**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

**Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing
Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar**

Ribeirão Preto

2019

WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

**Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing
Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar**

Versão Original

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Psiquiátrica

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica: Políticas, Saberes e
Práticas

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rodrigues, Willian da Silva

Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar. Ribeirão Preto, 2019.

150 p.; il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica: Políticas, Saberes e Práticas.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

1. Psicometria. 2. Estudos de Validação. 3. Enfermagem Familiar

I. Adaptação Cultural. II. Validade e Confiabilidade. III. Análise Fatorial. IV. Family Nursing Practice Scale

FOLHA DE APROVAÇÃO

RODRIGUES, Willian da Silva

Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing Practice Scale (FNPS)
para a população de enfermeiros do contexto hospitalar

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*À minha mãe, **Elena**, repleta de coragem e gentileza que, com toda sua simplicidade, enfrentou tantas adversidades para criar seus filhos e é vitoriosa. Obrigado por me amar como eu sou.*

*A meu pai, **Vanderlei**, que, com seu jeito sem jeito, me ama mais do que eu consigo imaginar e fez tudo o que sabia fazer para que eu seja quem sou.*

*Às minhas irmãs, **Lília** e **Helen**, com quem tive uma infância tão divertida e, agora, são minhas parceiras para tudo.*

*A meu namorado, **Leonardo**, pelo amor dedicado a mim desde aquele maravilhoso primeiro dia...; por sua preocupação e seu apoio ao me ver fazendo tantas coisas ao mesmo tempo; por acreditar em minha capacidade, mais do que eu mesmo.*

AGRADECIMENTOS

*À Profa. Dra. **Sueli Aparecida Frari Galera**, por seu jeito carinhoso de tratar; por seus conselhos; por compartilhar seu conhecimento comigo e por se arriscar a orientar um aluno quase desconhecido que não poderia ter dedicação exclusiva. Obrigado por esta oportunidade e por confiar em mim.*

*A todos os professores que tive na vida, em especial a **Alenice Mendes** e **Gisele Silva**, pois sem sua compreensão e dedicação eu teria desistido ainda no Ensino Médio...*

*A todos os envolvidos na criação do Programa Universidade Para Todos – ProUni - que me deu acesso à Universidade. **#Elenão***

*À psicóloga **Maíra Stivaleti Colombarolli**, por todos os livros que me emprestou, pelas perguntas que me respondeu e pela experiência e tempo que disponibilizou a mim, sempre tão solícita*

*A **Heloísa França Badagnan**, **Aila Cristina Nobokuni**, **Lorena Fendrich** e **Ana Carolina Zanetti**, do meu grupo de pesquisa, por toda contribuição que tiveram para que esta pesquisa fosse possível*

*A todos os meus amigos da EERP-USP, em especial a **Vinícius Moraes**, **Thalita Padovan**, **Wesley Martins**, **Maria Tereza Alves**, **Amanda Santana**, **Carla Gonçalves** e **Driele Quinhoneiro** que conheci durante a pós-graduação e com quem trabalhei e ri muito*

*Aos meus amigos **Lívia de Andrade Cañas**, **Bruno Malta**, **Marcelo Orlandin**, **Emília Mara Vitor**, **Camila Ferreira**, **Victor Gomes** e **Gustavo Barbosa** pelos momentos de lazer que me renovavam as energias*

*Aos **enfermeiros participantes** e **demaís funcionários** do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pela colaboração durante toda a coleta de dados*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)** e a todos os seus docentes e funcionários pelo acolhimento, conhecimento e apoio*

RESUMO

RODRIGUES, Willian da Silva. **Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar**. 2019. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019

Diversos estudos indicam que o cuidado centrado na família tem benefícios superiores aos cuidados em saúde centrados apenas no indivíduo. A enfermagem é uma categoria profissional que vem se tornando proeminente no campo das abordagens familiares. No entanto, as atitudes dos enfermeiros assistenciais e administrativos sobre a inclusão da família no plano de cuidado podem constituir um entrave para a transposição do conhecimento já produzido para a prática clínica. Esse problema tem guiado a busca por métodos de avaliação das práticas e atitudes dos enfermeiros para que sejam planejadas intervenções de aperfeiçoamento da prática em enfermagem familiar. Um dos instrumentos disponíveis atualmente é a *Family Nursing Practice Scale* (FNPS) que pretende avaliar as atitudes dos enfermeiros diante do trabalho com as famílias, sua avaliação crítica sobre a prática da enfermagem familiar e sua reflexão sobre o relacionamento enfermeiro-família. É um questionário de autorrelato desenvolvido na língua inglesa e formado por 10 itens de escala tipo Likert e por 3 questões abertas. Sendo assim, este estudo metodológico teve o objetivo de adaptar e validar a FNPS para Brasil. O processo de adaptação adotou os passos sugeridos pela literatura: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese; 3. Análise pelo comitê de juízes; 4. Retrotradução; 5. Síntese da retrotradução; 6. Avaliação pelo autor original; 7. Análise semântica; 8. Piloto; 9. Validação. Os dados foram coletados em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo e a amostra foi composta por 144 enfermeiros. A Validade de Conteúdo foi avaliada pelo comitê de juízes com o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), obtendo todos os resultados acima de 0,8; A Validade de Construto foi avaliada pela técnica Análise Fatorial Exploratória (AFE) e pela Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFE encontrou uma estrutura fatorial similar à do estudo de desenvolvimento da FNPS, enquanto a AFC confirmou os dois fatores (Avaliação da Prática e Relacionamento Enfermeiro-Família), correlacionados entre si, com cinco itens carregados em cada um. Todas as cargas fatoriais ficaram acima de 0,5 e a correlação entre os fatores foi de 0,41. Nem todos os índices de ajuste para o primeiro modelo foram adequados. Deste modo, foi estabelecida a correlação entre os resíduos dos itens 6 e 8 e os índices de ajuste mostraram-se adequados ($X^2/g.l.= 2,29$; CFI = 0,92; SRMR = 0,06; PNFI = 0,63; PCFI = 0,67; RMSEA = 0,09). A validade convergente foi avaliada pela Variância Média Extraída (VME) acima de 0,4 com Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,6. Os valores obtidos foram VME=0,46 e CC=0,82 para o fator AP e VME=0,47 e CC=0,82 para o fator REF. A validade discriminante foi avaliada pela comparação entre a VME de cada fator com a correlação ao quadrado entre eles. A confiabilidade foi avaliada pelo índice alfa de Cronbach, obtendo valores todos acima de 0,8, e pela Confiabilidade Composta, com valores todos acima de 0,8. Conclui-se que a FNPS adaptada para o português é válida e confiável para ser utilizada com enfermeiros brasileiros do contexto hospitalar.

Palavras-Chave: Psicometria. Estudos de Validação. Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

RODRIGUES, Willian da Silva. **Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian version of the Family Nursing Practice Scale (FNPS) to the population of nurses of the hospital context.** 2019. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019

Several studies indicate that family centered care has superior benefits for health than the care centered only on the individual. Nursing is a professional category that has become prominent in the field of family approaches. However, the attitudes of care and administrative nurses about the inclusion of the family in the care plan may constitute a barrier to the transposition of the knowledge already produced for clinical practice. This problem has guided the search for methods of evaluating the practices and attitudes of nurses in order to plan interventions to improve the practice in family nursing. One of the instruments currently available is the Family Nursing Practice Scale (FNPS), which aims to evaluate nurses' attitudes towards working with families, their critical evaluation of family nursing practice and their reflection on the nurse-family relationship. It is a self-report questionnaire developed in the English language and consists of 10 items of Likert-type scale and 3 opened questions. Therefore, this methodological study aimed to adapt and validate the FNPS for Brazil. The adaptation process adopted the steps suggested by the literature: 1. Initial Translation; 2. Synthesis; 3. Analysis by the judges committee; 4. Back-translation; 5. Synthesis of back-translation; 6. Evaluation by the original author; 7. Semantic analysis; 8. Pilot; 9. Validation. Data were collected at a university hospital in the interior of the state of São Paulo and the sample was composed of 144 nurses. Content Validity was evaluated by the judges committee with the Content Validity Coefficient (CVC), obtaining all results above 0.8; The Construct Validity was evaluated by the Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) technique. The EFA found a factorial structure similar to that of the FNPS development study, while the CFA confirmed the two factors (Practice Assessment and Nurse-Family Relationship), correlated with each other, with five items loaded in each one. All factorial weights were above 0.5 and the correlation between the factors was 0.41. Not all fit indices for the first model were adequate. In this way, the correlation between the residuals of items 6 and 8 was established and the fit indexes were adequate ($\chi^2 / gl = 2.29$, CFI = 0.92, SRMR = 0.06, PNFI = 0.63; PCFI = 0.67, RMSEA = 0.09). The convergent validity was evaluated by Average Variance Extracted (AVE) above 0.4 with Composite Reliability (CC) above 0.6. The values obtained were AVE = 0.46 and CC = 0.82 for the PA factor and AVE = 0.47 and CC = 0.82 for the FNR factor. The discriminant validity was evaluated by comparing the AVE of each factor with the square of the correlation between them. Reliability was assessed by the Cronbach alpha index, obtaining values all above 0.8, and by CC, with values all above 0.8. It is concluded that the FNPS is adapted, validated and reliable for use with Brazilian nurses in the hospital context.

Keywords: Psychometry. Validation studies. Family Nursing.

RESUMEN

RODRIGUES, Willian da Silva. **Adaptación Cultural y Validación de la versión brasileña de la Family Nursing Practice Scale (FNPS) para la población de enfermeros del contexto hospitalario.** 2019. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019

Diversos estudos indicam que o cuidado centrado na família tem benefícios superiores aos cuidados em saúde centrados apenas no indivíduo. A enfermagem é uma categoria profissional que vem se tornando proeminente no campo das abordagens familiares. No entanto, as atitudes dos enfermeiros assistenciais e administrativos sobre a inclusão da família no plano de cuidado podem constituir um entrave para a transposição do conhecimento já produzido para a prática clínica. Esse problema tem guiado a busca por métodos de avaliação das práticas e atitudes dos enfermeiros para que sejam planejadas intervenções de aperfeiçoamento da prática em enfermagem familiar. Um dos instrumentos disponíveis atualmente é a *Family Nursing Practice Scale* (FNPS) que pretende avaliar as atitudes dos enfermeiros diante do trabalho com as famílias, sua avaliação crítica sobre a prática da enfermagem familiar e sua reflexão sobre o relacionamento enfermeiro-família. É um questionário de autorrelato desenvolvido na língua inglesa e formado por 10 itens de escala tipo Likert e por 3 questões abertas. Sendo assim, este estudo metodológico teve o objetivo de adaptar e validar a FNPS para Brasil. O processo de adaptação adotou os passos sugeridos pela literatura: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese; 3. Análise pelo comitê de juízes; 4. Retrotradução; 5. Síntese da retrotradução; 6. Avaliação pelo autor original; 7. Análise semântica; 8. Piloto; 9. Validação. Os dados foram coletados em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo e a amostra foi composta por 144 enfermeiros. A Validade de Conteúdo foi avaliada pelo comitê de juízes com o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), obtendo todos os resultados acima de 0,8; A Validade de Construto foi avaliada pela técnica Análise Fatorial Exploratória (AFE) e pela Análise Fatorial Confirmatória (AFC). La AFE encontró una estructura factorial similar a la del estudio de desarrollo de la FNPS, mientras que la AFC confirmó los dos factores (Evaluación de la Práctica y Relación Enfermero-Familia), correlacionados entre sí, con cinco ítems cargados en cada uno. Todas las cargas factoriales se situaron por encima de 0,5 y la correlación entre los factores fue de 0,41. No todos los índices de ajuste para el primer modelo fueron adecuados. De esta forma, se estableció la correlación entre los residuos de los ítems 6 y 8 y los índices de ajuste se mostraron adecuados ($X^2 / gl = 2,29$, CFI = 0,92, SRMR = 0,06, PNFI = 0,63, PCFI = 0,67, RMSEA = 0,09). La validez convergente fue evaluada por la Variancia Media Extraída (VME) por encima de 0,4 con Confiabilidad Compuesta (CC) por encima de 0,6. Los valores obtenidos fueron VME = 0,46 y CC = 0,82 para el factor AP y VME = 0,47 y CC = 0,82 para el factor REF. La validez discriminante fue evaluada por la comparación entre la VME de cada factor con la correlación al cuadrado entre ellos. La confiabilidad fue evaluada por el índice alfa de Cronbach, obteniendo valores todos por encima de 0,8, y por la Confiabilidad Compuesta, con valores todos por encima de 0,8. Llegamos a la conclusión de que el FNPS adaptada para el portugués es válido y fiable para su uso con las enfermeras brasileñas en el ámbito hospitalario.

Palabras clave: Psicometría. Estudio de Validación. Enfermería Familiar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Fórmulas para avaliação das validades convergente e discriminante e da Confiabilidade Composta.....	64
Quadro 2 -	Modificações resultantes da avaliação pelo comitê de especialistas.....	68
Quadro 3 -	Fórmula de cálculo do CVC.....	69
Quadro 4 -	Principais diferenças entre a versão original e a síntese em inglês.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Variâncias Comum, Específica e de Erro dos itens.....	41
Figura 2 -	Etapas do processo de Adaptação Cultural e Validação da <i>Family Nursing Practice Scale</i>	55
Figura 3 -	Diagrama de caminhos - Modelo 1.....	84
Figura 4 -	Diagrama de caminhos – Modelo 2.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Carga fatorial de cada item por fator da <i>Family Nursing Practice Scale</i> (FNPS).....	50
Tabela 2 -	Cálculo do CVC para cada item e para a escala total.....	70
Tabela 3 -	Cálculo do CVC para a clareza da linguagem dos itens e da VPC1.....	70
Tabela 4 -	Cálculo do CVC para a pertinência prática dos itens e da VPC1.....	71
Tabela 5 -	Cálculo do CVC para a relevância teórica dos itens e da VPC1.....	71
Tabela 6 -	Características sociodemográficas dos participantes do piloto (n=60). Ribeirão Preto - SP, 2018	74
Tabela 7 -	Matriz de Padrão das cargas fatoriais da VPF da FNPS no estudo piloto. (n=60). Ribeirão Preto – SP, 2018	75
Tabela 8 -	Alfa de Cronbach das subescalas e da escala total da VPF da FNPS para o estudo piloto (n=60). Ribeirão Preto – SP, 2018	75
Tabela 9 -	Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n=144). Ribeirão Preto - SP, 2018	77
Tabela 10 -	Descrição das Pós-graduações relatadas pelos participantes.....	78
Tabela 11 -	Análise descritiva da versão adaptada do FNPS, de suas subescalas e itens (n=144). Ribeirão Preto - SP, 2018	79
Tabela 12 -	Distribuição da frequência de respostas aos itens da versão adaptada do FNPS (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018	81
Tabela 13 -	Matriz de padrão das cargas fatoriais da VF da FNPS adaptada. (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018	82
Tabela 14 -	Teste de normalidade univariada e multivariada da distribuição das respostas às variáveis da versão adaptada do FNPS. (n=144). Ribeirão Preto– SP, 2018	83

Tabela 15 -	Cargas fatoriais padronizadas, Fiabilidades Individuais, Confiabilidade Composta, Variância Média Extraída e Correlação ao Quadrado dos fatores AP e REF	86
Tabela 16 -	Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total corrigida, do alfa de Cronbach caso algum item seja excluído, do alfa e da Confiabilidade Composta para a escala total (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018	87
Tabela 17 -	Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total corrigida, do alfa de Cronbach caso algum item seja excluído, do alfa e da Confiabilidade Composta para a o domínio AP (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018	87
Tabela 18 -	Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total corrigida, do alfa de Cronbach caso algum item seja excluído, do alfa e da Confiabilidade Composta para a o domínio REF (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCH	<i>Association for the Care of Children's Health</i>
ACP	Análise de Componentes Principais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	<i>Adjusted Goodness-of-fit statistic</i>
AP	Avaliação da Prática
CC	Confiabilidade Composta
CCF	Cuidado Centrado na Família
CFI	<i>Comparative fit Index</i>
CVC	Coefficiente de Validade de Conteúdo
EE	Emoção Expressa
EFS	Enfermagem Familiar Sistêmica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCCQ	<i>Family-Centered Care Questionnaire</i>
FINC – NA	<i>Familie's Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes</i>
FNCB	<i>Family Nurse Caring Belief</i>
FNPS	<i>Family Nursing Practice Scale</i>
GFI	<i>Goodness-of-fit statistic</i>
ITC	<i>International Test Comission</i>
IVC	Índice de Validade e Conteúdo
KMO	Teste de Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	<i>Normed-fit Index</i>
PCFI	<i>Parsimony Comparative Fit Index</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNFI	<i>Parsimony Normal Fit Index</i>
PSF	Programa Saúde da Família
REF	Relacionamento Enfermeiro-Família
RMR	<i>Root mean square residual</i>
RMSEA	<i>Root mean square error of approximation</i>

SF	Sobrecarga Familiar
SRMR	<i>Standardised root mean square residual</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
V_c	Variância Comum
V_e	Variância de Erro
VF	Versão Final
V_i	Variância Específica
VI1	Versão Inglês 1
VI2	Versão Inglês 2
VIC	Versão Inglês Consenso
VME	Variância Média Extraída
VP1	Versão Português 1
VP2	Versão Português 2
VPC1	Versão Português Consenso 1
VPC2	Versão Português Consenso 2
VPC3	Versão Português Consenso 3
VPF	Versão Pré-Final
X^2	Qui-quadrado
$X^2/g.l.$	Chi-quadrado sobre graus de liberdade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 A Enfermagem Familiar.....	22
1.2 Revisão dos instrumentos de avaliação da prática da Enfermagem Familiar.....	24
2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	31
2.1 Adaptação cultural de instrumentos de medida.....	31
2.2 Passos para a adaptação cultural.....	33
2.3 Validade de Instrumentos adaptados.....	37
2.3.1 Validade Fatorial.....	39
2.4 Confiabilidade de instrumentos adaptados.....	45
2.5 Apresentação do instrumento Family Nursing Practice Scale.....	48
3. OBJETIVOS.....	52
3.1 Geral.....	52
3.2 Específicos	52
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	54
4.1 Delineamento do estudo.....	54
4.2 Processo de tradução e adaptação cultural adotado.....	54
4.2.1 Permissão dos autores para a adaptação cultural e uso do instrumento.....	56
4.2.2 Tradução Inicial do FNPS para o português.....	56
4.2.3 Consenso e síntese das versões VP1 e VP2.....	56
4.2.4 Avaliação da Validade de Conteúdo pelo comitê de Juízes Especialistas.....	57
4.2.5 A Retrotradução.....	57
4.2.6 Consenso entre as versões em inglês e comparação com a versão original.....	58
4.2.7 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original.....	58
4.2.8 Análise Semântica.....	59
4.2.9 Piloto.....	59
4.3 Análise das propriedades psicométricas da VF.....	60
4.3.1 Análise da Validade.....	60
4.3.1.1 Validade de Face e de Conteúdo.....	60
4.3.1.2 Validade de Construto.....	61
4.3.2 Análise da Confiabilidade.....	61
4.4 Procedimentos.....	61
4.4.1 Local do estudo.....	61
4.4.2 Participantes e critérios de inclusão e exclusão.....	61
4.4.3 Instrumentos de coleta de dados.....	62
4.4.3.1 Questionário de Caracterização Sociodemográfica.....	62

4.4.4 Recrutamento dos sujeitos e coleta dos dados.....	62
4.4.5 Processamento e análise dos dados.....	63
4.4.6 Considerações Éticas.....	65
5. RESULTADOS.....	67
5.1 Resultados do processo de adaptação cultural.....	67
5.1.1 Consenso e síntese das versões VP1 e VP2.....	67
5.1.2 Resultados da avaliação pelo Comitê de Juízes Especialistas.....	67
5.1.3 Consenso da Retrotradução entre as versões VII e VI2.....	72
5.1.4 Avaliação pelo autor original.....	73
5.1.5 Análise Semântica.....	73
5.1.6 Piloto.....	74
5.2 Resultados das Análises Psicométricas da VF adaptada da FNPS.....	76
5.2.1 Caracterização dos participantes.....	76
5.2.2 Análise descritiva da versão adaptada da FNPS para o português.....	78
5.2.3 Resultados da análise da validade de construto da versão adaptada da FNPS.....	82
5.2.3.1 Análise Fatorial Exploratória.....	82
5.2.3.2 Análise Fatorial Confirmatória.....	83
5.2.4 Resultados da análise da Confiabilidade da versão adaptada da FNPS.....	86
6. DISCUSSÃO.....	90
7. CONCLUSÕES.....	100
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	138

1. INTRODUÇÃO

A saúde, compreendida como um processo multideterminado, necessita de ações e políticas que atendam a variadas dimensões da existência humana, desde a constituição biológica até os padrões de comportamento e de relacionamento entre indivíduos e coletividades (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011; BEZERRA; SORPRESO, 2016). Pensando dessa maneira, o modelo de saúde brasileiro atual compreende a necessidade de centrar o cuidado não apenas nos indivíduos isoladamente, mas também nos sistemas aos quais eles pertencem (BRASIL, 1997; SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013; MACINKO, HARRIS, 2015).

Dentre esses sistemas, a família ascendeu como foco de pesquisas e políticas, tendo como um dos exemplos mais proeminentes o Programa Saúde da Família (PSF) da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), hoje chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), adotado no Brasil desde 1994 e que fez dos sistemas familiares o núcleo das ações das políticas públicas de saúde (SILVA et al., 2014; ALENCAR et al., 2014; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011; FIGUEIREDO, 2011; BRASIL, 2012; BEZERRA; SORPRESO, 2016).

O conceito de família varia de acordo com as normas culturais vigentes em determinada época e contexto (OLIVEIRA, 2009). Uma das maneiras de compreendê-la é como um sistema formado por elementos em mútua interação, no qual os indivíduos estão vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo (WRIGHT, LEAHEY, 2015; GALERA; LUIS, 2002). Essa pertença não é necessariamente determinada pela consanguinidade entre os membros ou por ligações legais, mas sim pelo próprio sistema familiar, uma vez que “família é quem seus membros dizem que são” (WRIGHT, LEAHEY, 2015, p. 68).

É no sistema familiar que se estabelecem as primeiras relações significativas de um indivíduo. Na família, podem ser aprendidos hábitos e formas de enfrentamento e estão latentes potenciais tanto para a saúde quanto para a doença (WRIGHT, LEAHEY, 2015; SILVA et al., 2014). Por esse motivo, centrar o cuidado no grupo familiar tem o objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e do sistema como um todo, bem como restaurar seu controle e dignidade (PINTO et al, 2010).

O Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem que pode ser definida como um processo de planejamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde baseado em parcerias

mutuamente benéficas entre profissionais de saúde, pacientes e famílias. Ele parte dos princípios da dignidade e respeito; do compartilhamento de informações e da participação e colaboração (INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE, 2008).

A expressão surgiu a partir de 1990, devido a maior compreensão de que a família tem papel fundamental no cuidado de seus membros e que o isolamento social configura um fator de risco, principalmente para populações vulneráveis como crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas (PINTO et al, 2010; MARTIRE; HELGESON, 2017).

Mais que uma técnica, o CCF é uma mudança de atitude no modo como o cuidado é realizado, além de desafiar o paradigma da tomada de decisão como responsabilidade exclusiva do profissional (KUO et al., 2012). Esse é um modelo possível de se adotar tanto em ambientes de internação hospitalar quanto nos de atendimento ambulatorial, assim como em nível primário de atenção à saúde (KUO et al., 2012; MAYO-BRUIINSMA et al., 2013; BOLTZ et al., 2014). Dentro desse contexto, estudos passaram a buscar evidências de que as intervenções familiares realmente promovem saúde.

Uma revisão de estudos sobre intervenções familiares no tratamento de problemas físicos e de doenças crônicas ao longo da vida mostrou que o cuidado familiar tem efeitos superiores aos cuidados centrados apenas no indivíduo, tanto para os adultos e idosos, quanto para as crianças. Em adultos, foram encontradas fortes evidências de que o cuidado familiar pode trazer mais benefícios do que os demais modelos de atendimento, não só para a saúde física e mental da própria pessoa, mas também para o alívio da sobrecarga familiar. Já para as crianças, o corpus de estudos encontrados por essa mesma revisão concentrou-se em casos de obesidade e diabetes, mostrando que intervenções familiares têm um poder consideravelmente maior na melhoria dessas condições do que os atendimentos convencionais (CHELSA, 2010).

Outra revisão de literatura pesquisou as intervenções de Enfermagem Familiar Sistêmica (EFS) junto a famílias que conviviam com diferentes tipos de doenças, como câncer; afecções cerebrais; doenças cardíacas; insuficiência renal; HIV/AIDS; hipertensão e outras doenças crônicas não especificadas. As respostas das famílias às intervenções foram avaliadas em três domínios do funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental. No domínio cognitivo, as intervenções em EFS melhoraram a compreensão, a confiança e a capacidade das famílias ao lidarem com a doença. No domínio comportamental, após as intervenções analisadas, as famílias mostraram-se mais cuidadosas e solidárias uns com os outros, além de aprenderem

comportamentos mais saudáveis. No domínio afetivo, as intervenções aliviaram o sofrimento e melhoraram o bem-estar dos indivíduos e da família como um todo (ÖSTLUND; PERSSON, 2014).

No que concerne à saúde mental, a correlação entre a qualidade do ambiente familiar e o desenvolvimento e/ou manutenção de desordens psiquiátricas emergiu como um tema relevante em pesquisas tanto nacionais como internacionais após o início do processo de desinstitucionalização (LIPPI, 2016), investigando, principalmente, os construtos chamados de Sobrecarga Familiar (SF) e Emoção Expressa (EE) da família (ZANETTI et al, 2018; REINARES et al, 2016; FIORILLO et al, 2015; PERIS; MIKLOWITZ, 2015; CASACCHIA, RONCONE, 2014; ENNIS; BUNTING, 2013; ZANETTI, GIACON, GALERA, 2012; GALERA et al, 2011).

A SF define-se como um estado psicológico que resulta da soma do esforço físico, da pressão emocional e das restrições sociais e financeiras decorrentes do cuidado que a família precisa depreender a um familiar doente. A sobrecarga possui uma dimensão objetiva, que se refere aos problemas práticos e dificuldades concretas que envolvem o cuidado, e uma dimensão subjetiva, que é definida como a extensão na qual os cuidadores percebem-se sobrecarregados pela situação (LIPPI, 2016).

Já a EE da família é a medida qualitativa do nível da emoção demonstrada dentro do ambiente familiar pelos familiares/cuidadores em relação a um membro portador de algum transtorno psiquiátrico. Essa medida se dá a partir de três principais dimensões que afetam a atitude do cuidador: o nível de hostilidade na relação com o paciente; a quantidade de comentários críticos em relação ao paciente e o superenvolvimento emocional com a pessoa portadora de transtorno psiquiátrico (PERIS; MIKLOWITZ, 2015; ZANETTI et al, 2018).

Famílias que tendem a ser hostis, críticas e emocionalmente superenvolvidas são descritas como tendo alta emoção expressa, enquanto famílias que tendem a ser positivas, empáticas, calmas e respeitosas são descritas como tendo baixa emoção expressa (LIPPI, 2016).

Pensando nesses construtos, um estudo investigou se o funcionamento familiar disfuncional contribui para a recaída de pacientes que experienciaram o primeiro episódio psicótico e em pacientes psicóticos crônicos. Os resultados mostraram que altos níveis de EE, principalmente as dimensões Comentários Críticos dos cuidadores, e a sobrecarga familiar são preditores de longo prazo do curso da psicose desde os estágios iniciais da doença. Desse modo, é

proposto que intervenções familiares psicoeducacionais focadas em melhorar a negatividade dos cuidadores em relação ao paciente e em aliviar a sobrecarga do cuidado devem ser consideradas como um meio de reduzir o risco de recaídas (KOUTRA et al, 2015)

Outra pesquisa avaliou a relação entre a EE e a SF em parentes de pacientes em primeiro episódio psicótico. Foram encontrados altos níveis de EE nos familiares e forte correlação entre as dimensões Comentários Críticos e Envolvimento Emocional da EE com a SF presente nas famílias, o que sugere a necessidade de avaliar esses construtos para identificar as famílias que mais precisam de intervenções (ZANETTI et al, 2018).

