ . La confiabilidad del alfa de Cronbach fue considerada aceptable (0.744) y el coeficiente de correlación intraclase se calificó como bueno (0.80). En la validez de constructo convergente, INICIARE demostró un perfil de mayor grado de dependencia de los pacientes. La versión del instrumento adaptada para Brasil fue adecuada, sin embargo, se considera necesario un nuevo estudio para la formulación de descriptores conceptuales y operacionales de los ítems que garanticen que las propiedades psicométricas de la versión brasilera sean comparables a la versión original, confirmando así, que el instrumento pueda ser utilizado en el contexto brasilero.

**Palabras clave:** Traducción; Evaluación de Resultado (Atención de Salud); Atención de Enfermería; Estudios de Validación; Evaluación en enfermeira.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de adaptação transcultural e avaliação psicométrica.....	34
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Equivalências .....	28
Quadro 2 – Itens com diferenças nas traduções (T1 e T2) e resultado da síntese .....	41
Quadro 3 – Primeira versão INICIARE em português .....	42
Quadro 4 – INICIARE 26, versão brasileira .....	47
Quadro 5 – Comparativo da classificação INICIARE .....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Equivalências do instrumento INICIARE versão brasileira na avaliação dos especialistas .....	44
Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes do pré-teste....	46
Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes – fase de validação do INICIARE .....	48
Tabela 4 – Frequência das opções em cada item .....	50
Tabela 5 – Consistência interna do INICIARE por dimensão .....	51
Tabela 6 – alfa de Cronbach quando cada um dos itens for excluído e coeficiente de correlação item total .....	51
Tabela 7 – Estabilidade e equivalência do INICIARE .....	53
Tabela 8 – Concordância entre a classificação de INICIARE e Perroca .....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CDS</b>	Care Dependency Scale
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID 10</b>	Classificação internacional de doenças
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CPP</b>	Cuidado progressivo dos pacientes
<b>ICC</b>	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
<b>INICIARE</b>	Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>RT1</b>	Primeira retrotradução
<b>RT2</b>	Segunda retrotradução
<b>T1</b>	Tradução 1
<b>T12</b>	Consenso da tradução 1 e 2
<b>T2</b>	Tradução 2
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TISS</b>	Sistema de Pontuação da Intervenção Terapêutica
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
2.1	OBJETIVO GERAL .....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	21
3.1	SISTEMAS DE MEDIDAS DE NECESSIDADES DE CUIDADO .....	21
3.2	<i>INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE)...</i>	23
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA</b> .....	26
4.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS .....	26
4.2	ETAPAS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL .....	26
4.2.1	Etapa 1 – Tradução .....	27
4.2.2	Etapa 2 – Síntese .....	27
4.2.3	Etapa 3 – Retrotradução .....	27
4.2.4	Etapa 4 – Revisão por especialistas .....	28
4.2.5	Etapa 5 – Pré-teste .....	28
4.2.6	Etapa 6 – Submissão aos autores .....	29
4.3	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS .....	29
4.3.1	Fidedignidade .....	29
4.3.1.1	<i>Estabilidade</i> .....	30
4.3.1.2	<i>Consistência interna</i> .....	30
4.3.1.3	<i>Equivalência</i> .....	30
4.3.2	Validade .....	30
4.3.2.1	<i>Validades relacionadas ao conteúdo</i> .....	31
4.3.2.1.1	Validade de conteúdo .....	31
4.3.2.1.2	Validade de face .....	31
4.3.2.2	<i>Validades relacionadas ao critério</i> .....	32
4.3.2.2.1	Validade de critério .....	32
4.3.2.2.2	Validade concorrente .....	32
4.3.2.2.3	Validade preditiva .....	32
4.3.2.3	<i>Validades relacionadas a constructo</i> .....	32
4.3.2.3.1	Validade Convergente .....	33
4.3.2.3.2	Validade discriminante .....	33

4.3.2.3.3	Validade fatorial .....	33
<b>5</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	34
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	34
5.2	CAMPO DE ESTUDO E PERÍODO DE COLETA .....	35
5.3	PARTICIPANTE DO ESTUDO .....	36
5.3.1	Tradutores do instrumento .....	36
5.3.2	Revisão de especialistas .....	36
5.3.3	Pré-teste .....	36
5.3.4	Validação .....	37
5.4	FASE DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL .....	37
5.4.1	Tradução, síntese e retrotradução .....	37
5.4.2	Revisão por especialistas .....	37
5.4.3	Pré-teste .....	38
5.4.4	Submissão à autora .....	38
5.5	FASE DE VALIDAÇÃO .....	38
5.5.1	Coleta de dados .....	38
5.5.2	Avaliação das propriedades psicométricas .....	39
5.5.3	Validade .....	39
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
5.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	40
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	41
6.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL .....	41
6.1.1	Tradução, síntese e retrotradução .....	41
6.1.2	Revisão por especialistas .....	43
6.1.3	Pré-teste .....	45
6.1.4	Submissão das versões à autora .....	48
6.2	VALIDAÇÃO .....	48
6.2.1	Avaliação das propriedades psicométricas .....	51
6.2.1.1	<i>Consistência interna</i> .....	51
6.2.1.2	<i>Estabilidade e equivalência</i> .....	53
6.2.2	Validade .....	54
6.2.2.1	<i>Validação de conteúdo</i> .....	54
6.2.2.2	<i>Validade de Constructo Convergente</i> .....	54
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	56
7.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL .....	56
7.2	VALIDAÇÃO .....	58

7.2.1	Avaliação das propriedades psicométricas e validade .....	58
7.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	61
8	<b>CONCLUSÃO</b> .....	62
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
	<b>APÊNDICES</b> .....	69
	<b>1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para membros do comitê de especialistas</b> .....	69
	<b>2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pacientes na etapa de validação</b> .....	70
	<b>3 - Avaliação da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual</b> .....	71
	<b>4 – Instrumento de coleta de dados</b> .....	74
	<b>ANEXOS</b> .....	77
	<b>1 - INICIARE (26 itens)</b> .....	77
	<b>2 – Autorização da autora</b> .....	78
	<b>3 – Termo de Anuência do Responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa</b> .....	79
	<b>4 - Termo de Compromisso para Utilização dos dados (TCUD)</b> .....	80
	<b>5 - Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem</b> .....	81
	<b>6 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS</b> .....	82

## 1 INTRODUÇÃO

A realidade da assistência ao paciente hospitalizado tem se alterado nas últimas décadas, exigindo dos enfermeiros estratégias para dar conta do aumento 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 para viabilizar condições à prática de enfermagem, com uma assistência segura e de qualidade às pessoas, aliadas à maximização de receita e à diminuição de custos.

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 desse trabalho é a existência de poucas ferramentas que quantifiquem e que dimensionem as atividades de enfermagem e também permitam a correta alocação de recursos mínimos necessários ao atendimento de qualidade aos pacientes e familiares (BARRIENTOS TRIGO, 2015).

A enfermagem baseada em resultados é um campo de estudo em expansão (SCHREUDERS et al., 2014) e tem como objetivo analisar os resultados das intervenções realizadas pelos serviços de saúde (MORALES ASENCIO, 2004). Nessa perspectiva, foi desenvolvida a Nursing Outcomes Classification (NOC), uma classificação de enfermagem direcionada à mensuração dos resultados alcançados pelo paciente, família ou comunidade, a partir das intervenções especialmente implementadas pela enfermagem. O foco da NOC é mensurar resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (MOORHEAD et al., 2018). Barrientos Trigo (2015) afirma que a NOC oferece um marco incomparável para a investigação dos resultados.

No Brasil, as pioneiras em desenvolvimento de escalas que mensurassem a complexidade de acordo com as necessidades dos pacientes foram Fugulin et al. (1994) e, posteriormente, Perroca; Gaidzinski (1998). Mais recentemente, Perroca (2011) aprimora a escala, a qual passa a conter nove áreas de avaliação, incluindo principalmente questões relacionadas ao planejamento e à coordenação do processo de cuidar. Assim, ao final da avaliação, os cuidados podem ser classificados em: cuidados mínimos; cuidados intermediários; cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos. A escala de Perroca é amplamente utilizada pela enfermagem nas instituições brasileiras, entretanto ressalta-se que

sua composição interna de itens não possui como base um sistema de classificação ou taxonomia de enfermagem.

Cabe destacar que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem se preocupado com o estabelecimento de normas para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, definindo critérios qualitativos e quantitativos. Esses critérios são baseados em horas médias de cuidado de enfermagem, requeridas pelos pacientes segundo o grau de dependência. Para tanto, o COFEN sugere o uso de Sistemas de Classificação de Pacientes como parte do método para cálculo de pessoal de enfermagem a ser adotado pelas instituições de saúde de forma sistemática.

Interessados em quantificar os cuidados de enfermagem por uma perspectiva orientada por resultados, pesquisadores da Universidade de Sevilha na Espanha desenvolveram uma ferramenta conhecida como INICIARE 2.0 (*Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería*). Esse instrumento, baseado no modelo conceitual de Virgínea Henderson e formulado com os resultados da taxonomia NOC, foi desenvolvido e validado entre 2009 e 2011. Em sua primeira versão, o instrumento era composto por 60 itens que identificavam as necessidades fisiológicas, cognitivas e de locomoção/mobilidade dos pacientes (MORALES-ASENCIO et al., 2014; PORCEL-GÁLVEZ, 2011). Barrientos Trigo (2015) apresentou uma nova versão do INICIARE 2.0, com 55 itens. Atualmente, o instrumento conta com 26 itens, distribuídos em cinco dimensões. Segundo os autores, todas essas reduções têm o intuito de diminuir o tempo que o enfermeiro leva aplicando o instrumento.

A adaptação transcultural de instrumentos é de extrema relevância na padronização de avaliações uniformizadas para a globalização e na comparação de seus resultados, assim como no desenvolvimento de pesquisas multicêntricas. Para tanto, o processo de tradução precisa ser criterioso, já que a qualidade dos dados obtidos com a versão traduzida depende da acurácia do método de tradução (WILD et al., 2005).

A expressão *adaptação transcultural* é usada para designar tanto a tradução quanto a adaptação cultural. Esse processo, por sua vez, deve ser considerado toda vez que houver a intenção de desenvolver e aplicar a versão de algum questionário em um cenário diferente daquele em que foi originalmente proposto (BEATON et al., 2007, 2000).

A verificação da qualidade de uma tradução está estreitamente ligada à equivalência com a versão original. Trata-se, pois, de uma atividade bastante complexa que exige busca de equivalências que melhor contemplem o original, considerando aspectos culturais, semânticos, técnicos, de conteúdo, de critério e de conceito (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008).

Após a adaptação, de acordo com Beaton et al (2000, 2007), faz-se necessário a realização da avaliação das propriedades psicométricas. Essa etapa tem como objetivo verificar se as características do instrumento original foram mantidas. Com isso, a versão final do instrumento deverá possuir tanto as características de cada item como as correlações do item com a escala e a consistência interna. Somado a isso, deve ser avaliado as características de confiabilidade e validade dos resultados obtidos.

## 1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Tendo em vista o cenário descrito anteriormente, esta pesquisa buscou realizar a adaptação transcultural do instrumento *Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería*. Tal intenção 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. À medida que o Conselho Federal de Enfermagem determina tanto a utilização de Sistemas de Classificações de Enfermagem quanto a utilização do Processo de Enfermagem em todas as suas fases, o INICIARE apresenta-se como uma alternativa que conjuga as necessidades da enfermagem brasileira e fortalece a assistência. Ressalta-se ainda que, o INICIARE mede a situação atual do paciente, enquanto outras escalas avaliam a complexidade de cuidados em relação à enfermagem, tal característica do INICIARE pode refletir melhor o perfil de dependência dos pacientes.

Para nortear esta pesquisa, busca-se responder a seguinte questão: O *Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE) adaptado transculturalmente é válido para uso no Brasil?*

A hipótese do estudo é que o *Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE)* terá, ao final do estudo, as propriedades psicométricas semelhantes à versão original.

## 2 OBJETIVOS

O objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo são apresentados abaixo.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a adaptação transcultural e a validação do instrumento INICIARE para uso no Brasil.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as propriedades psicométricas através da fidedignidade, estabilidade e equivalência;
- Validar através da validade de conteúdo e validade de constructo convergente.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda, inicialmente, os sistemas de medidas de necessidades de cuidado, em um breve relato do que é mencionado como ferramentas de medidas na literatura internacional e nacional recente. Num segundo momento, apresenta-se o INICIARE e sua ligação com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

#### 3.1 SISTEMAS DE MEDIDAS DE NECESSIDADES DE CUIDADO

Atualmente, existem várias definições de sistemas de classificação que são usados como medida e que quantificam os cuidados, a fim de avaliar e/ou prever horas de enfermagem no atendimento direto ao paciente (MALLOCH; MEISEL, 2013).

Corroborando esse conceito, Abreu et al. (2014) afirmam que o uso de um instrumento de classificação de paciente identifica a demanda de cuidados dos pacientes em relação à enfermagem, o que permite o monitoramento da carga de trabalho da equipe e os consequentes ajustes quantitativos e qualitativos.

As primeiras versões dos sistemas de classificação de pacientes, introduzidas na década de 1930, decorreram de estudos no setor industrial. Para desenvolvê-las, foram utilizados métodos de *time-and-motion* que determinam o tempo que o enfermeiro leva para cumprir as tarefas de atendimento ao paciente (MALLOCH; MEISEL, 2013, p. 35). Nesse modelo, cada tarefa é cronometrada, e a soma do conjunto determina o número de funcionários necessários para a assistência de enfermagem.

O Sistema de Pontuação da Intervenção Terapêutica (TISS), desenvolvido por Cullen, Civetta, Briggs e Ferrara (1974), aparece como o primeiro sistema para classificar pacientes, de acordo com a gravidade de sua doença, possibilitando a medição das horas de enfermagem (BARRIENTOS TRIGO, 2015). Dessa perspectiva, pode se considerar que os sistemas de classificação de pacientes são, em sua origem, utilizados também para determinar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e, consequentemente, subsidiar a alocação e o dimensionamento de pessoal (PAGLIARINI; PERROCA, 2008, p. 394).

Em revisão sistemática Subirana Casacuberta; Solà Arnau (2006), a fim de identificar os instrumentos de medidas de cuidados, dividem as ferramentas em medidas diretas que medem o tempo consumido no cuidado e medidas indiretas que medem as variáveis que permitem estimar o tempo dispensado para o cuidado.

Em outra revisão sistemática, (BARRIENTOS TRIGO, 2015) atualiza o panorama dos instrumentos que medem o cuidado, dando destaque a estudos que criaram ferramentas que aferissem as competências de enfermagem no nível hospitalar. No entanto, o autor adverte que tais mecanismos, mesmo que tenham influencia no cuidado, não o mensuram diretamente. Assim, ele propõe a classificação dos instrumentos com apoio 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.

