

ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DA CHELSEA CRITICAL CARE PHYSICAL ASSESSMENT TOOL (CPAx) ODS (3)

Amanda Lucci Franco da Matta Campos – Universidade Cidade de São Paulo

Adriana Claudia Lunardi – Universidade Cidade de São Paulo

Resumo

A avaliação sistemática usando escalas, questionários e equipamentos é fundamental para identificar precocemente as alterações da função física dos pacientes hospitalizados e acompanhar sua evolução. Apesar da reconhecida importância, existe uma carência de instrumentos que sejam adequados para pacientes adultos hospitalizados disponíveis e adaptados para o português-brasileiro. O processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento segue as etapas de tradução inicial, síntese, retrotradução, revisão por comitê de especialistas e pré-teste. As quatro primeiras etapas dão origem à versão pré-final do instrumento. Já a etapa de pré-teste, também chamada de validade de conteúdo, tem como objetivo corrigir as possíveis dificuldades em relação à compreensão e facilidade de entendimento do instrumento traduzido para que seja concluída a versão final do mesmo. A escala *Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool* (CPAx) foi originalmente desenvolvida em inglês (versão única) e para pacientes em terapia intensiva, sendo composto por dez itens que incluem componentes relacionados ao sistema respiratório, à mobilidade e à força de preensão palmar. O objetivo deste estudo foi avaliar a validade de conteúdo da versão pré-final da CPAx traduzida para o português-brasileiro (CPAx-Br). Durante o processo, a análise da validade de conteúdo foi realizada por 22 fisioterapeutas hospitalares de diferentes regiões do Brasil e com experiência profissional (tempo e formação) variada. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi usado para avaliar cada um usado para avaliar a validade de conteúdo e foi determinado previamente que os itens com $IVC \geq 80$ seriam considerados como aprovados. A relevância e abrangência obtiveram 86,36 pontos cada uma e foram considerados como aprovados. Além disso, o IVC também foi utilizado para avaliar a compreensão e aplicabilidade de cada um dos dez itens individualmente. A compreensão obteve IVC de 72,72 a 95,45 e a aplicabilidade de 45,55 a 90,90. Além disso, os participantes puderam expressar suas opiniões de forma qualitativa em três perguntas abertas. Os resultados mostraram que a versão brasileira da escala tem fácil aplicabilidade e compreensão, porém alguns ajustes foram realizados a fim de permitir ainda mais clareza nos itens, dando origem à versão final da CPAx-Br.

Palavras-chave: Hospitalização; Enfermarias; Estudos de validação; Inquéritos e Questionários; Fisioterapia.

Introdução

A incapacidade associada à hospitalização é multifatorial e independe do leito onde o paciente está internado. Ela inclui o estado funcional e de saúde anterior à doença e à hospitalização, bem como a gravidade da doença. Indivíduos com comorbidades ou com alguma limitação funcional pré-existente, além de pacientes idosos e aqueles acometidos com doenças de maior gravidade, apresentam maior risco para a incapacidade. Além disso,

existem aspectos relacionados à estadia hospitalar que podem acelerar o declínio funcional ou mesmo dificultar a recuperação. O ambiente hospitalar em si não favorece a mobilidade e frequentemente impõe restrições e desencoraja a manutenção da função física (Covinsky et al., 2011).

A fim de prevenir ou reduzir as limitações funcionais decorrentes da hospitalização, é de suma importância que sejam identificados todos os fatores de risco e que o paciente seja sistematicamente acompanhado durante toda a trajetória hospitalar. Isso permite oferecer cuidados contínuos que se estendem desde o estado de saúde pré-hospitalar até a sua permanência em enfermaria, levando em consideração suas necessidades globais no momento da alta (Mikkelsen et al., 2020).