Analisando as dificuldades que famílias e cuidadores experienciam ao prestar cuidados a um membro da família com esquizofrenia, um estudo afirma que há dificuldades que são compartilhadas entre a família, o cuidador e o paciente, enquanto há outras que são únicas para cada um. Por esse motivo, o atendimento às necessidades desse sistema deve ser individual, quando necessário, e coletivo sempre que possível (LIPPI, 2016).

Em nível individual, melhorar o funcionamento psicossocial e diminuir o número de hospitalizações e de sintomas do paciente contribui para a diminuição dos níveis de sobrecarga familiar. Por isso, as intervenções medicamentosas, psicossociais e psicoterápicas são importantes para ajudar o paciente diretamente e, assim, ajudar a família indiretamente. Além disso, não se pode esquecer de que os próprios membros da família precisam de cuidados diretos, devendo ser oferecidas terapias e outras intervenções que melhorem diretamente seu bem-estar (LIPPI, 2016).

Quanto ao grupo familiar, é essencial prover informações suficientes sobre o transtorno, como sobre os sintomas e sinais de recaída, efeitos colaterais dos medicamentos e sobre como lidar com possíveis comportamentos bizarros ou violentos. Além disso, é de suma importância informar as famílias sobre a EE e sobre como isso influencia o estado dos pacientes. Desse modo, o grupo pode fazer os ajustes necessários para influenciar positivamente o curso da doença de seu familiar. Quanto as intervenções, esse estudo aponta que a Psicoeducação, a Terapia Cognitiva-Comportamental e a Terapia Familiar Comportamental, envolvendo elementos como resolução de problemas e estratégias de enfrentamento, são estratégias eficazes (LIPPI, 2016).

1.1. A Enfermagem Familiar

Uma categoria profissional que tem se tornado proeminente na prática e na pesquisa sobre as abordagens familiares é a enfermagem (WRIGHT, LEAHEY, 2015; DUHAMEL, 2015; ÖSTLUND, PERSSON, 2014; MARTINS, FERNANDES, GONÇALVES, 2012; GANONG, 2011; ASTEDT-KURKI, 2010; SAVEMAN, 2010). Um estudo que revisou as pesquisas em enfermagem familiar publicadas nas bases CINAHL, Medline, PsychInfo, e Psych Articles entre 1996 e 2011 afirmou que, no período, os enfermeiros estavam na vanguarda das contribuições para o conhecimento sobre famílias e refinando exponencialmente a qualidade dos métodos utilizados, levando em conta peculiaridades culturais, contextuais e relacionais (GANONG, 2011).

Pode-se afirmar, ainda, que é compromisso e obrigação ético-moral dos enfermeiros envolver as famílias em seus cuidados de saúde, uma vez que essa prática se faz natural desde o início da profissão, mesmo quando esta não era ainda oficialmente reconhecida (WRIGHT, LEAHEY, 2015; PINTO et al, 2010).

Uma abordagem teórica que examina as relações entre enfermeiros, pacientes e famílias é a Enfermagem Familiar Sistêmica (EFS). Dentre as teorias que a fundamentam, a Teoria Geral dos Sistemas contribui para a compreensão da família como um sistema complexo de interações, formado por subsistemas e que, ainda, influencia e é influenciado por sistemas extrafamiliares, como a comunidade, a sociedade etc. (WRIGHT; LEAHEY, 2015).

Nesse modelo, uma metáfora comumente utilizada para a compreensão das interações presentes dentro de um sistema familiar são os movimentos de um móbile: ele é composto por várias peças que se movem de diferentes formas e em diferentes velocidades. No entanto, ao se colocar a mão e alterar o movimento de uma das peças, as demais são imediatamente influenciadas, alterando o equilíbrio de toda a estrutura. Após algum tempo, uma nova forma de equilíbrio se estabelece. Sendo assim, o comportamento de cada membro da família é influenciado e mantido pelo comportamento dos demais, ao mesmo tempo em que influencia e mantém os comportamentos dos outros familiares. Essa lógica desenha o princípio da causalidade circular (WRIGHT; LEAHEY, 2015).

O foco do cuidado da EFS é o próprio sistema familiar, propiciando que o enfermeiro olhe, simultaneamente, para o paciente, para a família e para as relações com o processo de

adoecimento. Essa a maneira de enxergar incentiva a criação de parcerias entre os pacientes, as famílias e os enfermeiros, transformando os modos de relacionamento entre pacientes e profissionais (WRIGHT; LEAHEY, 2015).

Apesar de toda consolidação teórica, a inclusão da família como foco da atenção à saúde é uma tendência relativamente recente e, mesmo buscando grandes avanços, ainda está se desenvolvendo na prática (DUHAMEL, 2010; DUHAMEL, 2015; RIBEIRO, 2004). De acordo com vários estudos, a lacuna existente entre a teoria e a prática em enfermagem familiar pode ser influenciada por fatores como: o conceito de doença e de família adotados; o contexto da interação enfermeiro-paciente; os processos sociais e estruturas organizacionais dos serviços clínicos; restrições financeiras; nível de conhecimento e de competência dos enfermeiros; a atitude dos enfermeiros em relação às famílias; o compromisso dos enfermeiros administrativos com o cuidado familiar e, também, a própria natureza do conhecimento teórico produzido, ou seja, seu potencial de aplicabilidade e utilidade na prática (WRIGHT, WATSON, BELL, 1990; ASTEDT-KURKI, 2010; SAVEMAN, 2010; COYNE et al, 2013; DUHAMEL, 2015).

Ainda sobre a transposição da teoria para a prática, a literatura aponta que um relacionamento mais engajado entre profissionais, pesquisadores e famílias assistidas é essencial para a melhor comunicação do potencial de aplicabilidade dos novos conhecimentos obtidos pelas pesquisas, além de aumentar o impacto que os resultados das mesmas podem ter sobre o avanço tanto da ciência quanto da prática (DUHAMEL, 2010).

Quanto às dificuldades e potencialidades presentes na rotina de trabalho dos enfermeiros que influenciam a aplicação prática da enfermagem familiar, há evidências de que há causalidade circular entre a crença dos enfermeiros na EFS e o sucesso da implementação desse modelo nos serviços de atendimento em saúde. Isto é, conforme os enfermeiros aprendem sobre o cuidado familiar, mais eles tendem a acreditar nas intervenções em EFS e aplicá-las no trabalho. À medida que experienciam os benefícios práticos da EFS, mais esses profissionais acreditam nesse modelo e se inclinam a buscar estratégias para superar os desafios encontrados (DUHAMEL, 2015).

Deste modo, percebe-se que as crenças dos enfermeiros nos benefícios da inclusão da família no plano de cuidado podem constituir tanto uma barreira quanto um fomento para a tradução do conhecimento em prática clínica. Se os enfermeiros mantêm uma postura descrente e não apresentam atitudes pró-família, geralmente não procuram realizar um trabalho centrado no

cuidado familiar e, assim, não podem perceber os benefícios de fazê-lo (DUHAMEL, 2015). Sendo assim, o estudo das crenças e atitudes dos enfermeiros sobre a enfermagem familiar se mostra cada vez mais importante para o progresso dessa área do conhecimento, da prática clínica e, principalmente, para a promoção da saúde de pacientes e famílias.

Apesar da importância desses estudos, realizar avaliações qualitativas das crenças e atitudes dos enfermeiros é um processo dispendioso em tempo e recursos, principalmente quando é preciso fazê-lo em larga escala. Esse desafio, então, tem guiado a busca pelo desenvolvimento e aprimoramento de instrumentos de medida que possam auxiliar no processo avaliativo da prática clínica em enfermagem familiar (BENZEIN, et al, 2008; SIMPSON, TARRANT, 2006; MEIERS, TOMLINSON, PEDEN-MCALPINE, 2007; SAWIN, 2016).

Diante do exposto, este estudo teve a finalidade de encontrar, adaptar e validar para a realidade brasileira um instrumento de avaliação da prática da enfermagem familiar que fosse de fácil aplicação, de real utilidade para pesquisas voltadas para esse tema e capaz de fornecer medidas tanto qualitativas quanto quantitativas para auxiliar na avaliação das crenças e atitudes dos enfermeiros sobre a enfermagem familiar, podendo, assim, contribuir para a produção do conhecimento sobre como promover a transição da teoria para a prática.

1.2. Revisão dos instrumentos de avaliação da prática da enfermagem familiar

O *Family-Centered Care Questionnaire* (FCCQ) foi o primeiro instrumento relevante desenvolvido para medir a percepção de enfermeiros sobre a prática da enfermagem familiar. É um questionário de autorrelato, desenhado no Canadá para o contexto pediátrico. A versão original do FCCQ contava com 55 itens (BRUCE; RITCHIE, 1997), enquanto sua versão revisada (FCCQ-R) é composta por 45 (COYNE et al., 2013).

No questionário, estão presentes nove domínios baseados nos elementos-chave do CCF propostos pela *Association for the Care of Children's Health* (ACCH) (SHELTON; JEPSON; JOHNSON, 1987): *família é a constante; colaboração entre pais e profissionais; reconhecendo a individualidade da família; compartilhando informações com os pais; suporte pai-pai; necessidades desenvolvimentais; apoio emocional e financeiro para as famílias; modelo do sistema de saúde e apoio emocional* (BRUCE; RITCHIE, 1997; COYNE et al., 2013).

Os itens apresentam uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = Discordo Fortemente a 5 = Concordo Fortemente) na qual o enfermeiro deve indicar que atividade ele percebe como presente em sua prática de enfermagem atual e que atividades ele percebe como necessárias para a prática efetiva do CCF. O score total é calculado para cada uma das subescalas e para a escala total. Uma pontuação alta indica altos níveis do CCF na prática.

Os autores originais utilizaram o índice alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna das subescalas (0,5 a 0,8) e da escala total (0,9) (BRUCE; RITCHIE, 1997; COYNE et al., 2013). O FCCQ-R foi adaptado para a Itália, apresentando bons índices de validade de conteúdo e índices de consistência interna de 0,94 para a escala total e que variaram de 0,51 a 0,84 para as subescalas. A única subescala que ficou abaixo de 0,7 foi a *Família é a Constante* (0,51) (DALL'OGGIO et al., 2018).

Foram encontrados dois instrumentos diferentes que receberam o mesmo nome: *Family Nursing Practice Scale* (FNPS), um publicado em 2006 (SIMPSON; TARRANT, 2006) e outro em 2017 (TOYAMA et al., 2017). A FNPS publicada em 2006 é um questionário de autorrelato desenvolvido para ser usado como pré e pós-teste, avaliando as mudanças na prática da Enfermagem Familiar após a realização de um programa educativo em EFS com enfermeiros de um hospital psiquiátrico de Hong Kong (SIMPSON; TARRANT, 2006; SIMPSON et al., 2006).

Ele avalia a prática da enfermagem familiar, medindo as atitudes dos enfermeiros diante do trabalho com as famílias, a avaliação crítica dos enfermeiros sobre a prática da enfermagem familiar e a reflexão dos enfermeiros sobre o relacionamento enfermeiro-família. Construído originalmente na língua inglesa, a FNPS foi adaptada pelos próprios autores para a aplicação na China. Conta com componentes tanto qualitativos quanto quantitativo (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Formado por apenas 13 itens, os dez primeiros são afirmações respondidas em escala invertida tipo Likert de cinco pontos (1-5), enquanto os três últimos são questões abertas. A escala de dez itens é dividida em duas subescalas com cinco itens cada uma, sendo que a primeira se refere ao domínio *Avaliação da Prática* (AP) e a segunda ao domínio *Relacionamento Enfermeiro-Família* (REF). Já as questões abertas visam explorar que atitudes os enfermeiros demonstram diante do trabalho com as famílias (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Os autores conduziram a avaliação das validades de conteúdo e de construto da escala, obtendo bons resultados. Para medir a confiabilidade, foi realizado o método de teste-reteste e a

análise da consistência interna pelo índice alfa de Cronbach, com resultados satisfatórios, tanto para as subescalas AP (0,85) e REF (0,73) quanto para a escala total (0,84). Por seu tamanho reduzido e simplicidade dos itens, a FNPS não leva mais que 15 minutos para ser respondida (SIMPSON, TARRANT, 2006). Esta escala está disponível tanto em inglês quanto em cantonês. Não foram encontradas publicações de adaptações desta escala para outros países ou culturas, mas ela tem sido utilizada em pesquisas envolvendo a prática da enfermagem familiar (MISTO, 2018).

A FNPS publicada em 2017 foi construída para avaliar a atuação em enfermagem familiar de enfermeiros da saúde pública no Japão. Conta com apenas 15 itens divididos em duas dimensões: *Suporte ativo para a família* (10 itens) e *Apoio dado com consciência da situação da família* (5 itens). As respostas aos itens são dadas por meio de escala tipo Likert de cinco pontos (1 = *nunca faço* a 5 = *sempre faço*). Pontuações mais altas indicam melhor atuação em enfermagem familiar (TOYAMA et al., 2017).

Os autores realizaram a avaliação das validades de conteúdo, de face, de construto e validade por grupos conhecidos do instrumento, relatando bons resultados. A análise da confiabilidade foi feita por meio do índice alfa de Cronbach, obtendo boas medidas tanto para os domínios *Suporte ativo para a família* (0,93) e *Apoio dado com consciência da situação da família* (0,86) quanto para a escala total (0,94) (TOYAMA et al., 2017). Não foram encontradas publicações de adaptações deste instrumento para outros países ou culturas.

A *Family Nurse Caring Belief Scale* (FNCB) é uma escala de 25 itens criada nos Estados Unidos que avalia as atitudes dos enfermeiros em relação a prestação de cuidados a famílias em ambientes carregados de estresse, principalmente em contextos pediátricos. As principais dimensões avaliadas pela FNCB são: *Aspectos do cuidado ético em um ambiente empático; prática colaborativa entre família e enfermeiro; defender a criança no contexto familiar; apoio à família na tomada de decisão, planejamento e coordenação do cuidado* (MEIERS; TOMLINSON; PEDEN-MCALPINE, 2007).

Os respondentes devem indicar, em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = *discordo fortemente* a 5 = *concordo fortemente*), o nível em que eles concordam ou discordam das afirmações apresentadas por cada um dos itens. Pontuações mais altas indicam melhores atitudes diante do trabalho com famílias, enquanto pontuações mais baixas indicam uma menor orientação da prática para o cuidado familiar. Os autores avaliaram a validade de conteúdo e de construto,

obtendo resultados satisfatórios. A confiabilidade da escala total foi medida através do índice alfa de Cronbach (0,81) (MEIERS; TOMLINSON; PEDEN-MCALPINE, 2007). No entanto, um estudo posterior realizou uma análise fatorial confirmatória para aprofundar a validade da FNCB em uma amostra de enfermeiros que prestam cuidados neonatais e chegou à conclusão de que a escala não estava validada para aquela população (COLLEGE, 2018).

Outra escala utilizada para medir a prática da enfermagem familiar é a *Familie's Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA). Desenvolvida na Suécia, a FINC-NA é de autopreenchimento, possui 26 itens e avalia as dimensões: *família como um recurso nos cuidados de enfermagem; família como um parceiro dialogante; família como um fardo e família como próprio recurso*. Para responder, deve ser utilizada uma escala de concordância tipo Likert de quatro pontos (1 = *discordo completamente* a 4 = *concordo completamente*). Quanto maior o *score*, mais as atitudes dos enfermeiros são consideradas como de suporte (BENZEIN, et al., 2008).

Os autores realizaram análise da validade de conteúdo e de construto, encontrando bons resultados. A confiabilidade da medida foi verificada por meio do índice alfa de Cronbach para a escala total (0,88) e para cada subescala (0,69 a 0,80) (BENZEIN, et al., 2008). A FINC-NA está adaptada e validada para o português de Portugal (OLIVEIRA, et al., 2011), para o Coreano (OH et al, 2018) e para o Holandês (HAGEDOORN, et al., 2018).

A *Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e Pediátrico Hospitalar* foi desenvolvida no Brasil para identificar a autoeficácia, as barreiras pessoais e propiciar a autoavaliação dos enfermeiros para detectar elementos que precisem ser melhorados para criar e manter relacionamentos bem-sucedidos com as famílias em contextos neonatais e pediátricos (CRUZ; ANGELO; SANTOS, 2017).

Formada por 39 itens, cada um com uma escala Likert de 10 pontos, a escala avalia três fatores: *Autoeficácia para abrir-se para a família; Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família e Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família*. Os autores realizam análise da validade de conteúdo pelo comitê de juízes especialistas e a validade de construto por meio da Análise Fatorial Exploratória. A confiabilidade foi analisada pelo método da consistência interna com o índice alfa de Cronbach (CRUZ; ANGELO; SANTOS, 2017).

Diante da importância de se conhecer as atitudes e a prática dos enfermeiros sobre o trabalho com famílias e da possibilidade de se obter dados importantes a partir da utilização dos instrumentos de avaliação já desenvolvidos, este projeto de pesquisa teve a proposta de adaptar para o português do Brasil e validar um dos questionários de avaliação da prática da enfermagem familiar.

A escolha, dentre os instrumentos apresentados, deu-se a partir da observação dos construtos avaliados, das propriedades psicométricas, de sua aplicabilidade prática e da abrangência do contexto de avaliação: o FCCQ apresenta índices de confiabilidade, mas não foram encontradas publicações referentes a sua validade de construto. Por possuir 45 itens, podem ser encontradas dificuldades de aplicação quando houver sobrecarga de trabalho para os profissionais. Ele é desenhado especificamente para o contexto pediátrico, o que limita sua utilização como um instrumento de avaliação geral. A FNCBS também é específica para o contexto pediátrico e apresentou problemas em um estudo de fortalecimento de sua validade a partir de análise fatorial confirmatória (COLLEGE, 2018).

Dentre a FINC-NA, a FNPS (2006) e a FNPS (2017) a escolha se deu pela FNPS (2006) por seu número reduzido de itens (13), o que pode ser um facilitador para o uso na prática, e pela possibilidade de se realizar medidas tanto quantitativas quanto qualitativas, já que a FNPS apresenta 10 itens de escala tipo Likert e três itens abertos. Apesar de ter sido aplicada inicialmente em enfermeiros do contexto psiquiátrico, a FNPS (2006) foi construída sob o paradigma do Modelo Calgary de Avaliação da Família e seus itens não carregam qualquer especificidade, sendo incentivado pelos autores originais que a escala seja testada em diferentes contextos (SIMPSON, TARRANT, 2006). Além dos motivos apresentados, uma revisão sistemática sobre os instrumentos de avaliação da prática da enfermagem familiar chegou a conclusão de que a FNPS é uma das poucas escalas que teve todas suas propriedades psicométricas avaliadas positivamente e que, por isso, o passo seguinte seria a validação transcultural (DÍAZ, et al., 2019).

Deste modo, o objetivo deste estudo foi adaptar para o português do Brasil e analisar as propriedades psicométricas da versão adaptada da FNPS em uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar. Acreditamos que esta pesquisa poderá contribuir positivamente para a melhoria da prática em enfermagem familiar, uma vez que o instrumento adaptado possibilitará

melhores avaliações da prática e das atitudes dos enfermeiros e, conseqüentemente, melhores estratégias de intervenção.

Além disso, permitirá o desenvolvimento de estudos que buscam a transposição da teoria para a prática, podendo ser utilizado como pré e pós-teste na avaliação de mudanças após treinamentos e cursos sobre intervenções de enfermagem na família. Disponibilizar um novo instrumento para a realidade brasileira contribui para a ciência da enfermagem familiar de maneira geral, já que outras pesquisas também poderão se beneficiar da escala adaptada para produção de novos conhecimentos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1. Adaptação cultural de instrumentos de medida

Dentro de um processo avaliativo formal, o uso de instrumentos de medida com boas propriedades psicométricas, em conjunto com outras técnicas, é uma prática que pretende garantir maior confiança nos resultados obtidos (COLUCI, ALEXANDRE e MILANI, 2015). Por isso, testes e instrumentos de avaliação de todos os tipos são amplamente utilizados em vários contextos como: na educação; na clínica; na pesquisa científica etc. Especificamente neste último, a criação e o uso desses recursos se dão para a avaliação de fenômenos, objetivando o avanço do conhecimento dentro da área pesquisada (ITC, 2014).

Deste modo, com a intensa produção científica da atualidade, é crescente utilização de instrumentos de avaliação cada vez mais sofisticados em diferentes ramos da ciência, sobretudo na saúde nas ciências sociais. No entanto, a maior produção desses instrumentos concentra-se em países de língua inglesa (BEATON et al, 2000), enquanto o desenvolvimento dos mesmos em países com menor investimento em pesquisa ainda é incipiente e não acompanha a demanda do avanço científico (CASSEPP-BORGES, BALBINOTTI, TEODORO, 2010).

Além disso, outro fator que tem ganhado importância nessa discussão é o reconhecimento do multiculturalismo, mesmo em países de língua inglesa. Essas questões levaram à necessidade de se pensar em como lidar com as diferenças linguísticas e culturais na utilização de instrumentos de avaliação no contexto da pesquisa (ITC, 2016).

Para lidar com esse problema, os pesquisadores têm adotado algumas estratégias. A mais simples e menos custosa delas seria a utilização do instrumento original na língua em que foi desenvolvido, mas, para isso, os participantes da pesquisa precisariam ser também fluentes no idioma do instrumento, uma realidade que na maioria das vezes não é possível de se encontrar. Outra opção seria desenvolver um novo instrumento no idioma-alvo da pesquisa. No entanto, é sabido que o procedimento para tal é complexo e custoso em tempo e em recursos, o que poderia chegar a inviabilizar uma pesquisa (CASSEPP-BORGES, BALBINOTTI, TEODORO, 2010).

Diante disso, uma terceira opção se mostrou viável e adequada às necessidades de avaliação entre diferentes culturas: a adaptação cultural de testes e outros instrumentos de

avaliação (CASSEPP-BORGES et al, 2010; ITC, 2016; BEATON et al, 2000; BORSA, DAMÁSIO e BANDEIRA, 2012; COLUCI, ALEXANDRE e MILANI, 2015).

A adaptação cultural de testes e outros instrumentos de avaliação visa alcançar a equivalência entre a versão original de um instrumento e as versões adaptadas do mesmo para a utilização em diferentes contextos culturais (BEATON et al, 2000). É um procedimento amplamente utilizado em pesquisas brasileiras e internacionais (CALTRAN et al, 2016; ZANETTI, GIACON, GALERA, 2012; BORSA, BANDEIRA, 2014; MONTEIRO, MAZIN, DANTAS, 2015; MARTINEZ et al, 2017; BUNT et al, 2017), recomendado por apresentar vantagens como: a possibilidade de medidas comparativas entre países e culturas diferentes; menor custo em tempo e recursos que o desenvolvimento de novos instrumentos e por ser capaz de, eventualmente, gerar versões adaptadas que oferecem medidas confiáveis, com menores vieses e, em alguns casos, com propriedades psicométricas melhores que os originais (CASSEPP-BORGES et al, 2010).

Têm sido identificadas diferentes situações nas quais a adaptação cultural é necessária: quando um instrumento vai ser aplicado em imigrantes estabelecidos no país de origem do instrumento; quando o instrumento precisa ser usado em outro país, mesmo que falante do mesmo idioma de origem do instrumento; quando usado em outro país, falante de uma língua diferente da de origem do instrumento. Nos dois primeiros casos, a adaptação não exigiria a tradução, enquanto nos dois últimos, sim (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BEATON et al, 2000).

De uma maneira geral, há mais de duas décadas pesquisadores e a *International Test Commission* (ITC) estudam qual seria o melhor método a seguir para se assegurar que a adaptação cultural garanta equivalência entre o instrumento original e sua versão adaptada (FERRER et al, 1996; BEATON et al, 2000; ITC, 2016; BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012; CASSEPP-BORGES et al, 2010).

Baseando-se no conhecimento produzido até então, a ITC lançou em 2017 o *ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*, buscando fornecer diretrizes para melhor guiar o processo de adaptação. Apesar de trazer sugestões valiosas, não estabelece um método único que possa ser seguido (ITC, 2017).

De acordo com esse documento e com as práticas adotadas por pesquisadores, existem precondições a serem garantidas antes de se iniciar o trabalho de adaptação. A primeira delas é

sobre os direitos de propriedade intelectual: caso o instrumento não seja de domínio público, é preciso obter a permissão do portador dos direitos relacionados ao instrumento para realizar a adaptação. Além disso, é necessária a discussão sobre quem terá os direitos sobre a versão adaptada. Outra pré-condição é avaliar se os construtos medidos pelo instrumento original são os mesmos que se pretendem medir utilizando a versão adaptada. Para isso, é necessário ter clara a definição teórica e prática desses construtos. Sugere-se, ainda, que sejam consideradas as distâncias linguísticas e culturais entre os dois contextos (ITC, 2017; GUILLEMIN et al., 1993; FERRER et al., 1996; BEATON et al., 2000; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

2.2. Passos para a adaptação cultural

Observadas as pré-condições, o processo de adaptação completo tem sido descrito em alguns passos básicos, a saber: (1) A tradução inicial do instrumento original para o idioma-alvo da versão a ser adaptada; (2) síntese das versões traduzidas; (3) a análise da versão traduzida por um comitê de juízes especialistas; (4) a realização da retrotradução, ou tradução reversa, de volta para o idioma original; (5) síntese da retrotradução; (6) análise semântica; (7) piloto; (8) análises das propriedades psicométricas da versão adaptada (BORSA et al, 2012). Não há consenso, na literatura, sobre em que ordem essas etapas devem ocorrer. Apesar de trazer sugestões valiosas, o *ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* não estabelece um método único que possa ser seguido (ITC, 2017). A seguir, estão descritas cada uma das etapas do processo de adaptação cultural:

Tradução Inicial: se a aplicação do instrumento se destina a uma população falante de um idioma diferente daquele no qual foi desenvolvido, a tradução é o passo inicial a ser tomado. Como o objetivo principal é a adaptação, não se recomenda a tradução literal dos itens, pois esta pode gerar frases incoerentes para o novo contexto. Sendo assim, a tradução deve considerar os aspectos linguísticos, culturais e científicos da nova realidade (BORSA et al, 2012).

A prática recomendada é que a tradução inicial seja feita por ao menos dois tradutores, ambos bilíngues, falantes nativos da língua para qual o instrumento será adaptado e fluentes na língua original do instrumento. É fortemente pontuada a importância de os tradutores trabalharem independentemente, cada um em sua versão traduzida, visando garantir a diminuição de vieses. Deste modo, as versões podem ser comparadas e repensadas, de modo a garantir a melhor

tradução possível (GUILLEMIN, et al, 1993; BEATON et al, 2000; BORSA et al, 2012). Para maior controle sobre possíveis vieses de tradução, pode-se tomar o cuidado de informar a um dos tradutores sobre os construtos envolvidos na tradução e os objetivos da pesquisa, deixando o outro trabalhar livremente, sem esse conhecimento (BEATON et al., 2000).

Síntese: Após a tradução, os dois tradutores terão produzido duas versões diferentes do instrumento. O processo de Síntese consiste na comparação entre as duas versões entre si e a versão original, avaliando quatro diferentes equivalências: A equivalência semântica; a equivalência idiomática; a equivalência cultural e a equivalência conceitual, definidas a seguir (BEATON, et al., 2000; BORSA et al., 2012):

- A *equivalência semântica* avalia os significados das palavras utilizadas, isto é, se elas significam o mesmo entre as culturas, se seus múltiplos significados podem gerar empecilhos e se há dificuldades gramaticais nas traduções.
- A *equivalência idiomática* avalia os coloquialismos e expressões idiomáticas de difícil tradução. É necessário encontrar expressões que sejam equivalentes no idioma-alvo da tradução ou substituí-las por outras mais adequadas.
- Na *equivalência cultural*, os itens traduzidos devem referir-se a experiências que sejam vivenciadas naquele contexto pela população da cultura-alvo. Algumas experiências podem ser vivenciadas dentro de determinada cultura, mas não em outras. Por esse motivo, só faz sentido adaptar um item ou um instrumento se existir equivalência de vivências entre as culturas em relação ao construto avaliado.
- Já *equivalência conceitual* diz respeito a avaliar se os conceitos traduzidos pelos itens adaptados equivalem aos mesmos conceitos da versão original ou se precisam ser adaptados ao novo contexto. Itens podem ter o mesmo significado, mas se referirem a conceitos diferentes. Um exemplo disso é o conceito de família que varia amplamente de uma cultura para outra.