No Brasil, uma das primeiras autoras a falar sobre o tema foi Ribeiro (1972) com o trabalho *Sistemas de Classificação de Pacientes como Subsídio para Provimento de Pessoal de Enfermagem*<sup>1</sup>, que desenvolveu o conceito de cuidado progressivo dos pacientes (CPP), método que serve como instrumento para o dimensionamento de pessoal, tendo em vista “a distribuição mais equitativa da assistência, aumento da produtividade e eficiência hospitalar” (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998, p. 154).

No início da década de 1990, Fugulin et al. (1994), em uma experiência para implantar um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP), classificou os pacientes em 5 categorias (intensivo, semi-intensivo, alta-dependência, intermediário e autocuidado), de acordo com a complexidade assistencial. Nesse estudo, já foi possível encontrar uma forma de escalonar a complexidade assistencial, cuja importância no âmbito brasileiro segue reconhecida até hoje. O surgimento desse trabalho é de grande importância para a enfermagem brasileira. A partir de sua publicação, o Conselho Federal de Enfermagem, através da resolução (189/1996), revogada pela 293/2004 e pela 543/2017, fixa parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. O texto da resolução considera que o cálculo para dimensionar o pessoal de enfermagem deve ser embasado em um SCP e estabelece, também, que a responsabilidade de dimensionar é do enfermeiro.

Em seguida, no final da década de 1990, em estudo dedicado à construção e validação de um instrumento para classificar os pacientes de acordo com as necessidades individualizadas de cuidados de enfermagem, Perroca; Gaidzinski (1998) apresentaram treze indicadores clínicos: 1- Estado mental e nível de consciência, 2- Oxigenação, 3- Sinais vitais, 4- Nutrição e Hidratação, 5- Motilidade, 6- Locomoção, 7- Cuidado corporal, 8- Eliminações,

---

<sup>1</sup> Perroca e Gaidzinski (1998) dizem tratar-se de uma tese de doutorado defendida em 1972 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

9- Terapêutica, 10- Educação e saúde, 11- Comportamento, 12- Comunicação e 13- Integridade cutaneomucosa. O paciente, nessa proposta, era classificado em todos os indicadores, com possibilidade de resultado distribuído em quatro níveis (cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos), indicando a necessidade crescente de complexidade do cuidado de enfermagem.

Em 2011, ao refinar o instrumento e validá-lo, Perroca apresentou nove áreas de cuidados: 1- Planejamento e coordenação do processo de cuidar; 2- Investigação e monitoramento; 3- Cuidado corporal e eliminações; 4- Cuidados com a pele e mucosas; 5- Nutrição e hidratação; 6- Locomoção ou atividade; 7- Terapêutica; 8- Suporte emocional e 9- Educação à saúde. Cada uma das áreas possui gradação de 1 a 4, apontando a intensidade crescente de complexidade assistencial (PERROCA, 2011).

Uma das alterações importantes desse novo instrumento é a inclusão de requisitos que valorizam o tempo gasto pela enfermagem com a realização do Processo de Enfermagem (PE), reconhecendo sua importância e seu impacto na carga de trabalho.

Posteriormente, um estudo avaliou o grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem, com base na nova versão de Perroca de 2011. Nessa pesquisa, as autoras identificaram, em comparação com estudos anteriores, mudança no perfil de dependência dos pacientes, em especial quanto ao aumento do grau de complexidade. Os resultados proporcionaram às pesquisadoras refletir sobre a alteração do perfil dos pacientes e reforçar a importância da utilização de instrumentos de classificação como forma de auxiliar no planejamento e na gestão do cuidado (SILVA et al., 2016).

### 3.2 *INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE)*

Em um grupo de pesquisa formado por José Miguel Morales, da Universidade de Málaga, e Ana Maria Porcel Gálvez, da Universidade de Sevilha, foi desenvolvido o *Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería*, denominado INICIARE-60. Como característica principal, a ferramenta – concebida a partir do modelo conceitual de Virgínia Henderson e as 14 necessidades básicas – foi composta por itens da Taxonomia NOC (Nursing Outcomes Classification - NOC), que padroniza e embasa teoricamente o instrumento, o que possibilitou, inclusive, projeção internacional (MORALES-ASENCIO et al., 2014; PORCEL-GÁLVEZ, 2011).

A NOC foi desenvolvida na Universidade de Iowa e teve como objetivo conceituar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (GARBIN et al., 2009, p. 509; MOORHEAD et al., 2018). A NOC é uma classificação ampla, que apresenta 540 resultados de enfermagem, padronizados para mensurar a resposta do paciente com determinado diagnóstico de enfermagem, a partir das intervenções planejadas e implementadas pela enfermagem (MOORHEAD et al., 2018). Além disso, é a primeira classificação padronizada utilizada para descrever os resultados obtidos pelos pacientes em decorrência das intervenções de enfermagem. Recomenda-se a sua aplicação, primeiramente, durante a etapa de planejamento do processo de enfermagem (PE), de maneira a identificar as metas de cuidado e auxiliar na escolha apropriada das intervenções de enfermagem. Em seguida, as demais avaliações devem ocorrer em *continuum*, após as intervenções e durante a etapa de avaliação, de forma a verificar a evolução do paciente (ALMEIDA et al., 2011).

A mensuração dos resultados dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem valida se os pacientes estão respondendo positivamente às intervenções de enfermagem e ajuda a determinar se são necessárias mudanças no planejamento dos cuidados de enfermagem (MOORHEAD et al., 2018, p. 2).

A estrutura da NOC possui cinco níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e escalas de mensuração. A classificação padroniza o título e as definições de resultados para uso na prática diária, na educação e na pesquisa. Cada resultado possui título, definição, conjunto de indicadores que descrevem estados específicos, percepções e comportamentos relacionados ao cuidado, e pode ser avaliado por meio de escalas de medidas de tipo Likert com 5 pontos (MOORHEAD et al., 2018, p. 33). As escalas apresentam uma pontuação que varia do escore 1 ao 5, de modo que o escore 1 representa a pior condição do resultado do paciente, e o escore 5, a melhor condição (MOORHEAD et al., 2018; TANNURE; PINHEIRO, 2015, p. 162). Os indicadores de cada resultado representam quantitativamente se a evolução do paciente está ocorrendo de forma desejável ou indesejável.

Segundo Barrientos Trigo (2015), entre as vantagens do INICIARE estão a capacidade de medir necessidades de pacientes com diferentes perfis, a adaptação mais ágil a diferentes contextos e a inclusão nos meios digitais, já em linguagem padronizada.

O INICIARE-60, na sua primeira versão, é um instrumento validado na Espanha, com 60 itens, desenvolvido entre 2009 e 2011 em dois hospitais pertencentes ao Hospital Público Alto Guadalquivir. Possui alta confiabilidade (alfa de Cronbach de 0,91) e validade (74% do poder explicativo da variância). Tal instrumento identifica as necessidades de cuidados de enfermagem em áreas fisiológicas, instrumentais e cognitivo-perceptivo para todos os

pacientes adultos internados (exceto pacientes obstétricas). Na primeira fase de validação do instrumento, os autores incluíram 163 itens, contendo itens da NOC e da NIC (Nursing Intervention Classification). Após a primeira etapa de validação, o instrumento foi reduzido a 66 itens e, posteriormente, a 60 itens, sendo removidos os itens da NIC por não terem sido validados (MORALES-ASENCIO et al., 2014; PORCEL-GÁLVEZ, 2011; PORCEL-GÁLVEZ et al., 2016).

Barrientos Trigo (2015) realizou pesquisa que buscou avaliar a validade externa do INICIARE-60, em diferentes modelos de gestão e pacientes com diferentes perfis. Como resultado, apresenta uma nova versão da escala com 55 itens. Essa escala está estruturada em 7 dimensões: necessidade de respiração (8 itens), hidratação/alimentar (8 itens), eliminação (6 itens), instrumental (9 itens), sono de descanso (3 itens), psicossocial (17 itens) e comunicação (4 itens). Na avaliação das propriedades psicométricas, o INICIARE-55 possui um alfa de Cronbach de 0,97 e um poder explicativo de variância de 76,8%.

Na aplicação do INICIARE 2.0 – versão atual com 55 itens –, o paciente é classificado de acordo com o nível de dependência, baseado no padrão-ouro (CDS). Cada item da escala 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 (55 a 219); 2 = Dependência moderada de cuidados (220 a 243); 3 = Risco de dependência de cuidados (244 a 259); e 4 = Independência de cuidados (260 a 275) (BARRIENTOS TRIGO, 2015).

A versão mais recente do INICIARE conta com 26 itens em cinco (05) dimensões (ANEXO 1). A necessidade de produzir uma versão reduzida é fomentada e justificada, principalmente, pelo tempo (em torno de 16 minutos) que o enfermeiro leva para aplicá-lo. O INICIARE-26 foi validado (somente na Espanha) e disponibilizado diretamente pela autora e encontra-se em fase de publicação.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Este capítulo apresenta os preceitos metodológicos que embasam a pesquisa. Inicia-se com tradução e adaptação transcultural e com uma síntese das etapas de execução. Na sequência são abordadas as propriedades psicométricas necessárias para garantir a fidedignidade e validade da escala na versão brasileira.

### 4.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS

A adaptação transcultural tem sido desenvolvida, há anos, nas ciências sociais, adquirindo grande importância na área da saúde, na medida em que há crescente número de pesquisas e desenvolvimento de instrumentos. A adaptação transcultural de instrumentos padroniza as avaliações e facilita a comparação dos resultados, assim como o desenvolvimento de pesquisas em diferentes países (BEATON et al., 2007; WILD et al., 2005). Cabe ressaltar ainda que o processo de tradução deve ser criterioso, uma vez que a qualidade dos dados obtidos com a nova versão traduzida depende da acurácia da tradução (WILD et al., 2005). Para que os instrumentos sejam válidos, é indispensável lançar mão de um adequado método para guiar o processo de adaptação transcultural (MACHADO et al., 2018).

Além da tradução, faz-se necessário realizar a adaptação cultural para manter a validade do conteúdo em relação ao conceito original avaliado, quando o instrumento traduzido for aplicado em diferentes culturas (WAGNER et al., 1998). O termo *adaptação transcultural* é usado para denominar, em seu conjunto, um processo que analisa questões de linguagem (tradução) e de adaptação cultural no processo de elaboração de um questionário para uso em outra configuração (BEATON et al., 2007).

### 4.2 ETAPAS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Diferentes estudos apresentam maneiras de realizar o processo de adaptação transcultural (SOUZA et al., 2017). Os autores Beaton et al (2000, 2007) propuseram um *Guideline* que servisse como norteador para o desenvolvimento dos processos de adaptação (BEATON et al., 2007, 2000). Com base nesses autores, esta pesquisa fez a adaptação transcultural do instrumento INICIARE, de acordo com as seguintes etapas: tradução, síntese,

retrotradução, revisão por um comitê de especialistas, pré-teste e submissão da versão traduzida ao autor.

#### 4.2.1 Etapa 1 – Tradução

Nesta primeira etapa, são necessárias, pelo menos, duas traduções do instrumento original no novo idioma, como forma de comparar as traduções e observar discrepâncias ou ambiguidades entre as palavras. As traduções (T1 e T2) são produzidas de maneira independente. Os dois tradutores devem ser naturais do país que receberá a tradução. Um dos tradutores deve ter noção sobre os objetivos básicos do instrumento, afim de que a tradução tenha uma equivalência mais teórica com foco no tema que está sendo traduzido. O outro deve desconhecer o tema e, de preferência, não ter ligações com a área de estudo. Sua tradução oferecerá linguagem usada pela população em geral, esclarecendo ambiguidades que termos do idioma original podem apresentar (BEATON et al., 2007).

#### 4.2.2 Etapa 2 – Síntese

Nesta etapa, realiza-se a síntese das duas traduções, o que gera uma versão de consenso, denominada T12, e reflete a concordância dos tradutores envolvidos na etapa anterior. Ressalta-se que a construção dessa versão de consenso deve ser mediada por uma terceira pessoa (podendo ser o pesquisador) que se reúne com os tradutores. Ao final da discussão, deve-se descrever as alterações e anotações e, por fim, sugerir uma versão única das traduções (T12) (BEATON et al., 2007).

#### 4.2.3 Etapa 3 – Retrotradução

Com a nova versão de síntese (T12), procede-se às retrotraduções, denominadas RT1 e RT2. Os retrotradutores devem ter a mesma língua materna da língua do instrumento original, devem trabalhar com a versão única (T12), construída pelas duas traduções, e não podem conhecer o instrumento original. Essa etapa visa certificar se a versão única traduzida reflete os conteúdos da versão original, assegurando a consistência da tradução (BEATON et al., 2007).

#### 4.2.4 Etapa 4 – Revisão por especialistas

Nesta etapa, todo o material produzido – as duas traduções (T1 e T2), a versão única (T12) e as duas retrotraduções (RT1 e RT2) – são submetidas à análise de especialistas. As anotações feitas nas etapas anteriores precisam ser apresentadas juntas. O grupo de especialistas deve ser composto por profissionais com conhecimento de metodologia, por profissionais da área da saúde e por profissionais com conhecimento nas duas línguas. A composição mínima do Comitê de Especialistas deve incluir pelo menos um especialista de cada área, além de todos os tradutores.

O objetivo é produzir a versão final, que sintetiza as versões parciais produzidas. As decisões dos especialistas devem garantir a equivalência entre o instrumento original e o instrumento traduzido, em quatro áreas (conforme Quadro 1): semântica, idiomática, experimental e conceitual.

Quadro 1 – Equivalências.

<b>Equivalência semântica</b>	Verifica a equivalência ou similaridade do significado das palavras ou das expressões nas duas culturas.
<b>Equivalência idiomática</b>	Verifica a equivalência de expressões coloquiais e de palavras de difícil tradução.
<b>Equivalência experimental</b>	Verifica se a tradução utiliza os termos relevantes e se estes se enquadram no contexto sociocultural da população alvo.
<b>Equivalência conceitual</b>	Verifica a validade do conceito das palavras (muitas palavras têm diferentes significados conceituais entre as culturas).

Fonte: (BEATON et al., 2000).

#### 4.2.5 Etapa 5 – Pré-teste

Nesta etapa, realiza-se um teste a partir do resultado da etapa anterior. Esse teste procura usar a versão já traduzida, aplicando-a em pacientes, a fim de validar o conteúdo da escala. Idealmente, entre 30 e 40 pessoas devem ser testadas, a fim de verificar a compreensão dos itens do instrumento.

#### 4.2.6 Etapa 6 – Submissão aos autores

Submissão do material (traduções e anotações) aos autores do instrumento traduzido. Assim, os autores podem avaliar se os estágios recomendados foram seguidos e se o resultado final reflete o que foi proposto na versão original.