Assim como existem inúmeros fatores relacionadas à ocorrência de complicações relacionadas à hospitalização, existem também diversos aspectos afetados por eles. O comprometimento físico dos pacientes hospitalizados resulta em um declínio da capacidade funcional afetando toda a sua trajetória de recuperação, incluindo perda da força muscular periférica e respiratória, mobilidade e independência. Considerando estas consequências e o prejuízo que elas podem causar na função física e muscular, é justificável o crescente interesse nos desfechos funcionais e na necessidade de se adotar estratégias para minimizar ao máximo essas complicações. É preciso um olhar ampliado de todos os profissionais envolvidos com a hospitalização para que, dessa forma, todos os riscos de incapacidade sejam reduzidos (Elliot et al., 2011)

A condição físico-funcional desses pacientes pode sofrer alterações ao longo da sua hospitalização, e essas mudanças devem ser frequentemente identificadas e documentadas. Dessa forma, os instrumentos de avaliação multidimensionais desempenham papel essencial como ferramentas para auxiliar no prognóstico e na prevenção de complicações durante e após a hospitalização (Covinsky et al., 2011).

Nesse contexto, é importante estabelecer estratégias para identificação e o manejo precoce das alterações físico-funcionais relacionadas à hospitalização, baseadas nas habilidades prévias à hospitalização em comparação com avaliações simples e protocoladas. Recomenda-se que tais avaliações sejam feitas através de instrumentos padronizados e com propriedades clinimétricas adequadas. Esses instrumentos de avaliação padronizados facilitam a descrição funcional do indivíduo e promovem a comunicação interprofissional (Schujman et al., 2019).

Na busca por escalas que possam ser traduzidas para a língua portuguesa falada no Brasil, destaca-se o instrumento *Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool* (CPAx), originalmente desenvolvido para pacientes em terapia intensiva. Esse instrumento

possui uma única versão que começou a ser desenvolvida em 2009 em Londres (Reino Unido) cujo idioma original é o inglês. Seu objetivo era preencher uma lacuna em relação à necessidade de se ter uma avaliação que fosse mais abrangente em relação a todos os aspectos que envolvem a limitação físico-funcional de um indivíduo hospitalizado em terapia intensiva (Corner et al., 2013).

O processo de tradução e adaptação transcultural proposto por Beaton e colaboradores (2000) deve seguir cinco etapas a fim de garantir a equivalência com o instrumento original. As primeiras quatro etapas (tradução inicial, síntese, retrotradução e revisão por comitê de especialistas) dão origem a versão pré-final do instrumento. Na última fase, a fase de pré-teste ou validade de conteúdo, a versão pré-final deve ser testada por outros profissionais a fim de analisar a facilidade de aplicação e de entendimento em relação a versão traduzida para dar origem à versão final do instrumento (Beaton et al., 2000).

Considerando a importância da avaliação sistematizada traduzida e adaptada para a cultura na qual se pretende usar, este estudo teve como objetivo analisar a validade de conteúdo da versão pré-final da CPax-Br após o processo de tradução e adaptação transcultural.

Revisão da literatura

A grande maioria dos instrumentos de avaliação em saúde, incluindo aqueles que se propõem a avaliar a função física de pacientes hospitalizados, foi publicado originalmente em inglês. Para que profissionais de outros países e fluentes em outras línguas possam utilizar esses instrumentos, faz-se necessária a tradução e adaptação transcultural do instrumento original para a língua e país que se pretende aplicá-lo. Esse processo deve seguir uma metodologia única a fim de garantir a equivalência entre as versões originais e secundárias do instrumento. Em 2000, Beaton e colaboradores publicaram um *guideline* para o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos de medida. O processo envolve cinco etapas sendo elas tradução, síntese, retrotradução, revisão por comitê de especialistas e pré-teste ou validade de conteúdo.

O objeto deste estudo é a escala *Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool* que é um instrumento de medida originalmente desenvolvido para avaliar a função física de pacientes adultos hospitalizados em terapia intensiva. O instrumento possui dez componentes que envolvem função respiratória, tosse, mobilidade e força muscular. Em cada um dos níveis, os componentes são descritos para que a avaliação possa ser

realizada, não havendo publicação de um manual de instruções para a escala (Corner et al., 2013; Corner et al., 2014).

Trata-se de uma escala do tipo *ClinROM*, ou seja, aplicada por profissionais da saúde para avaliar e registrar, nesse caso, a função física de pacientes. Composta por dez itens comumente usados na avaliação da habilidade física sendo cada um deles pontuado de zero a cinco de acordo com o nível de dependência do paciente. A pontuação de cada um dos componentes deve ser somada ao final, onde zero está relacionado à completa dependência e 50 indica total independência do paciente avaliado. A pontuação também pode ser plotada em um gráfico do tipo radar que auxilia na rápida interpretação das principais deficiências do paciente (Corner et al., 2013).