O comitê de síntese costuma ser formado pelos pesquisadores e por diferentes especialistas. No entanto, não há especificações na literatura sobre quais devem ser as características dos membros convidados para o comitê. O que se encontra são recomendações de que, caso possível, haja a presença de um dos autores originais do instrumento, dos pesquisadores e de membros externos, podendo ser os tradutores, linguistas ou especialistas da área de conhecimento a qual o instrumento pertence (CASSEPP-BORGES et al., 2010). Na prática, é

comum que a síntese seja realizada pelos pesquisadores em reunião com os tradutores (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007; FEGADOLLI, et al., 2010; FREITAS, et al., 2014; CALTRAN et al, 2016).

A análise pelo comitê de especialistas: esta etapa visa assegurar a validade de conteúdo e de face da versão sintetizada na etapa anterior. Um comitê deve ser formado, se possível, com especialistas da área de avaliação psicológica ou com conhecimento específico acerca do construto avaliado. Existe controversa na literatura sobre o número de participantes. Alguns autores recomendam de cinco a dez juízes especialistas (LYNN, 1986), outros recomendam de seis a 20 (PASQUALI, 2010), enquanto outros, ainda, sugerem que sejam usados números ímpares (MOURA, et al., 2008). Na realidade, a composição do comitê deve ser pensada de acordo com os construtos envolvidos na construção do instrumento e com as características do mesmo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; CASSEPP-BORGES et al, 2010; BORSA et al, 2012).

Como a análise pelo comitê de especialistas é essencialmente subjetiva, é recomendado que sejam utilizados procedimentos qualitativos e quantitativos para avaliar a clareza, a pertinência e a relevância teórica dos itens. Essa avaliação pode ocorrer individualmente, mas uma discussão em grupo posterior pode trazer benefícios. Em adaptações culturais, o objetivo final do comitê deve ser o de garantir que a versão adaptada seja compreensível e equivalente a original nas dimensões semântica, idiomática, cultural e conceitual (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Quanto a avaliação quantitativa, as publicações têm apresentados diferentes métodos como a Porcentagem de Concordância Entre Juízes; o Coeficiente de Kappa; o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) (CASSEPP-BORGES et al, 2010; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A Porcentagem de Concordância entre Juízes calcula, justamente, em que porcentagem os juízes concordam entre si sobre determinado item. É um método simples e, geralmente, utilizado nas fases iniciais da construção de um instrumento para determinar os itens. A taxa aceitável de concordância é de 90% ou mais. O coeficiente Kappa é uma medida de concordância utilizada quando vários avaliadores visando estabelecer categorias nominais a partir de escalas nominais. Os valores vão de ausência total de concordância (-1) à concordância total (1), sendo que quanto mais perto de 1, melhor (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC avalia, por meio de uma escala de quatro pontos (1 a 4), a proporção de juízes que concordam sobre aspectos dos itens individualmente e do instrumento total. Com o IVC, é

possível chegar a conclusões sobre o quanto os itens são representativos dos construtos, relevantes para a teoria e para a prática ou se possuem clareza de redação. Com este índice, defende-se que um comitê formado por cinco ou menos especialistas exige a concordância total entre eles, enquanto no caso de seis ou mais especialistas, a taxa de concordância não deve ser inferior a 0,78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O CVC é avaliado por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos, em que 1 representa “pouquíssimo” e 5 representa “muitíssimo”. Os dados são planilhados e, posteriormente, é calculado o coeficiente de validade de conteúdo. Para um item ser considerado adequado, o coeficiente precisa ser maior que 0,8. Caso esse valor não seja alcançado para algum item, há a possibilidade de que ele seja alterado de acordo com as recomendações dos juízes em consenso com os pesquisadores (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002; CASSEP-BORGES et al., 2010). Feito isso, é necessário avaliar a estrutura, o *layout* e as instruções. É interessante que a escala esteja na mesma formatação original, pois, do contrário, ela pode trazer medidas diferentes das esperadas (CASSEPP-BORGES et al, 2010).

A *tradução reversa* ou *retrotradução* é o passo seguinte. Trabalhando a partir da versão gerada na etapa anterior, dois tradutores que ainda não tenham entrado em contato com a escala devem traduzir a versão adaptada de volta para o idioma original. A literatura recomenda que os tradutores devem ser nativos na língua original do instrumento, fluentes no idioma-alvo da adaptação e não devem ser informados sobre os objetivos da pesquisa ou sobre os conceitos e construtos. Assim como na etapa de tradução inicial, após a tradução reversa as duas versões geradas na língua original do instrumento devem passar por um processo de *síntese* visando uma única versão com a melhor redação possível (FERRER, et al., 1996; BEATON, et al., 2000; BORSA et al, 2012).

Além de possibilitar encontrar problemas na adaptação, a tradução reversa é uma ferramenta prática para que seja possível se comunicar com o autor original do instrumento, de modo que este possa avaliar a nova versão, afirmando se os itens adaptados têm relação com os itens originais e buscando o consenso (FERRER, et al., 1996; BEATON, et al., 2000; BORSA et al, 2012).

A *Análise Semântica*, ou Avaliação pelo Público-Alvo, verifica se a versão adaptada do instrumento é compreensível para todos os membros do público-alvo, tanto para os extratos com menor formação quanto para aqueles com maior formação. Para isso, recomenda-se que o

instrumento adaptado seja aplicado a uma amostra população-alvo, contemplando os extratos de menor formação, e, posteriormente, discutir com eles as possíveis dúvidas (PASQUALI, 2010).

Podem ser formados grupos de três a quatro participantes para os quais são apresentados item por item para que sejam reproduzidos da maneira como se entendeu. Caso o pesquisador julgue que a reprodução não corresponde ao que se pretendia dizer, o item é discutido com o grupo e são feitas correções. É recomendado pedir ao respondente que forneça sinônimos para os vocábulos que melhor exemplifiquem o léxico da população a qual o instrumento se destina. O número de sessões e de grupos necessários é relativo à dificuldade dos itens, sendo recomendado de uma a cinco sessões (PASQUALI, 2010).

No *Estudo Piloto*, os autores têm aplicado a versão pré-final do instrumento em um número entre 30 a 40 sujeitos representativos da amostra-alvo. (BEATON et al, 2000; SOUZA, MILANI, ALEXANDRE, 2015), mas não apresentam explicações sobre como chegaram a esse número. No entanto, há recomendações de que seriam necessários ao menos 50 participantes para que seja possível realizar análises preliminares das propriedades da escala adaptada (TERWEE et al., 2007).

Podem ser realizados quantos pilotos forem necessários e, para evitar vieses, as sugestões de modificação que surgirem nesta etapa podem ser acompanhadas por um comitê de especialistas (BORSA et al., 2012). Esta é considerada a última etapa da adaptação cultural propriamente dita.

2.3. Validade de instrumentos adaptados

Uma vez adaptado, o instrumento pode ter passado por modificações que alterem suas propriedades psicométricas ou ser demasiado sensível a diferenças culturais. Por isso, recomenda-se que os pesquisadores garantam que a versão adaptada demonstre as propriedades psicométricas necessárias para a aplicação dessa nova versão. Para isso, é necessário avaliar a validade e a confiabilidade da medida (BEATON et al, 2000; BORSA et al, 2012).

A validade pode ser definida como qualidade de um instrumento de ser capaz de medir congruentemente aquilo que ele se propõe a medir, assim como um uma régua deve ser capaz de medir a distância e um termômetro deve fornecer medidas de temperatura. No caso dos instrumentos das ciências naturais isso não costuma ser um problema, mas, para as ciências

psicossociais, a correspondência entre os aspectos comportamentais observáveis e os construtos latentes não é tão fácil de se estabelecer. Por esse motivo, provar a validade de um instrumento psicossocial a partir de testes adequados é uma tarefa indispensável para garantir a qualidade da medida em pesquisas psicossociais (PASQUALI, 2013).

A validade de um instrumento de medida pode ser dividida em diferentes e inúmeras dimensões (PASQUALI, 2007), sendo as mais comuns: a validade de face; a validade de conteúdo; a validade de critério e a validade de construto. A *validade de face*, ou *validade aparente*, diz respeito a compreensão e aceitação geral de que os itens de um instrumento se referem ao construto que se pretende medir. Isto é, os itens devem *parecer* medir a mesma coisa. Já a *validade de conteúdo* é a associação entre conceitos abstratos com variáveis observáveis passíveis de serem medidas. Se dá quando a construção de um instrumento, com todos seus itens e modo de medir, apresenta congruência teórica entre seu conteúdo e o construto medido (PASQUALI, 2009; CASSEPP-BORGES et al, 2010).

Além disso, para ter validade de conteúdo, um instrumento deve ser construído de modo a ser uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos que definem esse construto. Por isso, os itens precisam corresponder adequadamente aos objetivos do instrumento e medir proporcionalmente cada domínio. As validades de face e de conteúdo são avaliadas de forma subjetiva, por isso, a qualidade das mesmas deve ser assegurada na etapa de comitê de especialistas descrita anteriormente (PASQUALI, 2009; CASSEPP-BORGES et al, 2010).

A *validade de critério* é concebida como o grau de eficácia que um instrumento apresenta em prever um desempenho específico de um sujeito em alguma tarefa. O critério nada mais é que o próprio desempenho esperado na tarefa, com o qual a medida do instrumento deve manter uma correlação. Deste modo, o critério, ou desempenho, deve já ter uma medida dada por alguma outra técnica, diferente do instrumento que se pretende validar, com a qual seja possível estabelecer uma relação comparativa. Este tipo de validade é, ainda, subdividida em *validade de critério preditiva* e *validade de critério concorrente*. A principal diferença entre elas se dá por uma questão de tempo: na validade de critério preditiva, os dados referentes ao estabelecimento do critério são coletados após a coleta dos dados pelo instrumento; na segunda, as coletas de ambos são feitas mais ou menos simultaneamente (PASQUALI, 2007; PASQUALI, 2013).

A *validade de construto* é uma das principais formas de avaliar se um instrumento possui legitimidade de representação comportamental de um traço latente, isto é, se ele mede o que se

pretende a medir. Para analisar essa capacidade de representação, algumas técnicas psicométricas têm sido comuns: a validade de construto convergente; a validade de construto discriminante e a validade fatorial (PASQUALI, 2007; PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2013).

Empiricamente, a validade de construto convergente testa a hipótese de que o um novo instrumento ou um instrumento adaptado realmente mede aquilo que se propõe a medir por meio da correlação dos seus resultados com os resultados de outro instrumento que meça o mesmo construto ou de variáveis que sejam ligadas a ele. Deste modo, para se ter validade convergente, é esperado que haja alta correlação entre as duas medidas. O problema deste tipo de validade é que, para se fazer essa correlação, é preciso ter disponível outras medidas padrão ouro que possam ser comparadas com a medida do instrumento sendo testado (PASQUALI, 2007; GAUER; GOMES; HAASE, 2010). Outro método utilizado para avaliar a validade convergente é realizando o cálculo da Variância Média Extraída (VME), em estudos de análises fatoriais confirmatórias (HUANG; et al, 2013).

A validade de construto discriminante, por sua vez, testa empiricamente o oposto da validade convergente: quando os resultados do instrumento avaliado são comparados com os resultados de outra medida que, teoricamente, não deveriam se relacionar com o construto do instrumento em questão, elas devem apresentar baixa ou nenhuma correlação (PASQUALI, 2007; GAUER; GOMES; HAASE, 2010), assim como medo de dirigir não se relaciona com preferência musical, por exemplo.

Outra maneira utilizada para avaliar a validade discriminante, em estudos de análise fatorial confirmatória, é comparar a diferença entre a VME dos fatores com a correlação a correlação entre eles elevada ao quadrado (FORNELL; LARCKER, 1981; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017)

2.3.1. Validade Fatorial

A validade fatorial é um dos principais métodos de validade de construto utilizados atualmente (GAUER; GOMES; HAASE, 2010) que visa analisar a dimensionalidade do instrumento, ou seja, busca determinar a estrutura fatorial que melhor explica a intercorrelação dos itens. Basicamente, essa análise assume que as respostas dadas pelos sujeitos aos itens são determinadas pela relação linear destes itens com os construtos latentes (PASQUALI, 2009).

É uma técnica de avaliação da validade muito útil para refinar escalas com uma grande quantidade de itens e utilizadas para medir construtos como personalidade, padrões de comportamento ou atitudes (LAROS, 2012). Nas análises fatoriais, os fatores representam os construtos latentes que explicam as variáveis observáveis, isto é, os itens (FILHO; JÚNIOR, 2010).

A Análise Fatorial é um conjunto de técnicas psicométricas utilizadas durante a avaliação da validade de construto, podendo ser exploratória ou confirmatória. Quando não há um modelo fatorial que correlacione os itens ao construto, os dados obtidos a partir da aplicação de um instrumento a um N de respondentes são submetidos a uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) para se buscar a covariância entre os itens e os fatores que melhor explicam essa covariância, estabelecendo a melhor estrutura fatorial para o instrumento (DAMÁSIO, 2012).

Uma confusão comum costuma acontecer em pesquisas de validação quando se fala de análise fatorial: o uso da Análise de Componentes Principais (ACP) como se esta fosse similar a Análise Fatorial Exploratória. Ambas podem ser utilizadas como técnicas de redução de dados, mas, como os próprios nomes apontam, a AFE gera fatores, enquanto a ACP gera componentes (DAMÁSIO, 2012). Para diferenciar esses dois conceitos, primeiro, é necessário entender como os itens são agrupados nesse tipo de análise.

Quando há um número de itens sendo respondidos por um grande número de participantes, a teoria psicométrica afirma que a maneira como essas respostas aos itens varia é determinada por três aspectos: o construto; pelo próprio item e pelo erro aleatório. Essa variação recebe o nome de variância (DAMÁSIO, 2012).

O construto explica a Variância Comum (V_c) entre todos os itens, o que torna coerente a ideia da criação de instrumentos de medida. No entanto, o item possui uma porção de variância, também explicada pelo construto, mas não compartilhada com os demais itens, chamada de Variância Específica (V_i). Sobra, ainda a porção da variância do item que não é explicada pelo construto e nem compartilhada e, por isso, é considerada aleatória: a Variância de Erro (V_e) (DAMÁSIO, 2012). A **Figura 1** demonstra a proporção em que os Item I e II, representados pelas elipses, possuem de variância específica (V_i), de variância de erro (V_e) e partilham da variância comum (V_c) em relação ao Fator.

Figura 1. Variâncias Comum, Específica e de Erro dos itens

Fonte: Adaptado de DAMÁSIO, 2012

A questão colocada é que, ao se construir um instrumento de medida, o que importa é medir a variância comum, ou seja, a porção em que os itens representam juntos o construto. O problema é que a ACP inclui tanto a variância comum quanto a variância específica, devolvendo resultados com cargas fatoriais infladas (LAROS, 2012).

Já a AFE inclui no cálculo das cargas fatoriais apenas a variância comum, o que realmente importa para a determinação dos fatores latentes. Assim, a ACP parte da variância observada das variáveis, sendo mais útil quando o objetivo é a redução de um grande número de dados, enquanto a AFE parte da covariância das variáveis, sendo mais adequada para a estimação de fatores que explicam essa covariância (DAMÁSIO, 2012; LAROS, 2012).

Após a exploração dos dados por meio da AFE, cada variável (item) do instrumento recebe um valor estimado de carga fatorial para cada fator encontrado. Se esse valor for igual ou superior a 0,40 para determinado fator, é dito que essa variável está carregada nesse fator ou que o fator explica a variável (HAIR et al., 2009).

Agora, se já existe um modelo teórico sobre a estrutura fatorial de um determinado instrumento, ou análises empíricas anteriores sobre a mesma, e o pesquisador deseja testar a

hipótese de que esse modelo se ajusta a um novo conjunto de dados observados, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é a técnica recomendada. Uma AFC é um tipo especial de Modelagem por Equação Estrutural de grande valor em revisões e refinamento das qualidades psicométricas de instrumentos psicológicos (LAROS, 2012).

A qualidade do ajuste dos dados ao modelo proposto *a priori* pode ser medida pelos chamados *fit indices* ou índices de ajuste ao modelo. Uma série desses indicadores têm sido recomendados pela literatura e o consenso sobre quais devem ser reportados muda muito ao longo do tempo (HU; BENTLER, 1999; PILATI; LAROS, 2007; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008; KENNY, 2015).

Os principais índices recomendados como indicadores de bom ajuste estão divididos em três categorias: os índices de ajuste absoluto; os índices de ajuste comparativo (ou incremental) e os índices de ajuste de parcimônia. Os índices de ajuste absoluto determinam o quão bem o modelo se adequa aos dados da amostra e, por isso, são a indicação mais fundamental de ajuste do modelo. Ao contrário dos índices comparativos, seu cálculo não leva em conta qualquer modelo de base e, por isso, é chamado de absoluto (PILATI; LAROS, 2007; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008).

Os índices de ajuste comparativo, ao contrário do absoluto, comparam o modelo do teste com o modelo nulo (ou independente), isto é, o pior modelo possível. Deste modo a maior distância entre esses dois modelos indica um melhor ajuste. Já os índices de ajuste de parcimônia informam sobre a adequação do modelo por meio da relação entre o número de parâmetros e o número de pontos de dados na matriz de covariância (PILATI; LAROS, 2007; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008; KENNY, 2015).

Os índices de ajuste absoluto são o Qui-quadrado (X^2) dividido pelos graus de liberdade ($X^2/g.l.$), o *Root mean square error of approximation* (RMSEA), o *goodness-of-fit statistic* (GFI), o *adjusted goodness-of-fit statistic* (AGFI), o *root mean square residual* (RMR) e o *standardised root mean square residual* (SRMR).

O qui-quadrado representa a magnitude da discrepância entre as matrizes de covariância da amostra e do modelo absoluto. As críticas ao uso do qui-quadrado dizem respeito a sua sensibilidade ao tamanho da amostra. Por isso, como modo de minimizar os problemas relativos ao tamanho da amostra, os pesquisadores passaram a utilizar a relação entre o chi-quadrado e os graus de liberdade (X^2/gl) (HU; BENTLER, 1999; BARRET, 2007; KENNY, 2015). Não há na

literatura um consenso sobre o valor adequado dessa medida. Alguns autores dizem que um valor abaixo de cinco começa a ser razoável (WHEATON; MUTHÉN; SUMMERS, 1977). Outros dizem que o valor não deve exceder 3 (BYRNE, 2006).

A RMSEA é a medida da discrepância por graus de liberdade que testa o ajuste próximo do modelo pela comparação entre o modelo sendo testado e um modelo saturado em relação ao mesmo grupo de dados. Quanto ao valor do RMSEA, novamente há controversa, com recomendações de valores abaixo de 0,08 (HU; BENTLER, 1999; PILATI; LAROS, 2007) e outras que dizem que valores abaixo de 0,1 são aceitáveis para a maioria dos modelos (HAIR et al., 2009). Este é um índice muito popular e chegou a ser considerado um dos índices mais informativos (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008).

O GFI e o AGFI são índices que se baseiam na estimação da variância explicada. Valores próximos a 1 são recomendados, sendo aceitos modelos com valor acima de 0,90, sendo que modelos ótimos são aqueles acima de 0,95 (PILATI; LAROS, 2007). Como essas medidas são muito influenciadas pelo tamanho da amostra e pelos graus de liberdade, muitos autores não as recomendam (SHARMA et al., 2005; KENNY, 2015).

O RMR e sua variação, o SRMR, são índices de ajuste que se baseiam nos resíduos que testam a distância, ou a diferença, entre as correlações observadas e as correlações previstas (PILATI; LAROS, 2007; KENNY, 2015). Valores abaixo de 0,08 são, geralmente, indicadores de bom ajuste (HU; BENTLER, 1999).

Os principais índices de ajuste comparativo são o *Normed-fit Index* (NFI) e o *Comparative fit Index* (CFI). O NFI compara o qui-quadrado do modelo proposto com o qui-quadrado do modelo nulo (o pior modelo possível). Valores acima de 0,90 são os recomendados, sendo melhores valores acima de 0,95. O grande problema deste índice é sua sensibilidade ao tamanho da amostra, pois ele subestima o ajuste quando o número de participantes está abaixo de 200 (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008; KENNY, 2015).

O CFI é o NFI revisado que funciona bem mesmo se a amostra for menor que 200. Os valores de referência do CFI são os mesmos do NFI, isto é, suficientes entre 0,90 e 0,95 e ótimos acima de 0,95 (PILATI; LAROS, 2007; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008).

Os índices de ajuste de parcimônia mais utilizados são o *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI) e o *Parsimony Normal Fit Index* (PNFI). O PCFI é baseado no CFI ajustado ao

rácio de parcimônia, enquanto o PNFI é o NFI também ajustado. Considera-se que esses índices indicam ajuste quando acima de 0,5 (MEYERS; GAMST; GUARINO, 2013).

Reportar os índices de ajuste resultantes de uma AFC é um assunto que gera muita discussão entre os pesquisadores, pois não há um consenso universal sobre o ponto de corte específico e nem mesmo sobre que combinação de índices deve ser reportada. No entanto, alguns autores defendem que uma combinação mínima deve incluir o qui-quadrado sobre os graus de liberdade (X^2/gl) juntamente com o valor de p , o CFI, o RMSEA; o SRMR e o um índice de ajuste de parcimônia como o PNFI ou o PCFI. Esses índices se tornaram populares por serem menos afetados pelo tamanho da amostra que os demais (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008).

Se o modelo testado pelo pesquisador se ajusta aos dados depois de passar pela avaliação de uma AFC, está provado que este é um modelo de estrutura fatorial possível e, portando, com validade de construto (HAIR et al., 2009). No entanto, se o ajuste não ocorrer, isso é um indicativo de que há um problema com a teoria que subjaz o modelo fatorial proposto (AMORIM et al., 2013).

Outra questão que preocupa pesquisadores quando estes trabalham com a Análise Fatorial é o tamanho da amostra que seria suficiente para garantir resultados confiáveis. A literatura, mais uma vez, não encontra um consenso sobre este assunto, pois, na verdade, o tamanho amostral necessário é relativo à qualidade do instrumento e da sobredeterminação do construto, isto é, o quanto claramente o fator é representado pelo conjunto de itens (DAMÁSIO, 2012). Como recomendações, são sugeridas amostras de no mínimo 100 sujeitos, com pelo menos 5 respondentes por item (HAIR et al., 2009). No entanto, a concordância atual é que quanto maior a amostra, melhor (DAMÁSIO, 2012).

Com bons índices de ajuste, é comum avaliar as validades convergente e discriminante do modelo de uma AFC. Uma maneira de fazer isso é a partir da observação das cargas fatoriais de cada variável em seu fator, já que cargas fatoriais altas indicam que os itens convergem para um ponto em comum, isto é, apresentam validade convergente. No caso de estudos exploratórios, cargas de 0,4 são aceitas, mas nos estudos confirmatórios esse ponto de corte sobe para 0,5 ou maiores (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Baseando-se nas cargas fatoriais, a Variância Média Extraída (VME) é uma medida que vem sendo amplamente utilizada em pesquisas para avaliar a validade convergente durante as

análises fatoriais confirmatórias (FORNELL; LARCKER, 1981; HUANG; et al, 2013). A VME é a média das cargas fatoriais ao quadrado verifica e pode ser definida como a média de variância dos itens que é explicada pelo fator latente. Após calculada, um valor igual ou acima de 0,5 é indicativo de validade convergente (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017), mas valores acima de 0,4 que apresentem Confiabilidade Composta acima de 0,6 indicam, igualmente, boa validade convergente (FORNELL; LARCKER, 1981; HUANG; et al, 2013).

A VME também é utilizada para avaliar a validade discriminante entre os fatores durante uma AFC. Para isso, basta calcular a raiz quadrada da VME para cada fator em um modelo. Caso o resultado seja maior do que a correlação entre os fatores, considera-se que há validade discriminante (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Outro método similar utilizado é comparar a VME com a correlação ao quadrado entre os fatores. A mesma maneira, caso a VME seja maior do que a correlação ao quadrado, há validade discriminante (FORNELL; LARCKER, 1981).

2.4. Confiabilidade de instrumentos adaptados

Além da Validade, outro aspecto importante de ser avaliado em instrumentos adaptados é a Confiabilidade da medida. A Confiabilidade, ou Precisão, pretende determinar o quanto um instrumento é capaz de medir o construto proposto com o menor número possível de erros e com constância ao longo do tempo (PASQUALI, 2013). A avaliação da confiabilidade da medida pode ser feita usando critérios de *correlação* ou de *consistência interna*. Os principais métodos de correlação são a confiabilidade *teste-reteste*; a confiabilidade por *formas paralelas* e a confiabilidade *entre observadores*. Já os métodos de consistência interna são o *método das duas metades*; o método de *alfa de Cronbach* e o método da Confiabilidade Composta (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Dos métodos de correlação, a confiabilidade teste-reteste baseia-se no pressuposto da estabilidade da medida ao longo do tempo. Sua avaliação depende do nível de correlação existente entre os scores dos mesmos indivíduos respondendo ao mesmo teste em duas situações diferentes e independentes. Se a correlação entre os escores obtidos após as duas aplicações for positiva e significativa com um valor acima de 0,85, considera-se que a medida é confiável. A literatura ainda não apresenta consenso sobre o período de tempo ideal que deve existir entre as

duas aplicações, mas essa decisão deve levar em conta o tipo de construto avaliado, as características do instrumento e o efeito de aprendizagem ou recordatório (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

O método de formas paralelas é avaliado por meio de um coeficiente de equivalência entre dois testes similares que avaliem um mesmo atributo. Esta forma de confiabilidade apresenta problemas de aplicabilidade devido a grande dificuldade de se dispor de versões similares de um novo teste. O outro método de avaliação da confiabilidade por correlação é o escore entre observadores. Nesta forma, são estabelecidos critérios *a priori* pelos quais vários observadores diferentes devem avaliar a medida. A confiabilidade se mede pela porcentagem de concordância entre os observadores ou pelo nível de correlação das respostas dos avaliadores calculada por meio de alguma medida de correlação (Pearson, Spearman ou Kendal), pelo coeficiente de Kappa de Cohen ou pelo coeficiente de correlação Intraclass (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

A consistência interna é medida por meio da correlação entre os itens de um mesmo instrumento e de cada um dos itens com o escore total. Essa forma de avaliação exige apenas uma sessão de testagem, o que a torna de fácil aplicabilidade e não afetada pela influência do tempo. Uma questão importante é relativa ao tamanho da amostra, pois, para se calcular a consistência interna de forma ideal, são necessários de 5 a 20 participantes por item do instrumento, somando uma amostra de 100 a 400 participantes (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016). Outra questão é que a consistência interna é afetada pelo número de itens, sendo maior quando maior o número de itens. Deste modo, instrumentos com muitos itens precisam ser avaliadas com cautela (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016; ALEXANDRE; NEVES, 2018).

O método das duas metades consiste em dividir um instrumento em duas metades semelhantes e comparáveis entre si. É de costume separar os itens ímpares dos pares, levando em conta a equivalência de conteúdo e de dificuldade dos itens. As pontuações dos respondentes a cada uma das duas metades são comparadas pelo método de correlação adequado às características do instrumento e, se a medida for confiável, haverá correlação positiva e significativa, o que significa boa consistência interna. A principal crítica a este método é que ao dividir um instrumento em duas partes, é quase impossível garantir que as duas partes mantenham suas qualidades psicométricas e que sejam equivalentes em conteúdo e dificuldade (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

O coeficiente alfa de Cronbach analisa, estatisticamente, o grau de covariância dos itens entre si, servindo como um indicador da consistência interna do instrumento. A lógica presente aqui é a de que quanto menos variabilidade um mesmo item produz em determinada amostra de participantes, menos erro ele provoca, o que garante a precisão (PASQUALI, 2013). O valor do alfa de Cronbach é a média dos coeficientes de correlação, sendo capaz oferecer informações sobre as correlações de cada item do instrumento. Caso estas se mostrem baixas para algum item, é recomendado que ele seja excluído para aumentar a confiabilidade do teste todo (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

Quanto mais próximo de 1, mais o valor de alfa indica correlação entre os itens e, consequentemente, uma maior consistência interna do instrumento. Para que o nível de consistência interna seja considerado aceitável o valor de alfa precisa ser igual ou maior que 0,7 (PASQUALI, 2013). Outra característica do alfa é que ele leva em conta que o instrumento mede apenas um atributo, baseando-se na unidimensionalidade. Por esse motivo, testes que apresentem vários domínios devem ter seu alfa calculado para cada domínio. Essa mesma característica gera confusão entre pesquisadores que, muitas vezes, utilizam o alfa de Cronbach para avaliar a dimensionalidade de testes, quando esta deveria ser testada por técnicas como a análise fatorial (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

A Confiabilidade Composta (CC) é um método de avaliação da confiabilidade por meio da consistência interna geralmente utilizado em AFC e que tem se mostrado um indicador de precisão mais forte que o alfa de Cronbach, uma vez que a CC considera as diferenças entre as cargas fatoriais dos itens, enquanto o alfa de Cronbach fixa as cargas como iguais para todas as variáveis (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Apesar da falta de consenso, têm-se adotado o ponto de corte de 0,7 como um bom valor de precisão na CC (HAIR et al., 2009).