### 4.3 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A construção de escalas de medidas – utilizadas frequentemente pelas áreas da ciência do comportamento – usualmente medem variáveis, conceitos e constructos que não podem ser observados diretamente. Essas escalas, ao serem construídas, objetivam fazer com que as medidas sejam as mais precisas possíveis e meçam o que de fato querem medir. Esses conceitos se referem à fidedignidade (precisão, exatidão) e à validade (FACHEL; CAMEY, 2007). A confiabilidade (fidedignidade) e a validade são consideradas as principais propriedades de medida de instrumentos. A avaliação das propriedades psicométricas subsidia a seleção de instrumentos válidos e confiáveis, assegurando a qualidade dos resultados (SOUZA et al., 2017).

#### 4.3.1 Fidedignidade

A etapa de fidedignidade avalia o grau de consistência com que o instrumento mede o atributo proposto. Nessa etapa é possível evidenciar se os itens que compõem o instrumento estão positivamente relacionados. A fidedignidade de um teste pode ser medida de diversas formas, dependendo do tipo de escala e do tipo de fidedignidade que se pretende medir (MARTINS, 2006). Entende-se que, quanto mais parecidos forem os escores em aplicações distintas, maior será a fidedignidade de um teste; quanto mais diferentes, menor será a fidedignidade dos escores em aplicações subsequentes (ZANON; FILHO, 2015).

Para escalas aditivas, comumente se usa o Coeficiente alfa de Cronbach (coeficiente de consistência interna). Para os questionários que não são do tipo escala aditiva, utiliza-se o método do teste-reteste, fornecendo um coeficiente de estabilidade da medida no tempo (FACHEL; CAMEY, 2007).

Os critérios de maior interesse de pesquisadores têm sido: estabilidade, consistência interna e equivalência.

#### *4.3.1.1 Estabilidade*

A estabilidade avalia a alteração ou não dos resultados obtidos em momentos diferentes (normalmente em dois momentos). Para avaliar a estabilidade, pode-se utilizar o método de teste-reteste (aplicando a medida do instrumento em dois momentos). Para a utilização deste método, é primordial que o que será medido permaneça o mesmo nos dois momentos (SOUZA et al., 2017). Uma das dificuldades desse método é que, quanto maior o intervalo entre os testes, menor é o risco do efeito da memória, porém, maior é o risco de eventos que interfiram no respondente do instrumento (FACHEL; CAMEY, 2007).

#### *4.3.1.2 Consistência interna*

A consistência interna (ou homogeneidade) identifica se todas as partes do instrumento medem as mesmas características. A consistência interna será maior quanto maior for a homogeneidade do conteúdo através dos itens. Existem várias formas para medir a consistência interna, todos visando à correlação do item com a escala total e a correlação entre os itens (FACHEL; CAMEY, 2007).

#### *4.3.1.3 Equivalência*

A equivalência é medida quando dois ou mais avaliadores aplicam o instrumento (confiabilidade entre os observadores). Assim, a equivalência mede o grau de concordância entre os avaliadores. Quanto maior a concordância, pode-se inferir que erros de medição foram minimizados. No entanto, para ter confiabilidade entre os observadores, é fundamental treinar e padronizar a aplicação do instrumento (SOUZA et al., 2017).

#### *4.3.2 Validade*

A validade de um instrumento significa determinar se está medindo o que se pretende medir. Pode-se verificar a validade de um instrumento de acordo com o tipo de informação e o propósito da investigação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Frequentemente a validade pode ser definida com a seguinte pergunta: você está medindo o que pensa que está medindo? (FACHEL; CAMEY, 2007, p. 162). Os procedimentos para determinar validade

buscam identificar as relações entre o valor obtido e outros fatos (critérios) observáveis independentemente, levando em conta as características medidas em questão (FACHEL; CAMEY, 2007).

Os tipos de validade mais comumente utilizados são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo (SOUZA et al., 2017). Para facilitar o entendimento, classificam-se os diferentes tipos de validade em três categorias (FACHEL; CAMEY, 2007):

- Validade relacionada a conteúdo (validade de conteúdo e validade de face);
- Validade relacionada a critério (validade concorrente e validade preditiva);
- Validade relacionada a constructo (validade convergente, validade discriminante e validade fatorial).

#### *4.3.2.1 Validades relacionadas ao conteúdo*

##### *4.3.2.1.1 Validade de conteúdo*

A validade de conteúdo permite avaliar se a escala e os itens são representativos do domínio do conteúdo que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A validade de conteúdo pode ser checada, aferindo-se a concordância entre avaliadores sobre a importância de um item no teste. Pode-se, ainda, classificar o item em essencial ao teste; útil, mas não essencial; não necessário (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

Os avaliadores (juízes especialistas) avaliam a representatividade dos itens em relação aos conceitos e relevância dos objetivos que medem (FACHEL; CAMEY, 2007).

##### *4.3.2.1.2 Validade de face*

A validade de face refere-se ao fato do instrumento parecer válido frente aos sujeitos que irão aplicar a medida. A validade de face (aparente) indica se a medida aparentemente mede aquilo que pretende medir (MARTINS, 2006).

#### 4.3.2.2 *Validades relacionadas ao critério*

##### 4.3.2.2.1 *Validade de critério*

A validade de critério mede se os resultados obtidos coincidem com resultados de outro instrumento utilizado para a avaliação da mesma temática. Para tanto, o instrumento que está sendo validado deve ser aplicado concomitantemente com o já validado, o que se espera é obter resultados que tenham uma correlação positiva entre si (PASQUALI, 2009).

Nesse tipo de validação, os pesquisadores comparam os resultados com um “padrão-ouro” ou critério de externo estabelecido. A validação de critério utiliza o fator tempo como determinante da forma de validação.

##### 4.3.2.2.2 *Validade concorrente*

Os testes são aplicados simultaneamente e são calculados em base de medidas já existentes no momento de aplicar o instrumento. A validade concorrente diz respeito à qualidade com que o teste pode descrever o critério presente (FACHEL; CAMEY, 2007).

##### 4.3.2.2.3 *Validade preditiva*

A validade preditiva busca prever um acontecimento futuro, que poderá ser confirmado por algum teste ou exame a posteriori à aplicação do instrumento (FACHEL; CAMEY, 2007).

#### 4.3.2.3 *Validades relacionadas a constructo*

A validade de constructo investiga a homogeneidade dos itens e examina se os escores no teste variam conforme o esperado (PACICO; HUTZ, 2015). A validade de constructo se refere ao grau em que um instrumento de medida se relaciona consistentemente com outras medidas assemelhadas, derivadas da mesma teoria, e conceitos que estão sendo medidos (MARTINS, 2006).

#### 4.3.2.3.1 Validade Convergente

A validade convergente avalia a relação do resultado obtido no instrumento com outras medidas já existentes para o constructo. A alta correlação entre um novo teste e um teste similar é considerada evidência de que o novo teste mede, o mais próximo possível, o mesmo resultado do teste anterior (FACHEL; CAMEY, 2007).

#### 4.3.2.3.2 Validade discriminante

A validade discriminante verifica a hipótese de que o que foi medido não está relacionado a um constructo diferente, em outras palavras, se o que foi medido está relacionado com variáveis que o instrumento deveria divergir (FACHEL; CAMEY, 2007; SOUZA et al., 2017).

#### 4.3.2.3.3 Validade fatorial

A análise fatorial busca avaliar as correlações em um grande número de variáveis, definindo os fatores, ou seja, as variáveis fortemente relacionadas entre si (SOUZA et al., 2017).

Para fazer a análise fatorial, podem ser utilizadas duas formas: a análise fatorial confirmatória – que busca confirmar o quanto as variáveis analisadas representam um número menor de constructo – e a análise fatorial exploratória – que proporciona a quantidade de fatores necessários para representar os dados, sendo uma ferramenta para dimensionar um conjunto de itens (SOUZA et al., 2017).

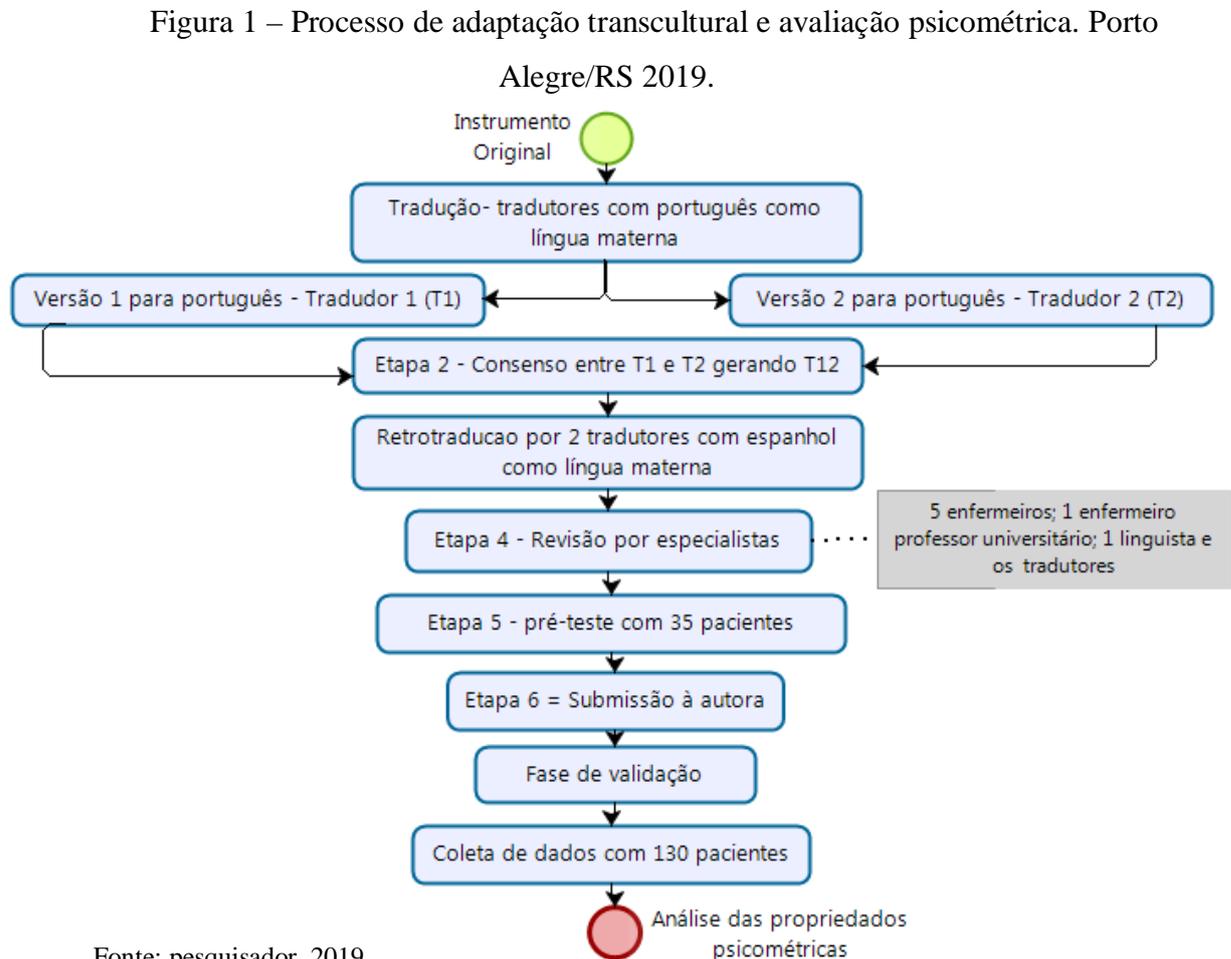
## 5 MÉTODOS

Este estudo foi dividido em duas fases. A primeira, da adaptação transcultural, utilizou a metodologia de Beaton et al (2000;2007). Essa fase é composta por seis etapas (tradução, síntese da tradução, retrotradução, revisão por especialistas, pré-teste e submissão ao autor). A segunda, da validação, foi composta de coleta de dados e testes psicométricos.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico. Esse tipo de estudo busca desenvolver ou refinar métodos de obtenção, organização e análise de dados, e pode ser desenhado para avaliar e validar ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2018).

Nesse estudo, foi realizada a adaptação transcultural do instrumento INICIARE, seguindo as etapas preconizadas por (BEATON et al., 2007), e posterior validação. A seguir, a figura 1 esquematiza os passos realizados:



## 5.2 CAMPO DE ESTUDO E PERÍODO DE COLETA

As etapas do pré-teste e validação foram aplicadas em um Hospital privado de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

O Hospital foi fundado em 1969, no bairro Cascata, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sendo mantido por uma sociedade de religiosas, sem fins lucrativos e com finalidade filantrópica. Atualmente, é composto por 1.390 colaboradores, os quais estão alocados em diferentes serviços oferecidos pela instituição. Conta com 189 leitos. Desses, 151 são destinados à internação e estão distribuídos em três unidades de internação. Há, também, Bloco Cirúrgico, com 08 salas de médio e grande porte, e 15 leitos de Sala de Recuperação; Bloco Cirúrgico Ambulatorial, com 3 salas (2 salas para Unidade Endovascular) e 15 leitos de recuperação; Emergência composta por consultórios, salas de atendimento e sala de cuidados semi-intensivos com 07 leitos; Centro Obstétrico, com 06 salas, e 10 leitos de recuperação; Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal com 14 leitos; Unidade de Terapia Intensiva Adulta com 16 leitos; Centro Clínico com 08 consultórios para atendimento em 25 especialidades; Centro de Infusão e Centro de Diagnóstico e Imagem. Há, ainda, áreas administrativas, manutenção, higienização, serviço de nutrição e dietética e gestão hospitalar.

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<sup>2</sup>.

A equipe de enfermagem do hospital é composta de 120 enfermeiros. Desses, em torno de 16 são locados nas unidades de internação. Os enfermeiros aplicam diariamente a Escala de Perroca, versão 2011, e a complexidade assistencial em média é de 1,03% cuidados intensivos, 19,27% cuidados semi-intensivos, 56,28% cuidados intermediários e 23,42% cuidados mínimos.

As etapas de tradução, síntese e retrotradução ocorreram no mês de maio de 2019, e a etapa da revisão com os especialistas ocorreu em 01 de junho de 2019. A coleta de dados com os pacientes foi realizada no período de 06 de junho a 09 de julho de 2019.

---

<sup>2</sup> Dados fornecidos pela instituição referentes ao ano de 2018.

## 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

### 5.3.1 Tradutores do instrumento

Os dois tradutores eram brasileiros e com experiência em tradução do espanhol. Os retrotradutores eram nativos do espanhol, com experiência na língua portuguesa do Brasil.

### 5.3.2 Revisão de especialistas

Foram convidados os seguintes profissionais: cinco enfermeiros com experiência em aplicar sistemas de classificação de pacientes; um enfermeiro professor universitário com experiência em pesquisa; um linguista professor universitário, além dos tradutores. Para essa etapa, foi utilizado um formulário a fim de avaliar as equivalências (APÊNDICE 3).

### 5.3.3 Pré-teste

Para o pré-teste, foram incluídos 35 pacientes (BEATON et al., 2007, 2000). A seleção dos pacientes se deu de forma aleatória.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os pacientes adultos hospitalizados em unidades de internação clínica/cirúrgica da instituição pesquisada.