Durante o desenvolvimento da escala, a validade de conteúdo foi analisada mais de uma vez chegando a um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 1.00. Além disso, foi avaliada a validade de constructo com diversos outros instrumentos de avaliação. Correlações positivas de intensidade de moderada a forte foram observadas com a escala de coma de Glasgow, com escore de sedação de *Bloomsbury*, força muscular (MRC), escore *Australian Therapy Outcome Measures* (AusTOMs) e pico de fluxo de tosse. Também demonstrou correlação positiva entre a pontuação da escala no momento da pré-admissão e na alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e com o componente físico do questionário de qualidade de vida *Short-Form 36* (SF-36). Houve correlação negativa significativa da CPaX com o escore de gravidade *Sequential sepsis-related Organ Failure Assessment* (SOFA), com o tempo em dias de ventilação mecânica e com alta da UTI. Também durante as pesquisas de desenvolvimento do instrumento, a confiabilidade inter avaliadores (Kappa) e a consistência interna (alfa de Cronbach) demonstraram-se excelentes e adequadas com $k=0,988$ (intervalo de confiança de 0,791 a 1,000); $p<0,001$ e $\alpha=0,798$, respectivamente. Os resultados dessa primeira análise das propriedades clinimétricas sugerem validade da versão original da CPaX para avaliar o declínio da função física (Corner et al., 2013).

A escala também já foi analisada em relação à validade do constructo utilizando-se a análise de sete desfechos clínicos diferentes em relação à alta da UTI (domicílio com e sem necessidade de reabilitação, internação para reabilitação maior ou menor que seis meses, necessidade de *home-care*, óbito na UTI ou óbito na enfermaria). Os autores concluíram que os dados coletados mostram associação clara entre o escore na alta da UTI e o desfecho final da alta hospitalar. Além disso, os efeitos teto e piso foram mínimos (Corner et al., 2014).

Além disso, a CPAx aparece como um instrumento que aborda os aspectos de funcionalidade da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), colocando-se como o único instrumento de avaliação funcional que associa avaliação da função respiratória e da mobilidade, além da força muscular mensurada de forma objetiva. Uma das justificativas dos autores baseia-se no fato de que na Europa, diferentemente do que acontece nos Estados Unidos, o papel do fisioterapeuta envolve tanto a terapia respiratória quanto a reabilitação motora, tal como acontece no Brasil (Corner et al., 2014).

Método

Esse estudo seguiu as normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e foi iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em que os dados foram coletados e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté sob CAAE 73992423.7.0000.5501 / Parecer 6.421.227. Os participantes dessa fase (profissionais) foram convidados de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esse estudo faz parte do processo de tradução e adaptação transcultural da versão original em inglês da escala *Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool* – CPAx para o português-brasileiro (CPAx-Br), conforme recomendação internacional (Beaton et al., 2000). Anteriormente foram realizados os estágios de Tradução inicial, Síntese, Retrotradução e Revisão por comitê de especialistas. Essas etapas deram origem à versão pré-final da CPAx-Br que teve sua validade de conteúdo analisada nessa etapa do estudo.

Para tal, foram convidados 40 fisioterapeutas que atuassem em ambiente hospitalar para que pudessem aplicar a versão pré-final da CPAx-Br com objetivo de corrigir possíveis dificuldades em relação à compreensão e facilidade de entendimento da escala. Todos os profissionais convidados não participaram do processo de tradução e concordaram em participar dessa etapa de forma voluntária assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para caracterização da amostra foram coletados dados como local de atuação (cidade e estado), sexo, idade, nível de escolaridade, tempo de atuação total e tempo de atuação em ambiente hospitalar; e se eles já conheciam ou já haviam usado o instrumento anteriormente.

Para garantir que a amostra de voluntários participantes dessa fase do estudo fosse representativa, os fisioterapeutas convidados eram das cinco regiões do Brasil, com tempo de formação e atuação profissional diferentes e de ambos os sexos. Inicialmente os contatos foram feitos por meio de email ou por mensagem no telefone celular.