Finalmente, devidamente adaptado e com propriedades psicométricas satisfatoriamente avaliadas, um instrumento originalmente construído para determinada cultura estará disponível, também, para uso em outro contexto cultural.

Apesar de ser um método importante, recomendado e muito utilizado, a adaptação cultural de testes e outros instrumentos de medida apresenta alguns limites que não podem ser ignorados. Grande parte das pesquisas realizadas nesse campo têm sido invalidadas devido à inequação da aplicação do método (BORSA et al, 2012).

Isso se dá, justamente, por causa de limitações como a notória falta de consenso metodológico sobre os procedimentos a se seguir; a alta complexidade do processo completo e pelo fato de as diferenças culturais não se aterem apenas ao campo idiomático, mas também aos valores e costumes que, muitas vezes, são quase impossíveis de serem adaptados. É por esse motivo que autores e o ITC têm prezado pela combinação e pelo melhor uso dos passos e técnicas descritas acima, bem como pelo registro rigoroso dos dados durante todo o processo (BORSA et al, 2012; CASSEP-BORGES et al, 2010).

2.5. Apresentação do instrumento Family Nursing Practice Scale (FNPS)

A FNPS foi desenvolvida pelas pesquisadoras Peggy Simpson e Marie Tarrant com o objetivo de avaliar as mudanças na prática da Enfermagem Familiar após a realização de um programa educativo em EFS destinado aos enfermeiros de um hospital psiquiátrico de Hong Kong (SIMPSON; TARRANT, 2006).

O instrumento visa medir as atitudes dos enfermeiros diante do trabalho com famílias; a avaliação crítica dos enfermeiros sobre a prática da EFS (conhecimentos, habilidades, confiança e satisfação) e as reflexões dos enfermeiros sobre o relacionamento entre enfermeiros e famílias (planejamento do cuidado, promoção da participação da família, reconhecimento de vieses e a reciprocidade na relação terapêutica). Essas dimensões foram baseadas no levantamento das necessidades de enfermeiros de Hong Kong e no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Para o desenvolvimento dos itens, foi conduzida uma revisão de literatura sobre as necessidades de enfermeiros no trabalho com famílias e, posteriormente, realizada uma avaliação das necessidades de 22 enfermeiros de um centro psiquiátrico de cuidados intensivos de Hong Kong. Esses profissionais responderam a questões abertas sobre sua prática com famílias e sobre o que facilitaria a relação enfermeiro-família.

A partir da análise de conteúdo das respostas, foram identificados temas principais sobre os quais foi criada uma lista de itens relacionados aos objetivos de um programa educativo em EFS. Para avaliar a relevância dos itens, um comitê de especialistas foi formado e o instrumento final foi construído na língua inglesa com 10 itens de escala tipo Likert e 3 questões abertas (SIMPSON, TARRANT, 2006).

A FNPS foi então adaptada para o Cantonês por meio do processo de adaptação cultural e analisada para garantir as equivalências conceituais, semânticas e operacionais entre a versão original e a adaptada. Para o processo de validação, tanto a escala em inglês quanto a em Cantonês foram apresentadas a 140 enfermeiros psiquiátricos de Hong Kong que participaram do programa educativo em EFS. Os participantes poderiam escolher entre os dois idiomas, mas como todos optaram pela escala em inglês, esta foi mantida como padrão (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Foram realizadas estatísticas descritivas para todas as variáveis analisadas. Para avaliar a estrutura fatorial da escala, determinou-se a distribuição das frequências para todos os itens para identificar qualquer item problemático. A frequência se mostrou normal e não foram encontrados vieses de resposta. Para examinar a estrutura fatorial, foi utilizada a técnica de análise dos componentes principais com método de rotação ortogonal varimax, tanto com estrutura de fator aberta quanto com uma estrutura restrita a dois fatores (SIMPSON, TARRANT, 2006). Os critérios adotados para o exame dos itens foram: (a) Carga fatorial; (b) Autovalores, (c) proporção da variância e (d) Teste Scree. Para serem mantidos, os itens da escala deveriam apresentar cargas fatoriais iguais ou maiores que 0.4 (SIMPSON, TARRANT, 2006).

O exame do Scree Plot revelou que os dados eram consistentes com uma solução de dois fatores. O primeiro fator foi nomeado Avaliação da Prática (AP) (*Practice Appraisal*), formando uma subescala com cinco itens que representam a avaliação crítica dos enfermeiros sobre sua própria prática em enfermagem familiar. O segundo fator foi nomeado Relacionamento Enfermeiro-Família (REF) (*nurse-family relationship*), formando uma subescala de cinco itens que representam a avaliação dos enfermeiros sobre a relação enfermeiro-família (SIMPSON, TARRANT, 2006). As cargas fatoriais de cada item da FNPS original estão apresentadas na Tabela 1.

Nos testes de confiabilidade, o alfa de Cronbach foi de .85 para a subescala AP e .73 para a subescala REF. Para a escala total, o coeficiente foi de .84, valores que excedem o mínimo recomendado para novos instrumentos de .7. Os coeficientes de correlação item-total corrigidos foram todos positivos e variaram de .76 a .83 na subescala AP e de .64 a .79 na subescala REF (SIMPSON, TARRANT, 2006).

O uso da escala juntamente com as questões abertas que exploram as atitudes diante do trabalho com famílias e as mudanças no pensamento sobre a prática da enfermagem familiar

oferece uma abordagem multimétodo que realça a validade do FNPS e possibilita uma visão mais compreensiva das mudanças na prática em enfermagem familiar.

O instrumento é útil na avaliação de programas educativos em enfermagem familiar com grandes números de enfermeiros. É um questionário de autorrelato fácil de ser usado e que não leva mais que 15 minutos para ser respondido. Está disponível em inglês e em cantonês. Os resultados obtidos até o momento são para uma população de enfermeiros inseridos no contexto psiquiátrico. Faz-se necessário avaliar suas propriedades em enfermeiros não psiquiátricos que trabalhem com enfermagem familiar (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Tabela 1. Carga fatorial de cada item por fator da *Family Nursing Practice Scale* (FNPS)

Itens	Descrição do item	Fator	
		AP	REF
4	My Skill in Working with the Family system is	.842	-
3	My knowledge of Family systems nursing is	.818	-
5	I feel comfortable in initiating Family involvement in nursing care plan	.753	-
1	My confidence level in working with Families is	.751	-
2	My level of satisfaction with Family nursing is	.671	-
3	I promote patient/Family participation, choice, and control in meeting health care needs	-	.801
5	I avoid interference of my own biases when collecting data about patients and Families	-	.715
1	I plan nursing interventions in consultation with the patient and Family	-	.692
4	My involvement with Families is mostly rewarding	.353	.584
2	Families Always approach me about their ill relative	-	.506

Fonte: Baseado em Simpson e Tarrant (2006)

O escore possível de se obter ao responder a FNPS varia de 10 a 50. Como os itens possuem a escala tipo-Likert invertida, quanto menor a pontuação obtida, maiores são os índices de práticas e atitudes pró-família do enfermeiro, enquanto pontuações altas indicam baixos níveis de práticas e atitudes pró-família.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Realizar a adaptação cultural do questionário *Family Nursing Practice Scale* (FNPS) para o contexto brasileiro, analisando as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar.

3.2. Específicos

- Traduzir o instrumento para o Português do Brasil
- Avaliar as equivalências semânticas, idiomática, conceitual e cultural da versão adaptada do instrumento
- Avaliar a validade de conteúdo da versão adaptada do instrumento
- Avaliar a validade de construto da versão adaptada do instrumento.
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do instrumento.

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Estudo metodológico e transversal, com a finalidade de adaptar e validar o instrumento *Family Nursing Practice Scale* (FNPS) para a realidade brasileira. Os estudos metodológicos têm como principal objetivo a investigação de novos métodos para coleta e organização de dados. Podem se tratar tanto do desenvolvimento de ferramentas, protocolos e métodos de pesquisa quanto da avaliação e validação desses mesmos instrumentos (LIMA, 2011).

4.2 Processo de tradução e adaptação cultural adotado

O processo de adaptação cultural foi escolhido considerando uma combinação entre as recomendações de Beaton et al (2000), Cassep-Borges et al (2010) e Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Esses autores defendem que a adoção dos seguintes passos é adequada para a adaptação de instrumentos para a realidade brasileira: 1. Permissão para adaptar; 2. Tradução Inicial; 3. Consenso entre as versões traduzidas; 4. Comitê de Juízes; 5. Retrotradução; 6. Consenso entre as versões da retrotradução; 7. Avaliação pelo autor original; 8. Análise Semântica; 9. Piloto; 10. Análise das propriedades psicométricas da versão final. A Figura 2 apresenta um esquema para a visualização do processo de adaptação.

Figura 2. Etapas do processo de Adaptação Cultural e Validação da *Family Nursing Practice Scale*

4.2.1 Permissão dos autores para a adaptação cultural e uso do instrumento

A permissão para a adaptação cultural do instrumento *Family Nursing Practice Scale* foi concedida pela autora Peggy Simpson em 21 de março de 2016 (Anexo A). O contato foi realizado via correio eletrônico pela aluna de doutorado Heloísa França Badagnan que desenvolve uma pesquisa com o objetivo de avaliar se ocorrem mudanças nas atitudes, reflexões e práticas de enfermeiros depois de participarem de um programa Educativo em Enfermagem Familiar. Após ser concedida a permissão, a autora encaminhou a versão original do FNPS (Anexo B).

4.2.2 Tradução Inicial do FNPS para o português

Foram realizadas duas traduções do FNPS por duas tradutoras bilíngues, nativas e residentes no Brasil. Ambas são fluentes tanto em português quanto em inglês, sendo uma delas tradutora juramentada. Ambas foram selecionadas por possuírem experiência profissional em traduções de instrumentos para estudos de adaptação cultural.

As tradutoras foram contatadas pelos respectivos contatos profissionais e receberam, cada uma, uma cópia da versão original da FNPS juntamente com a orientação de que realizassem a tradução independentemente. Esse processo resultou nas **Versão Português 1 (VP1)** (Anexo C) e **Versão Português 2 (VP2)** (Anexo D).

4.2.3 Consenso e síntese das versões VP1 e VP2

O pesquisador e a orientadora do estudo se reuniram com as tradutoras em 7 de dezembro de 2017 para realizar a síntese entre a VP1 e a VP2 do FNPS. Foi esclarecido o objetivo principal de comparar as duas traduções entre si e com a versão original, buscando consenso sobre a melhor tradução possível, tanto do ponto de vista da equivalência semântica entre os idiomas quanto da linguagem técnica.

Todos os presentes receberam cópias das duas versões traduzidas, juntamente com a cópia da versão original do FNPS. Foram lidas e discutidas, frase por frase, até que se obter consenso sobre as melhores palavras que mantêm o significado de cada item o mais próximo possível da

versão original e, ao mesmo tempo, coerente com o contexto cultural brasileiro. Uma vez obtido o consenso, foi gerada a **Versão Português por Consenso 1 (VPC1)** (Apêndice A).

4.2.4 Avaliação da Validade de Conteúdo pelo comitê de juízes especialistas

Após ser sintetizado na versão VPC1, o instrumento foi submetido à avaliação de um comitê de especialistas, visando garantir as validades de face e de conteúdo, bem como as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Para isso, foram convidados cinco especialistas diferentes, todos com conhecimento da língua inglesa: Quatro enfermeiros docentes e pesquisadores, todos estudiosos da Enfermagem Familiar, sendo dois experientes em pesquisas de adaptação e validação de instrumentos; e uma psicóloga, pesquisadora e especialista em avaliação psicológica, com experiência em processos de construção e adaptação de instrumentos.

Os especialistas foram convidados através de uma carta-convite (Apêndice B) enviada por e-mail. Após concordarem em participar do estudo como Juízes Especialistas, quatro deles receberam pessoalmente um envelope contendo: a Versão original do FNPS (Anexo B); a versão VPC1 (Apêndice A); um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (Apêndice C); e um Formulário de Avaliação da Validade de Conteúdo (Apêndice D). Por residir em outro estado, o quinto juiz recebeu os mesmos documentos por meio de correio eletrônico.

Todos receberam instruções sobre os objetivos da pesquisa, sobre a escala e os construtos envolvidos. Cada juiz foi instruído a assinalar, no formulário de avaliação da validade de conteúdo, o nível em que cada item possuía de clareza de linguagem, de pertinência prática e de relevância teórica. Após completarem a avaliação, os juízes devolveram os documentos ao pesquisador para que as análises fossem feitas a partir do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) utilizando o *software Microsoft Office Excel 2016*. Os resultados das análises encontram-se na seção Resultados deste trabalho. Esse procedimento gerou a **Versão Português por Consenso 2 (VPC2)** (Apêndice E).

4.2.5 A Retrotradução

A Retrotradução da VPC2 foi realizada por dois tradutores diferentes, fluentes em português do Brasil e nascidos em países de língua inglesa: um na Inglaterra e outro no Canadá.

Ambos trabalham como tradutores e docentes de cursos de inglês; não conheciam os objetivos da pesquisa e nem mesmo o instrumento FNPS, mas já haviam participado de estudos como este.

O contato foi realizado por meio de telefone e o material foi enviado via e-mail. Os dois trabalharam traduzindo independentemente. Nesta etapa foram geradas a **Versão em Inglês 1 (VI1)** (ANEXO E) e a **Versão em Inglês 2 (VI2)** (ANEXO F).

4.2.6 Consenso entre as versões em inglês e comparação com a versão original

O pesquisador deste estudo e os dois tradutores nativos em língua inglesa reuniram-se no dia 18 de fevereiro de 2018 para buscar o consenso entre as versões VI1, VI2, VPC2 e a versão original e sintetizá-las em uma única versão em inglês.

Durante a reunião, o pesquisador explicou aos tradutores o objetivo da pesquisa e como deveriam proceder. As cópias das versões acima citadas foram entregues a eles e o pesquisador passou a ler, pausadamente, cada frase das versões VI1 e VI2, pedindo para que os tradutores as comparecem entre si, com a versão original e com a VPC2. Foi solicitado para que buscassem a maior equivalência semântica, idiomática e cultural possível. Todas as modificações realizadas em consenso foram anotadas pelo pesquisador e estão apresentadas na seção Resultados.

Ao final desta etapa, foi obtida a **Versão em Inglês por Consenso (VIC)** (APÊNDICE F).

4.2.7 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original

A VIC foi enviada por e-mail para a Dra. Peggy Simpson no dia 22 de fevereiro de 2018 para ser avaliada e receber sugestões de modificação. A resposta foi recebida por e-mail no dia 28 de fevereiro de 2018 (ANEXO G).

As modificações realizadas de acordo com as sugestões da Dra. Peggy Simpson encontram-se na seção Resultados deste trabalho. Esta etapa gerou a **Versão Português por Consenso 3 (VPC3)** (APÊNDICE I).

4.2.8 Análise Semântica

Com a finalidade de verificar se os itens são compreensíveis para a população-alvo e se algum deveria ser reavaliado, foram selecionadas quatro enfermeiras assistenciais que não possuem qualquer pós-graduação, de modo que representam o extrato com menor formação da população-alvo do instrumento adaptado.

Duas das participantes prestam serviços de *Home Care*, das quais uma já trabalhou em um centro de referência em saúde da mulher. As outras duas participantes prestam assistência em hospitais do interior do estado de São Paulo. Todas foram contatas por e-mail e concordaram em participar deste estudo.

Ainda por e-mail, foram informados os objetivos de todo o estudo e desta etapa em especial. Foram enviados, em anexo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), a VPC3 e o Questionário de Análise Semântica (APÊNDICE H), um instrumento desenvolvido pelo DISABKIDS *Groupe Europe* (2004) voltado para a utilização em análises semânticas e que já está adaptado para o português do Brasil (FEGADOLLI et al, 2010).

Todas as participantes foram orientadas a assinar o termo de consentimento, ler e responder à VPC3 e, em seguida, responder ao Questionário de Avaliação Semântica. Após prontos, todos os arquivos foram enviados de volta por e-mail para o pesquisador deste estudo. As respostas das participantes foram avaliadas pelo pesquisador e pela orientadora do estudo e não mostraram necessidade de novas modificações.

Esta etapa gerou a **Versão Pré-Final** (VPF) do FNPS (APÊNDICE I) para a aplicação na fase piloto deste estudo.

4.2.9 Piloto

Foi realizado um estudo Piloto com a VPF do instrumento para testar o método de coleta de dados e verificar como os dados se comportariam. Esta etapa foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP.

Foram coletados os dados de 48 enfermeiros assistenciais e de 12 enfermeiros chefes que também prestam assistência, totalizando 60 participantes. A amostra foi composta por conveniência e a coleta foi realizada em todos os andares, nos períodos da manhã, tarde e noite.

O contato aconteceu pessoalmente com todos os participantes em seu próprio local de trabalho. O pesquisador se apresentava ao enfermeiro responsável e pedia permissão para falar com a equipe de enfermagem. Em seguida, abordava os enfermeiros, explicando sobre o objetivo da pesquisa e como seria sua participação. Ao aceitar participar, o enfermeiro recebia um envelope contendo: duas vias de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE J); o Questionário de Caracterização Sociodemográfica (APÊNDICE K) e a VPF da escala. O pesquisador, então, propunha que o envelope ficasse com o enfermeiro para que ele respondesse quando sua rotina de trabalho permitisse, lembrando-o de ficar com uma via do TCLE.

Posteriormente, os envelopes foram recebidos com dia e hora marcada entre o pesquisador e o participante. No momento do recebimento, o pesquisador pedia para que o enfermeiro comentasse suas percepções sobre a escala.

Quando o número de observações chegou a 60, o pesquisador realizou análises prévias da confiabilidade e da estrutura fatorial do instrumento por meio do alfa de Cronbach e da Análise Fatorial Exploratória, respectivamente. A amostra mínima para análises preliminares é de 50 participantes, segundo a literatura (TERWEE et al., 2007). Os resultados obtidos estão na sessão Resultados deste trabalho. Esta etapa gerou a **Versão Final (VF)** (APÊNDICE I). Como os resultados obtidos foram satisfatórios e não houve problemas no procedimento de coleta, os participantes do estudo piloto foram incluídos na amostra final.

4.3 Análise das propriedades psicométricas da versão VF

4.3.1 Análise da Validade

4.3.1.1 Validade de Face e de Conteúdo

As validades de Face e de Conteúdo da versão adaptada do FNPS foram averiguadas por meio do consenso entre os profissionais do comitê de juízes. Isto é, verificou-se se o instrumento parece medir aquilo que se propõe a medir, sua relevância teórica, pertinência prática e clareza da linguagem. A medida quantitativa utilizada para atestar a Validade de Conteúdo foi o Coeficiente de Validade de Conteúdo já descrito anteriormente.

4.3.1.2 Validade de Construto

Foi avaliada a Validade Construto da VF do FNPS por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A validade convergente foi avaliada pelo valor da VME associada ao valor da CC. A validade discriminante foi avaliada por meio da comparação entre a raiz quadrada da VME e a correlação entre os fatores AP e REF da versão adaptada da FNPS.

4.3.2 Análise da Confiabilidade

A Confiabilidade da medida da VF do FNPS foi avaliada pelos métodos de consistência interna dos itens: índice alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta. Foi avaliada a confiabilidade tanto das subescalas quanto da escala total, adotando como adequados apenas valores acima de 0.7.

4.4 Procedimentos

4.4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP, incluindo o HC Criança. Foram pesquisadas todas as alas nas quais trabalham enfermeiros assistenciais, exceto o CER – Centro de Reabilitação.

4.4.2 Participantes e critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Enfermeiros de qualquer idade, sexo e gênero que trabalham diretamente na prestação de assistência à saúde de pacientes atendidos em qualquer ala do HCFMRP e que concordaram em participar do estudo.

Critério de exclusão: Não ter concluído graduação em enfermagem ou não trabalhar diretamente na assistência à saúde de pacientes.

A amostra deste estudo foi por conveniência, composta por 144 enfermeiros que trabalham na assistência do HCFMRP, sendo que 22 enfermeiros-chefes que também prestam assistência. O tamanho da amostra foi definido a partir da literatura que diz que, nos estudos de validação de instrumentos, uma amostra de 5 a 10 sujeitos por item se faz adequada, sendo esperado um mínimo de 100 participantes (SAPANAS; ZELLER, 2002; HAIR et al., 2009; DAMÁSIO, 2012). Como o FNPS é composto por 10 itens de escala de tipo Likert e o estudo contou com 144 participantes, o tamanho amostral parece adequado.

4.4.3 Instrumentos de coleta de dados

Além da VF adaptada do FNPS, descrita anteriormente, também foi utilizado o Questionário de Caracterização Sociodemográfica (APÊNDICE K) descrito abaixo.

4.4.3.1 Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Questionário para realizar a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros a partir dos dados: Idade; sexo; estado civil; número de filhos; tempo desde a graduação; formação em atendimento familiar; formação em saúde mental; outra pós-graduação; cargo atual; turno de trabalho; tempo de trabalho na instituição; quantidade de vínculos empregatícios; carga horária semanal e se realiza atendimento familiar.

O Questionário de Caracterização Sociodemográfica foi estruturado pelo pesquisador e pela orientadora deste estudo, fundamentados na experiência profissional da orientadora e na relevância dos dados a serem coletados.

4.4.4 Recrutamento dos sujeitos e coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada de junho a setembro de 2018 pelo pesquisador principal, contando com a ajuda de uma aluna de iniciação científica e de uma aluna de doutorado.

O contato aconteceu pessoalmente com todos os participantes em seu próprio local de trabalho. O pesquisador se apresentava ao enfermeiro responsável e pedia permissão para falar com a equipe de enfermagem. Em seguida, abordava os enfermeiros explicando sobre o objetivo

da pesquisa e como ocorreria a participação. Ao aceitar participar, o enfermeiro recebia um envelope contendo: duas vias de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE J); o Questionário de Caracterização Sociodemográfica (APÊNDICE K) e a VPF da escala. O pesquisador, então, propunha que o envelope ficasse com o enfermeiro para que ele respondesse quando sua rotina de trabalho permitisse, explicando todos os seus direitos e lembrando-o de ficar com uma das vias do termo de consentimento livre e esclarecido.

Posteriormente, os envelopes foram recebidos em dia e horário marcado entre o pesquisador e o participante. No momento do recebimento, o pesquisador pedia para que o enfermeiro comentasse suas percepções sobre a escala.

4.4.5 Processamento e análise dos dados

Após recebidos, os dados coletados pela aplicação dos instrumentos foram digitados e organizados no *software Microsoft Office Excel 2016*, conferidos e transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences, SPSS®* versão 25.0 (*IBM Corporation 2017*)¹. Como a escala de cinco pontos dos itens é invertida, as respostas aos itens foram revertidas, utilizando os *softwares* mencionados, para facilitar a interpretação dos dados.

Foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis. As variáveis numéricas como idade, número de filhos, tempo desde a graduação, tempo de trabalho, quantidade de vínculos empregatícios, carga horária semanal, e os itens da VF do FNPS foram analisadas por frequência simples, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, máximo e mínimo). Já as variáveis categóricas como sexo, estado civil, formação em atendimento familiar, formação em saúde mental, outra pós-graduação, cargo, turno, unidade e atendimento familiar foram analisadas por frequência simples.

A adequação da base de dados à aplicação da Análise Fatorial foi avaliada por meio do índice de adequação da amostra do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), estabelecendo como critério um valor acima de 0,7, e pelo teste de Esfericidade de Bartlett que considera que níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a Análise Fatorial é aplicável (DAMÁSIO, 2012).

Para a extração de fatores na AFE, foi utilizada a técnica de Fatoração pelo Eixo Principal da matriz de covariâncias e o critério foi o autovalor maior que 1. Foi utilizado o método de

rotação oblíqua Oblimin Direto para testar se há correlação entre os fatores da escala com valor acima de 0,3 ou se os fatores são independentes (FIELD, 2009; LAROS, 2012).

Posteriormente, foi realizada a AFC com o módulo especial do SPSS *Analysis of Moment Structures* (AMOS), tendo como referência os índices $X^2/g.l. < 3,0$; CFI $> 0,9$; RMSEA $< 0,1$; SRMR $< 0,08$; PNFI $> 0,6$ e PCFI $> 0,6$. Utilizou-se a matriz de covariância, adotando o método de estimação de máxima verossimilhança (*Maximum Likelihood*).

Como os *softwares* AMOS e SPSS não calculam a VME para a validade convergente/discriminante e o índice de Confiabilidade Composta, estes foram calculados com a ajuda do *Microsoft Office Excel 2016*, utilizando as fórmulas apresentadas no Quadro 1. Foram adotados os pontos de corte de VME $> 0,4$ com CC $> 0,6$ para validade convergente. Para a validade discriminante, foi levado em conta a VME maior que o quadrado da correlação entre os fatores AP e REF.

Os itens foram analisados usando a correlação item-total corrigida para a escala e para as duas subescalas usando o coeficiente de correlação produto-momento de Pearson. A confiabilidade da VF do FNPS e de suas subescalas foi analisada pelo índice alfa de Cronbach e pela CC, estabelecendo valores acima de 0.7 como aceitáveis. Para este estudo foi adotado o nível de significância de 0.05.

Quadro 1. Fórmulas para avaliação das validades convergente e discriminante e da Confiabilidade Composta

Validade Convergente a partir da VME	Validade Discriminante	Confiabilidade Composta (CC)
$VME = \sum(\lambda^2) / \sum(\lambda^2) + \sum\epsilon$	$VME > r_{\epsilon}^2$	$CC = (\sum\lambda)^2 / (\sum\lambda)^2 + \sum\epsilon$
λ^2 = cargas fatoriais padronizadas ao quadrado; $\sum(\lambda^2)$ = soma das cargas fatoriais padronizadas ao quadrado; $\sum\epsilon$ = soma das variâncias residuais padronizadas ($\epsilon = 1 - \lambda^2$)	VME com valores superiores à correlação dos fatores elevada ao quadrado (r_{ϵ}^2)	$\sum\lambda$ = soma das cargas fatoriais padronizadas; $\sum\epsilon$ = soma das variâncias residuais padronizadas ($\epsilon = 1 - \lambda^2$)

Fonte: VALENTINI; DAMÁSIO, 2016

4.4.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação recebeu a anuência da instituição coparticipante HCFMRP-USP através da autorização da diretoria da Divisão de Enfermagem no dia 21 de setembro de 2017 (ANEXO H). Foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), como Instituição Proponente, no dia 21 de novembro de 2017 (CAAE: 77821317.1.0000.5393) (ANEXO I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como Instituição Coparticipante, no dia 29 de novembro de 2017 (CAAE: 77821317.1.3001.5440) (ANEXO J).

Aos participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice J) contendo os objetivos da pesquisa e assegurando a privacidade, a não identificação e o direito de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum. O TCLE foi assinado, em duas vias, pelo pesquisador e pelo participante, cada um retendo uma via.

Todos os participantes tiveram a oportunidade de responder aos questionários em ambiente privativo de sua preferência, sendo que todos os documentos, exceto o TCLE, garantem a não identificação do participante.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados do processo de adaptação cultural

Os resultados do processo e adaptação cultural estão apresentados de acordo com as etapas adotadas: Consenso e síntese das versões VP1 e VP2; Avaliação pelo comitê de juízes especialistas; Consenso da Retrotradução; Avaliação pelo autor original; Análise Semântica e Piloto.