Foram excluídos do estudo os pacientes que:

- apresentaram alterações clínicas graves no momento da coleta;
- apresentaram alteração do sensório ou da cognição e não contavam com a presença de um responsável no momento da coleta;
- pacientes obstétricas.

Os pacientes foram excluídos, considerando os dois primeiros critérios, somente após a segunda tentativa de coleta.

### 5.3.4 Validação

Para a etapa de validação, para o cálculo da amostra seguiu-se o indicado para análise fatorial por Hair et al. (2009) que é de no mínimo cinco observações por questão da escala. Assim, considerando que o INICIARE apresenta 26 itens, a amostra foi de 130 pacientes.

Para inclusão e exclusão de pacientes considerou-se os mesmos critérios da etapa de pré-teste.

## 5.4 FASE DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

### 5.4.1 Tradução, síntese e retrotradução

Na etapa de tradução, o INICIARE foi enviado a dois tradutores diferentes, que tinham como língua materna o português do Brasil e que apresentavam o 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 com o intuito de obter uma versão de síntese, denominada tradução um-dois (T12).

A síntese das versões foi enviada a dois tradutores que tinham o espanhol como língua materna e apresentavam domínio da língua portuguesa. Os dois tradutores produziram as versões de retrotradução, denominadas de retrotradução 1 (RT1) e retrotradução 2 (RT2). As versões (original, tradução, síntese e retrotradução) foram comparadas, em conjunto com os tradutores, a fim de corrigir possíveis erros de tradução e de interpretações, evitando comprometimento de significado em algum item.

### 5.4.2 Revisão por especialistas

Foram reunidos os cinco especialistas e foi disponibilizado um instrumento (APÊNDICE 3) contendo as versões original, traduzida e retrotraduzida. Os especialistas avaliaram a versão traduzida e, para isso, levaram em conta 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.

#### 5.4.3 Pré-teste

Na etapa de pré-teste foi utilizado o instrumento de coleta de dados contendo dados demográficos e o INICIARE versão Brasileira (APÊNDICE 4).

Nessa etapa, o pesquisador e os enfermeiros que iriam realizar a coleta de dados da fase de validação aplicaram o instrumento em 35 pacientes, selecionados seguindo uma lista em ordem alfabética e que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. Nesse momento, foi possível verificar a compreensão dos itens traduzidos, informando em um campo de observação no final do instrumento.

#### 5.4.4 Submissão à autora

A última etapa do processo de adaptação transcultural constou da submissão de todas as versões à autora da escala original.

### 5.5 FASE DE VALIDAÇÃO

#### 5.5.1 Coleta de dados

Para a seleção dos pacientes, foi solicitada a lista de pacientes internados no dia à Unidade de Internação. A coleta de dados foi realizada por dois enfermeiros assistenciais que aceitaram colaborar com a pesquisa. Os coletadores receberam treinamento do pesquisador quanto à aplicação do instrumento de coleta de dados e do TCLE.

De posse da lista de pacientes, os enfermeiros coletadores sortearam de forma aleatória simples quais pacientes foram alocados para cada um.

Após a primeira coleta, os enfermeiros aguardaram o período de uma hora para realizarem a segunda coleta, alternando os pacientes.

### 5.5.2 Avaliação das propriedades psicométricas

As propriedades psicométricas foram avaliadas através de fidedignidade, estabilidade, equivalência e consistência interna dos itens por meio do alfa de Cronbach.

### 5.5.3 Validade

Validação de conteúdo e validação de constructo convergente (utilizando como padrão-ouro a escala PERROCA (versão 2011)).

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para tabulação dos dados, foram utilizadas planilhas no programa Excel for Windows, versão 2013, e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS 25.0 ou/e AMOS, versão 18.0. As variáveis categóricas foram expressas com frequência absoluta e relativas (%). As variáveis contínuas foram expressas com média e desvio padrão, para aquelas com distribuição normal, ou mediana e intervalos interquartis para variáveis assimétricas.

Para avaliação da concordância entre os especialistas, foram aplicados os testes IVC (índice de validação de conteúdo), sendo estabelecido um ponto de corte de 0,78 abaixo do qual o item seria considerado inadequado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK; OWEN, 2007), e coeficiente de concordância Kappa de Fleiss (FLEISS; LEVIN; PAIK, 2013), em que os parâmetros considerados são < 0 concordância inadequada, 0,01 - 0,20 concordância fraca, 0,21-0,40 concordância razoável, 0,41 - 0,60 concordância moderada, 0,61-0,80 concordância substancial e 0,81 - 1,00 concordância quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

Para a análise de estabilidade, foi utilizado o teste de Wilcoxon Signed Ranks, o Coeficiente de concordância Kappa de Cohen e o Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC) com os seguintes valores: menores que 0,50 ruim; 0,50 - 0,75 moderada; 0,75 - 0,90 boa e maiores que 0,90 excelente (KOO; LI, 2016).

Para avaliar a confiabilidade das questões, foi utilizado o alfa de Cronbach. Foram considerados como valores de referência para interpretação um alfa > 0,70 (GEORGE; MALLERY, 2018).

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido respeitando as exigências da Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, que tratam das questões da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O projeto foi aprovado pela Instituição da pesquisa (ANEXO 3), pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO 5) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS (ANEXO 6).

Os participantes do estudo receberam as orientações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e nos instrumentos de avaliação (APÊNDICES 1, 2, 3 e 4). Os termos foram lidos e assinados em duas vias pelos participantes, e a cada um foi dada uma cópia. Os dados coletados foram utilizados somente para este estudo e serão armazenados por cinco anos pelo pesquisador, sendo destruídos após este prazo.

Para realização deste estudo, solicitou-se permissão à autora do INICIARE, Ana María Porcel Gálvez, concedida via correio eletrônico (ANEXO 2).

## 6 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos nas fases de adaptação transcultural e validação do instrumento INICIARE.

### 6.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

#### 6.1.1 Tradução, síntese e retrotradução

Durante a primeira etapa de tradução, os tradutores, nas versões T1 e T2 tiveram divergências em alguns itens. O quadro 2 apresenta os itens divergentes e o resultado do consenso entre os tradutores.

Quadro 2 – Itens com diferenças nas traduções (T1 e T2) e resultado da síntese. Porto Alegre/RS 2019.

<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>Síntese</b>
Dispneia de repouso	Dispneia em repouso	Dispneia em repouso
Engasgamento, tosse, náuseas	Asfixia, tosse, náuseas	Engasgo, tosse, náuseas
Vontade de comer	Desejo de comer	Vontade de comer
Ingestão alimentar oral	Ingestão alimentícia oral	Ingestão oral de alimentos
Anda com marcha efetiva	Caminha com passada eficaz	Caminha com marcha eficaz
Veste-se sozinho	Se veste	Veste-se sozinho
Atenção	Atenção	Capacidade de manter a atenção
Preocupação sobre a doença ou lesão	Preocupação sobre a enfermidade ou lesão	Preocupação sobre a doença ou lesão
Mantém a autoestima	Manutenção da autoestima	Mantém a autoestima
Condutas que promovem a saúde	Condutas que fomentem a saúde	Condutas que promovem a saúde

Fonte: pesquisador, 2019.

Após a reunião com os tradutores, foi obtida a primeira versão em português da escala, conforme quadro 3.

Quadro 3 – Primeira versão do INICIARE em português. Porto Alegre/RS 2019.

<b>INICIARE-26 Versão Brasileira</b>					
Orientações: A escala INICIARE-26 é 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 condição mais desejável do paciente, enquanto o ponto 01 indica a situação menos desejável.					
A pontuação da escala varia entre 26 pontos, valor que indicaria o maior nível de dependência, e 130 pontos, que indicaria a independência do paciente.					
Essa escala pode ser utilizada para avaliação do paciente em qualquer momento, apesar de que o ideal é realizar uma medição na entrada e sucessivos monitoramentos diários. A pontuação de cada paciente é estabelecida pelo enfermeiro, de acordo com seu julgamento clínico, a partir dos dados dos valores obtidos.					
					5
					4
					3
					2
					1
<b>RESPIRAÇÃO</b>					
040206	Cianose				
040204	Dispneia de esforço				
040203	Dispneia em repouso				
040302	Ritmo respiratório				
040310	Ruídos respiratórios patológicos				
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO</b>					
210607	Alteração do estado nutricional				
101012	Engasgo, tosse, náuseas				
101004	Capacidade de mastigação				
101401	Vontade de comer				
060107	Entradas e saídas diárias equilibradas				
100801	Ingestão oral de alimentos				
<b>ELIMINAÇÃO</b>					
050002	Mantém o controle da eliminação das fezes				
050101	Padrão de eliminação fecal				
050301	Padrão de eliminação urinária				
050312	Incontinência urinária				
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>					
020002	Caminha com marcha eficaz				
030012	Muda de posição sozinho				
020802	Manutenção da postura corporal				
030002	Veste-se sozinho				
030006	Higiene				
110113	Integridade da pele				
<b>CONDUTAS DE SAÚDE</b>					
170401	Percepção de ameaça para a saúde				
090003	Capacidade de manter a atenção				
170404	Preocupação sobre a doença ou lesão				
130502	Mantém a autoestima				
182308	Condutas que promovem a saúde				
<b>Observações:</b>					

Fonte: pesquisador, 2019.

Os retrotradutores propuseram, em quatro itens, expressões diferentes das que constavam na versão original do instrumento. São eles: a) o item “Alteración del estado

nutricional” foi retraduzido pelo RT1 como “Cambio del estado nutricional”; b) o item “Atragantamiento tos náuseas” foi retraduzido por RT1 como “Asfixia, tos, náuseas” e pelo RT2 como “Ahogo, tos, náuseas”; c) no item “Deseo de comer”, a palavra “Deseo” foi traduzida como “voluntad” por RT1 e como “ganas” por RT2; d) o item “Atiende”, que apresentou maior diferença da versão original, foi traduzido por ambos os retrotradutores por “Capacidad para mantener la atención”.

### 6.1.2 Revisão por especialistas

Os especialistas se reuniram, em presença do pesquisador, da orientadora e dos tradutores a fim de avaliar as equivalências da tradução.

A média de idade foi de 40 anos (desvio padrão de 6,3). Com relação ao sexo dos especialistas, 85,7% eram mulheres (n= 6). O grupo era composto de 2 doutores (28,6%), 2 mestres (28,6%) e 3 especialistas (42,9%), o tempo médio de formação foi de 16 anos.

Após a explicação inicial do pesquisador, o grupo pontuou os itens avaliando as equivalências semânticas.

Ao final da rodada de pontuação, o grupo debateu os itens que apresentaram maior divergência, definindo uma versão considerada melhor. Os tradutores auxiliaram nas discussões nessa fase, esclarecendo dúvidas referentes aos itens e às traduções.

Na dimensão “Respiração”, o item “Dispnea de esforço” foi alterado para “Dispnea ao esforço” e o item “Ruídos respiratórios patológico” apresentou diferença na equivalência cultural, o que levou o grupo a alterá-lo “Ruídos respiratórios adventícios”.

A dimensão “Alimentação e hidratação” recebeu duas alterações. A primeira, no item “Entradas e saídas diárias equilibradas”, que foi adaptada culturalmente para “Ganhos e perdas diárias equilibradas”; a segunda, no item “Ingestão oral de alimentos”, que foi adaptado para “Alimentação via oral”.

Na dimensão “Eliminações”, houve apenas uma mudança: o item “Mantém o controle da eliminação das fezes” foi alterado para “Controle de eliminação fecal”, para seguir a mesma semântica dos demais itens da dimensão.

Com relação à dimensão “Atividades de vida diária”, a fim de ajustar a equivalência semântica, foram adaptados os seguintes itens: “Manutenção da postura corporal” para “Mantém a postura corporal”; “Higiene” para “Higieniza-se sozinho” e “Integridade da pele” foi acrescido da palavra “mantém”, ficando “Mantém a integridade de pele”.



(conclusão)

Engasgo, tosse, náuseas	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>0,71</b>	<b>0,86</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
Capacidade de mastigação	1,00	1,00	0,52	<b>0,71</b>	1,00	1,00
Vontade de comer	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Entradas e saídas diárias equilibradas	0,43	<b>0,57</b>	<b>0,29</b>	<b>0,00</b>	<b>0,33</b>	<b>0,57</b>
Ingestão oral de alimentos	1,00	1,00	0,71	0,86	0,71	0,86
<b>ELIMINAÇÃO</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mantém o controle da eliminação das fezes	0,43	<b>0,57</b>	0,71	<b>0,14</b>	0,71	0,86
Padrão de eliminação fecal	1,00	1,00	0,43	<b>0,43</b>	1,00	1,00
Padrão de eliminação urinária	1,00	1,00	0,43	<b>0,57</b>	1,00	1,00
Incontinência urinária	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	0,48	<b>0,71</b>	0,48	<b>0,71</b>	<b>0,33</b>	<b>0,57</b>
Caminha com marcha eficaz	0,71	0,86	<b>0,33</b>	<b>0,57</b>	0,52	<b>0,71</b>
Muda de posição sozinho	1,00	1,00	0,52	<b>0,71</b>	0,52	<b>0,71</b>
Manutenção da postura corporal	0,71	0,86	0,43	<b>0,43</b>	0,48	<b>0,71</b>
Veste-se sozinho	1,00	1,00	0,71	0,86	1,00	1,00
Higiene	0,71	0,86	0,19	<b>0,43</b>	0,52	<b>0,71</b>
Integridade da pele	0,71	0,86	<b>0,33</b>	<b>0,57</b>	0,71	0,86
<b>CONDUTAS DE SAÚDE</b>	0,71	0,86	<b>0,24</b>	<b>0,29</b>	0,71	0,86
Percepção de ameaça para a saúde	0,52	<b>0,71</b>	<b>0,33</b>	<b>0,29</b>	0,52	<b>0,71</b>
Capacidade de manter a atenção	0,71	0,86	0,52	<b>0,71</b>	0,52	<b>0,71</b>
Preocupação sobre a doença ou lesão	0,71	0,86	0,43	<b>0,43</b>	1,00	1,00
Mantém a autoestima	0,71	0,86	0,52	<b>0,71</b>	0,52	<b>0,71</b>
Condutas que promovem a saúde	1,00	1,00	0,52	<b>0,71</b>	1,00	1,00

---

Fonte: pesquisador, 2019.

### 6.1.3 Pré-teste

Para o pré-teste, foi aplicado, em 35 pacientes, o instrumento INICIARE, versão brasileira. Os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE. O tempo de aplicação da escala foi, em média, de 4 minutos. Os pacientes eram predominantemente do sexo feminino (54,3%) e tinham em média  $54,7 \pm 19,6$  anos. Para facilitar o entendimento, os diagnósticos médicos estão expressos por capítulo do CID 10. Dessa forma, o diagnóstico mais prevalente faz parte do capítulo “II. Neoplasias (tumores)”. Essas e outras características estão expressas na tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes do pré-teste.  
Porto Alegre/RS 2019.