Após o primeiro contato, todos os profissionais receberam por email um documento orientador com dados sobre a escala e sobre a pesquisa, além das orientações sobre o passo a passo para participação na pesquisa e uma cópia da versão pré-final do instrumento em português-brasileiro. Foi solicitado que utilizassem o instrumento em seus atendimentos de rotina, aplicando-o em pelo menos um paciente adulto hospitalizado, seguindo as orientações do próprio instrumento. Além disso, também receberam orientações para que não compartilhassem, sob nenhuma hipótese, os resultados da avaliação e as características ou dados dos pacientes avaliados, uma vez que o paciente não constituía um sujeito da pesquisa nessa fase do estudo.

As orientações foram dadas para que, assim que utilizassem a versão pré-final da CPAX-Br, os fisioterapeutas preenchessem um questionário eletrônico enviado também por email (*Google Forms®*) com as suas percepções individuais sobre o instrumento. As perguntas envolviam aspectos sobre a relevância e abrangência do instrumento de forma geral; além da compreensibilidade e facilidade de aplicação de cada um dos 10 itens da escala individualmente. As perguntas puderam ser respondidas numa escala *Likert* de 0 a 5, além de três questões abertas para que as opiniões dos profissionais pudessem ser respondidas de forma qualitativa (Terwee et al., 2018).

Os voluntários dessa etapa do estudo tiveram um prazo de 10 dias para preencher o questionário. Foi definido previamente pelos pesquisadores que as respostas “4” e “5” seriam consideradas como uma avaliação positiva por parte dos profissionais participantes, ou seja, seriam consideradas como aprovadas. Posteriormente, a validade de conteúdo seria analisada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) através da seguinte fórmula (Tilden; Nelson; May, 1990):

$$\text{IVC} = (\text{Número de respostas "4" e "5"} / \text{Total de respostas}) \times 100$$

Foi determinado previamente pelos pesquisadores que os itens que apresentassem $\text{IVC} \geq 80$ seriam considerados “aprovados”, e aqueles com $\text{IVC} < 80$ seriam considerados como reprovados e, nesse caso, seriam discutidos e alterados se necessário (Polit; Beck; Owen, 1990).

Já as respostas qualitativas que continham as sugestões de cada um dos fisioterapeutas voluntários foram analisadas uma a uma pelos dois pesquisadores.

Resultados e Discussão

O processo de tradução e adaptação transcultural aconteceu entre outubro de 2023 e abril de 2024 e seguiu o protocolo proposto por Beaton e colaboradores (2000). O estágio 1 foi realizado por dois profissionais brasileiros fluentes em inglês que fizeram a tradução do instrumento original de forma independente (T1 e T2).

Na segunda etapa, uma reunião foi realizada entre os pesquisadores e os tradutores para que as discrepâncias fossem resolvidas. Por exemplo, a aspiração realizada com o “*yanker*” descrita no instrumento original não é rotineiramente usada no Brasil. Assim, tal como Holdar e colaboradores (2021) em sua tradução para versão em sueco da CPAX, o comitê de especialistas optou por uma redação alternativa - “requer aspiração das vias aéreas superiores”. Após esse estágio de síntese, originou-se uma versão única da tradução da escala denominada versão T-12.

O estágio de retrotradução deu origem a versão RT1 e, posteriormente, as discrepâncias foram discutidas e resolvidas pelo comitê de especialistas e pequenos ajustes foram feitos por questões linguísticas e diferentes terminologias, sendo criando então a versão pré-final.

A versão pré-final foi então submetida ao processo de análise da validade de conteúdo (pré-teste). A validade de conteúdo é definida como o grau em que o conteúdo de um instrumento é um reflexo adequado do constructo a ser medido. Ela deve ser questionada de forma sistemática aos pacientes (no caso de instrumentos de auto-relato) ou profissionais (clínicos ou pesquisadores) para que sejam analisados os aspectos de relevância, abrangência e compreensibilidade dos itens (Terwee et al, 2018).

Para esta etapa foram convidados 40 fisioterapeutas hospitalares sendo que 3 não estavam atuando no período da pesquisa, 1 houve falha no contato e 14 não responderam ou se recusaram a participar do estudo. Assim, 22 profissionais participaram dessa fase do estudo e assinaram o TCLE, e todos completaram o questionário. Essa etapa aconteceu entre os meses de maio e junho de 2024, tendo participado profissionais de quatro das cinco regiões do Brasil, com média de idade de 36,09 anos, a maioria (95,45%, N=21) do sexo feminino e com tempo de atuação na área hospitalar variando de menos de um ano até 24 anos completos (Tabela 1). Quando questionados sobre a CPAX, 50% (N=11) dos participantes relataram que já conheciam o instrumento e 86,36% (N=19) nunca haviam aplicado em sua prática clínica.