5.1.1 Consenso e síntese das versões VP1 e VP2

As versões **VP1**, **VP2** e a síntese **VPC1** podem ser conferidas nos Anexos C, D e Apêndice A, respectivamente. Dentre as principais decisões, optou-se pela expressão “Enfermagem Familiar” ao invés de “Enfermagem de Família”, em consonância com a expressão técnica utilizada no país. O termo “escala” no lugar de “questionário” por transmitir um significado mais ligado a avaliação. O termo “circule” ao invés de “marque” por conter uma instrução mais direta. A expressão “sistema de enfermagem de família” foi corrigida para o termo técnico correto “enfermagem familiar sistêmica”. Outras modificações foram realizadas, ainda, de modo a escolher melhores preposições e estruturas das orações para garantir a coerência e a coesão, sem alterar os sentidos originais.

5.1.2 Resultados da avaliação pelo Comitê de Juízes Especialistas

Visando a qualidade das equivalências entre a **VPC1** e a o FNPS original; garantir a representatividade dos itens em relação aos conceitos e aprimorar a clareza da linguagem, a relevância teórica e a pertinência prática da **VPC1**, os juízes especialistas sugeriram modificações na grafia de alguns itens que, após discussão, levaram ao desenvolvimento da **VPC2** (Apêndice E). Os resultados estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Modificações resultantes da avaliação pelo comitê de especialistas

Item	VPC1	VPC2
1	1. Meu nível de confiança ao trabalhar com as famílias é	1. Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é
3	3. Meu nível de conhecimento da enfermagem familiar sistêmica é	3. Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é
6	6. Eu consulto os pacientes e famílias para planejar intervenções de enfermagem	6. Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem
7	7. As famílias sempre me abordam sobre um parente doente	7. As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente
8	8. Eu encorajo a participação, a escolha e o controle do paciente/família para atender às necessidades de cuidados com a saúde	8. Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde
10	10. Eu evito a interferência de meus próprios preconceitos quando coeto, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias	10. Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coeto, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias
11	11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem ao envolver a família na avaliação e planejamento dos cuidados?	11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?
12	12. Quais são as vantagens, se existir alguma , de incluir a família na avaliação e planejamento do cuidado na sua prática de enfermagem?	12. Quais são os benefícios, se existir algum , para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?

No item 7, a palavra “familiar” foi utilizada ao invés de “parente” por carregar um sentimento maior de intimidade e melhor se adequar aos conceitos da Enfermagem Familiar. A palavra “sempre” foi evitada, pois esse tipo de advérbio de frequência, assim como “nunca”, pode gerar problemas ao se aplicar o questionário, uma vez que o respondente pode entender “sempre” como “sem exceção”. Para esta decisão, recorreu-se ao item original *Families Always approach me about their ill relative*. A expressão *always*, utilizada neste item, parece se referir a algo que acontece frequentemente e não a algo que ocorre “sempre, sem exceção”. Deste modo, optou-se pela expressão “costumam me procurar”.

Como a palavra “*approach*” está empregada no sentido de “abordar para conversar sobre algo”, considerou-se mais clara a formulação “...costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente” ao invés de “...sempre me abordam sobre um parente doente”.

No item 8, a palavra “encorajo” foi trocada por “promovo” por corresponder melhor à tradução do termo *promote* do item original e por ser uma palavra habitual no contexto da saúde que tem um sentido mais amplo que “encorajar”.

No item 10, a expressão “meus próprios preconceitos” foi substituída por “minhas próprias propensões” para corresponder melhor à palavra *biases* e para evitar o sentido pejorativo que a palavra “preconceitos” denota em nossa cultura. Foi evitado o uso da palavra “vieses” por ela ser pouco conhecida/utilizada por pessoas fora do ambiente acadêmico.

No item 12, a palavra “vantagens” foi substituída por “benefícios”. A palavra “vantagens” pode trazer uma ideia de “ganhos” como “tirar vantagem” ou obter “privilégios” (sinônimo da palavra). “Benefícios” é outro sinônimo que expressa uma noção de ser “benéfico”, “bom”, tanto para o profissional quanto para a família.

As demais modificações apresentadas foram realizadas para melhorar a clareza, a coesão e a coerência da redação dos itens, bem como aproximá-los da versão original.

Quanto à medida quantitativa, o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) foi calculado para a escala e para cada item isoladamente. Do mesmo modo, foram calculados também o CVC de cada um dos aspectos: Clareza da Linguagem; Pertinência Prática e Relevância Teórica. A fórmula e a descrição do cálculo do CVC podem ser conferidas no Quadro 3.

Quadro 3. Fórmula de cálculo do CVC

Fórmula do CVC			
I) $M_x = \sum x / J$	II) $CVCi = M_x / V_{\text{máx}}$	III) $CVCc = CVCi - (1/J)^j$	IV) $CVCt = M_{\text{cvci}} - M(1/J)^j$
Média de cada item = soma dos valores obtidos na escala tipo Likert para o item (x) pelo número de juízes (J)	CVC do item: Média do item pelo valor máximo que o item poderia alcançar	CVCc: CVC do item subtraído da constante (Pei) da fórmula (Erro)	CVC total: média do CVC do item subtraído da média da constante (Erro)
Nota: CVCi: coeficiente de validade de conteúdo de cada item; CVCc: coeficiente de validade de conteúdo de cada item subtraído da constante; Pei: constante da fórmula; CVCt: coeficiente de validade de conteúdo total Fonte: ABURACHID, GRECO, 2011			

A escala total obteve um coeficiente de 0.95 e todos os itens obtiveram números acima do ponto de corte de 0.8, como demonstrado na Tabela 2. Esses valores sugerem que, de acordo com a avaliação do comitê de juízes especialistas, tanto o instrumento total quanto os 13 itens que o constituem possuem Validade de Conteúdo satisfatória.

Tabela 2. Cálculo do CVC para cada item e para a escala total

ITEM	Mx	CVCi	Pei	CVCc
1	4,733	0,946	0,00032	0,946
2	4,733	0,946	0,00032	0,946
3	4,933	0,986	0,00032	0,986
4	4,8	0,960	0,00032	0,959
5	4,933	0,986	0,00032	0,986
6	4,666	0,933	0,00032	0,933
7	4,133	0,826	0,00032	0,826
8	4,6	0,920	0,00032	0,919
9	4,733	0,946	0,00032	0,946
10	4,666	0,933	0,00032	0,933
11	5	1	0,00032	0,999
12	4,933	0,986	0,00032	0,986
13	5	1	0,00032	0,999
CVCt				0,951

Nota: Mx = Média do Item; CVCi = coeficiente de validade de conteúdo do item; Pei = erro, constante da fórmula CVCc= coeficiente de validade de conteúdo do item subtraído do erro; CVCt = coeficiente de validade de conteúdo total para a escala

Em relação ao aspecto Clareza da Linguagem, o instrumento apresentou CVCt = 0,9 e todos os itens atingiram 0,8. Esses valores podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Cálculo do CVC para a clareza da linguagem dos itens e da VPC1

ITEM	Mx	CVCi	Pei	CVCc
1	4,6	0,920	0,00032	0,920
2	4,4	0,880	0,00032	0,880
3	4,8	0,960	0,00032	0,960
4	4,4	0,880	0,00032	0,880
5	5	1	0,00032	1,000
6	4,4	0,880	0,00032	0,880
7	4	0,800	0,00032	0,800
8	4	0,800	0,00032	0,800
9	4,2	0,840	0,00032	0,840
10	4,2	0,840	0,00032	0,840
11	5	1	0,00032	1,000
12	4,8	0,960	0,00032	0,960
13	5	1	0,00032	1,000
CVCt				0,904

Nota: Mx = Média do Item; CVCi = coeficiente de validade de conteúdo do item; Pei = erro, constante da fórmula CVCc= coeficiente de validade de conteúdo do item subtraído do erro; CVCt = coeficiente de validade de conteúdo total para a escala

Sobre o aspecto Pertinência Prática, o CVCt da escala foi de .96 e todos os itens atingiram o valor de 0,8, como o disposto na Tabela 4.

Tabela 4. Cálculo do CVC para a pertinência prática dos itens e da VPC1

ITEM	Mx	CVCi	Pei	CVCc
1	5	1	0,00032	1,000
2	4,8	0,960	0,00032	0,960
3	5	1	0,00032	1,000
4	5	1	0,00032	1,000
5	4,8	0,960	0,00032	0,960
6	4,6	0,920	0,00032	0,920
7	4	0,800	0,00032	0,800
8	4,8	0,960	0,00032	0,960
9	5	1	0,00032	1,000
10	5	1	0,00032	1,000
11	5	1	0,00032	1,000
12	5	1	0,00032	1,000
13	5	1	0,00032	1,000
CVCt				0,969

Nota: Mx = Média do Item; CVCi = coeficiente de validade de conteúdo do item; Pei = erro, constante da fórmula CVCc= coeficiente de validade de conteúdo do item subtraído do erro; CVCt = coeficiente de validade de conteúdo total para a escala

Já sobre o aspecto Relevância Teórica, a escala recebeu um CVCt de .98 e todos os itens ficaram acima de .9, valores acima do ponto de corte estabelecido. Os detalhes podem ser consultados a partir da Tabela 5.

Tabela 5. Cálculo do CVC para a relevância teórica dos itens e da VPC1

ITEM	Mx	CVCi	Pei	CVCc
1	4,6	0,920	0,00032	0,920
2	5	1	0,00032	1,000
3	5	1	0,00032	1,000
4	5	1	0,00032	1,000
5	5	1	0,00032	1,000
6	5	1	0,00032	1,000
7	4,4	0,880	0,00032	0,880
8	5	1	0,00032	1,000
9	5	1	0,00032	1,000
10	4,8	0,960	0,00032	0,960
11	5	1	0,00032	1,000
12	5	1	0,00032	1,000
13	5	1	0,00032	1,000
CVCt				0,98121

Nota: Mx = Média do Item; CVCi = coeficiente de validade de conteúdo do item; Pei = erro, constante da fórmula CVCc= coeficiente de validade de conteúdo do item subtraído do erro; CVCt = coeficiente de validade de conteúdo total para a escala

5.1.3 Consenso da Retrotradução entre as versões VII e VI2

As versões **VII**, **VI2** e a síntese **VIC** podem ser conferidas nos Anexos E, F e Apêndice F, respectivamente. Dentre as principais diferenças entre a versão original e a VIC podem ser observadas no Quadro 4.

Quadro 4. Principais diferenças entre a versão original e a síntese em inglês

Item	FNPS original	VIC
3	My knowledge level of family system nursing is	My knowledge level about the family system nursing is
5	I feel comfortable in initiating family involvement in nursing care planning	I feel comfortable in involving the family in nursing care planning
6	I plan nursing interventions in consultation with the patient and family	I consult the patient and the family to plan nursing interventions
7	Families always approach me about their ill relative	The families customarily look for me to talk about their ill relative
10	I avoid interference of my own biases when collecting, interpreting and communicating data about patients and families	I avoid the interference of my own propensities when I collect, interpret and communicate data about patients and families
11	What problems or drawbacks are there in your nursing practice by involving the family in the assessment and care planning?	What problems or inconveniences are there in your nursing practice by involving the family in the assessment and care planning?
12	What advantages , if any, are there for your nursing practice by involving the family in assessment and care planning?	What are the benefits , if any, for your nursing practice by involving the family in the assessment and care planning?

As modificações mais importantes ocorreram nos itens 5, 6, 7, 10, 11 e 12. No item 5 a construção “envolvendo a família” soa melhor em português brasileiro do que “em iniciar o envolvimento da família”.

No item 6, a construção “Eu planejo intervenções de enfermagem em consulta com o paciente e a família” é ambígua, o que pode significar que o planejamento ocorre durante uma sessão de atendimento clínico, mas não em discussão com o paciente e a família. Portanto, a construção “Eu consulto o paciente e a família para planejar intervenções de enfermagem” deixa claro que a intervenção é planejada em discussão com o paciente e a família.

No item 7, a tradução literal da expressão “sempre” significa algo que ocorre de uma maneira que não muda. Então, usamos “costuma” para significar algo que ocorre com frequência. A tradução literal da expressão “abordagem” pode ter um mau significado em nossa cultura. Por isso, preferimos especificar “costumam me procurar para conversar”.

No item 10, a tradução literal da palavra “vieses” é muito específica para os contextos de pesquisa e pode ser mal-entendida pelos respondentes da escala. Por essa razão, decidimos usar o termo “propensões”. Quanto às palavras “ao coletar, interpretar e comunicar” ou “quando eu coletei, interpreto e comunico”, as segundas formas parecem soar melhor no português brasileiro.

No item 11, a palavra “inconveniências” foi utilizada para expressar uma maior variedade de situações que podem ocorrer na prática da enfermagem familiar.

No item 12, a tradução literal da palavra “vantagens” tem um valor cultural de “tirar proveito” no Brasil. Por essa razão, usamos a palavra “benefícios”.

5.1.4 Avaliação pelo autor original

A partir da avaliação da autora Peggy Simpson, foi sugerida a modificação do Item 5 “Eu me sinto confortável **em envolver a família** no planejamento do cuidado de enfermagem” para “Eu me sinto confortável **em promover o envolvimento da família** no planejamento do cuidado de enfermagem”. Segundo a autora, o item original carrega o sentido de ação ativa do enfermeiro de realizar ações para envolver a família. Desta maneira, a “colocação” promover abarca esse sentido. Ainda nesta etapa, o item 13 teve a expressão “Por favor, comente” retirada por ser redundante com a instrução presente no instrumento “Por favor, comente sobre as seguintes questões”. O consenso com a pesquisadora Peggy Simpson gerou a **VPC3** (Apêndice I).

5.1.5 Análise Semântica

A VPC3 foi submetida à análise semântica, mas como os resultados foram satisfatórios, indicando que a versão adaptada não apresentava problemas de compreensão ou de aplicação, não foram necessárias alterações. Deste modo, a VPC3 foi renomeada para Versão Pré-final (Apêndice I).

5.1.6 Piloto

Dos 60 participantes, 55 eram mulheres (91,7%); 29 eram casados (48,3%); a idade média foi de 40,2 anos; 19 relatam realizar atendimento familiar (31,7%); 3 disseram ter alguma pós-graduação em atendimento familiar (5%). As informações sociodemográficas podem ser observadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos participantes do piloto (n=60). Ribeirão Preto, 2018

Variáveis		N (%)	Válido	Média (DP ¹)	Mediana (Intervalo)
Sexo	Feminino	55 (91,7)	60	40,2 (10)	39 (22-62)
	Masculino	5 (8,3)			
Idade	Casado	29 (48,3)	58	14,17 (8,8)	11 (2-36)
	Solteiro	21 (35,0)			
	Separado	7 (11,7)			
	União Estável	3 (5,0)			
Graduado há (anos)					
Formação em AF ²	Não	57 (95,0)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
	Sim	3 (5,0)			
Formação em SM ³	Não	57 (95,0)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
	Sim	3 (5,0)			
Outra Pós-Graduação	Não	23 (38,3)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
	Sim	37 (61,7)			
Cargo/Função	Enfermeiro	48 (80,0)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
	Enf. Chefe	12 (20,0)			
Turno	Rodízio	22 (36,7)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
	Manhã e Tarde	19 (31,7)			
	Noturno	7 (11,7)			
	Manhã	8 (13,3)			
	Tarde	2 (3,3)			
	Manhã e Noturno	1 (1,7)			
Tempo no Hospital (anos)					
Vínculos	1	46 (76,7)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
Empregatícios	2	14 (23,3)			
Atende Famílias	Não	41 (68,3)	56	10,7 (10)	5,5 (0,04-37)
	Sim	19 (31,7)			

¹DP – Desvio Padrão; ²AF – Atendimento Familiar; ³SM – Saúde mental

O estudo piloto com a VPF testou o método de coleta de dados e como os dados se comportariam diante de análises psicométricas prévias. Os resultados da AFE e do índice alfa de Cronbach do estudo piloto podem ser visualizados nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7. Matriz de Padrão das cargas fatoriais da VPF da FNPS no estudo piloto. (n=60).
Ribeirão Preto – SP, 2018

Item	Fator	
	REF	AP
6 – Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem	,895	
8 – Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde	,857	
10 – Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coeto, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias	,736	
7 – As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente	,670	
9 – Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes	,563	
1- Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é		,819
5 – Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem		,699
4 – Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é		,660
2 – Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é		,624
3 – Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é		,316

Método de Extração: fatoração de Eixo Principal

Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser

Estão suprimidos os valores abaixo de 0,299. Os itens estão apresentados em ordem decrescente por carga fatorial em cada fator

Tabela 8. Alfa de Cronbach das subescalas e da escala total da VPF da FNPS para o estudo piloto (n=60). Ribeirão Preto – SP, 2018

Subescalas e Escala Total	Alfa de Cronbach
AP	,786
REF	,881
Escala Total	,882

Nota: AP: Avaliação da Prática; REF: Relacionamento Enfermeiro-Família

Com exceção do item 3, todos os demais itens apresentaram carga fatorial acima de 0,4 e a estrutura fatorial apresentou dois fatores definidos com uma correlação de 0,624 entre eles. Os

índices de alfa mostraram-se acima de 0,7 tanto para as subescalas quanto para a escala total. Como o procedimento de coleta e as análises não apresentaram problemas, não houve necessidade de novas modificações na escala adaptada. Deste modo, a VPF foi renomeada para **Versão Final (VF)** (APÊNDICE I). Feito isso, foi dada continuidade à coleta de dados e a amostra do piloto foi incluída na amostra final.

5.2 Resultados das Análises Psicométricas da VF adaptada da FNPS

5.2.1 Caracterização dos participantes

A coleta de dados aconteceu entre junho e setembro de 2018, período durante o qual foram contatados 165 enfermeiros, dos quais: 3 se recusaram a participar; 11 envelopes foram perdidos dentro das enfermarias e 9 participantes não puderam ser encontrados para devolver os documentos preenchidos. Desse modo, a amostra final do estudo contou com 144 participantes, cuja caracterização sociodemográfica está apresentada na Tabela 9.

Dos 144 participantes, 131 eram mulheres (91%); 69 eram casados (47,9%); a idade média foi de 38 anos (intervalo=22-62; DP=8); a média de filhos foi de 1 (intervalo=0-3; omissos=1); terminaram a graduação, em média, há 13 anos (intervalo=2-36; DP=7; omissos=4); 49 relataram trabalhar em turno de rodízios (34%) (omissos=6); o tempo médio de trabalho na instituição foi de 9,1 anos (intervalo=0,021-38; DP= 8,8; omissos=6) e a carga horária média foi de 39 horas semanais (intervalo=16-80; DP=14; omissos=1); 41 possuem mais de um vínculo empregatício (28,5%); 46 relatam realizar atendimento familiar (31,9%) (omissos=2); 11 disseram ter alguma pós-graduação em atendimento familiar (7,6%); 6 relataram ter alguma pós-graduação em saúde mental (4,2%), enquanto 83 relataram ter alguma outra pós-graduação, relacionada a enfermagem ou não (57,6%).

Tabela 9 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n=144). Ribeirão Preto, 2018

Variáveis		N (%)	Válido	Média (DP ¹)	Mediana (Intervalo)
Sexo	Feminino	131 (91)			
	Masculino	13 (9)			
Idade			144	38 (8)	37 (22-62)
Estado civil	Casado	69 (47,9)			
	Solteiro	56 (38,9)			
	Separado	11 (7,6)			
	União Estável	8 (5,6)			
Número de Filhos			143	1 (1)	0 (0-3)
Graduado há (anos)			140	13 (7)	11 (2-36)
Formação em AF ²	Não	133 (92,4)			
	Sim	11 (7,6)			
Formação em SM ³	Não	138 (95,8)			
	Sim	6 (4,2)			
Outra Pós-Graduação	Não	61 (42,4)			
	Sim	83 (57,6)			
Cargo/Função	Enfermeiro	122 (84,7)			
	Enf. Chefe	22 (15,3)			
Turno	Rodízio	49 (34)			
	Manhã e Tarde	30 (20,8)			
	Noturno	29 (20,1)			
	Manhã	17 (11,8)			
	Tarde	6 (4,2)			
	Tarde e Noturno	4 (2,8)			
	Manhã e Noturno	3 (2,1)			
	Omissos	6 (4,2)			
Tempo no Hospital (anos)			138	9,1 (8,8)	6 (0,021-38)
Vínculos	1	103 (71,5)			
Empregatícios	2	41 (28,5)			
Carga Horária			143	39 (14)	30 (16-80)
Atende Famílias	Não	96 (66,7)			
	Sim	46 (31,9)			
	Omissos	2 (1,4)			

¹DP – Desvio Padrão; ²AF – Atendimento Familiar; ³SM – Saúde mental

Dos 11 enfermeiros que relataram pós-graduação em atendimento familiar, 9 (81,8%) têm especialização em saúde da família, mas dois deixaram de especificar essa informação no questionário sociodemográfico. Dos 6 que relataram pós-graduação em saúde mental, 5 (83,3%) possuem Especialização em Saúde Mental e 1 (16,7%) tem Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. Dentre os 83 enfermeiros que relataram possuir formação em outras áreas, 20

(24,1%) têm Mestrado, 10 (12%) e 5 (6%) têm doutorado. Informações adicionais podem ser observadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Descrição das Pós-graduações relatadas pelos participantes

	N	%	%N total
Pós-graduação em Atendimento Familiar	11	100%	7,6%
Especialização em Saúde da Família	9	81,8%	6,2%
Não declararam	2	18,2%	1,4%
Pós-graduação em Saúde Mental	6	100%	4,2%
Especialização em Saúde Mental	5	83,3%	3,5%
Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica	1	16,7%	0,7%
Possuem Pós-graduação em Outras Áreas	83	100%	57,6%
Especialização	44	53%	30,5%
Mestrado	20	24,1%	13,9%
Doutorado	5	6,0%	3,5%
Outros	45	54,2%	31,2%

Quanto ao contexto de trabalho, participaram enfermeiros de 18 unidades diferentes. Destes, 48% veio de configurações pediátricas, enquanto a porcentagem média de enfermeiros dos demais setores foi de 4,2% por setor.

5.2.2 Análise descritiva da versão adaptada da FNPS para o português

A análise descritiva da versão adaptada do FNPS foi feita a partir da soma total das respostas aos 10 itens da escala (intervalo possível=10-50; mediana=30), da soma total das respostas aos itens de cada uma das duas subescala (intervalo = 5-25) e da média dos itens (intervalo de um a cinco). Como o instrumento apresenta escala tipo-Likert invertida, todas as respostas foram revertidas antes da realização dos cálculos. Os resultados podem ser encontrados na Tabela 11.

Tabela 11. Análise descritiva da versão adaptada do FNPS, de suas subescalas e itens (n=144).
Ribeirão Preto, 2018

FNPS adaptada	Média (DP¹)	Mediana (Intervalo)
FNPS escore total	34,53 (6,5)	35 (13-49)
Média dos 10 Itens	3,45 (0,65)	3,5 (1,3-4,9)
Subescalas		
Avaliação da Prática	16,17 (3,7)	16 (5-24)
Relacionamento Enfermeiro-Família	18,36 (4,2)	19 (7-25)
Itens		
1. Meu Nível de confiança em trabalhar com famílias é	3,63 (0,9)	4 (1-5)
2. Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	3,22 (1,1)	3 (1-5)
3. Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é	2,49 (1,0)	3 (1-4)
4. Minha Habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	3,13 (1,0)	3 (1-5)
5. Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem	3,72 (1,0)	4 (1-5)
6. Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem	3,58 (1,1)	4 (1-5)
7. As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente	3,79 (1,1)	4 (1-5)
8. Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde	3,37 (1,1)	3 (1-5)
9. Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes	3,82 (1,0)	4 (1-5)
10. Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando colete, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias	3,81 (1,0)	4 (1-5)

¹DP – Desvio Padrão

A mediana para o score total da versão adaptada do FNPS foi de 35, maior que a mediana do intervalo possível da FNPS (30). Não há diferença significativa entre o valor da Média (34,53) e da Mediana (35) do escore total, assim como entre a Média (3,45) e a Mediana (3,5) da Média dos 10 itens (DP=0,65).

Quanto às subescalas, a diferença entre a média e a mediana foram próximos tanto para o domínio Avaliação da Prática (16,17 e 16, respectivamente), quanto para o domínio Relacionamento Enfermeiro-Família (18,36 e 19, respectivamente). Já quando comparados, percebe-se que o domínio Relacionamento Enfermeiro-Família obteve uma pontuação maior que o domínio Avaliação da Prática. Quanto a média para cada item, individualmente, elas variam de

2,49 a 3,82 e as medianas variam entre 4 e 3. É possível notar, ainda, que o único item que não apresentou marcação no extremo máximo da escala tipo Likert de cinco pontos foi o item 3.

A distribuição da frequência de respostas dos 144 participantes aos 10 itens da versão adaptada do FNPS pode ser visualizada na Tabela 12. As respostas variam entre os níveis 1 e 5 da escala tipo-Likert. Originalmente, a escala está invertida no instrumento. Por isso, visando maior facilidade de compreensão dos resultados, a escala foi revertida antes da realização da análise das frequências.

Como se pode notar, há uma tendência de respostas para os níveis mais altos, com a concentração do maior número de respostas nos níveis 4 (intervalo=27-56) e 3 (intervalo=27-51), enquanto o nível 1 recebeu o menor número de respostas (intervalo=1-30). Nenhum item apresentou frequência de respostas à escala de 5 pontos maior que 39%. O item 3, diferente de todos os demais, apresentou um padrão de resposta peculiar: enquanto os demais itens apresentam uma tendência crescente, o item 3 tem respostas de tendência decrescente (30-0), não recebendo respostas no nível 5. O item 4 também foi um dos que menos recebeu respostas no nível 5.

Os itens 5, 7, 9 e 10 foram os que obtiveram mais respostas nos níveis mais altos, enquanto os itens 2, 3, 4 e 8 foram os que mais receberam respostas nos níveis mais baixos, apesar do item 8 ter repostas mais distribuídas. Não houve casos de respostas omissas.

Tabela 12. Distribuição da frequência de respostas aos itens da versão adaptada do FNPS (n=144). Ribeirão Preto, 2018

Itens	Níveis					Total/Intervalo
	1 (n%)	2 (n%)	3 (n%)	4 (n%)	5 (n%)	
1. Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é*	3 (2,1)	9 (6,3)	51 (35,4)	56 (38,9)	25 (17,4)	144 (3-56)
2. Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é*	10 (6,9)	24 (16,7)	50 (34,7)	45 (31,3)	15 (10,4)	144 (10-50)
3. Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é*	30 (20,8)	41 (28,5)	46 (31,9)	27 (18,8)	0 (0)	144 (0-46)
4. Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é*	7 (4,9)	31 (21,5)	51 (35,4)	47 (32,6)	8 (5,6)	144 (7-51)
5. Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem*	6 (4,2)	11 (7,6)	37 (25,7)	54 (37,5)	36 (25,0)	144 (6-54)
6. Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem*	6 (4,2)	19 (13,2)	39 (27,1)	46 (31,9)	34 (23,6)	144 (6-46)
7. As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente*	6 (4,2)	16 (11,1)	27 (18,8)	48 (33,3)	47 (32,6)	144 (6-48)
8. Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde*	9 (6,3)	22 (15,3)	48 (33,3)	37 (25,7)	28 (19,4)	144 (9-48)
9. Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes*	2 (1,4)	14 (9,7)	33 (22,9)	54 (37,5)	41 (28,5)	144 (2-54)
10. Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coleteo, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias*	1 (0,7)	17 (11,8)	34 (23,6)	49 (34,0)	43 (29,9)	144 (1-49)
Total/Intervalo	80 (1-30)	204 (9-41)	416 (27-51)	463 (27-56)	277 (0-47)	1440 (80-463)

*Escala dos itens foi revertida

5.2.3 Resultados da análise da validade de construto da versão adaptada da FNPS

5.2.3.1 Análise Fatorial Exploratória

Optou-se por realizar uma Análise Fatorial Exploratória para verificar se a estrutura fatorial da VF da FNPS adaptada mantinha alguma similaridade com a encontrada pelos autores originais ou se apresentaria diferenças substanciais.

Foi utilizado o teste de esfericidade de *Bartlett* que constatou a rejeição da hipótese nula ($p = 0,000$), logo, a matriz-R não é uma matriz identidade. Foi realizado, também, o teste KMO que obteve um índice no limite entre “bom” e “ótimo” ($KMO = 0,805$). Ambos os resultados apontam que os dados coletados são adequados e suficientes para a aplicação da Análise Fatorial Exploratória.