Variável	Total n = 35
Sexo feminino*	19 (54,3)
Idade em anos**	54,7 ( $\pm$ 19,6)
Escolaridade*	
Superior completo	13 (37,1)
Ensino médio completo	9 (25,7)
Ensino fundamental completo	7 (20)
Superior incompleto	3 (8,6)
Pós-graduação	2 (5,7)
Ensino fundamental incompleto	1 (2,9)
Cidade *	
Porto Alegre	22 (62,9)
Interior do Estado	9 (25,7)
Grande Porto Alegre	4 (11,4)
Diagnóstico médico (por capítulo de CID)*	
II. Neoplasias (tumores)	12 (34,3)
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	7 (20,0)
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5 (14,3)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5 (14,3)
IX. Doenças do aparelho circulatório	2 (5,7)
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2 (5,7)
XI. Doenças do aparelho digestivo	1 (2,9)
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1 (2,9)
Classificação INICIARE *	
Independência de cuidados	0
Risco de dependência de cuidados	16 (45,71)
Dependência moderada de cuidados	14 (40)
Grande dependência de cuidados	5 (14,29)

Fonte: pesquisador, 2019.

\* n (%); \*\* média ( $\pm$  desvio-padrão);

Durante a aplicação, os enfermeiros sugeriram alteração no item “Controle da eliminação fecal” para “Incontinência fecal”, justificando que seria mais adequado, uma vez que segue a mesma lógica dos demais itens do agrupamento e facilita o entendimento. Ao final dessa etapa, gerou-se a versão final do instrumento INICIARE 26, versão brasileira, apresentada a seguir.

Quadro 4 – INICIARE 26, versão brasileira. Porto Alegre/RS 2019.

<b>INICIARE-26 Versão Brasileira</b>					
Orientações: A escala INICIARE-26 é 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 condição mais desejável do paciente, enquanto o ponto 01 indica a situação menos desejável.					
A pontuação da escala varia entre 26 pontos, valor que indicaria o maior nível de dependência, e 130 pontos, que indicaria a independência do paciente.					
Essa escala pode ser utilizada para avaliação do paciente em qualquer momento, apesar de que o ideal é realizar uma medição na entrada e sucessivos monitoramentos diários. A pontuação de cada paciente é estabelecida pelo enfermeiro, de acordo com seu julgamento clínico, a partir dos dados dos valores obtidos.					
					5
				4	
			3		
		2			
	1				
<b>RESPIRAÇÃO</b>					
Cianose					
Dispneia ao esforço					
Dispneia em repouso					
Ritmo respiratório					
Ruídos respiratórios adventícios					
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO</b>					
Alteração do estado nutricional					
Engasgo, tosse, náuseas					
Capacidade de mastigação					
Vontade de comer					
Ganhos e perdas diárias equilibradas					
Alimentação via oral					
<b>ELIMINAÇÃO</b>					
Controle da eliminação fecal					
Padrão de eliminação fecal					
Padrão de eliminação urinária					
Incontinência urinária					
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>					
Caminha com marcha eficaz					
Muda de posição sozinho					
Mantém a postura corporal					
Veste-se sozinho					
Higieniza-se sozinho					
Mantém a integridade da pele					
<b>CONDUTAS DE SAÚDE</b>					
Percepção de riscos para a saúde					
Capacidade de estar atento a saúde					
Preocupação sobre a doença ou lesão					
Manutenção da autoestima					
Condutas que promovem a saúde					
<b>Observações:</b>					

Fonte: pesquisador, 2019.

#### 6.1.4 Submissão das versões à autora

Com a versão brasileira do INICIARE finalizada, foram enviadas à autora 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.

#### 6.2 VALIDAÇÃO

A fase de validação contou com uma amostra de 130 pacientes. Nessa fase, 64,6% eram do sexo feminino e tinham em média  $59 \pm 15,3$ . A maioria era residente em Porto Alegre (52,3%) e tinha o nível superior completo (33,8%). O diagnóstico médico mais prevalente, por capítulo do CID 10, foi “XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo” com 18,5%. Com relação ao tempo de aplicação, o INICIARE teve uma mediana de 2 (1-2) minutos e a PERROCA teve o tempo de 2 (2-3) minutos, conforme consta na Tabela 3. Foram excluídos 2 pacientes que, após a primeira coleta, apresentaram alterações clínicas.

Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes – fase de validação do INICIARE versão brasileira. Porto Alegre/RS 2019.

(continua)

Variável	Total n = 130
Sexo feminino*	84 (64,6)
Idade em anos**	59 ( $\pm 15,3$ )
Escolaridade*	
Superior completo	44 (33,8)
Ensino médio completo	31 (23,8)
Ensino fundamental incompleto	18 (13,8)
Superior incompleto	18 (13,8)
Ensino fundamental completo	10 (7,7)
Ensino médio incompleto	4 (3,1)
Pós-graduação	4 (3,1)
Nível técnico	1 (0,8)

	(conclusão)
Cidade *	
Porto Alegre	<b>68 (52,3)</b>
Interior do Estado	<b>32 (24,6)</b>
Grande Porto Alegre	<b>27 (20,8)</b>
Outro Estado	<b>3 (2,3)</b>
Diagnóstico médico (por capítulo de CID)*	
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	24 (18,5)
IX. Doenças do aparelho circulatório	17 (13,1)
XI. Doenças do aparelho digestivo	17 (13,1)
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	14 (10,8)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12 (9,2)
II. Neoplasias (tumores)	10 (7,7)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitária	8 (6,2)
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8 (6,2)
VI. Doenças do sistema nervoso	5 (3,8)
X. Doenças do aparelho respiratório	4 (3,1)
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	4 (3,1)
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	4 (3,1)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4 (3,1)
XVII. Malformações, deformidades/anomalias cromossômicas	1 (0,8)
Tempo (em minutos) para a aplicação ***	
INICIARE	2 (1-2)
PERROCA	2 (2-3)
Classificação INICIARE *	
Independência de cuidados	35 (26,9)
Risco de dependência de cuidados	31 (23,8)
Dependência moderada de cuidados	33 (25,4)
Grande dependência de cuidados	31 (23,8)

---

\* n (%); \*\* média ( $\pm$  desvio-padrão); \*\*\* mediana e intervalo interquartil (25-75)

Fonte: pesquisador, 2019.

Com relação à frequência de cada item, a tabela 4 demonstra que a dimensão “Atividade de vida diária” apresentou o maior número de itens com pontuação 1, e a dimensão “Condutas para a saúde” teve todos os itens marcados acima de 90% como 5.

Tabela 4 – Frequência das opções em cada item. Porto Alegre/RS 2019.

Item *	1	2	3	4	5
<b>RESPIRAÇÃO</b>					
Cianose	1 (0,8)	1 (0,8)	5 (3,8)	2 (1,5)	121 (93,1)
Dispneia ao esforço	0	5 (3,8)	9 (6,9)	16 (12,3)	100 (76,9)
Dispneia em repouso	0	1 (0,8)	8 (6,2)	6 (4,6)	115 (88,5)
Ritmo respiratório	0	0	2 (1,5)	5 (3,8)	123 (94,6)
Ruídos respiratórios adventícios	0	1 (0,8)	0	1 (0,8)	128 (98,5)
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO</b>					
Alteração do estado nutricional	7 (5,4)	5 (3,8)	17 (13,1)	13 (10)	88 (67,7)
Engasgo, tosse, náuseas	6 (4,6)	10 (7,7)	23 (17,7)	16 (12,3)	75 (57,7)
Capacidade de mastigação	0	1 (0,8)	1 (0,8)	3 (2,3)	125 (96,2)
Vontade de comer	12 (9,2)	13 (10)	12 (9,2)	13 (10)	80 (61,5)
Ganhos e perdas diárias equilibradas	6 (4,6)	1 (0,8)	6 (4,6)	12 (9,2)	105 (80,8)
Alimentação via oral	6 (4,6)	2 (1,5)	2 (1,5)	6 (4,6)	114 (87,7)
<b>ELIMINAÇÃO</b>					
Controle da eliminação fecal	4 (3,1)	5 (3,8)	4 (3,1)	5 (3,8)	112 (86,2)
Padrão de eliminação fecal	6 (4,6)	6 (4,6)	8 (6,2)	4 (3,1)	106 (81,5)
Padrão de eliminação urinária	4 (3,1)	3 (2,3)	2 (1,5)	5 (3,8)	116 (89,2)
Incontinência urinária	14 (10,8)	7 (5,4)	6 (4,6)	2 (1,5)	101 (77,7)
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>					
Caminha com marcha eficaz	14 (10,8)	9 (6,9)	15 (11,5)	9 (6,9)	83 (63,8)
Muda de posição sozinho	8 (6,2)	3 (2,3)	5 (3,8)	3 (2,3)	111 (85,4)
Mantém a postura corporal	1 (0,8)	0	6 (4,6)	6 (4,6)	117 (90)
Veste-se sozinho	30 (23,1)	4 (3,1)	13 (10)	13 (10)	70 (53,8)
Higieniza-se sozinho	31 (23,8)	3 (2,3)	9 (6,9)	13 (10)	74 (56,9)
Mantém a integridade da pele	4 (3,1)	4 (3,1)	1 (0,8)	8 (6,2)	113 (86,9)
<b>CONDUTAS DE SAÚDE</b>					
Percepção de riscos para a saúde	1 (0,8)	2 (1,5)	2 (1,5)	5 (3,8)	120 (92,3)
Capacidade de estar atento a saúde	1 (0,8)	2 (1,5)	1 (0,8)	8 (6,2)	118 (90,8)
Preocupação sobre a doença ou lesão	0	4 (3,1)	2 (1,5)	5 (3,8)	119 (91,5)
Manutenção da autoestima	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	8 (6,2)	119 (91,5)
Condutas que promovem a saúde	0	2 (1,5)	2 (1,5)	5 (3,8)	121 (93,1)

\* n (%).

Fonte: pesquisador, 2019.

### 6.2.1 Avaliação das propriedades psicométricas

Foram verificadas a fidedignidade e consistência interna do INICIARE através do alfa de Cronbach. Também utilizou-se o teste de estabilidade e equivalência entre observadores.

#### 6.2.1.1 Consistência interna

A análise da consistência interna se deu pelo alfa de Cronbach, ficando em 0,74 (total da escala). Os resultados por dimensões estão expressos na Tabela 5.

Tabela 5 – Consistência interna do INICIARE por dimensão. Porto Alegre/RS 2019.

	Número de itens	alfa de Cronbach
Total do instrumento	26	0,74
Dimensão: Respiração	5	0,65
Dimensão: Alimentação e hidratação	6	0,71
Dimensão: Eliminação	4	0,59
Dimensão: Atividades de vida diária	6	0,84
Dimensão: Condutas de saúde	5	0,90

Fonte: pesquisador, 2019

O alfa de Cronbach se cada um dos itens fosse excluído e os valores do coeficiente de correlação item total (relação individual de cada item com o escore total) estão expressos na tabela 6.

Tabela 6 – Alfa de Cronbach quando cada um dos itens for excluído e coeficiente de correlação item total. Porto Alegre/RS 2019.

(continua)

<b>n = 130</b> <b>alfa total = 0,744</b>	<b>Correlação item total</b>	<b>alfa de Cronbach se o item for excluído</b>
<b>RESPIRAÇÃO (alfa 0,655)</b>		
Cianose	0,19	0,70
Dispneia ao esforço	0,65	0,46
Dispneia em repouso	0,66	0,46
Ritmo respiratório	0,32	0,64
Ruídos respiratórios adventícios	0,41	0,63

		(conclusão)
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO (alfa 0,718)</b>		
Alteração do estado nutricional	0,57	0,63
Engasgo, tosse, náuseas	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
Mantém a 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 a saúde	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

Na dimensão “Respiração”, o alfa de Cronbach foi de 0,65. Se um dos itens for retirado, há uma variação no alfa que vai de 0,46 a 0,70. Um maior valor de alfa se atinge quando for retirado o item “Dispneia ao esforço”. Os valores de correlação variaram entre 0,19 a 0,66, indicando correlações com magnitudes fortes e fracas.

Para a dimensão “Alimentação e Hidratação” o alfa foi de 0,71. Se um dos itens for retirado, há uma variação entre 0,63 a 0,74, sendo o item “Capacidade de mastigação” o mais significativo, o que eleva o alfa para 0,74. O mesmo item tem uma correlação fraca com o total do instrumento, ficando em 0,08.

A dimensão “Eliminação” teve o alfa mais baixo, de 0,59. Nessa dimensão, o item “Incontinência Urinária”, se for excluído eleva o alfa para 0,73. A correlação do item total menor foi de 0,17 e a maior de 0,54 indicando correlações fortes e fracas.

Com relação à dimensão “Atividades de vida diária”, o alfa foi de 0,84. A exclusão do item “Mantém a integridade da pele” pode elevar discretamente o valor do alfa para 0,85, tendo uma correlação de 0,38.

A última dimensão, “Condutas de saúde”, teve o melhor valor de alfa, ficando em 0,909. Internamente, nessa dimensão, a exclusão do item “Condutas que promovem a saúde” produz o alfa mais alto (0,91). A correlação mais baixa foi de 0,61 e a mais alta foi de 0,91.

### 6.2.1.2 Estabilidade e equivalência

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 Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) foi de 0,80 (intervalo de confiança de 95%, 0,30 – 0,82), não havendo diferença estatisticamente significativa.

A tabela 7 mostra que as dimensões “Alimentação e hidratação”, “Eliminação” e “Atividades de vida diária” possuem escores semelhantes e sem significância estatística para as respostas. As dimensões “Respiração” e “Condutas de saúde” apresentaram diferenças nas respostas e com  $p < 0,001$ .

Tabela 7 – Estabilidade e equivalência do INICIARE. Porto Alegre/RS 2019.

<b>Dimensões do INICIARE</b>	<b>Resultado 1 *</b>	<b>Resultado 2 *</b>	<b>P**</b>	<b>ICC</b>	<b>P***</b>
Respiração	24,8 (15 – 25)	23,56 (15 – 25)	<0,001	0,61	<0,001
Alimentação e hidratação	26,70 (12 – 30)	26,45 (16 – 30)	0,020	0,69	<0,001
Eliminação	18,22 (5 – 20)	18,42 (8 – 20)	0,550	0,53	<0,001
Atividades de vida diária	25,61 (6 – 30)	25,38 (6 – 30)	0,291	0,82	<0,001
Condutas de saúde	24,29 (10 – 25)	23,08 (14 – 25)	<0,001	0,30	<0,001

\* mediana e intervalo interquartil (25-75); \*\* Teste de Wilcoxon; \*\*\* ICC: coeficiente de correlação intraclasse.

Fonte: pesquisador, 2019.