Apesar de não ser objetivo deste estudo investigar as características da escala original uma vez que ela não seria modificada, foi questionado aos profissionais a sua opinião sobre a relevância para a prática clínica e abrangência em relação a avaliação dos aspectos da funcionalidade física de pacientes hospitalizados da CPAX. Tanto a relevância

quanto a abrangência tiveram um IVC = 86,36. Esses dados demonstram a opinião dos profissionais a respeito do instrumento original, e ele foi considerado como sendo relevante para a prática clínica e abrangente quando considerados os aspectos da funcionalidade de pacientes hospitalizados.

Tabela 1 – Características demográficas e profissionais dos participantes do pré-teste

VARIÁVEL	N = 22
Idade (anos)	36,09 (6,91)
Sexo	
Feminino	21 (95,45%)
Tempo de formação (anos)	12,04 (7,16)
Tempo de atuação em hospital (anos)	10,59 (7,40)
Região de atuação no Brasil	
Sudeste	18 (81,81%)
Centro-Oeste	2 (09,09%)
Sul	1 (04,54%)
Nordeste	1 (04,54%)
Norte	0
Formação profissional / Titulação	
Graduação	0
Especialização em andamento	1 (04,54%)
Especialização concluída	11 (50,00%)
Mestrado em andamento	0
Mestrado concluído	1 (04,54%)
Doutorado em andamento	4 (18,18%)
Doutorado concluído	4 (18,18%)
Título de especialista profissional	1 (04,54%)

A compreensão e a aplicabilidade da versão pré-final da escala foram questionadas de forma quantitativa item a item e os IVC estão dispostos na Tabela 2. Em relação à compreensão, os IVC variaram de 72,72 (Preensão palmar) à 95,45 (Tosse). Já em relação à aplicabilidade, com exceção do item de avaliação da preensão palmar (IVC = 45,55), todos os itens tiveram IVC = 90,90. Dessa forma, todos os primeiros nove itens da escala foram considerados como aprovados de acordo com o IVC e o item de avaliação da Força de Preensão Palmar foi considerado reprovado e analisado posteriormente pelos pesquisadores.

Tabela 2 – Índices de Validade de Conteúdo (IVC)

VARIÁVEL	IVC
Compreensão	
Função respiratória	86,36
Tosse	95,45
Movimentos no leito	86,36
Mudar de supino para sentado na beira do leito	86,36
Dinâmica de sentar	81,81
Equilíbrio em pé	86,36
De sentado para em pé	90,90
Transferência do leito para cadeira	90,90
Caminhada	86,36
Força de preensão palmar	72,72
Aplicabilidade	
Função respiratória	90,90
Tosse	90,90
Movimentos no leito	90,90
Mudar de supino para sentado na beira do leito	90,90
Dinâmica de sentar	90,90
Equilíbrio em pé	90,90
De sentado para em pé	90,90
Transferência do leito para cadeira	90,90
Caminhada	90,90
Força de preensão palmar	45,55

Os profissionais também tiveram oportunidade de expressar suas opiniões de forma qualitativa em três perguntas diferentes. Na primeira delas, os participantes foram questionados sobre a compreensão e foi solicitado que, se houvesse dificuldade em qualquer um dos dez itens, que fosse apontado qual foi o item e que desse a sua sugestão de como poderia ser melhorado. Alguns participantes optaram por não responder esse item e as respostas obtidas estão dispostas no Quadro 1.

Na segunda pergunta qualitativa, os participantes foram questionados sobre a dificuldade para aplicação da escala e foi solicitado que, se houvesse dificuldade em qualquer um dos dez itens, que fosse apontado qual foi o item e desse a sua sugestão de como poderia ser melhorado. Alguns participantes optaram por não responder essa pergunta e as respostas obtidas estão dispostas no Quadro 2.

Por fim, o questionário para os participantes trazia uma pergunta onde eles eram incentivados a fazer qualquer comentário que pudesse melhorar a CPAX-Br. As respostas obtidas estão dispostas no Quadro 3.