Com base no autovalor maior que 1, foram definidos dois fatores. A variância total explicada foi de 58,5%, sendo 39,75% para o fator REF e 18,7% para o fator AP. Os dois fatores retidos ficaram com cinco itens carregados em cada um. Como se pode observar na Matriz de Padrão apresentada na Tabela 13, as cargas fatoriais de todos os itens estão acima de 0,4 em seu respectivo fator.

Tabela 13. Matriz de padrão das cargas fatoriais da VF da FNPS adaptada. (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018

Item	Fator	
	REF	AP
8 – Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde	,82	-,047
6 – Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem	,79	-,06
7 – As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente	,74	,01
9 – Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes	,58	,18
10 – Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coleteo, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias	,51	,00
1 – Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é	-,09	,86
4 – Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	-,03	,76
5 – Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem	,15	,65
2 – Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	-,04	,58
3 – Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é	,09	,47

Método de Extração: fatoraçoão de Eixo Principal; Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser; em negrito as cargas fatoriais superiores a 0,40

É importante destacar que todos os itens carregados no fator um são aqueles relativos ao domínio Relacionamento Enfermeiro-Família, enquanto todos os itens carregados no fator dois são os relativos ao domínio Avaliação da Prática. A comparação entre a versão adaptada e a versão original da FNPS mostra que ambas parecem ter estruturas fatoriais similares: dois fatores com as mesmas variáveis carregadas nos mesmos domínios. A matriz de correlações de fator mostrou que os dois fatores apresentam uma correlação positiva de 0,39, justificando o método de rotação oblíqua.

5.2.3.2 Análise Fatorial Confirmatória

Para avaliar a adequação do modelo aos dados coletados, foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória com o *software* AMOS (v.24, SPSS Inc., Chicago, IL). Primeiramente, como proposto pela literatura, foi analisada a normalidade univariada e multivariada para verificar a distribuição das respostas às variáveis. Os critérios utilizados foram o Coeficiente de Curtose $< 7,00$ para a normalidade univariada e o Coeficiente de Mardia ou *Critical Ratio* (C.R.) $< 5,00$ para a normalidade multivariada (BYRNE, 2009) que podem ser observados na Tabela 14.

Tabela 14. Teste de normalidade univariada e multivariada da distribuição das respostas às variáveis da versão adaptada do FNPS. (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018

Variável	Min	Max	Coeficiente de Curtose	C.R.
Item 1	1,000	5,000	,071	,174
Item 2	1,000	5,000	-,472	-1,157
Item 3	1,000	4,000	-1,120	-2,743
Item 4	1,000	5,000	-,509	-1,246
Item 5	1,000	5,000	,004	,009
Item 6	1,000	5,000	-,581	-1,424
Item 7	1,000	5,000	-,328	-,804
Item 8	1,000	5,000	-,684	-1,675
Item 9	1,000	5,000	-,375	-,918
Item 10	1,000	5,000	-,752	-1,842
Multivariada			11,991	4,644

Apesar de não haver desvios importantes de normalidade, para a realização da Análise Fatorial Confirmatória utilizou-se o método da Máxima Verossimilhança que não é penalizado por amostras não normais.

O diagrama de caminhos – Modelo 1 foi construído com base na estrutura fatorial proposta pelos autores originais e na AFE conduzida neste estudo: os itens 1, 2, 3, 4 e 5 carregados no fator AP e os itens 6, 7, 8, 9 e 10 carregados no fator REF. Como a rotação oblíqua mostrou que os fatores possuem correlação entre si, esta foi incluída no diagrama do Modelo I (Figura 3).

Figura 3. Diagrama de caminhos - Modelo 1

Nota: Diagrama de Caminhos extraído do *software* AMOS (v.24, SPSS Inc., Chicago, IL)

Após a análise, apesar de as cargas fatoriais se mostrarem todas acima de 0,5 e os índices de ajuste mostrarem alguns bons resultados ($X^2/g.l. = 2,48$ $p=0,000$; CFI = 0,9; SRMR = 0,07; PNFI= 0,64; PCFI= 0,68), o RMSEA (0,10) obteve um valor não recomendado. Desse modo, recorreu-se à análise dos Índices de Modificação, buscando o estabelecimento de parâmetros livres que levassem a um modelo mais aprimorado. Após a nova análise, o estabelecimento de um parâmetro livre entre os resíduos dos itens 6 e 8 apresentou melhora do ajuste, com todos os

índices dentro do limite recomendado e com todas as cargas fatoriais acima de 0,5, como apresentado na Figura 4.

Figura 4. Diagrama de caminhos – Modelo 2

Nota: Diagrama de Caminhos extraído do *software* AMOS (v.24, SPSS Inc., Chicago, IL)

O Item 1 “Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é” e o item 4 “Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é” são os que apresentam maior contribuição para o fator AP (cargas fatoriais de 0,77 e 0,76, respectivamente), enquanto o item 3 “Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é” é o que menos contribui para o fator (carga fatorial = 0,53).

Já para o fator REF, os itens de maior contribuição são o item 7 “As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente” (carga fatorial = 0,77) e o item 8 “Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde” (carga fatorial = 0,73), enquanto o de menor é o 10 “Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coleteo, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias” (carga fatorial = 0,55). Todas as fiabilidades individuais dos itens ficaram

acima de 0,25, já os fatores apresentam entre si uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r = 0,44$).

Quanto a validade convergente dos fatores, o fator AP apresentou um valor de 0,46 para a Variância Média Extraída (VME) e de 0,81 para a Confiabilidade Composta (CC), enquanto o fator REF obteve os valores VME=0,47 e CC=0,82, atingindo os critérios estabelecidos. Os valores de VME para ambos os fatores foram maiores que o quadrado da correção entre eles, indicando validade discriminante entre eles. Essas informações podem ser observadas na Tabela 15, juntamente com as cargas fatoriais padronizadas e as fiabilidades individuais dos itens para cada fator.

Tabela 15. Cargas fatoriais padronizadas, Fiabilidades Individuais, Confiabilidade Composta, Variância Média Extraída e Correlação ao Quadrado dos fatores AP e REF

Fator	Item	Λ	λ^2	CC	VME	AP~REF	(AP~REF) ²
AP	1	0,774	0,60	0,81	0,46	0,435	0,2
	2	0,553	0,31				
	3	0,534	0,29				
	4	0,761	0,58				
	5	0,734	0,54				
REF	6	0,675	0,46	0,82	0,47		
	7	0,77	0,59				
	8	0,725	0,53				
	9	0,703	0,49				
	10	0,551	0,30				

Legenda: λ : carga fatorial padronizada; λ^2 : fiabilidade individual do item; CC: confiabilidade composta do fator; VME: variância média extraída do fator; AP~REF: correlação entre os fatores; (AP~REF)²: correlação ao quadrado dos fatores

5.2.4 Resultados da análise da Confiabilidade da versão adaptada da FNPS

Para avaliar a confiabilidade da medida da versão adaptada da FNPS, foi verificada a consistência interna dos itens por meio do índice Alfa de Cronbach (α) e da Confiabilidade Composta. Os resultados para a escala total, juntamente com a correlação item-total corrigida e o alfa caso cada um dos itens fosse excluído estão apresentados na Tabela 16. Os mesmos cálculos foram realizados para os fatores AP e REF individualmente, podendo ser observados nas Tabelas 17 e 18.

Tabela 16. Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total corrigida, do alfa de Cronbach caso algum item seja excluído, do alfa e da Confiabilidade Composta para a escala total (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018

Itens	Correlação item-total corrigida	Alfa se o item for excluído	Alfa de Cronbach	Confiabilidade Composta
1	,53	,81	0,82	0,90
2	,39	,82		
3	,41	,82		
4	,51	,81		
5	,58	,80		
6	,54	,80		
7	,56	,80		
8	,57	,80		
9	,60	,80		
10	,40	,82		

Tabela 17. Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total corrigida, do alfa de Cronbach caso algum item seja excluído, do alfa e da Confiabilidade Composta para a o domínio AP (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018

Itens	Correlação item-total corrigida	Alfa se o item for excluído	Alfa de Cronbach	Confiabilidade Composta
1	,70	,72	0,80	0,81
2	,50	,79		
3	,47	,79		
4	,66	,73		
5	,59	,74		

Tabela 18. Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total corrigida, do alfa de Cronbach caso algum item seja excluído, do alfa e da Confiabilidade Composta para a o domínio REF (n=144). Ribeirão Preto – SP, 2018

Itens	Correlação item-total corrigida	Alfa se o item for excluído	Alfa de Cronbach	Confiabilidade Composta
6	,66	,78	0,83	0,82
7	,67	,78		
8	,68	,77		
9	,61	,80		
10	,50	,83		

Como se pode ver, o coeficiente alfa foi de 0,82 para a escala total, de 0,80 para a subescala Avaliação da Prática (AP) e 0,83 para a subescala Relacionamento Enfermeiro-Família (REF). Tanto para a escala total quanto para as subescalas separadamente, o alfa de Cronbach caso um item seja excluído não apresentou valores maiores que os alfas totais, indicando que nenhum dos itens está afetando negativamente a confiabilidade da escala total ou das subescalas. As Confiabilidades Compostas estão acima de 0,7 tanto para a escala total quanto para os dois domínios.

Quanto a correlação item-total corrigida, a força de correlação dos itens com o total da escala variou de fraca (itens 2, 3 e 10) a moderada (itens 1, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) na escala total; de fraca (itens 3 e 5) e moderada (itens 2 e 4) à forte (item 1) no domínio AP e de fraca (item 10) à moderada (itens 6, 7, 8 e 9) no domínio REF. Como todos os índices ficaram acima 0,3, isso aponta que os itens apresentam boa consistência com o score total.

6. DISCUSSÃO

A abordagem do Cuidado Centrado na Família surgiu da necessidade de reestruturação dos modelos de prestação de serviços para melhor atender às demandas de saúde diante das transformações sociais. Inicialmente voltado para o contexto pediátrico, logo se estendeu para cuidado de idosos, deficientes e depois para todos os espaços (PINTO, 2010).

Ao longo de anos de pesquisa, diversos estudos foram capazes de demonstrar que as intervenções familiares podem ser mais eficientes para a prevenção de doenças e a promoção de saúde quando comparadas com os atendimentos exclusivamente individuais, gerando melhorias tanto para a saúde mental quanto para a saúde geral (CHELSA, 2010; ÖSTLUND; PERSSON, 2014; LIPPI, 2016; ZANETTI et al, 2018).

A enfermagem é uma categoria dedicada a estudar e aplicar as abordagens familiares. Por esse motivo, os enfermeiros têm buscado não apenas o desenvolvimento de pesquisas, mas, principalmente, a capacitação dos profissionais a fim de gerar a tradução do conhecimento acumulado em prática na rotina de trabalho (WRIGHT, LEAHEY, 2015; PINTO et al, 2010).

Para isso, foi identificada a necessidade da disponibilização de métodos de medidas quantitativas e qualitativas que fossem capazes de avaliar as mudanças da prática da enfermagem familiar e produzir indicadores norteadores da formação dos profissionais (BENZEIN, et al, 2008; SIMPSON, TARRANT, 2006; MEIERS, TOMLINSON, PEDEN-MCALPINE, 2007; SAWIN, 2016).

Sendo assim, este estudo teve a finalidade de adaptar e validar para a realidade brasileira um instrumento de avaliação da prática da enfermagem familiar de fácil aplicação, de real utilidade em pesquisas e capaz de fornecer medidas tanto qualitativas quanto quantitativas. Com base nesses critérios, a escala escolhida foi a *Family Nursing Practice Scale* (FNPS), desenvolvida inicialmente na língua inglesa para medir as mudanças na prática da enfermagem familiar após a aplicação de um programa educativo (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Depois de revisar os diversos métodos disponíveis para a adaptação, foram seguidas as recomendações dos estudos de Beaton et al (2000), Cassep-Borges et al (2010) e Borsa, Damásio e Bandeira (2012): A tradução por dois tradutores nativos do Brasil e fluentes em inglês, seguida pelo consenso entre as versões duas versões obtidas; a avaliação pelo comitê de juízes especialistas; a retrotradução por dois tradutores nativos na língua inglesa e fluentes no português

do Brasil, seguida pelo consenso entre as duas versões obtidas; a avaliação pelo autor original; a análise semântica e o estudo piloto.

Tem sido uma prática comum, nas pesquisas brasileiras, incluir a avaliação pelo comitê de juízes especialistas antes do processo de retrotradução, visando, assim, identificar previamente possíveis problemas de tradução e de validade de conteúdo antes de encaminhar a versão adaptada para a avaliação do autor original (BORSA, DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; ZANETTI, GIACON, GALERA, 2012; CALTRAN et al, 2016)

Durante o processo de adaptação, foi notória a importância de cuidados como a escolha de tradutores experientes e a realização de uma reunião de síntese entre eles e os pesquisadores; a escolha pela composição de um comitê de juízes com especialistas que realmente conheçam os construtos avaliados, os processos de adaptação cultural e possuam domínio suficiente sobre a língua original do instrumento; o contato com os autores originais para debater sobre os resultados alcançados e sobre possíveis modificações que garantam a equivalência entre a versão adaptada e a versão original; a realização da análise semântica e de um estudo piloto para observar possíveis entraves culturais e dificuldades de aplicação da versão adaptada.

A percepção, já apontada pela literatura (BORSA, DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012), de que *adaptar um instrumento* está muito além de apenas *traduzir um instrumento* foi vivenciada durante todo o trabalho quando os pesquisadores, os tradutores, os especialistas e os autores originais apresentavam visões diferentes sobre as palavras escolhidas, a composição das frases e o impacto semântico que estas poderiam ter ao se aplicar a versão adaptada aos enfermeiros brasileiros.

A Validade de Conteúdo foi alcançada a partir de avaliações qualitativas e quantitativas, obtendo valores ótimos para o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Se não todos, a maioria dos erros e desvios de compreensão parecem ter sido sanados sob a aprovação de todos os envolvidos, inclusive da autora Peggy Simpson e do extrato com menor formação da população-alvo durante a Análise Semântica.

Ao término da Adaptação Cultural e após a construção da versão em português da FNPS - *Escala de Prática da Enfermagem Familiar*, o instrumento foi aplicado a uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar para testar suas propriedades psicométricas e atestar ou não sua validade e confiabilidade.

Nesse tipo de estudo, outra decisão importante é sobre o tamanho da amostra, pois a maioria dos testes psicométricos apresentam limitações com amostras pequenas, enquanto outros, como o alfa de Cronbach, produzem falsas indicações de precisão com amostras muito grandes. Como o tamanho ideal é controverso na literatura, este estudo adotou a recomendação conservadora de no mínimo 100 sujeitos, com pelo menos 5 respondentes por item (HAIR et al., 2009).

Deste modo, a coleta para a validação da Escala de Prática da Enfermagem Familiar alcançou 144 participantes, atendendo aos critérios acima, mas consciente de que um N abaixo de 200 poderia prejudicar a análise fatorial confirmatória (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008). No estudo de desenvolvimento da FNPS, o tamanho amostral foi praticamente o mesmo deste estudo ($n = 140$).

A predominância da amostra foi feminina (91%), assim como no estudo original (62,8%). No entanto, foi percebida uma diferença de quase 29% do número de mulheres participantes em comparação entre as duas pesquisas. A porção masculina da amostra deste estudo (9%) se aproxima dos dados do Conselho Federal de Enfermagem que dizem que a participação masculina na enfermagem de nível superior é de cerca de 12% no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015).

A idade média dos participantes ficou por volta de 38 anos (mediana = 37), variando de 22 a 62, enquanto no estudo original as idades variaram entre 21 e 40 anos. Da amostra investigada, a maior parte (52,1%) está em situação diferente de Casado(a) e não tem filhos (51%). O tempo médio decorrido desde a graduação foi de 13 anos (mediana = 11), variando de 2 a 36 anos. Trabalham, em média, há 9 anos (mediana = 6) no mesmo hospital e, de todos os pesquisados, 28,5% possuem mais de um vínculo empregatício. Cerca de 62% possuem pós-graduação. Destes, somente 7,6% possuem alguma formação em atendimento familiar, apesar de quase 32% afirmarem atender famílias durante a rotina de trabalho. De acordo com esses dados, é possível afirmar que esta foi uma amostra madura e já com boa bagagem de experiência prática.

Os dados foram coletados em diferentes setores de um hospital geral, garantindo grande variação no contexto de atendimento. No entanto, a maior porção da amostra está inserida em unidades pediátricas (48%), incluindo ambulatorios, CTIs, e UCINs, enquanto a menor pertence a unidade de ortopedia (0,7%). Foram contabilizados 8,3% de casos omissos dessa informação. O estudo original contou unicamente com enfermeiros psiquiátricos de unidades de internação

crônicas e agudas, de ambientes ambulatoriais e de programas comunitários de extensão de saúde mental.

A diferença de contexto de atuação entre os enfermeiros do estudo original e os enfermeiros deste trabalho de validação não foi observada como um problema, visto que nenhum dos itens foi formulado com um conteúdo específico ou conceitos relativos unicamente à enfermagem psiquiátrica. A breve leitura da escala evidencia sua abrangência para contextos gerais, sendo inclusive uma recomendação dos autores da FNPS que as propriedades psicométricas da escala fossem estimadas em estudos com enfermeiros não psiquiátricos (SIMPSON, TARRANT, 2006).

Pelas características do método de coleta adotado, permitindo que os participantes ficassem com os questionários para responder em momento oportuno de sua rotina de trabalho, não foi possível estimar a média de tempo necessário para o preenchimento do instrumento. Sendo assim, não pudemos confirmar os 15 minutos propostos pelo estudo original.

Como o questionário possui escala tipo Likert invertida, isto é, o nível “1” indica um valor qualitativamente positivo, enquanto o nível “5” possui um valor qualitativamente negativo, decidiu-se por reverter as respostas a fim de facilitar a compreensão dos resultados e diminuir o risco de erros ou confusão de interpretação. Portanto, as repostas “1” foram recodificadas para “5” e as respostas “2” foram recodificadas para “4”, do mesmo modo que as respostas “5” foram recodificadas para “1” e as respostas “4” foram recodificadas para “2”. O ponto médio “3” continuou inalterado.

Após esse procedimento, a análise da frequência de respostas aos itens constatou que apenas o item 3 “Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é” não obteve nenhum ponto no nível máximo, mostrando um intervalo entre 1 e 4. Além disso, foi o item que obteve a maior concentração de respostas no ponto médio inferior da escala (2 e 3). Analisando a tabela de frequências divulgada pelos autores originais, percebe-se que o mesmo fenômeno ocorreu durante o estudo de desenvolvimento da FNPS (SIMPSON; TARRANT, 2006).

Isso indica que os respondentes consideram ter um baixo nível de conhecimento sobre o modelo “Enfermagem Familiar Sistêmica”. Como este é um conceito mais especializado, esse dado entra em ressonância com aqueles relativos à formação acadêmica da amostra que evidenciam apenas 7,6% de participantes com alguma formação em abordagem ou atendimento

familiar. Do mesmo modo, apenas 32% dos enfermeiros pesquisados consideram que realizam algum tipo de atendimento familiar.

Os itens 7 – “As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente”, 9 – “Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes” e 10 – “eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coleteo, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias” tiveram pontos mínimos e máximos dentro do intervalo possível (1-5) e foram os que tiveram o maior número de respostas na porção superior na escala (4-5).

O item 7 pode indicar que, mesmo que a maioria dos enfermeiros não tenha formação em atendimento familiar e considere que não atende famílias, a maior parte deles não só entra em contato com os familiares durante a rotina de trabalho, mas é solicitada a atender alguma demanda destes. Os itens 9 e 10 indicariam que, para a maioria dos participantes, entrar em contato com famílias é algo gratificante e que esses profissionais se preocupam com não deixar que sua própria subjetividade contamine as informações ou a rotina de trabalho no contato com as famílias.

No entanto, não se pode deixar de considerar que o conteúdo ético-moral presente nesses dois itens pode influenciar respostas “politicamente corretas”, gerando o fenômeno da desejabilidade social. Esse conceito se refere a uma tendência presente nas pessoas de se atribuírem comportamentos ou atitudes de valores socialmente aceitos e, ao mesmo tempo, rejeitarem em si comportamentos ou atitudes que carreguem valores socialmente inaceitáveis (ALMIRO, 2017).

Esse tipo de viés pode, inclusive, ter sua probabilidade aumentada neste estudo pelo fato de o procedimento de coleta ter ocorrido durante o expediente de trabalho dos participantes. Todos os demais itens tiveram respostas dentro do intervalo possível (1-5) e concentração na porção média superior (3-4).

Quanto ao escore total obtido, a média foi de 34,53 e a mediana de 35, ambas maiores que a média e a mediana do intervalo possível para a escala (média: 30, mediana: 30), enquanto o intervalo obtido variou de 13 a 49. Quanto as subescalas, o domínio REF obteve média (18,36) e mediana (19) superiores ao domínio AP (média: 16,17; mediana: 16), enquanto ambas tiveram valores acima da média e da mediana do intervalo possível para cada subescala (média: 15; mediana: 15).

Em relação à avaliação da validade de construto, este estudo optou por realizar análises fatoriais tanto exploratória (AFE) quanto confirmatória (AFC), além de medir a validade convergente através da Variância Média Extraída (VME) e a validade discriminante por meio da comparação entre a VME de cada fator com a correlação ao quadrado entre os fatores AP e REF. A escolha pela aplicação da AFE foi justamente para verificar se a versão adaptada do questionário apresentaria uma estrutura fatorial similar à versão original antes de proceder para a AFC.

A AFE foi conduzida a partir da técnica de Fatoração pelo Eixo Principal da matriz de covariâncias. Esta técnica foi escolhida, em detrimento da Análise de Componentes Principais aplicada pelo estudo original, por levar em conta no cálculo das cargas fatoriais apenas a variância compartilhada entre as variáveis observáveis, alcançando melhores representações de quanto as respostas aos itens são realmente influenciadas pelos fatores subjacentes (DAMÁSIO, 2012; LAROS, 2012). Os fatores foram determinados com base no autovalor maior que 1.

Apesar de os autores originais terem optado por uma estrutura fatorial formada pela rotação ortogonal Varimax, esse procedimento baseia-se no pressuposto teórico de que os fatores retidos são totalmente independentes, ou seja, não apresentam correlação entre si. Uma vez que os fatores Avaliação da Prática (*da Enfermagem Familiar*) e Relacionamento Enfermeiro-Família parecem, ao menos teoricamente, apresentar alguma correlação entre si no contexto cultural brasileiro, este estudo preferiu ficar com a estrutura formada com rotação oblíqua Oblimin Direto.

Os resultados evidenciaram dois fatores, somando uma variância total explicada de 58,5%, da qual o fator REF representa 39,75% e o fator AP representa 18,75%. No estudo original, a variância total explicada foi de 56,4% com a diferença de que a maior parte da variância pertenceu ao fator AP (41,9%) enquanto a menor ficou com o fator REF (14,5%). Com estrutura fatorial similar a do estudo original, os itens 1,2,3,4 e 5 carregaram no fator AP com todas as cargas fatoriais acima de 0,4, enquanto os itens 6,7,8,9 e 10 carregaram no fator REF com todas as cargas acima de 0,5.

Os itens mais carregados foram os itens 1 (0,86) e 8 (0,82), enquanto os menos carregados foram os itens 3 (0,47) e 10 (0,51). A correlação entre os fatores se confirmou com um valor de 0,39. Logo, a suposição teórica de que o relacionamento entre os enfermeiros e as famílias está

relacionado com o modo como os profissionais avaliam a prática da enfermagem familiar faz sentido também estatisticamente.

Visando refinar os achados, foi conduzida uma Análise Fatorial Confirmatória, testando o modelo encontrado pelo estudo de desenvolvimento da FNPS e, ao mesmo tempo, o modelo similar ao original determinado pela AFE realizada neste estudo. Deste modo, o diagrama de caminhos foi construído com dois fatores, AP e REF, correlacionados entre si, considerando que o primeiro explicaria os itens 1,2,3,4 e 5 enquanto o segundo explicaria os itens 6,7,8,9 e 10.

No modelo especificado, todas as cargas fatoriais das variáveis observáveis ficaram acima de 0,5, valor recomendado para as análises fatoriais confirmatórias (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A fiabilidade individual de todos os itens ficou acima de 0,25 (HAIR et al., 2009). A correlação entre os fatores se confirmou com um valor de 0,41, maior que durante a AFE.

Com a consciência de que uma amostra abaixo de 200 poderia penalizar o modelo, uma vez que os índices indicativos de ajuste gerados pela AFC costumam ser sensíveis ao tamanho da amostra, foram escolhidos aqueles índices menos afetados por esse problema: $X^2/g.l$ e o p ; CFI; RMSEA; SRMR; PNFI e o PCFI (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008).

Como o modelo apresentou alguns índices no limite não indicativo de bom ajuste, recorreu-se aos índices de modificação que passaram a apontar a correlação entre os resíduos dos itens 6 – “Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem” e 8 – “Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde”.

Estabelecer correlações entre erros significa admitir que há algo fora do modelo que está causando a correlação e isso deverá ser justificado teoricamente (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008). Quando isso acontece entre itens dentro do mesmo fator, as explicações são mais simples do que quando acontece com itens de fatores diferentes (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008).

No caso dos itens 6 e 8, ambos pertencem ao fator REF com altas cargas fatoriais (Item 6: 0,76; Item 8: 0,80). Observando o conteúdo dos dois itens, diferentemente dos demais carregados neste fator, ambos se referem igualmente à tendência do enfermeiro de agir proativamente para incluir o paciente e a família nos processos de decisão do cuidado de saúde. Esse conteúdo parece não apenas estar ligado ao relacionamento entre os enfermeiros e as famílias, mas também à

prática proativa da enfermagem familiar. Dessa forma, o conteúdo dos dois itens parece justificar essa correlação.

Após a estimação do parâmetro livre entre os itens 6 e 8, suas cargas fatoriais passaram a valer, respectivamente, 0,68 e 0,73, valores ainda acima do mínimo aceitável para considerá-los como pertencentes ao fator REF. A correlação entre os fatores AP e REF obteve um ligeiro aumento de 0,41 para 0,44. Quanto aos índices de ajuste, todos mostraram valores dentro do ponto de corte aceitável, indicando que o modelo se ajusta aos dados e que, logo, há validade de construto.

As análises seguintes apontaram validade convergente tanto para o fator AP quanto para o fator REF, com valores de Variância Média Extraída de 0,46 e 0,47 e de Confiabilidade Composta de 0,81 e 0,82, respectivamente, correspondendo às recomendações da literatura (FORNELL; LARCKER, 1981; HUANG; et al, 2013).

Da mesma maneira, a comparação das Variâncias Médias Extraídas com o quadrado da correlação entre os dois fatores mostrou que há validade discriminante entre eles (FORNELL; LARCKER, 1981; HUANG; et al, 2013).

Uma vez atestadas as validades de conteúdo e de construto da versão adaptada do FNPS, a confiabilidade da medida foi verificada por dois métodos diferentes de consistência interna: o índice alfa de Cronbach e a Confiabilidade Composta, ambos para cada domínio (AP e RE) e para a escala total. Além disso, foi verificado o alfa e Cronbach caso cada um dos itens fosse excluído.

Os resultados obtidos mostraram valores alfa de 0,82 para a escala total, 0,8 para o domínio AP e 0,83 para o domínio REF. Mesmo a análise da Confiabilidade Composta, mais adequada em estudos confirmatórios, mostrou índices de 0,9 para a escala total e de 0,81 e 0,82 para os domínios AP e REF, respectivamente.

Como o ponto de corte indicativo de boa confiabilidade para ambos os índices é de 0,7 (HAIR et al., 2009), a versão adaptada do FNPS apresenta precisão de medida baseada nos princípios da consistência interna. A exclusão de nenhum dos itens geraria aumento dos índices alfa, o que indica que todos eles contribuem adequadamente para a confiabilidade tanto da escala total quanto das subescalas.

Como se sabe, o índice alfa de Cronbach deve ser usado com cautela, pois a equação para o seu cálculo tende a gerar melhores resultados para escalas compostas por muitos itens ou por

amostras grandes (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Como a escala adaptada por este estudo é relativamente curta, contendo apenas 10 itens, os valores de alfa alcançados acima de 0,8 parecem ser realmente indicativos de boa confiabilidade da medida.