## 6.2.2 Validade

### 6.2.2.1 Validação de conteúdo

A validação de conteúdo foi descrita anteriormente, no momento da avaliação do comitê de especialistas.

### 6.2.2.2 Validade de Constructo Convergente

Conforme mencionado no método, utilizou-se a Escala de Perroca como “padrão ouro”. A escala Perroca classifica os pacientes em: Cuidados Mínimos (9 a 12 pontos); Cuidados Intermediários (13 a 18 pontos); Cuidados Semi-Intensivos (19 a 24 pontos); Cuidados Intensivos (25 a 36 pontos).

Para a classificação do INICIARE, foram refeitos os pontos de corte (através de uma curva desempenho e percentis), conforme a população estudada. O quadro 5 apresenta as diferenças de classificação entre o instrumento INICIARE original e o INICIARE versão brasileira.

Quadro 5 – comparativo da classificação INICIARE.

<b>Classificação</b>	<b>INICIARE versão Espanhola<sup>3</sup></b>	<b>INICIARE versão Brasileira</b>
Independência de cuidados	125 – 130	128 – 130
Risco de dependência de cuidados	115 – 124	123 – 127
Dependência moderada de cuidados	96 – 114	113 – 122
Grande dependência de cuidados	26 - 95	26 - 112

Fonte: pesquisador, 2019.

A concordância entre o INICIARE e a Perroca foi fraca (0,063). A tabela 8 expressa a concordância de classificação entre os instrumentos.

<sup>3</sup> Dados preliminares do processo de validação da INICIARE 26, conforme informados pela autora do instrumento.

Tabela 8 – Concordância entre a classificação de INICIARE e Perroca. Porto Alegre/RS 2019.

INICIARE*	PERROCA*			
	Cuidados mínimos	Cuidados intermediários	Cuidados semi-intensivos	Cuidados intensivos
<b>Independência de cuidados</b>	<b>10 (7,7)</b>	25 (19,2)	0	0
<b>Risco de dependência de cuidados</b>	6 (4,6)	<b>25 (19,2)</b>	0	0
<b>Dependência moderada de cuidados</b>	4 (3,1)	26 (20)	<b>3 (2,3)</b>	0
<b>Grande dependência de cuidados</b>	1 (0,8)	20 (15,4)	10 (7,7)	<b>0</b>

\* n (%).

Fonte: pesquisador, 2019.

Conforme a tabela 8, houve concordância entre “Cuidados Intermediários”, da Perroca (19,2%), com os pacientes que eram “Risco de dependência de cuidados”, do INICIARE. No entanto, houve discordância entre os demais cruzamentos. Apenas 7,7% dos pacientes que, no INICIARE eram “Independência de cuidados”, na Perroca eram “Cuidados mínimos”. O mesmo ocorreu com os pacientes que no INICIARE eram “Dependência moderada de cuidados” e “Cuidados semi-intensivos” na Perroca: houve concordância de apenas 2,3%. Não houve nenhuma concordância quando os pacientes eram “Grande dependência de cuidados” para INICIARE e “Cuidados intensivos” para Perroca.

## 7 DISCUSSÃO

A discussão dos achados inicia pela fase de adaptação transcultural seguida da discussão dos dados da fase de validação.

### 7.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Este estudo apresentou as etapas de adaptação transcultural e validação para o português do Brasil do instrumento INICIARE, na versão 26. O instrumento INICIARE visa aferir o grau de dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, ademais, é o primeiro instrumento com esse propósito que visa integrar uma taxonomia da área de enfermagem.

As etapas de adaptação transcultural seguiram rigorosamente o recomendado por Beaton et al (BEATON et al., 2007, 2000). O uso desse referencial é apontado atualmente como o mais utilizado e recomendado, além de ter o reconhecimento internacional (LINO et al., 2018; MACHADO et al., 2018). Na revisão integrativa realizada por Lino et al (2018), os autores propõem algumas recomendações para estudos de adaptação transcultural. A primeira delas é a escolha criteriosa do referencial metodológico que deve ter credibilidade e cumprir todos os estágios propostos.

Durante o processo de tradução e retrotradução, houve divergência entre os tradutores com relação a alguns itens. O item que mais sofreu alteração pelos tradutores foi “Atiende” que, por estar compondo a dimensão “Condutas de saúde”, necessitaria ser traduzido para “Capacidade de manter a atenção”, melhor explicando o sentido em língua portuguesa.

As alterações feitas pelos tradutores foram mantidas pelos retrotradutores. A utilização dessa etapa torna-se necessária como ferramenta para identificar possíveis discrepâncias nas traduções e também para proporcionar uma comunicação com os autores originais do instrumento que está sendo traduzido (MACHADO et al., 2018).

Pequenos ajustes nessa etapa são comuns e indicados quando se está traduzindo um instrumento. Diversos estudos já descreveram a necessidade de alteração das palavras traduzidas, buscando ajustar o instrumento à realidade da cultura brasileira (ARTHUR et al., 2018; ÁVILA et al., 2013; ÁVILA; D’ALMEIDA; RABELO, 2012; DAL PIZZOL et al., 2018; IWAMIZU et al., 2018; JOZALA et al., 2019).

No encontro com os especialistas – etapa indispensável para se buscar equivalências

semânticas (BEATON et al., 2007) –, foram incluídos cinco enfermeiros com experiência na clínica com adultos, um linguista e um professor universitário envolvido com pesquisas; nessa etapa, também estiveram presentes os tradutores. As discussões entre os especialistas de cada item da escala e suas nuances foram valiosas para tornar o instrumento o mais fiel possível à realidade brasileira.

Durante o encontro, num primeiro momento, os especialistas pontuaram os itens conforme as equivalências e, num segundo momento, cada item foi revisado oralmente e em conjunto, recebendo ajustes por consenso. As análises estatísticas para testar a concordância dos especialistas foram realizadas posteriormente ao encontro, a fim de complementar e indicar possíveis itens que exigissem um novo encontro. Esse processo está em consonância com o recomendado pela literatura, que considera importante associar estratégias qualitativas (opinião individual) e quantitativas (medidas estatísticas para ver a concordância) para agregar valor à análise de conteúdo (LINO et al., 2018).

A maioria dos itens apresentaram resultado de IVC e resultado de Kappa superiores ao recomendado pela literatura, e os itens que, na análise estatística apresentaram relevância ( $IVC < 0,78$  e os que ficaram abaixo de 0,40 (concordância fraca) no Kappa de Fleiss), foram alterados ou discutidos pelos especialistas no encontro. Apenas os itens “Preocupação sobre a doença ou lesão” e “Condutas que promovem a saúde” não sofreram modificações pelos especialistas. Inferimos que tal ajuste não se fez necessário em função de que os itens são autoexplicativos.

Na etapa de pré-teste, da mesma forma que ZANETTI et al. (2016), os enfermeiros foram orientados a sugerir alterações e a relatar qualquer tipo de incompreensão em relação aos itens do instrumento. Como na etapa de validação por especialistas, nessa fase de pré-teste, é imprescindível que os itens sejam avaliados criteriosamente com relação à clareza, pertinência e compreensão (ZANETTI et al., 2016). Na presença do pesquisador, os enfermeiros expressaram dúvidas, especialmente em relação ao discernimento de que critérios considerar em cada item para que pontue nos cinco níveis da escala de tipo Likert. Cabe ressaltar que o instrumento INICIARE é construído com indicadores da NOC, por conseguinte, no Brasil, a NOC, embora seja difundida e conhecida, ainda não é amplamente utilizada (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2010; SILVA et al., 2015).

## 7.2 VALIDAÇÃO

A amostra estudada foi composta pela maioria dos pacientes do sexo feminino, que possuíam nível superior completo e com mediana de idade de 59 anos. Tais achados são semelhantes a outros estudos que avaliavam complexidade de cuidados, numa população brasileira (FERREIRA et al., 2017; MAGALHÃES et al., 2015; SANTOS et al., 2018). Entretanto, observou-se que os pacientes, em sua maioria, não são classificados como idosos, levando-nos a inferir que, por termos estabelecido como critério de exclusão pacientes com limitação de sensório e sem a presença de familiar, houve uma parcela dos pacientes não incluídos na amostra.

Ao analisarmos as características sociodemográficas, observamos uma discreta diferença entre os pacientes do pré-teste e da validação, tal achado pode ter sido influenciada por a coleta do pré-teste ser realizada em apenas uma unidade de internação, enquanto a coleta da validação ocorreu em 3 unidades diferentes.

Quando observamos o grau de dependência dos pacientes estudados, constata-se um maior número de itens pontuados com 1 (um) (pior condição) na dimensão “Atividades de vida diária”, especialmente nos itens “Veste-se sozinho” e “Higieniza-se sozinho”. A presença dessas necessidades já foram observadas em outros estudos que apontaram o impacto dos cuidados com o banho, um importante fator na dependência dos cuidados de enfermagem (MAGALHÃES et al., 2015; MAGALHÃES; DALL’AGNOL; MARCK, 2013).

### 7.2.1 Avaliação das propriedades psicométricas e validade

O alfa de Cronbach total, que avaliou a fidedignidade da escala, ficou em 0,74. Um valor de alfa acima de 0,70 é considerado aceitável, apesar de alguns estudos permitirem o limite de 0,60 como adequado (HAIR et al., 2009; SOUZA et al., 2017). Como referência, utilizamos os valores conforme George e Mallery (2018): < 0,50 inaceitável; 0,50 – 0,60; pobre; 0,60 – 0,70 questionável; 0,70 – 0,80 aceitável; 0,80 – 0,90 bom; e acima de 0,90 excelente. Embora esse valor de alfa seja considerável aceitável, está abaixo do encontrado nas versões do INICIARE 60 e 55 itens (BARRIENTOS TRIGO, 2015; MORALES-ASENCIO et al., 2014; PORCEL-GÁLVEZ, 2011).

O coeficiente alfa de Cronbach, ainda que amplamente utilizado para estudos com instrumentos, gera alguns questionamentos quanto a sua interpretação (SOUZA et al., 2017).

Estudos apontam que os valores de alfa são afetados pelo número de itens medidos e que um pequeno número afeta a consistência interna (BARBARANELLI et al., 2015; SIJTSMA, 2009; SOUZA et al., 2017). Um investigador prudente deve ter cautela ao retirar itens com base em uma pequena e única amostra (FERKETICH, 1991).

Dessa forma, concordamos com Maroco e Garcia-Marques (2006) que apontam o alfa como um instrumento útil para a investigação da fiabilidade de uma medida, no entanto, os valores de alfa não são uma característica do instrumento e sim uma estimativa dos dados obtidos.

Quando analisamos os valores de alfa individualmente, por dimensão da escala, observamos que a dimensão “Condutas para a saúde” obteve um valor de alfa excelente (0,90) e a dimensão “Atividade de vida diária” obteve um alfa considerando bom (0,84), indicando que realmente os itens da dimensão estão medindo o constructo que pretendem medir.

Nos demais domínios, os valores de alfa ficaram abaixo de 0,80, sendo a dimensão “Eliminação” a que obteve o mais baixo (0,59). Tais achados indicam a necessidade de maior atenção e revisão desses itens, para a aplicação de mais testes em diferentes populações. Como foi dito anteriormente, os enfermeiros que aplicaram o teste ficaram com dúvidas de como pontuar alguns itens, inclusive o item “Controle de eliminação fecal”, que obteve o menor valor de alfa de todo o instrumento (0,41).

Ao observarmos a correlação item total, os itens “Cianose”, “Capacidade de mastigação” e “Incontinência urinária” apresentaram um valor abaixo de 0,30, o que indica que não são itens suficientemente relacionados e podem não contribuir para a medição do fator principal. O oposto ocorreu com itens como “Percepção de riscos para a saúde” e “Capacidade de estar atento a saúde”, que tiveram o valor acima de 0,70, sugerindo que a sua manutenção precisa ser revisada a fim de evitar redundâncias (FERKETICH, 1991).

No teste de equivalência e estabilidade, o coeficiente de concordância de Kappa foi considerado concordância moderada (0,40), havendo semelhança nas respostas para as dimensões “Eliminação”, “Alimentação e hidratação” e “Atividades de vida diária”, o que nos leva a inferir que essas dimensões não sofreram alteração com relação ao tempo e ao avaliador. Entretanto, as dimensões “Respiração” e “Condutas de saúde” apresentaram resultados significativos.

O ICC total foi considerado bom (0,80). Ao estratificar por dimensão, ainda que todas não apresentassem diferenças significativas, “Condutas para a saúde” apresentou menor concordância (0,30), e as demais dimensões tiveram uma concordância moderada, confirmando o resultado anteriormente descrito. Embora o valor de concordância de 0,80

tenha sido bom, é inferior ao estudo que validou o instrumento INICIARE com 60 itens (0,90 – 0,97) (MORALES-ASENCIO et al., 2014) e também aos dados preliminares do estudo de validação do INICIARE 26, que foi de 0,96.

Na fase de pré-teste, no momento do treinamento com os coletadores, os enfermeiros expressaram dúvidas em relação aos parâmetros para considerar o pior resultado (1) ou o melhor resultado (5), citando, como exemplo, o item “Cianose”. Acreditamos que o fato de o instrumento INICIARE ser construído com indicadores da NOC, torna-se necessária, na realidade brasileira, a construção de definições conceituais e operacionais desses indicadores. Tal afirmação está pautada no que recomendam alguns estudos, à medida que os indicadores NOC não possuem definições conceituais que favoreçam sua utilização, maximizem sua precisão e minimizem a subjetividade de cada avaliador (LUZIA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2015). As definições permitem acompanhar os pacientes e identificar de forma rápida as alterações nos padrões, podendo garantir a efetividade das intervenções e a maior precisão nas reavaliações dos resultados (OLIVEIRA et al., 2015).

Corroborando com isso, Macedo et al. (2018) construíram, para a escala de Perroca, parâmetros de utilização da escala a fim de auxiliar o seu preenchimento e facilitar a aplicação com base numa interpretação mais objetiva.

Para a validade de constructo convergente, utilizamos a escala de Perroca. Cabe considerar, porém, que a escala de Perroca mede o grau de necessidades individuais dos pacientes com relação ao cuidado/atividades de enfermagem. Ela é voltada, principalmente, à medição da carga de trabalho. O INICIARE, por sua vez, é voltado à medição do grau de dependência do cuidado, analisando a situação atual do paciente. Nesse sentido, embora internamente os itens de ambos os instrumentos não possam ser comparados, procurou-se entender se há relação entre as classificações finais.

Após os ajustes nos pontos de corte do INICIARE para adequar a amostra estudada, observou-se que houve concordância entre os pacientes com independência de cuidados (INICIARE) e os pacientes de cuidados intermediários (Perroca).

No entanto, os pacientes no INICIARE apresentam um alto grau de dependência (Dependência moderada de cuidados com 20% e Grande dependência de cuidados com 15,4%), enquanto os mesmos pacientes na Perroca foram classificados como cuidados intermediários. Esse resultado vem ao encontro do que é observado na prática diária das unidades estudadas, pois os itens no INICIARE que mais pontuaram foram o “Veste-se sozinho” e o “Higieniza-se sozinho”, indicando uma maior dependência dos pacientes.