Quadro 1 – Resultado da questão qualitativa sobre a compreensão dos itens da escala

Respostas dos participantes

"Item Função respiratória, suporte ventilatório não-invasivo aparece nos níveis 2 e 3. Achei que pode confundir. Equilíbrio em pé nível 4 e 5 também achei que pode ter confusão. Por fim, a preensão palmar, fiquei em dúvida sobre o posicionamento do paciente e do seu braço na hora do teste, já que existe mais de um protocolo de avaliação descrito. E se é a média de 3 repetições?"

"Não tive dificuldade em compreender os itens"

"Função respiratória: suporte ventilatório não invasivo aparece no nível 2 e 3 sem distinção entre elas. Dinâmica de sentar: ali consta como análise de assumir a sedestação beira leito, para mim, fica a mesma coisa que a anterior de mudar de supino para sedestação beira leito (e manter a sedestação não fica confusa, mas tem essa escrita do assumir)."

"Nos itens citados acima, senti dificuldade em entender: 1) rolar (como diferenciar nível 1, 2 ou 3, pois se o paciente precisar de 2 pessoas pode pontuar no nível 1 ou nível 2. O mesmo vale para nível 2 e 3); 2) mesma dúvida para o item seguinte (mudar supino para sentado); 3) dinâmica de sentar: dificuldade diferenciar nível 2 e 3; 4) equilíbrio em pé: dificuldade diferenciar nível 4 e 5; 5) sentado para em pé: dificuldade diferenciar nível 2 e 3; 6) transferência leito: dificuldade diferenciar nível 2 e 3."

"Achei a escala totalmente funcional, sendo possível avaliar itens simultaneamente sem dificuldade"

"No item da caminhada tive que reler os níveis 2, 3 e 4 para compreender melhor o > 1 pessoa (moderado) e, ou 1 pessoa (mínima)"

"A relação de não obter o instrumento dinamômetro"

Uma reunião final foi realizada entre os pesquisadores para que os resultados da fase de validade de conteúdo fossem analisados. O único item que apresentou IVC < 80 foi o item de avaliação da Força de Preensão Palmar, tanto para compreensão quanto para aplicabilidade. A análise desse item, juntamente com as respostas qualitativas obtidas, indicou que a dificuldade de compreensão e de aplicação dos participantes tinha relação com a falta de disponibilidade do equipamento e/ou falta de conhecimento do protocolo de avaliação da dinamometria de preensão palmar. Uma vez que o objetivo desse estudo é apenas de criar uma versão traduzida da CPax e não de modificá-la em relação à sua versão original, os pesquisadores decidiram por manter o item tal como ele estava.

Assim, os resultados do pré-teste levaram à conclusão de que a ferramenta é de fácil aplicação e compreensão, no entanto, as respostas qualitativas dos participantes sugeriram que alguns dos itens e níveis precisavam de mais clareza para evitar incertezas no momento da prática clínica.

Dessa forma, todas as respostas qualitativas dos participantes foram analisadas uma a uma por dois pesquisadores e houve a necessidade de reformular ou reajustar algumas palavras, atendendo as opiniões dos profissionais que participaram do pré-teste, com objetivo de melhorar a compreensão de alguns dos itens da escala. Os pesquisadores acataram as sugestões dos participantes e o título do item 5 que na versão pré-final era



chamado de “Dinâmica de sentar (ex.: assumir a sedestação na beira do leito/ ficar sentado sem apoio)” foi modificado para “Equilíbrio sentado (ex.: quando sentado na beira do leito/sentado sem apoio)”. Também o título do item 10 que antes trazia a descrição de “gênero”, foi modificado para “sexo” uma vez que é categorizado como feminino e masculino.

Quadro 5 – Resultado da questão qualitativa sobre a aplicabilidade dos itens da escala

Respostas dos participantes

"A barreira seria ter o instrumento dinâmetro no serviço, mas o uso do equipamento é simples. Será descrito brevemente a postura do paciente para fazer a medida? Sentado, pés apoiados, ângulo do cotovelo 90 graus."

"Força de preensão palmar não houve dispositivo para a aplicação do teste"

"Força de preensão palmar não apliquei por falta do instrumento"

"A escala compõe excesso de informação para a aplicação"

"Apenas uma limitação na avaliação de força de preensão palmar, considerando a ausência do dinamômetro em alguns serviços"

"Não houve dificuldade em aplicar, mas em pontuar em relação as confusões apontadas no item anterior."