7. CONCLUSÕES

O objetivo principal deste trabalho foi disponibilizar para a cultura brasileira a *Family Nursing Practice Scale*, um instrumento de avaliação da prática da enfermagem familiar com medidas tanto quantitativas quanto qualitativas, capaz de prover informações confiáveis sobre como os enfermeiros avaliam sua própria prática em enfermagem familiar e de como percebem seu relacionamento com pacientes e famílias durante na rotina de trabalho.

A partir da revisão realizada, não foram encontradas outras publicações de adaptação cultural da FNPS para o Brasil ou estudos de análise fatorial confirmatória para qualquer outra cultura. Desse modo, este trabalho deu um passo inicial no aprofundamento das propriedades psicométricas desse instrumento com enfermeiros do contexto hospitalar geral.

Foi demonstrado que todos os itens apresentam bons níveis de clareza de linguagem, pertinência para a prática e relevância teórica. Foi confirmada a estrutura com dois fatores, Avaliação da Prática (*da enfermagem familiar*) e Relacionamento Enfermeiro-Família, correlacionados entre si e com cinco itens carregados em cada um.

O processo de adaptação cultural para o português do Brasil e de validação da *Family Nursing Practice Scale* atingiu os critérios de validade de conteúdo, validade de construto e de confiabilidade da medida.

De acordo com o trabalho realizado e com os resultados encontrados, o questionário *Family Nursing Practice Scale* encontra-se adaptado e validado para a aplicação no Brasil.

Este estudo apresenta limitações como a não comparação das medidas obtidas com outras advindas de instrumentos similares. Essa foi uma dificuldade devido à incipiência da disponibilização de medidas da prática da Enfermagem Familiar para o Brasil. A correlação entre os dados sociodemográficos e as respostas aos itens não evidenciaram qualquer relação significativa e isso poderia ser explicado devido ao tamanho e às características da amostra utilizada.

Deste modo, sugere-se que estudos futuros possam realizar a comparação entre as medidas da versão adaptada da FNPS com outras que estejam disponíveis no momento oportuno. Do mesmo modo, amostras maiores que as utilizadas neste trabalho poderiam ser capazes de fornecer resultados ainda mais aprofundados para a compreensão dos construtos aqui avaliados.

REFERÊNCIAS

- ABURACHID, L. M. C.; GRECO, P. J. Validação de conteúdo de cenas do teste de conhecimento tático no tênis. **Estudos de Psicologia**. V. 28, n.2, p. 261-267, 2011 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/13.pdf>> Acesso em: 27 de março de 2019
- ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 353–364, 2014.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 16, n. 7, p.3061-3068, 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>> Acesso em: 15 de março de 2019
- ALEXANDRE, J.; NEVES, B. **Modelo de equações estruturais**: uma introdução aplicada. Brasília: Enap, 2018, p. 81
- ALMIRO, P. A. Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 16, n. 3, jul. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712017000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 abr. 2019
- AMORIM, L. D. A. F. et al. **Análise fatorial confirmatória e modelos com equações estruturais**: um tutorial usando software estatístico. Universidade Federal da Bahia, 2013 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/279928782_ANALISE_FATORIAL_CONFIRMATORIA_E_MODELOS_COM_EQUACOES ESTRUTURAIS_Um_Tutorial_usando_Software_Estatistico> Acesso em: 19 de março de 2019
- ASTEDT-KURKI, P. Family Nursing Research for Practice: The Finnish Perspective. **Journal of Family Nursing**. V.16, n.3, p.256-268, 2010 Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840710377204>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- BARRETT, P. Structural Equation Modelling: Adjudging Model Fit. **Personality and individual Differences**. v. 42, n. 5, p. 815-824, 2007 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886906003837>> Acesso em: 20 de março de 2019
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>> Acesso em: 11/06/2017

- BENZEIN, E., et al. Families' Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes – An Instrument Development. **Journal of Family Nursing**. V. 14, n.1, p. 97 – 117, 2008 Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840707312716>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- BEZERRA, I. M. P.; SOPRESO, I. C. E. Conceitos de Saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum. Growth Dev**. V.26, n.1, p.11-20, 2016 < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 11 de abril de 2019
- BOLTZ, M. et al. Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 12, p. 2398–2407, 2014 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25481973>> Acesso em: 12 de abril de 2019
- BORSA, J. C.; BANDEIRA, D. R. Adaptação Transcultural do Questionário de Comportamentos Agressivos e Reativos entre Pares no Brasil. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.19, n.2, p. 287-296, 2014 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712014000200011&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 11 de abril de 2019
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paideia**. V. 22, n.53, p.423-432, 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000300014> Acesso em: 11/06/2017
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; 1997 Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 11 de abril de 2019
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF, 2012 Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 11 de abril de 2019
- BRUCE, B.; RITCHIE, J. Nurses' Practices and Perceptions of Family-Centered Care. **Journal of Pediatric Nursing**. V. 12, n.4, p. 214-222, 1997 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271882>> Acesso em: 27 de fevereiro de 2019
- BUNT, S., et al. Cross-Cultural Adaptation of the Social Vulnerability Index for use in the Dutch Context. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. V.14, p.1387, 2017 Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/11/1387>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling With EQS: Basic concepts, applications, and programming**. 2.ed, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2006, p.454
- BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming**. 2. Ed., Routledge, 2009. 416 p.

CALTRAN, M. P., et al. Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: Adaptation and Validation for Brazilian burn victims. **Burns**. V.42., p. 1331-1339, 2016 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143340>> Acesso em: 11 de abril de 2019

CASACCHIA, M.; RONCONE, R.; Italian Families and Family Interventions. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 202, n. 6, p. 487 – 497, 2014 Disponível: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24879572>> Acesso em: 11 de abril de 2019

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M., Tradução e Validação de Conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L., **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 24, p.506-520.

CASTRO, R. A. L; PORTELA, M. C; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p 2275-84, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/03.pdf>> Acesso em: 15 de junho 2017

CHESLA, C. A.; Do Family Interventions Improve Health? **Journal of Family Nursing**. V. 16 n.4, p. 355-377, 2010 Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840710383145>> Acesso em: 11 de abril de 2019

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil", dados de São Paulo [Internet]. 2015. Disponível em: http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Perfil%20da%20Enfermagem%20-%20Dados%20S%C3%A3o%20Paulo_0.pdf Acesso em: 07 e abril de 2019

COLLEGE, M.; Psychometric Validation of the Family Nurse Caring Belief Scale in a Neonatal Nursing Population. **Journal of Pediatric Nursing**. v. 43, p.69-76, 2018 Disponível em: <https://ac-els-cdn.ez67.periodicos.capes.gov.br/S0882596318302331/1-s2.0-S0882596318302331-main.pdf?_tid=f1ac598a-46a9-4139-b540-95e749015041&acdnat=1552349879_6f7fcd4774e6a4be639e7c8923717f21> Acesso em: 11 de março de 2019

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de Instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p. 925 – 936, 2015 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>> Acesso em: 12/06/2017

COYNE, I., et al. A survey of nurses' practices and perceptions of Family-centered care in Ireland. **Journal of Family Nursing**. v. 19, n. 4, p. 469-488, 2013 Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840713508224?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jfna> Acesso em: 11 de abril de 2019

- CRUZ, A. C.; ANGELO, M.; SANTOS, B. P. Self-efficacy scale for the establishment of good relationships with families in neonatal and pediatric hospital settings. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v.51, 2017 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100420&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em 09 de abril de 2019
- CUNHA, C. M.; NETO, O. P. A.; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. **Rev. Aten. Saúde.** V.14, n. 49, p. 98-103, 2016 Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3671/pdf> Aceso em: 24 de março de 2019
- DALL'OGGIO, I., et al. Practices and Perceptions of Family Centered Care Among Healthcare Providers: A Cross-sectional Study in a Pediatric Hospital. **Journal of Pediatric Nursing.** v. 43, p. 18-25, 2018 Disponível em: <https://ac-els-cdn.ez67.periodicos.capes.gov.br/S088259631830157X/1-s2.0-S088259631830157X-main.pdf?_tid=38169345-a8ab-4940-9b51-0273718f4dd2&acdnat=1552232090_6339785c3e112722573f577abc52ab2b> Acesso em: 10 de março de 2019
- DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica.** V. 11, n. 2, p. 213-228, 2012 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf> Acesso em: 18 de março de 2019
- DÍAZ, C. A., et al. Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. **J. Adv. Nurs.** p. 1 – 14, 2019 Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14049> > Acesso em: 24 de Junho de 2019
- DISABKIDS. **Translation and Validation Procedure.** Guidelines and Documentation Form. The Disabkids Group Europe, 2004.
- DUHAMEL, F.; Implementing Family Nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The Evolution of 20 Years of Teaching, Research, and Practice to a Center of Excellence in Family Nursing. **Journal of Family Nursing.** V.16 n.1, p. 8-25, 2010 Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840709360208> > Acesso em: 11 de abril de 2019
- DUHAMEL, F. et al; Integrating the Illness Beliefs Model in Clinical Practice: A Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model. **Journal of Family Nursing.** V. 21, n. 2, p.322-348, 2015 Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840715579404?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jfna> Acesso em: 11 de abril de 2019

ENNIS, E.; BUNTING, P. Family burden, Family health and personal mental health. **BMC Public Health**. V.13, n. 255, 2013 Disponível em: < <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-255>> Acesso em: 11 de abril de 2019

FEGADOLLI, C., et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, V.10, n.1, p. 95-105, 2010 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000100010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 11 de abril de 2019

FERRER, M., et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a diferente language and culture: the Spanish example. **Eur. Respir. J.** p.1160-1166, 1996 Disponível em: < <http://taiss.com/gepoc/gecarp/gepubli/publdoc/032-036-ferrerm-validity-reliability-st-georges-respiratory-questionnaire.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2019

FIELD, A. Descobrindo a ESTATÍSTICA usando o SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2009

FILHO, D. B. F.; JÚNIOR, J. A. S.; Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**. V. 16, n. 1, p. 160-185, 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762010000100007 Acesso em: 17 de março de 2019

FIORILLO, A., et al. Efficacy of psychoeducational Family intervention for bipolar disorder: a controlled, multicentric, real-world study. **Journal of Affective Disorders**. 172, p. 291-299, 2015 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714006430?via%3Dihub>> Acesso em: 11 de abril de 2019

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of marketing Research**. v. 18, n. 1, p. 39-50, 1981 Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/pdf/3151312.pdf?refreqid=excelsior%3A7043b2384dc2eb7685a38f81708f2e50>> Acesso em 01 de abril de 2019

FREITAS, N. de O. et al. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 25-33, Feb. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100025&lng=en&nrm=iso Acesso em 01 de setembro de 2017.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V.; Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.36, n.2, p. 141-7, 2002 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342002000200006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 11 de abril de 2019

- GALERA, S. A. F., et al. Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.64 n.4, p.774-778, 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a22v64n4.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- GANONG, L.; Return of the “intimate outsiders”: Current Trends and Issues in Family Nursing Research Revisited. **Journal of Family Nursing.** V.17, n.4, p. 416-440, 2011 Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840711425029?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jfna> Acesso em: 11 de abril de 2019
- GAUER, G.; GOMES, C. M. A.; HAASE, V. G. Neuropsicometria: Modelo clássico e análise de Rasch. Em: MALLOYDINIZ, L. F.; FUENTES, D.; MATTOS, P.; ABREU, N. e cols. (Orgs.), **Avaliação neuropsicológica.** Artmed: Porto Alegre, 2010 p. 22-30
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.** V. 46 n.12, p.1417-1432, 1993 Disponível em: < [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(93\)90142-N/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(93)90142-N/pdf)> Acesso em: 11 de abril de 2019
- HAGEDOORN, E. I. et al. Translation and psychometric evaluation of the Dutch Families Importance in Nursing Care: Nurses’ Attitudes Scale Based on the Generalized Partial Credit Model. **Journal of Family Nursing.** v. 24, n.4, p.538-562, 2018 Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840718810551?icid=int.sj-abstract.similar-articles.3&journalCode=jfna>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- HAIR, J.F., et al. **Análise multivariada de dados.** Porto Alegre: Bookman, 2009. 593p.
- HERNANDEZ-NIETO, R. Contributions to statistical analysis. Merida, Mexico: Los Andes University Press, 2002
- HOOPEER, D.; COUGHLAN, J.; MULLEN, M. R. Structural equation modelling; guidelines for modelling Model Fit. **The Electronic Journal of Business Research Methods.** V. 6, n.1, p. 53-60, 2008 Disponível em: <www.ejbrm.com> Acesso em: 20 de março de 2019
- HU, L. T.; BENTLER, P.M. *Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives.* **Structural Equation Modelling,** v. 6, n.1, 1-55, 1999 Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10705519909540118?needAccess=true>> Acesso em: 14 de janeiro de 2019
- HUANG, Chun-Che, et al. An empirical Analysis of the Antecedents and Performance Consequences o Using the Moodle Platform. **International Journal of Information and Education Technology.** V. 3,n. 2, 2013 Disponível em: <<http://www.ijiet.org/papers/267-IT0040.pdf>> Acesso em: 01 de abril de 2019

- INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system:** recommendations and promising practices. 2008. Disponível em: http://www.hqontario.ca/Portals/0/modals/qi/en/processmap_pdfs/articles/partnering%20with%20patients%20and%20families%20to%20design%20a%20patient-%20and%20family-centered%20health%20care%20system.pdf Acesso em: 12 de novembro de 2017
- ITC, INTERNATIONAL TEST COMMISSION. **Declaração do ITC no uso de testes e outros instrumentos de avaliação para fins de investigação científica.** Tradução de: WECHSLER, S. M. et al., 2014 Disponível em: https://www.intestcom.org/files/statement_using_tests_for_research_portuguese.pdf > Acesso em: 14 de junho de 2016
- ITC, International Test Commission. **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition).** [www.InTestCom.org], 2017 Disponível em: < https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf> Acesso em: 15 de dezembro de 2017
- KENNY, D. A. Mesuaring Model Fit. Novembro de 2015 Disponível em: <www.davidkenny.net/cm/fit.htm> Acesso em: 20 de março de 2019
- KOUTRA, K., et al. Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. **Comprehensive Psychiatry**. V. 65, p. 1-12, 2015 Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X15000978?via%3Dihub>> Disponível em: 11 de abril de 2019
- KUO, D. Z. et al. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 2, p. 297–305, 2012 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262132/>> Acesso em: 12 de abril de 2019
- LAROS, J. A. O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. Em: PASQUALI, L. (Org.). **Análise fatorial para pesquisadores.** Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia, p. 141-160, 2012
- LIMA, D. V. M. Research design: a contribution to the author. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 2, 2011 Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648>>. Acesso em: 2 de setembro de 2016.
- LIPPI, G. Schizophrenia in a member of the Family: burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole Family. **S. Afr. J. Psychiat.** V.22, n. 1, 2016 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138106/>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.** V. 35, n.6, p.382-385, 1986 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/19522289_Determination_and_Quantification_Of_Content_Validity> Acesso em: 15 de março de 2019

- MACINKO, J.; HARRIS, M. J., Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**. V.372, n.23, p. 2177 – 2181, 2015 Disponível em: < https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed> Disponível em: 11 de abril de 2019
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**. V.4, n.1, p. 65-90, 2006 Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706> Acesso em: 08 de abril de 2019
- MARTIRE, L. M.; HELGESON, V. S. Close Relationships and the Management of Chronic Illness: Associations and Interventions. **American Psychologist**, v. 72, n. 6, p. 601–612, 2017 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28880106>> Acesso em: 12 de abril de 2019
- MARTINEZ, B. R., et al. Translation, cross-cultural adaptation, and measurement properties of the Brazilian version of the Identification of Functional Ankle Instability (IdFAI) questionnaire. **Phys. Ther. Sport**. 29:1-8, 2017 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1466853X17300159?via%3Dihub>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T.; A Família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n.4 p.685-90. 2012 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020> Acesso em: 11 de abril de 2019
- MAYO-BRUIINSMA, L. et al. Family-centred care delivery: Comparing models of primary care service delivery in Ontario. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 59, n. 11, p. 1202–1210, 2013 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24235195>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- MEIERS, S. J.; TOMLINSON, P.; PEDEN-MCALPINE, C.; Development of the Family Nurse Caring Belief Scale (FNCBS). **Journal of Family Nursing**. V. 13, n. 4, p. 484 – 502, 2007 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18180471>> Acesso em: 10 de março de 2019
- MEYERS, L. S.; GAMST, G.; GUARINO, A. J. **Applied multivariate research: Design and interpretation**. 2 ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc., 2013
- MISTO, K.; Nurse perceptions of Family nursing during acute hospitalizations of older adult patients. **Applied Nursing Research**. v. 41.p. 80-85, 2018 Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189717304780>> Acesso em: 09 e abril de 2019

MONTEIRO, E. A. M.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal: validação para o Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** V.68, n.3, p. 421-428, 2015 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0421.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2019

MOURA, E. R. F., et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, V. 11, N.4, p.435-443, 2008. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14153/7658> Acesso em: 15 de março de 2019

OH, J., et al. Validity and Reliability of the Korean Version of the Families' Importance in nursing care-Pediatric Nurses' Attitudes Instrument. **Child Health Nurs Res.** V. 24, n. 3, p. 274-286, 2018 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/326740657_VValidity_and_Reliability_of_the_Korean_Version_of_the_Families'_Importance_in_Nursing_Care-Pediatric_Nurses'_Attitudes_Instrument> Acesso em: 12 de março de 2019

OLIVEIRA, N.H.D. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p. ISBN 978-85-7983-036-5. Disponível em SciELO Books

OLIVEIRA, P. C. M., et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1331-1337, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de Abril de 2017.

ÖSTLUND, U.; PERSSON, C.; Examining Family Responses to Family Systems Nursing Interventions: An Integrative Review. **Journal of Family Nursing.** V.20, n.3, p.259-286, 2014 Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840714542962?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jfna> Acesso em: 11 de abril de 2019

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** V. 23, n. especial, p. 099-107, 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18.pdf>> Acesso em: 17 de março de 2019

PASQUALI, Luiz. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 992-999, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 17 Mar. 2019.

PASQUALI, L. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas. 1º ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 560

PASQUALI, L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 5º ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

- PERIS, T. S.; MIKLOWITZ, D. J.. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. **Child psychiatry and human development**. 46.6, p. 863-873, 2015 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25552241>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- PILATI, R.; LAROS, J. A. Modelos de Equações Estruturais em Psicologia: Conceitos e Aplicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 23, n.2, p. 205-216, 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n2/a11v23n2.pdf>> Acesso em: 20 de março de 2019
- PINTO, J. P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lng=en&nrm=iso Acesso em 27 Abril de 2017
- REINARES, M., et al. The role of family interventions in bipolar disorders: A systematic review. **Clinical Psychology Review**. 43, p.47-57, 2016 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691629>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- RIBEIRO E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 12, n. 4, p. 658-64, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012> Acesso em: 8 de setembro de 2016
- SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v.10, n.2, p. 135-154, 2005 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12619534>> Acesso em: 12 de abril de 2019
- SAVEMAN, B. Family Nursing Research for Practice: The Swedish Perspective. **Journal of Family Nursing**. V.16 n.1, p. 26-44, 2010 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20145285>> Acesso em: 8 de agosto de 2016
- SAWIN, K. J. Measurement in Family Nursing: Established Instruments and New Directions. **Journal of Family Nursing**. Wisconsin–Milwaukee, v. 22 n. 3, p. 287-297, 2016. Disponível em: <<http://jfn.sagepub.com/content/22/3/287.full.pdf+html>> Acesso em: 11 de setembro de 2016
- SHARMA, S., et al. A simulation study to investigate the use of cutoff values for assessing model fit in covariance structure models. **Journal of Business Research**, V. 58, 935-43, 2005 Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0148296304000025>> Acesso em: 11 de abril de 2019
- SHELTON, T.; JEPSON, E. S.; JOHNSON, B. H. Family-centered care for children with special health care needs. Washington, DC: Association for the Care of Children's Health, 1987 Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10522150903487099?scroll=top&needAccess=true>> Acesso em 27 de fevereiro de 2019

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500031&lng=en&nrm=iso Acesso em: 11 de novembro de 2017

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013 Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso Acesso em 01 de novembro de 2017

SILVA, N. C., et al. The family in the practices of Family Health teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 274-281, 2014 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200274> Acesso em: 12 de abril de 2019

SIMPSON, P.; TARRANT, M. Development of the Family Nursing Practice Scale. **Journal of Family Nursing**, v.12 n. 4, p. 413-425, 2006. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099118>> Acesso em: 4 de Agosto de 2016

SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017 Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt&nrm=iso Acesso em 01 de abril 2019

SOUZA, A. C; MILANI, D. ALEXANDRE, N. M. C. Adaptação cultural de um instrumento para avaliar a satisfação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, 40 (132). p. 219-227, 2015 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-40-132-219.pdf>> Acesso em: 20/06/2017

TERWEE, C. B., et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**. V. 60, p. 34-42, 2007 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161752>> Acesso em: 16 de março de 2019

TOYAMA, N., et al. Designing a Scale to Assess Family Nursing Practice among Public Health Nurses in Japan. **Health**. 9, p. 1019-1028, 2017 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318345073_Designing_a_Scale_to_Assess_Family_Nursing_Practice_among_Public_Health_Nurses_in_Japan> Acesso em: 12 de março de 2019

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 32, n. 2, p. 1-7, 2016 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n2/1806-3446-ptp-32-02-e322225.pdf>> Acesso em: 01 de abril de 2019

WHEATON, B.; MUTHÉN, D. F. A.; SUMMERS, G. F. Assessing reliability and stability in panel models. Em: HEISE, D.R. *Sociological methodology*. Ed. San Francisco: Jossey-Bass, p.84-136, 1977 Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/pdf/270754.pdf>> Acesso em: 12 de abril de 2019

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na Família. São Paulo: Roca, 5º ed, 2015

WRIGHT, L.M; WATSON, W. L., BELL, J. M. The family nursing unit: a unique integration of research, education and clinical practice. In: BELL, J. M, WATSON, W. L.; WRIGHT, L. M., editores. The cutting edge of family nursing. Calgary' Family Nursing Unit Publications, 1990 Disponível em: <

https://www.researchgate.net/publication/265199632_The_Family_Nursing_Unit_A_Unique_Integration_of_Research_Education_and_Clinical_Practice> Acesso em: 12 de abril de 2019

ZANETTI, A. C. G.; GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Adaptação Cultural do Family Questionnaire para avaliação da emoção expressada. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro v.20, n.1, p.90-97, 2012 Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/317457153_Adaptacao_cultural_do_family_questionnaire_para_avaliacao_da_emocao_expressada> Acesso em: 12 de abril de 2019

ZANETTI, A. C. G., et al. Expressed Emotion and Family burden in relatives of patients in first-episode psychosis. **Archives of Psychiatric Nursing**. 32, p. 390-395, 2018 Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941717302765>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2019

Apêndice A – Versão Português por Consenso 1: VPC1

Unidade _____

Nº _____

Por favor, indique sua posição na equipe**Regular/Integral** _____**Temporário** _____**Escala de Prática da Enfermagem Familiar (Pré-teste)**

Por favor, indique na escala de 1 a 5 o que melhor reflete seus sentimentos em relação ao seu trabalho com as famílias. Por favor, CIRCULE o número mais apropriado.

1.	Meu nível de confiança ao trabalhar com as famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
2.	Meu nível de satisfação com a Enfermagem Familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
3.	Meu nível de conhecimento da Enfermagem Familiar Sistêmica é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4.	Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
5.	Eu me sinto confortável em envolver a família no planejamento do cuidado de enfermagem.	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
6.	Eu consulto os pacientes e famílias para planejar intervenções de enfermagem.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias sempre me abordam sobre um parente doente.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Eu encorajo a participação, a escolha e o controle do paciente/família para atender às necessidades de cuidados com a saúde.	Nunca	1	2	3	4	5	Nunca
9.	Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Eu evito a interferência dos meus próprios preconceitos quando coletei, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem ao envolver a família na avaliação e planejamento dos cuidados?
12. Quais são as vantagens, se existir alguma, de incluir a família na avaliação e planejamento do cuidado na sua prática de enfermagem
13. O que você fez na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem atual? Por favor, comente.

Apêndice B – Carta-convite para o Comitê de Especialistas

Convite para o Comitê de Especialistas

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar voluntariamente da pesquisa **Adaptação Cultural e Validação do instrumento *Family Nursing Practice Scale* (FNPS)**, a qual tem como objetivo principal adaptar para o português do Brasil e validar o *Family Nursing Practice Scale* (FNPS), um instrumento que avalia a prática dos enfermeiros diante do trabalho com famílias.

Quando um instrumento de avaliação é desenvolvido em determinado país, pesquisadores de outros países podem se interessar por utilizá-lo. No entanto, para ser utilizado em outros países, esse instrumento precisa ser traduzido e culturalmente adaptado à nova população a qual será aplicado.

O FNPS foi desenvolvido na China por duas pesquisadoras para ser aplicado em enfermeiros assistenciais de um hospital psiquiátrico de Hong Kong, buscando avaliar a prática em Enfermagem Familiar. Pretendemos utilizá-lo em estudos no Brasil, mas a versão original está em inglês e foi desenvolvida para o contexto chinês. Por esse motivo, estamos realizando a adaptação cultural do FNPS.

Ele é um questionário autoaplicável formado por apenas 13 itens. Destes, dez são afirmações e três são questões abertas. As afirmações são respondidas através de uma escala intervalar que vai de 1 a 5 e que mede o grau em que a afirmativa está relacionada com a prática do respondente. Nessa escala intervalar, 5 significa que a afirmativa tem baixa relação com a prática do respondente, enquanto 1 pode significar alta relação, discordo ou nunca, a depender do item. Já nas questões abertas, o respondente deve escrever, discursando sobre o que se pede. Com esses 13 itens, o instrumento pretende avaliar três diferentes dimensões, ou aspectos, da prática em Enfermagem Familiar, a saber: A avaliação crítica dos enfermeiros sobre a prática da Enfermagem Familiar; as reflexões dos enfermeiros sobre o relacionamento entre enfermeiros e famílias; as atitudes dos enfermeiros diante do trabalho com as famílias.

No momento, o FNPS já foi traduzido de acordo com os procedimentos necessários e sua versão em português precisa ser avaliada por um grupo de diferentes especialistas.

Desse modo, decidimos convidá-lo(a) gentilmente para participar dessa avaliação como **Juiz(a) Especialista** devido sua formação e experiência em_____

Ao participar da pesquisa como **Juiz(a) Especialista**, você receberá um envelope contendo: a **Versão original do FNPS**; a versão traduzida chamada de **Escala de Prática da Enfermagem Familiar**; dois **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido**; e um **Formulário de Avaliação da Validade de Conteúdo**.

O que você precisará fazer é:

1. **Ler** e, se concordar, **assinar** em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
2. **Ler atentamente** a Escala de Prática da Enfermagem Familiar e, se preciso, compará-la com a versão original em inglês;
3. **Responder** ao Formulário de Avaliação da Validade de Conteúdo.

Sua participação voluntária seria de grande importância para a realização de um trabalho de qualidade e para a disponibilização de um novo instrumento de avaliação para a realidade brasileira, possibilitando o avanço do conhecimento científico no país e da prática do cuidado em Enfermagem Familiar.

Aguardamos sua resposta.

Pesquisador Responsável:

Willian da Silva Rodrigues, Mestrando do programa de Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP da Universidade de São Paulo - USP

Orientadora:

Dra. Sueli Aparecida Frari Galera – Pesquisadora do programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP da Universidade de São Paulo - USP

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Comitê de Especialistas**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Comitê de Especialistas**

Título da Pesquisa: Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar

Pesquisador Responsável: Willian da Silva Rodrigues, Mestrando em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)

Equipe de Pesquisadores: Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera – Orientadora.

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada *Adaptação Transcultural e Validação do instrumento Family Nursing Practice Scale (FNPS) em uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar*, a qual tem como objetivo principal adaptar para o português do Brasil e validar uma escala que avalia a prática dos enfermeiros no trabalho com famílias.

Caso o (a) senhor(a) aceite participar deste estudo, você receberá um envelope contendo: a Versão original do Family Nursing Practice Scale; a versão traduzida chamada de Escala de Prática da Enfermagem Familiar e um Formulário de Avaliação da Validade de Conteúdo. O que você precisará fazer é ler atentamente a Escala de Prática da Enfermagem Familiar e responder ao Formulário de Avaliação da Validade de Conteúdo. O(a) senhor(a) poderá levar em torno de 30 minutos para ler e avaliar o instrumento. O intuito será desenvolver uma versão do instrumento que será, posteriormente, submetida ao restante do processo de validação.