Em estudo realizado num hospital universitário da região sul do Brasil, foi observado

aumento no grau de dependência dos pacientes, quando comparado a resultados anteriores na mesma instituição (SILVA et al., 2016). A instituição estudada por Silva et al. (2016) apresentou maior concentração de cuidados intensivos, seguidos de intermediários e intensivos, e diminuição de cuidados mínimos. Os autores ressaltam que a instituição, de grande porte e referência para cuidados, não possui unidade de cuidados semi-intensivos, o que pode ter influenciado esse alto índice. Já a instituição pesquisada em nosso estudo é privada e com grande volume de internações cirúrgicas.

Assim, entendemos que pacientes com grande dependência de cuidados de enfermagem não são, necessariamente, pacientes com cuidados intensivos. Quando comparamos os itens internos das escalas INICIARE e Perroca (APÊNDICE 4), rapidamente identificamos as diferenças dos instrumentos.

### 7.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A análise fatorial não foi realizada em virtude do tamanho da amostra que, para esse tipo de teste, foi insuficiente. Além disso, a utilização de uma amostra com o número mínimo indicado na literatura e a restrição do campo a apenas uma instituição reforçam a necessidade de estender o estudo a outras instituições e/ou regiões.

A não utilização da NOC na prática clínica pode ter influenciado os enfermeiros na pontuação do instrumento.

## 8 CONCLUSÃO

O instrumento *Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería* (INICIARE) versão 26, produzido na Espanha, foi adaptado transculturalmente, de acordo com as etapas metodológicas preconizadas pela literatura. Na avaliação do comitê de especialistas, a versão para o português do Brasil manteve as equivalências semânticas, culturais e conceituais, bem como os IVC e Kappa de Fleiss apresentaram valores adequados.

Na fase de pré-teste e na coleta de dados da validação, os enfermeiros apresentaram dúvidas com relação à forma de pontuar alguns itens, indicando a necessidade de revisão.

As propriedades psicométricas foram mantidas, conforme parâmetros da literatura, ainda que estejam inferiores ao encontrado no instrumento original. O valor geral do alfa de Cronbach foi considerado aceitável (0,74), no entanto alguns itens necessitam de revisão, quando olhamos o valor de alfa por dimensão da escala.

A estabilidade foi considerada adequada para o coeficiente de Kappa e bom para o ICC. Todavia, a não concordância entre algumas dimensões indica a necessidade de ajustes em alguns itens e construção de definições para todos os itens.

O instrumento INICIARE se mostrou preliminarmente adequado para uso no Brasil, indicando que, na população estudada, há maior grau de dependência de cuidados, sugerindo ser uma ferramenta que melhor reflita a realidade da prática diária.

Um novo estudo, ajustando alguns itens, construindo definições operacionais/conceituais e validando uma amostra diversa e maior está sendo projetado a fim de garantir que as propriedades psicométricas da versão brasileira sejam comparadas com a versão original, o que confirmará, assim, a utilização do instrumento para a realidade brasileira.

A relevância deste estudo está relacionada, primeiramente, ao *ensino*, a medida que os estudantes poderão utilizar-se de um instrumento que afere a dependência do paciente ao mesmo tempo que insere o aluno em um sistema de linguagem da enfermagem. Está relacionada, também, à *assistência*, pois o INICIARE possibilitará o uso da NOC na prática clínica, o que permite melhor refletir o quanto o paciente é dependente dos cuidados da enfermagem e melhor orientar o cuidado. Por fim, a relevância está relacionada à *pesquisa*, já que o instrumento validado para o Brasil possibilitará futuros estudos de aprimoramento do instrumento, além de comparação entre diversas realidades nacionais e internacionais.

## REFERÊNCIAS

ABREU, S. P. De et al. Use of patients' classification instruments: analysis of the brazilian production of knowledge. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1111–1118, 2014.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 26 jul. 2019.

ALMEIDA, M. et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: Estudos de Caso Realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

ARTHUR, J. P. et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Hypertension Knowledge-Level Scale for use in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 0, p. 1–7, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100375&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100375&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 31 ago. 2019.

ÁVILA, C. W. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the Self-Care of Heart Failure Index version 6.2. **Nursing Research and Practice**, New York, v. 2013, p. 6, 2013. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/178976/>>

AVILA, C. W.; D'ALMEIDA, K. S. M.; RABELO, E. R. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2 for Its Use in Brazil. **Journal of Cardiac Failure**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. S105, 2012. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1071916412005994>>. Acesso em: 31 ago. 2019.

BARBARANELLI, C. et al. The problem with Cronbach's Alpha: comment on Sijtsma and van der Ark (2015). **Nursing research**, [s. l.], v. 64, n. 2, p. 140–145, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25738626>>

BARRIENTOS TRIGO, S. **Validez externa y convergencia de la escala INICIARE 2.0 y Care Dependency Scale: estudio multicéntrico**. 2015. Universidad de Sevilla, [s. l.], 2015. Disponível em: <<https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/25455>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BEATON, D. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[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)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

COHEN, R. J.; SWERDLIK, M. E.; STURMAN, E. D. **Testagem e Avaliação Psicológica - 8.ed.: Introdução a Testes e Medidas**. [s.l.] : AMGH Editora, 2014.

DAL PIZZOL, F. L. F. et al. ESCALA DE CAPACIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES POR AVC (ECCIID-AVC): ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL. In: (**Anais 29ª Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**) 2018, Porto Alegre Disponível em: <[https://www.hcpa.edu.br/cc/semana\\_enfermagem/assets/anais\\_2018.pdf](https://www.hcpa.edu.br/cc/semana_enfermagem/assets/anais_2018.pdf)>

FACHEL, J. M. G.; CAMEY, S. Avaliação Psicométrica : a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: **Psicodiagnóstico - V. 5**. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 677.

FERKETICH, S. Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. **Research in Nursing & Health**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 165–168, 1991. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/nur.4770140211>>. Acesso em: 6 out. 2019.

FERREIRA, P. C. et al. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000200405&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200405&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 18 jul. 2019.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. 3. ed. [s.l.] : Wiley, 2013.

FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev Med HU-USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 63–8, 1994.

GARBIN, L. M. et al. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 508, 2009. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8216>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

GEORGE, D.; MALLERY, P. **IBM SPSS Statistics 25 Step by Step: A Simple Guide and Reference**. 15. ed. [s.l.] : Taylor & Francis, 2018.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 207–210, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872008000300012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872008000300012&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados - 6ed**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

IWAMIZU, J. S. et al. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL MOTOR DE CRIANÇAS ENTRE 3 E 5 ANOS. **Journal of Physical Education**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 1–12, 2018. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/31361/21932>>. Acesso em: 31 ago. 2019.

JOZALA, D. R. et al. Brazilian Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reproducibility assessment of the modified Bristol Stool Form Scale for children. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, [s. l.], v. 95, n. 3, p. 321–327, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2255553618300818>>. Acesso em: 31 ago. 2019.

KOO, T. K.; LI, M. Y. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. **Journal of chiropractic medicine**, [s. l.], v. 15, v. 2016/03/31, n. 2, p. 155–163, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27330520>>

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 159–174, 1977.

LINO, C. R. de M. et al. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA CONDUZIDA PELA ENFERMAGEM DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1–11, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400503&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400503&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 31 ago. 2019.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: metodos, avaliacao critica e utilizacao**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUZIA, M. de F. et al. Conceptual definitions of indicators for the nursing outcome “Knowledge: Fall Prevention”; **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, n. 2, p. 431–439, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200431&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200431&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 10 set. 2019.

MACEDO, A. B. T. et al. Validação de parâmetros para preenchimento do sistema de classificação de pacientes de Perroca. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 39, n. 0, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100464&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100464&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 5 set. 2019.

MACHADO, R. da S. et al. Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 39, n. 0, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100501&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100501&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

MAGALHÃES, A. M. M. De et al. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 68, n. 5, p. 824–829, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500824&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500824&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 5 set. 2019.

MAGALHÃES, A. M. M. De; DALL’AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 21, n. spe, p. 146–154, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 6 set. 2019.

MALLOCH, K.; MEISEL, M. Patient Classification Systems: State of the Science 2013. **Nurse Leader**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 35–40, 2013. Disponível em:

- <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1541461213002383>>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de psicologia**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 65–90, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestao de Negocios**, [s. l.], v. 8, n. 20, p. 1–12, 2006.
- MOORHEAD, S. et al. **Nursing outcomes classification (NOC) : measurement of health outcomes**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2018. Disponível em: <<https://www.elsevier.ca/ca/product.jsp?isbn=9780323497640>>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- MORALES-ASENCIO, J. M. et al. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. **Journal of clinical nursing**, England, v. 24, n. 5–6, p. 761–777, 2014.
- MORALES ASENCIO, J. M. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. **Index de Enfermería**, [s. l.], v. 13, n. 44–45, p. 37–41, 2004. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- OLIVEIRA, A. R. de S. et al. Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing Status. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 450–457, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300450&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300450&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 10 set. 2019.
- PACICO, J. C.; HUTZ, C. S. Validade. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. (Eds.). **Psicometria**. Avaliação Psicológica Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.
- PAGLIARINI, F. C.; PERROCA, M. G. Use of a patient classification instrument as a guide to plan nursing discharge. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 393–397, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000300002&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300002&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. spe, p. 992–999, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- PERROCA, M. G. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 58–66, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 153–168, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341998000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000200009&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos De Pesquisa Em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in nursing & health**, United States, United States, v. 30, n. 4, p. 459–467, 2007.

PORCEL-GÁLVEZ, A. M. **Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados**. 2011. Universidad de Granada, [s. l.], 2011. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62902>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

PORCEL-GÁLVEZ, A. M. et al. Opiniones y satisfacción de las enfermeras con la escala INICIARE 2.0: Un estudio cualitativo en un entorno hospitalario. **Enfermería Clínica**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 374–380, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116301309>>

SANTOS, C. E. Dos et al. Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 52, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100412&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100412&tlng=pt)>. Acesso em: 5 set. 2019.

SCHREUDERS, L. W. et al. Using linked hospitalisation data to detect nursing sensitive outcomes: a retrospective cohort study. **International journal of nursing studies**, England, v. 51, n. 3, p. 470–478, 2014.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. de A. Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 63, n. 1, p. 122–126, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100020&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 4 set. 2019.

SIJTSMAN, K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. **Psychometrika**, [s. l.], v. 74, v. 2008/12/11, n. 1, p. 107–120, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20037639>>

SILVA, K. S. Da et al. Patients dependency degree in relation to the nursing team: a management tool. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160060>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SILVA, N. C. M. Da et al. Knowledge produced from the outcomes of the "Nursing Outcomes Classification - NOC": integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 104–111, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000400104&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400104&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 4 set. 2019.

SOUZA, A. C. De et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017. Disponível em: <[http://revista.iec.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649](http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SUBIRANA CASACUBERTA, M.; SOLÀ ARNAU, I. Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de Enfermería y su repercusión sobre los resultados en salud. **Metas de enfermería**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. 22–27, 2006. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2080842>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sae - Sistematização Da Assistência De Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: GUANABARA, 2015.

WAGNER, A. K. et al. Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of clinical epidemiology*, United States, v. 51, n. 11, p. 925–932, 1998.

WILD, D. et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, United States, v. 8, n. 2, p. 94–104, 2005.

ZANETTI, A. C. B. et al. Tradução para português do Brasil e adaptação cultural de um questionário sobre medicamentos potencialmente perigosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000300414&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300414&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 4 set. 2019.

ZANON, C.; FILHO, N. H. Fidedignidade. In: **Psicometria**. Avaliação Psicológica Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

## **APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para membros do comitê de especialistas**

### **Título do Projeto: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO: INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE).**

Você está sendo convidado (a) a participar do comitê de especialistas de uma pesquisa cujo objetivo é adaptar e validar para uso no Brasil uma escala (INICIARE) que avalia complexidade assistencial do paciente com base em indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Se você aceitar participar do comitê de especialistas, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Serão realizados encontros com os integrantes do comitê de especialistas para avaliar a escala. Nestes encontros os especialistas deverão:

- Analisar a gramática e vocabulário para determinar se as palavras usadas no instrumento original expressam o mesmo conceito na cultura local e se a tradução de itens é adequada para o contexto do estudo;
- Avaliar gírias, coloquialismos e expressões difíceis de obter uma tradução;
- Aferir a adequação das palavras que se referem às experiências vivenciadas pelas pessoas;
- Explorar se o conceito no instrumento original tem o mesmo significado no contexto a ser desenvolvido;
- Explorar a adequação de cada item abordado no instrumento original e sua capacidade de representar a população de onde o instrumento será usado.

O número de encontros será agendado de acordo com a necessidade, até que seja obtido consenso entre o grupo para as questões da escala, estando previstos inicialmente dois encontros com duração de 1 hora 30 min. cada. Os encontros serão realizados em uma sala de aula na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém poderá haver algum tipo de desconforto pelo tempo que deverá ser dedicado para as reuniões do comitê.

Você não terá benefício direto com a participação na pesquisa, mas contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e poderá beneficiar futuros cuidadores.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Miriam de Abreu Almeida, pelo telefone (51) 3308.5081, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo telefone (51) 3308.3738.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pacientes na etapa de validação

### **Título do Projeto: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO: INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE).**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é adaptar e validar para uso no Brasil uma escala que se chama (INICIARE) que avalia complexidade assistencial do paciente com base em indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) – ferramenta utilizada pela enfermagem para medir o resultado dos cuidados –, também será aplicado a Escala de Perroca para a avaliação de complexidade assistencial.

Se você aceitar participar, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizado uma avaliação do grau de complexidade de cuidados que seu estado de saúde está no momento da avaliação. Os itens avaliados serão: respiração, alimentação e hidratação, eliminações, atividades e cuidados de saúde.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém poderá haver algum tipo de desconforto em responder algumas perguntas pessoais e de suas atividades diárias. O tempo que o (a) Sr. (a) deverá disponibilizar para a pesquisa também poderá gerar algum incômodo. O pesquisador estará à disposição para auxiliá-lo (a) caso ocorra algum desconforto.

Você não terá benefício direto com a participação na pesquisa, mas contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e poderá beneficiar a qualificação da assistência de enfermagem.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Miriam de Abreu Almeida, pelo telefone (51) 3308.5081, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo telefone (51) 3308.3738.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data \_\_\_\_\_







## APÊNDICE 4 – Instrumento de coleta de dados

Caracterização clínica e demográfica	
a. Código do atendimento:	b. Data da coleta:
c. Sexo: 1-masculino ( ) 2- Feminino ( )	d. Cidade de procedência:
e. Escolaridade (anos de estudo):	f. CID principal:
g. Data de nascimento:	
h. Tempo aplicação INICIARE: (min)	Tempo aplicação PERROCA: (min)
INICIARE-26 Versão Brasileira	
<p>Orientações: A escala INICIARE-26 é 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 condição mais desejável do paciente, enquanto o ponto 01 indica a situação menos desejável.</p> <p>A pontuação da escala varia entre 26 pontos, valor que indicaria o maior nível de dependência, e 130 pontos, que indicaria a independência do paciente.</p> <p>Essa escala pode ser utilizada para avaliação do paciente em qualquer momento, apesar de que o ideal é realizar uma medição na entrada e sucessivos monitoramentos diários. A pontuação de cada paciente é estabelecida pelo enfermeiro de acordo com seu julgamento clínico a partir dos dados dos valores obtidos.</p>	
	5
	4
	3
	2
	1
<b>RESPIRAÇÃO</b>	
Cianose	
Dispneia ao esforço	
Dispneia em repouso	
Ritmo respiratório	
Ruídos respiratórios adventícios	
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO</b>	
Alteração do estado nutricional	
Engasgo, tosse, náuseas	
Capacidade de mastigação	
Vontade de comer	
Ganhos e perdas diárias equilibradas	
Alimentação via oral	
<b>ELIMINAÇÃO</b>	
Controle da eliminação fecal	
Padrão de eliminação fecal	
Padrão de eliminação urinária	
Incontinência urinária	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	
Caminha com marcha eficaz	
Muda de posição sozinho	
Mantém a postura corporal	
Veste-se sozinho	
Higieniza-se sozinho	
Mantém a integridade da pele	
<b>CONDUTAS DE SAÚDE</b>	
Percepção de riscos para a saúde	
Capacidade de estar atento a saúde	
Preocupação sobre a doença ou lesão	
Manutenção da autoestima	
Condutas que promovem a saúde	
<b>Observações:</b>	

<b>ESCALA DE PERROCA</b>	
<b>PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR</b>	
Manutenção do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);	1
Revisão, em parte, do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);	2
Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de profissionais da equipe de enfermagem ou requer alocação de recursos interinstitucionais;	3
Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de equipe multiprofissional ou requer alocação de recursos extra institucionais ou junto à comunidade.	4
<b>INVESTIGAÇÃO E MONITORAMENTO</b>	
Sinais vitais (3 vezes ao dia); exames diagnósticos simples (até 15 minutos); avaliação clínica; pesagem e verificação de outras medidas antropométricas; escalas de mensuração (1 vez ao dia);	1
Sinais vitais e saturação de O <sub>2</sub> (3 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (até 3 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (15-30 minutos); escalas de mensuração (2-3 vezes ao dia);	2
Sinais vitais, saturação de O <sub>2</sub> , PAM (4-6 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (4-6 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (30-50 minutos); atendimento de urgências; escalas de mensuração (4-6 vezes ao dia);	3
Sinais vitais, saturação de O <sub>2</sub> , PIC e outros (maior 6 vezes ao dia); cuidados com tubo endotraqueal e equipamentos de ventilação mecânica; auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos tais como hemodiálise, swan-ganz, etc. (maior que 50 minutos); atendimento de PCR; escalas de mensuração (mais que 6 vezes ao dia).	4
<b>CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES</b>	
Auto-suficiente;	1
Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para vestir-se ou deslocar-se para o toailete, banho de chuveiro, higiene oral, controle das eliminações; tricotomia e higiene pré-operatória;	2
Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (até 6 vezes ao dia): colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas;	3
Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (mais de 6 vezes ao dia): colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas.	4
<b>CUIDADOS COM PELE E MUCOSAS</b>	
Orientação e supervisão de medidas preventivas de lesões de pele;	1
Medidas preventivas de lesões de pele (massagens, aplicação de loções e outras) até 3 vezes ao dia; troca de curativo de pequena complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (1 vez ao dia);	2
Medidas preventivas de úlcera por pressão (4-6 vezes ao dia); troca de curativo de pequena ou média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (2-3 vezes ao dia); mudança de decúbito (até 6 vezes ao dia);	3
Medidas preventivas de úlcera por pressão (maior 6 vezes ao dia); troca de curativo de média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (mais de 3 vezes ao dia) ou de alta complexidade técnica (1 vez ao dia); mudança de decúbito (mais de 6 vezes ao dia).	4
<b>NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO</b>	
Auto-suficiente;	1
Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para alimentar-se e/ou ingerir líquidos; controle hídrico;	2
Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (até 6 vezes ao dia);	3
Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (mais de 6 vezes ao dia); atuação de enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e/ou hidratação.	4
<b>LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE</b>	
Auto-suficiente;	1
Requer auxílio para deambulação (apoio) e/ou encorajamento, orientação e supervisão para movimentação de segmentos corporais, deambulação ou uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores);	2
Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação até 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de dois colaboradores, treino para deambulação e para as atividades	3

da vida diária (AVD); transporte dentro da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem;	
Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação mais de 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de mais de dois colaboradores; transporte fora da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem.	4
<b>TERAPÊUTICA</b>	
Requer medicação (1- 3 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (1-2 vezes ao dia);	1
Requer medicação (4 vezes ao dia) colocação e troca de infusões (3-4 vezes ao dia); cuidados com sonda nasogátrica, nasoenteral ou estoma; oxigenoterapia;	2
Requer medicação (6 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (5-6 vezes ao dia); medicações específicas para exames de diagnóstico e/ou cirurgia (laxantes, enemas); cuidados com cateter periférico; uso de sangue e derivados, expansores plasmáticos ou agentes citostáticos; diálise peritoneal;	3
Requer medicação a cada 2 horas ou horária; colocação e troca de infusões (mais de 6 vezes ao dia); uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração; cuidados com cateter epidural e central; hemodiálise.	4
<b>SUPORTE EMOCIONAL</b>	
Paciente/família requer suporte através de conversação devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e processo de hospitalização;	1
Paciente/família requer suporte através de conversação devido à presença de ansiedade, angústia ou por queixas e solicitações contínuas;	2
Paciente/família requer conversação e suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança, diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade;	3
Paciente/ família requer reiteradas conversação e apoio psicológico; recusa de cuidados de atenção à saúde, problemas psicossociais.	4
<b>EDUCAÇÃO À SAÚDE</b>	
Orientações ao paciente/família na admissão;	1
Orientações ao paciente/família: pré e pós-operatórias, procedimentos, resultado de testes, de alta;	2
Orientações ao paciente/família com problemas de comunicação (cego, surdo, problemas mentais, distúrbios de linguagem), sócio-culturais, ou proveniente de outras culturas; com dificuldade de compreensão e/ou resistência às informações recebidas; orientações sobre manejo de equipamentos e/ou materiais especiais no domicílio;	3
Orientações reiteradas ao paciente/família sobre autocuidado, orientação e treino para manejo de equipamentos e/ou materiais especiais em casa e realização de procedimentos específicos (diálise peritoneal, etc.).	4

## ANEXO 1 – INICIARE (26 ítems)

**INICIARE 26 - Spanish Version**

La escala INICIARE-26 es una escala tipo Likert con 26 ítems, basada en indicadores de la NOC, que puntúa cada indicador de 1 a 5. El valor 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

La puntuación oscila entre 26 puntos que indicaría el mayor nivel de dependencia, hasta 130 puntos, que indicaría la independencia.

Puede ser utilizada para la evaluación del paciente en cualquier momento, aunque lo ideal es realizar una medición al ingreso y sucesivas monitorizaciones diarias. La puntuación la establece la enfermera de acuerdo con su juicio clínico a partir de los datos de la valoración.

	1	2	3	4	5
<b>RESPIRAR</b>					
040206 Cianosis					
040204 Disnea de esfuerzo					
040203 Disnea en reposo					
040302 Ritmo respiratorio					
040310 Ruidos respiratorios patológicos					
<b>ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>					
210607 Alteración del estado nutricional					
101012 Atragantamiento tos náuseas					
101004 Capacidad de masticación					
101401 Deseo de comer					
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas					
100801 Ingestión alimentaria oral					
101406 Ingesta de alimentos					
100601 Peso					
<b>ELIMINACION</b>					
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces					
050101 Patrón de eliminación fecal					
050301 Patrón de eliminación urinario					
050312 Incontinencia urinaria					
<b>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES</b>					
020002 Camina con marcha eficaz					
030012 Cambia de posición solo					
020802 Mantenimiento de la posición corporal					
020814 Se mueve con facilidad					
030002 Se viste					
030006 Higiene					
110113 Integridad de la piel					
<b>CONDUCTAS DE SALUD</b>					
170401 Percepción de amenaza para la salud					
090003 Atiende					
170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión					
130502 Mantenimiento de la autoestima					
182308 Conductas que fomentan la salud					

Copyright: [Reproduced with the author's own permission](#)

**ANEXO 2 – Autorização da autora**

---

El 05/07/2017 05:10, miriam de abreu almeida escribió:

Estimada Ana María Porcel Gálvez,

Espero que todo vaya bien con usted.

Me gustaría solicitar su autorización para traducir y validar transculturalmente la escala INICIARE 2.0 para el portugués de Brasil.

Desde ya me pongo a la disposición para cualquier duda.

Recuerdos,

Miriam de Abreu Almeida  
Professora Associada da Escola de Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Fones: 51 33085226  
CV lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4707038E7>

2017-07-06 6:10 GMT-03:00 Ana María Porcel Gálvez <[aporcel@us.es](mailto:aporcel@us.es)>:

Querida Miriam, me alegra saludarte.

Por supuesto cuentas con mi autorización y con mi ayuda.

Un abrazo

---

Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN)  
Directora / Head of Department  
Departamento de Enfermería / Nursing Department  
Universidad de Sevilla/ University of Seville  
C/ Avenzoar nº6 CP 41009  
Sevilla (Spain)

---

**ANEXO 3 – Termo de Anuência do Responsável pelo setor/serviço onde a pesquisa foi realizada**



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Título do Projeto: <b>ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE) PARA USO NO BRASIL</b>
Nome do Pesquisador Responsável: <b>Murilo dos Santos Graeff e Profª Drª Miriam de Abreu Almeida.</b>
Instituição: <b>Hospital Divina Providência</b>

Prezado (a) Senhor (a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado “**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE) PARA USO NO BRASIL**”, de autoria do aluno *Murilo dos Santos Graeff* e orientado pela *Profª Drª Miriam de Abreu Almeida* em sua instituição. Este trabalho tem por objetivo realizar a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento INICIARE para uso no Brasil. O procedimento adotado será um estudo de metodológico. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar nenhum dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua Instituição. Nomes, endereços e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através dos telefones (51) 998331446 e e-mail: [mu.gr@hotmail.com](mailto:mu.gr@hotmail.com).

A qualquer momento, o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta Instituição. Sei que a qualquer momento posso revogar esta autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Informo, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão nenhum tipo de pagamento.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a CNS 466/12. Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Porto Alegre, 11 de março de 2019.

Dr. William Victor L. Dalpra  
 Diretor Técnico

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## ANEXO 4 – Termo de Compromisso para Utilização dos dados (TCUD)



### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Título do Projeto: <b>ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE) PARA USO NO BRASIL</b>
Nome do Pesquisador Responsável: <b>Murilo dos Santos Graeff e Profª Drª Miriam de Abreu Almeida.</b>
Instituição: <b>Hospital Divina Providência</b>

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, **Murilo dos Santos Graeff**, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, comprometo-me com a utilização dos dados a fim de obtenção dos objetivos previstos.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP.

Porto Alegre, 30 de maio de 2019.

*Murilo Santos Graeff*

Assinatura do aluno

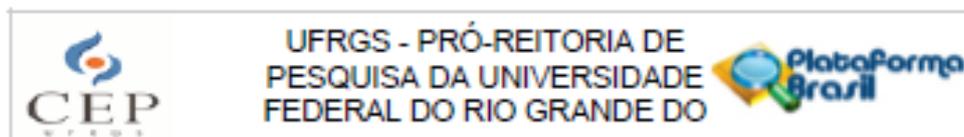
*Miriam de Abreu Almeida*

Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXO 5 – Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Miriam De Abreu Almeida				
<b>Dados Gerais:</b>				
<b>Projeto N°:</b>	36829	<b>Título:</b>	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO INVENTARIO DEL NIVEL DE CUIDADOS MEDIANTE INDICADORES DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (INICIARE) PARA USO NO BRASIL	
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem Médico-Cirúrgica	<b>Início:</b>	27/03/2019	<b>Previsão de conclusão:</b> 30/08/2020
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento			
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	<b>Projeto da linha de pesquisa:</b> Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde		
<b>Local de Realização:</b>	não informado			
<b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b>				
<b>Objetivo:</b>	<p>À enfermagem atual vem, cada vez mais, necessitando encontrar estratégias para garantir uma assistência segura e eficaz, à medida que, a complexidade dos cuidados aumenta diariamente. Uma das alternativas para dinamizar a prática tem sido a utilização de escalas que avaliam a complexidade dos pacientes, possibilitando assim, que a enfermagem possa dimensionar a necessidade de cuidado conforme o grau de dependência do paciente. O instrumento Inventario del Nivel de Cuidados Mediante Indicadores de Clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE), desenvolvido na Espanha, avalia em 5 dimensões o grau de dependência do cuidado do paciente. O objetivo deste estudo será realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento INICIARE para uso no Brasil. Trata-se de estudo metodológico dividido em duas fases: adaptação</p>			
<b>Palavras Chave:</b>	AVALIAÇÃO EM ENFERMAGEM;TRADUÇÃO;ESTUDO VALIDAÇÃO			
<b>Equipe UFRGS:</b>	<b>Nome:</b> MIRIAM DE ABREU ALMEIDA <b>Coordenador - Início:</b> 27/03/2019 <b>Previsão de término:</b> 30/08/2020 <b>Nome:</b> Murilo dos Santos Graeff <b>Outra:</b> Aluno de Mestrado - <b>Início:</b> 27/03/2019 <b>Previsão de término:</b> 30/08/2020			
<b>Avaliações:</b>	Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 24/04/2019 <a href="#">Clique aqui para visualizar o parecer</a>			

## ANEXO 6 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS



Continuação do Parecer: 3.373.889

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315830.pdf	30/05/2019 10:23:29		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	30/05/2019 10:23:02	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.pdf	30/05/2019 10:00:45	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Outros	TCUD.pdf	30/05/2019 09:59:53	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/04/2019 15:33:12	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Outros	Instrumentodecoleta.pdf	19/03/2019 10:19:09	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Outros	autorizacaoautoradaescale.pdf	19/03/2019 10:18:36	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodainstituicao.pdf	19/03/2019 10:18:17	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclespecialistas.pdf	19/03/2019 10:18:03	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepacientes.pdf	19/03/2019 10:17:56	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	19/03/2019 10:11:12	MURILO DOS SANTOS GRAEFF	Aceito

Situação do Parecer:  
Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:  
Não

PORTO ALEGRE, 06 de Junho de 2019

Assinado por:  
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Fátima CEP: 91.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br