Garantimos que em nenhum momento durante a realização do estudo, ou durante a divulgação dos resultados, o(a) senhor(a) terá sua identidade revelada. Gostaríamos de informar, ainda, que não haverá custos quanto a sua participação nesta pesquisa.

Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a conhecer e identificar o modo como a enfermagem familiar tem sido realizada e percebida pelos profissionais da enfermagem.

A sua participação é totalmente voluntária e o(a) senhor(a) estará livre para se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidade. Em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Willian da Silva Rodrigues ou com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera, no endereço Av. Bandeirantes, 3900 CEP 14049-902. Ribeirão Preto – SP; pelos telefones (16) 99259-6446, (16) 99721-0396; ou, ainda, através dos e-mails willpsico7@usp.br e sugalera@eerp.usp.br, em qualquer fase deste estudo.

Este é um estudo metodológico, que não oferece grandes riscos à saúde física ou mental. Entretanto, caso o(a) senhor(a) relate qualquer tipo de desconforto físico ou emocional ao responder aos documentos da pesquisa o

senhor(a) poderá procurar os pesquisadores responsáveis e a ocorrência será comunicada a uma equipe de profissionais capacitados que deverá avaliar a necessidade de atendimento médico ou psicológico.

Caso deseje esclarecer ainda qualquer outra dúvida sobre os aspectos éticos desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto no endereço Rua Prof. Hélio Lourenço, 3900 – Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP ou pelo telefone (16) 3315-9197. O horário de atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa é das 10:00h às 12:00h e das 14:00h às 16:00h, em dias úteis. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você sofra danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa, você poderá buscar indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 CNS-CONEP que orienta as questões éticas relativas a projetos de pesquisa.

Gostaríamos de informar, também, que você receberá uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado pelo pesquisador responsável e pela orientadora do estudo.

Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Se você desejar, poderá ter acesso a este trabalho do qual participou.

Eu _____ RG: _____

confirmando que os pesquisadores me explicaram os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de minha participação. As condições que envolvem a minha participação também foram discutidas. Estou ciente de que se eu não quiser mais participar, eu poderei desistir sem qualquer penalidade ou prejuízo. Autorizo a publicação deste material em meios acadêmicos e científicos e estou ciente de que serão removidos ou modificados dados de identificação pessoal, de modo a garantir minha privacidade e anonimato. Recebi uma cópia deste documento, assinada pelo pesquisador responsável e por sua orientadora e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Eu li e compreendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; portanto, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____/____/____

(Assinatura do participante)

Willian da Silva Rodrigues

(Pesquisador responsável)

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

(Orientadora)

Apêndice D – Formulário de Avaliação da Validade de Conteúdo

Formulário de avaliação da Validade de Conteúdo

Por favor, avalie a Clareza de Linguagem, a Pertinência Prática e a Relevância dos itens da **Escala de Prática da Enfermagem Familiar**, circulando um número de 1 a 5, sendo que **5** significa **MUITÍSSIMA** e **1** significa **POUQUÍSSIMA**.

Item	Clareza da Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica do Item	Dimensão Avaliada	Faça sua Observação sobre o Item aqui
1	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
2	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
6	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
7	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
8	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
9	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
10	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
11	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
12	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
13	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		

Definições

Rótulos da escala de 1 a 5

1 – Pouquíssima 2 – Pouca 3- Média 4 – Muita 5 – Muitíssima

Clareza de Linguagem

Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. Responda pensando na pergunta:

“Você acredita que a linguagem de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível?”

Pertinência Prática

Considera se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analise se de fato cada item possui importância para o instrumento. Responda pensando na pergunta:

“Você acredita que o item é pertinente para esta população? Em que nível?”

Relevância Teórica

Considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa analisar se o item está relacionado com o construto. Responda pensando na pergunta:

“Você acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão? Em que nível?”

Dimensão Teórica

Adequação de cada item à teoria estudada. Responda pensando na seguinte pergunta:

“Você acredita que este item pertence a que dimensão? Assinale apenas aquela que melhor representa o item avaliado”

Dimensões:

A - A avaliação crítica do enfermeiro sobre a prática da Enfermagem Familiar Sistêmica;

B - As reflexões dos enfermeiros sobre o relacionamento entre enfermeiros e famílias;

Apêndice E – Versão Português por Consenso 2:VPC2

Unidade _____

Nº _____

Por favor, indique sua posição na equipe

Regular/Integral _____

Temporário _____

Escala de Prática da Enfermagem Familiar (Pré-teste)

Por favor, indique na escala de 1 a 5 o que melhor reflete seus sentimentos em relação ao seu trabalho com as famílias. Por favor, CIRCULE o número mais apropriado.

1.	Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
2.	Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
3.	Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4.	Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
5.	Eu me sinto confortável em envolver a família no planejamento do cuidado de enfermagem.	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
6.	Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
9.	Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coeto, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?
12. Quais são os benefícios, se existir algum, para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?
13. O que você fez na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem atual? Por favor, comente.

Apêndice F – Versão em Inglês por Consenso: VIC

Unit _____
Please indicate your staff position
 Regular/full _____
 Casual _____

Nº _____

Family Nursing Practice Scale (Pretest)

Please indicate on the scale of 1 to 5 which best reflects your feelings toward your work with the families.
 Please CIRCLE the most appropriate number.

1.	My confidence level in working with families is	High	1	2	3	4	5	Low
2.	My level of satisfaction with the family nursing is	High	1	2	3	4	5	Low
3.	My knowledge level about the family system nursing is	High	1	2	3	4	5	Low
4.	My skill in working with the family system is	High	1	2	3	4	5	Low
5.	I feel comfortable in involving the family in nursing care planning	High	1	2	3	4	5	Low
6.	I consult the patient and the family to plan nursing interventions	Always	1	2	3	4	5	Never
7.	The families customarily look for me to talk about their ill relative	Agree	1	2	3	4	5	Disagree
8.	I promote patient/family participation, choice and control in meeting health care needs	Always	1	2	3	4	5	Never
9.	My involvement with the families is mostly rewarding	Agree	1	2	3	4	5	Disagree
10.	I avoid the interference of my own propensities when I collect, interpret and communicate data about patients and families	Always	1	2	3	4	5	Never

11. What problems or inconveniences are there in your nursing practice by involving the family in the assessment and care planning?
12. What are the benefits, if any, for your nursing practice by involving the family in the assessment and care planning?
13. What have you done in the past week to involve families in your current nursing practice? Please comment.

Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Análise Semântica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar

Pesquisador Responsável: Willian da Silva Rodrigues, Mestrando do programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)

Equipe de Pesquisadores: Prof. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera – Orientadora.

ESCLARECIMENTOS

Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem o objetivo de adaptar para o uso no Brasil o questionário Family Nursing Practice Scale (FNPS). Participando desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá encontrar uma oportunidade de refletir sobre sua atuação profissional e de construir novos significados sobre o trabalho com os pacientes e suas famílias.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário de autorrelato formado por 13 perguntas sobre a sua experiência com a prática profissional junto aos pacientes e suas famílias. Em seguida, preencherá outro formulário que pergunta se as questões que respondeu são importantes, se são fáceis de entender e claras de acordo com a linguagem e a cultura brasileira. O tempo total para responder aos dois questionários não deverá ultrapassar 30 minutos. O senhor (a) estará acompanhado (a) pelo pesquisador Willian da Silva Rodrigues e avaliará as questões por escrito, utilizando o formulário que está sendo apresentado e poderá conversar com o pesquisador caso tenha dúvidas, queira sugerir alguma mudança ou fazer qualquer comentário sobre o questionário.

Caso aceite participar desta pesquisa, gostaríamos de deixar claro que seu nome não será divulgado em hipótese alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência sobre seu serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma. As informações que você nos fornecer serão utilizadas para fins científicos e divulgadas em eventos e artigos de revistas.

Você não precisará pagar nada para participar e também não receberá dinheiro para isso. Os benefícios previstos são indiretos e relacionados a possíveis avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções em Enfermagem Familiar Sistêmica.

Caso você se sinta constrangido (a), triste ou sensível por causa das perguntas que serão feitas, ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor solução possível, inclusive buscar suporte profissional se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os

pesquisadores ou pedir mais informações quando quiser. Nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa, você tem o direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvida ou deseje informações, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo endereço Rua Prof. Hélio Lourenço, 3900 – Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O funcionamento é de segunda a sexta-feira em dias úteis, das 10:00h às 12:00h e das 14:00h às 16:00h. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, peço que, por favor, assinie este termo de consentimento, em duas vias, sendo que uma delas ficará com você.

Eu, _____, fui informado(a) de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa em questão.

Sendo assim, **ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA,**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do **PARTICIPANTE**

Pesquisadores:

Willian da Silva Rodrigues
(16) 99259-6446

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera
(16) 99721-0396

APÊNDICE H - Questionário de Análise Semântica

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SEMÂNTICA

Número do questionário: _____

Data: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de graduação: _____

Possui pós-graduação?

1. () não 2. () sim, qual? _____

PARTE I: AVALIAÇÃO GERAL

1) Em parâmetros gerais, como você avalia o questionário?

() Bom () Regular () Ruim

2) Como você joga as questões do questionário?

() Fáceis () Regulares () Difíceis

3) Você teve alguma dificuldade em responder a escala de respostas?

() Sim () Mais ou menos () Não

4) Você considera as perguntas importantes para a avaliação da prática da Enfermagem Familiar?

() Sim () mais ou menos () Não

5) Você mudaria alguma pergunta do questionário?

() Não () Sim

Qual(is)? _____

6) Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário?

() Não () Sim

Qual?(is)_____

7) No questionário, houve alguma pergunta que você não quis responder?

() Não () Sim

Qual(is)?_____

Caso se sinta à vontade, diga o porquê _____

Apêndice I – Versão Português Consenso 3: VPC3 - Versão Pré-final: VPF - Versão Final: VF

Unidade _____

Nº _____

Por favor, indique sua posição na equipe

Regular/Integral _____

Temporário _____

ESCALA DE PRÁTICA DA ENFERMAGEM FAMILIAR (FNPS) (Pré-teste)

Por favor, indique na escala, de 1 a 5, o que melhor reflete seus sentimentos em relação ao seu trabalho com as famílias. Por favor, **CIRCULE** o **número** mais apropriado.

1.	Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
2.	Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
3.	Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4.	Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
5.	Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem.	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
6.	Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
9.	Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando colete, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?
12. Quais são os benefícios, se existir algum, para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?
13. O que você **fez** na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem atual?

Apêndice J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Enfermeiros**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da Family Nursing Practice Scale (FNPS) para a população de enfermeiros do contexto hospitalar

Pesquisador Responsável: Willian da Silva Rodrigues, Mestrando do programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)

Equipe de Pesquisadores: Prof. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera – Orientadora.

ESCLARECIMENTOS

Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem o objetivo de adaptar para o uso no Brasil o questionário Family Nursing Practice Scale (FNPS). Participando desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá encontrar uma oportunidade de refletir sobre sua atuação profissional e de construir novos significados sobre o trabalho com os pacientes e suas famílias.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário socioeconômico e a um questionário de autorrelato formado por 13 perguntas sobre a sua experiência com a prática profissional junto aos pacientes e suas famílias. O tempo total para responder aos dois questionários não deverá ultrapassar 30 minutos. Você receberá um envelope contendo os dois questionários e poderá levá-lo para responder no local e horário em que julgar mais conveniente. Feito isso, será combinado um horário entre você e o pesquisador para que o envelope com os questionários preenchidos possa ser recolhido.

Caso aceite participar desta pesquisa, gostaríamos de deixar claro que seu nome não será divulgado em hipótese alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência sobre seu serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma. As informações que você nos fornecer serão utilizadas para fins científicos e divulgadas em eventos e artigos de revistas.

Você não precisará pagar nada para participar e também não receberá dinheiro para isso. Os benefícios previstos são indiretos e relacionados a possíveis avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções em Enfermagem Familiar Sistêmica.

Caso você se sinta constrangido (a), triste ou sensível por causa das perguntas que serão feitas, ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor

solução possível, inclusive buscar suporte profissional se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou pedir mais informações quando quiser. Nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa, você tem o direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvida ou deseje informações, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197 ou no endereço rua Prof. Hélio Lourenço, 3900 – Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O funcionamento é de segunda a sexta-feira em dias úteis, das 10:00h às 12:00h e das 14:00h às 16:00h. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo que uma delas ficará com você.

Eu, _____, fui informado(a) de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa em questão.

Sendo assim, **ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA,**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do **PARTICIPANTE**

Pesquisadores:

Willian da Silva Rodrigues

(16) 99259-6446

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

(16) 99721-0396

Apêndice K - Questionário de Caracterização Sociodemográfica**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

As informações aqui contidas são confidenciais e não serão divulgadas, conforme garantido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nº do Questionário: _____

1) CARACTERÍSTICAS

- a. Idade: _____ (anos e meses) Nascimento: ____/____/____
- b. Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino
- c. Estado Civil:
1. () Solteiro(a) - 2. () Casado(a) - 3. () Separado(a)/Desquitado(a)/Divorciado(a) -
4. () Viúvo(a) - 5. () União Estável - 6. () Outro, especificar: _____
- d. Tem filhos? 1. () NÃO 2. () SIM, quantos? _____

2) FORMAÇÃO

- a. Ano de conclusão da Graduação: _____
- b. Possui formação em Atendimento Familiar?
1. () NÃO 2. () SIM
Qual? _____
Ano de conclusão? _____
- c. Possui formação em saúde mental?
1. () NÃO 2. () SIM
Qual? _____
Ano de conclusão? _____
- d. Possui alguma outra pós-graduação?
1. () NÃO 2. () SIM
Qual? 1º _____
Ano de conclusão? _____
2º _____
Ano de conclusão? _____
3º _____
Ano de conclusão? _____

3) TRABALHO

- a. Cargo e função atuais: _____ b. Turno de trabalho: _____
- c. Tempo de trabalho na instituição atual: _____
- d. Possui mais de 1 vínculo empregatício? 1. () NÃO 2. () SIM, quantos? _____
- e. Carga horária semanal: _____
- f. Realiza atendimento familiar? 1. () NÃO 2. () SIM

Anexo A – Permissão do autor para a adaptação cultural e uso do instrumento FNPS

----- Forwarded message -----

From: **Peggy Simpson** <peggysimpson01@gmail.com>

Date: 2016-05-21 11:52 GMT-03:00

Subject: Re: Scale's validate permission

To: Heloisa Badagnan <badagnan@gmail.com>

Dear Heloisa,

Yes you have permission to validate the scale for Brazilian Portuguese. I would appreciate you sending me the results once you have the research completed. Good luck with your work.

Sincerely,

Peggy Simpson

Sent from my iPad

--

Heloisa França Badagnan

PhD student - University of São Paulo

Anexo B – Escala *Family Nursing Practice Scale*

Unit _____
 Please indicate your staff position
 Regular/ full _____
 Casual _____

FAMILY NURSING PRACTICE SCALE (FNPS) (pre-test)

© Peggy Simpson & Marie Tarrant, 2006

Please indicate on a scale of 1 to 5, which best reflects your feelings toward your work with families. Please **CIRCLE** the most appropriate **number**.

1.	My confidence level in working with families is	high	1	2	3	4	5	low
2.	My level of satisfaction with family nursing is	high	1	2	3	4	5	low
3.	My knowledge level of family systems nursing is	high	1	2	3	4	5	low
4.	My skill in working with the family system is	high	1	2	3	4	5	low
5.	I feel comfortable in initiating family involvement in nursing care planning.	high	1	2	3	4	5	low
6.	I plan nursing interventions in consultation with the patient and family.	always	1	2	3	4	5	never
7.	Families always approach me about their ill relative.	agree	1	2	3	4	5	disagree
8.	I promote patient/family participation, choice and control in meeting health care needs.	always	1	2	3	4	5	never
9.	I find my involvement with families is mostly rewarding.	agree	1	2	3	4	5	disagree
10.	I avoid interference of my own biases when collecting, interpreting and communicating data about patients and families.	always	1	2	3	4	5	never

11. What problems or drawbacks are there in your nursing practice by involving the family in assessment and care planning?

12. What advantages, if any, are there for your nursing practice by involving the family in assessment and care planning?

13. What have you **done** in the past week to involve families in your current nursing practice?

Anexo C – Versão Português 1: VP1**Questionário de Prática de Enfermagem de Família (Pré-teste)**

Por favor, indique em uma escala de 1 a 5 o número que melhor reflete seus sentimentos em relação a seu trabalho com as famílias. MARQUE o número que for mais apropriado.

1.	Meu nível de confiança ao trabalhar com as famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
2.	Meu nível e satisfação com a enfermagem de família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
3.	Meu nível de conhecimento do sistema de enfermagem de família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4.	Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
5.	Sinto-me confortável em iniciar o envolvimento familiar no planejamento dos cuidados de enfermagem.	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
6.	Planejo intervenções de enfermagem em consultas com o paciente e a família.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias sempre se aproximam de mim em relação ao seu parente enfermo.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Promovo a participação, a escolha e o controle paciente/família ao atender às necessidades de cuidados com a saúde.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
9.	Meu envolvimento com as famílias é muito gratificante.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Evito interferências dos meus próprios preconceitos ao coletar, interpretar e comunicar dados sobre pacientes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

Por favor, comente as perguntas seguintes:

11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento dos cuidados?
12. Que vantagens, caso haja, existem em sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento dos cuidados?
13. O que você fez na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem atual? Por favor comente.

Anexo D – Versão Português 2: VP2**Escala de Prática da Enfermagem de Família (Pré-teste)**

Por favor, indique na escala de 1 e 5 o que melhor reflete seus sentimentos com relação ao seu trabalho com famílias. Por favor, CIRCULE o número mais apropriado.

1. Meu nível de confiança trabalhando com as famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
2. Meu nível de satisfação com a enfermagem da família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
3. Meu nível de conhecimento do sistema de enfermagem da família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4. Minha habilidade em trabalhar com o sistema da família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
5. Eu me sinto confortável em iniciar envolvimento com a família no planejamento do cuidado de enfermagem	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
6. Eu consulto os pacientes e famílias para planejar intervenções de enfermagem.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7. As famílias sempre me abordam sobre um parente doente.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8. Eu encorajo o paciente e família a participar, escolher, e controlar para atender necessidades de cuidado da saúde.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
9. Meu envolvimento com a famílias é gratificante a maior parte do tempo	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10. Eu evito a interferência dos meus próprios preconceitos quando colete, interpreto, e comunico dados sobre pacientes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

Por favor comente sobre as seguintes questões:

11. Quais são os problemas ou desvantagens de incluir a família na avaliação e planejamento do cuidado na sua prática de enfermagem?
12. Quais são as vantagens, se existir alguma, de incluir a família na avaliação e planejamento do cuidado na sua prática de enfermagem?
13. O que você fez na última semana para envolver as famílias na sua atual prática de enfermagem? Por favor, comente.

Anexo E – Versão em Inglês 1:VI1

Unit _____
 Please indicate your staff position
 Regular/full _____
 Casual _____

Nº _____

The family nursing practice scale

Pre-test: Please indicate on the scale a number from 1 to 5 which best reflects your sentiments in relation to your work with families. Circle the most appropriate number.

1. My level of confidence in working with families is	High 1 2 3 4 5 Low
2. My level of satisfaction with family nursing is	High 1 2 3 4 5 Low
3. My level of knowledge about systemic family nursing is	High 1 2 3 4 5 Low
4. My ability in working with the family system is	High 1 2 3 4 5 Low
5. I feel comfortable involving the family in the planning of nursing care	High 1 2 3 4 5 Low
6. I consult the patients and families in the planning of nursing care	Always 1 2 3 4 5 Never
7. The families customarily look for me to talk about their sick relatives	Agree 1 2 3 4 5 Disagree
8. I promote the participation, choice and control of the patient/family in attending their health care necessities	Always 1 2 3 4 5 Never
9. My involvement with the family is usually rewarding	Agree 1 2 3 4 5. Disagree
10. I avoid the interference of my own predispositions when I collect data about patients and families	Always 1 2 3 4 5 Never

Please comment on the following questions

11. Which problems or inconveniences are there in the practice of nursing when families are involved in the evaluation and planning of care?
12. Which benefits are there, if any exist, in including the family in the evaluation and planning of care in nursing practice?
13. What did you do in the last week to include the families in your present-day nursing practice? Please comment.

Anexo F – Versão em Inglês 2:VI2

Unit _____
 Please indicate your staff position
 Regular/full _____
 Casual _____

Nº _____

Family nursing practice scale (Pretest)

On a scale of 1 to 5 please indicate which best reflects your feelings in relation to your work with families. Please circle the most appropriate number.

1.	My confidence level in working with families is	High	1	2	3	4	5	Low
2.	My satisfaction level with family nursing is	High	1	2	3	4	5	Low
3.	My level of knowledge about family system nursing is	High	1	2	3	4	5	Low
4.	My ability to work with the family system is	High	1	2	3	4	5	Low
5.	I feel comfortable with involving the family in the planning of the care.	High	1	2	3	4	5	Low
6.	I consult the patients and the relatives to plan nursing interventions.	Never	1	2	3	4	5	Always
7.	The families normally seek me to talk about their sick relative.	Agree	1	2	3	4	5	Disagree
8.	I promote patient/relative participation, choice and control in the health treatment plan.	Always	1	2	3	4	5	Never
9.	My involvement with the families is usually rewarding.	Agree	1	2	3	4	5	Disagree
10.	When collecting, interpreting and communicating data about the patients and their relatives, I try to avoid my own propensities	Always	1	2	3	4	5	Never

Please answer the following questions.

11. What problems or inconveniences are there in your nursing practice when involving the relatives in care assesment and planning?
12. What are the benefits, if any, of involving relatives in the evaluation and planning of care in your nursing practice?
13. What did you do last week to involve the relatives in your current nursing practice? Please comment.

Anexo G – Resposta da Versão Consensual em Inglês (VIC) submetida à avaliação da Dra. Peggy Simpson

Peggy Simpson <peggysimpson01@gmail.com>
para eu, Suelli, heloisa.badagnan ▾

28 de fev de 2018 19:35 ☆ ↶ ⋮

Dear Willian da Silva Rodrigues,

Thank you for your letter and the attachment related to [The Report of the Current Stage of Cultural Adaptation Process of Family Nursing Practice Scale](#). I appreciate the opportunity to provide feedback related to use of the FNPS instrument including translations.

I realize you have done a great deal of work to ready the instrument for your important research.

In section 11. Original Family Nursing Practice Scale (FNPS) I wish to make several comments.

I agree with the linguistic modifications that occurred in items 6,7,10,11 and 12.

I do not agree with changes to item 5. In English language the term "Initiating" means "to cause a process to begin" This means the nurse is taking a very proactive role in meeting the family and engaging the family in the care process. This is different than using the word "involving" which seems much more passive in the English language.

I was confused with the comments you made related to the Likert scales in items 6, 7, 9 and 10. I looked at my FNPS instrument and it is congruent with your revised scale. I do not know where you got the scale with labels high-never, high- disagree? I will send an attachment of the instrument.

I think it would be an error to include the discussion about changes to the Likert scale in the text of your analysis particularly if you are interested in publication.

The constructs measured were attributes, critical appraisal and reciprocity in nursing practice with families. I do not recall how they were treated psychometrically. Is it not in the 2006 publication Development of the Family Nursing Practice Scale ?

You could run the psychometric testing using 3 different dimensions such as intensity, frequency and concordance to see what you get. I would wonder what questions that might answer for you related to Family Systems Nursing Practice? You would need a large sample size.

I hope these comments are useful to you. Sometimes it is a bit discouraging to get feedback that means more thinking and more work just when you think you are done! Best wishes to you in your studies.

Sincerely,
Peggy Simpson RN, PhD.

Anexo H - Autorização da Instituição coparticipante – Diretoria da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP

Ribeirão Preto, 21 de setembro de 2017.

Prezada Professora,

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa intitulado "**Adaptação Cultural e Validação do Instrumento Family Nursing Practice Scale (FNPS)**", desenvolvido pelo aluno Willian da Silva Rodrigues, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sueli Aparecida Frari Galera do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP - USP.

Informamos que a Divisão de Enfermagem está de acordo com sua realização.

Atenciosamente,

LUCI ROMERO GRUPPIONI ROSSI
Diretora da Divisão de Enfermagem
COREN SP 9.611

Ilustríssima Senhora

Profa. Dra. ANGÉLITA MARIA STABILE

MD, Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP

Divisão de Enfermagem - DE
Fone 16-3602 2170

www.hcrp.usp.br

Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP como instituição proponente

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA														
Título da Pesquisa: Adaptação Cultural e Validação do Instrumento Family Nursing Practice Scale (FNPS) em uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar														
Pesquisador: WILLIAN DA SILVA RODRIGUES														
Área Temática:														
Versão: 2														
CAAE: 77821317.1.0000.5393														
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 2.390.739														
Apresentação do Projeto: Trata-se da avaliação das respostas às pendências.														
Objetivo da Pesquisa: Sem alteração														
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Sem alteração														
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Sem alteração														
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Foram feitas alterações no TCLE dos Especialista conforme solicitado														
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Projeto aprovado														
Considerações Finais a critério do CEP: Parecer aprovado Ad Referendum														
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Endereço: BANDEIRANTES 3900</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>Bairro: VILA MONTE ALEGRE</td> <td>CEP: 14.040-902</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: RIBEIRÃO PRETO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (16)3315-9197</td> <td>E-mail: cep@eerp.usp.br</td> <td></td> </tr> </table>			Endereço: BANDEIRANTES 3900			Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-902		UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO		Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br	
Endereço: BANDEIRANTES 3900														
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-902													
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO													
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br													
Página 01 de 02

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.390.739

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_996440.pdf	10/11/2017 18:06:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/11/2017 18:05:33	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/11/2017 18:04:36	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	28/09/2017 17:20:25	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	26/09/2017 12:48:44	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	26/09/2017 12:45:24	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	oficio.pdf	26/09/2017 12:35:19	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	26/09/2017 12:32:57	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo J – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP como instituição coparticipante

<p>USP - RIBEIRÃO assistência - ensino - pesquisa</p>	<p>USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO</p>	<p>Plataforma Brasil</p>												
<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p>														
<p>Elaborado pela Instituição Coparticipante</p>														
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p>														
<p>Título da Pesquisa: Adaptação Cultural e Validação do Instrumento Family Nursing Practice Scale (FNPS) em uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar</p>														
<p>Pesquisador: WILLIAN DA SILVA RODRIGUES</p>														
<p>Área Temática:</p>														
<p>Versão: 1</p>														
<p>CAAE: 77821317.1.3001.5440</p>														
<p>Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -</p>														
<p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>														
<p>DADOS DO PARECER</p>														
<p>Número do Parecer: 2.405.585</p>														
<p>Apresentação do Projeto:</p>														
<p>Trata-se de projeto de pesquisa da Instituição Proponente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e o HCFMRP_USP será uma coparticipante da pesquisa.</p>														
<p>Objetivo da Pesquisa:</p>														
<p>De acordo com o parecer da Instituição Proponente.</p>														
<p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p>														
<p>De acordo com o parecer da Instituição Proponente.</p>														
<p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</p>														
<p>De acordo com o parecer da Instituição Proponente.</p>														
<p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</p>														
<p>Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil e estão de acordo com as normas éticas vigentes. Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.</p>														
<p>Recomendações:</p>														
<p>Não há.</p>														
<p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</p>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO</td> <td>CEP: 14.048-900</td> </tr> <tr> <td>Bairro: MONTE ALEGRE</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: RIBEIRÃO PRETO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (16)3602-2228</td> <td>Fax: (16)3633-1144</td> <td>E-mail: cep@hcrp.usp.br</td> </tr> </table>			Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO		CEP: 14.048-900	Bairro: MONTE ALEGRE			UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO		Telefone: (16)3602-2228	Fax: (16)3633-1144	E-mail: cep@hcrp.usp.br
Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO		CEP: 14.048-900												
Bairro: MONTE ALEGRE														
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO													
Telefone: (16)3602-2228	Fax: (16)3633-1144	E-mail: cep@hcrp.usp.br												
<p><small>Página 01 de 02</small></p>

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 2.405.585

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da instituição proponente, e o HCFMRP-USP como coparticipante da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/11/2017 18:05:33	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/11/2017 18:04:36	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	oficio.pdf	26/09/2017 12:35:19	WILLIAN DA SILVA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 29 de Novembro de 2017

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br