"Talvez usar alguma métrica para avaliar a tosse. Por exemplo pico de fluxo."

"Dificuldade de avaliação na preensão palmar"

"Não apliquei a força de preensão palmar por não ter o dinamômetro. Poderiam avaliar a possibilidade de uma avaliação subjetiva?"

"A dificuldade com o item "TOSSE" foi para graduar pacientes intubados, pois o Nível 1 fala que a tosse é estimulada somente na aspiração profunda, mas pacientes intubados tem tosse estimulada não somente na aspiração profunda, porém, não é possível remover secreção. Ou seja, pacientes intubados podem ser classificados como Nível 2 (Tosse fraca e ineficaz, incapaz de remover secreção e precisa de aspiração profunda)? Ou o Nível 2 somente se aplica a pacientes sem cânula traqueal? Ou seja, pacientes intubados ou traqueostomizados devem ser classificados somente como Nível 0 ou Nível 1?"

"A dificuldade com a "FORÇA DE PREENSÃO PALMAR" é a disponibilidade do dinamômetro, que não é de uso rotineiro do serviço (usa-se mais em pesquisas) e não está disponível nas unidades (apenas 1 equipamento no hospital)."

"E uma dificuldade geral foi como classificar pacientes que não colaboram... se a indicação é dizer que não foi possível aplicar a escala, ou se devemos pontuar apenas os itens possíveis e considerar Nível 0 para os outros itens... pois a descrição do Nível 0 somente fala em "Incapaz" ou "Instável", mas não sobre impossibilidade de avaliação. Talvez na legenda da escala ou nas instruções para aplicação isso possa ser dito."

"Não obtinha o aparelho para aplicação"

"Dificuldade foi em relação em aplicar a força de pressão palmar"

"Quantificar a dinamometria do paciente na tabela de acordo com as porcentagens. Poderia colocar a valor real do paciente de acordo com as especificações."



Quadro 6 – Outras sugestões qualitativas sobre a escala

Respostas dos participantes

"Na descrição de bengala, andador poderia ser usado dispositivo auxiliar de marcha (DAM). Parabéns pelo trabalho, uma ferramenta que irá nos auxiliar nas avaliações."

"Colocar como pontuar. Como não conheço a escala eu só marquei cada item mas não soube como pontuar. Obrigada"

"Talvez o último item não há a aplicabilidade, pois necessita do dispositivo dinamômetro que é pouco utilizado em UTI's"

"Vejo que algumas colunas e linhas sobrepõe uma sobre a outra, em relação as informações que poderia ser eliminados que levaria a praticidade e economia de tempo."

"O item CAMINHADA colocar em algum dos últimos níveis pacientes que apresenta deambulação independente porém ainda deve ser feita de forma observada pelo terapeuta, pacientes que apresentam déficit de equilíbrio repentino seja por sequela neurológica ou senilidade"

"Apenas sobre a avaliação da preensão palmar mesmo, pois acredito que nem todos os hospitais terão o dinamômetro, fazendo com que o resultado da avaliação não seja fidedigno"

"Ajuste de valores da dinamometria."

Conclusão (ou Considerações finais)

Esse estudo faz parte de um projeto que tem por objetivos traduzir e adaptar transculturalmente a escala CPAx para o português-brasileiro e, posteriormente, analisar as suas propriedades clinimétricas quando aplicada em adultos hospitalizados em enfermaria no Brasil.

A primeira fase do estudo, tradução e adaptação transcultural da CPAx, está totalmente concluída. Durante essa fase a validade de conteúdo da CPAx-Br foi avaliada e considerada como aprovada pelos participantes, o que indica que a versão brasileira do instrumento é de fácil aplicação e compreensão pelos profissionais fisioterapeutas. Assim, versão final da CPAx-Br está pronta e disponível para a fase de análise das propriedades clinimétricas.

Referências

Listar as referências conforme norma ABNT 6023-2028.

COVINSKY K. E., PIERLUISSI E., JOHNSTON C. B. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". **JAMA**, v. 306, n. 16, p. 1782-93, oct. 2011. doi: 10.1001/jama.2011.1556. PMID: 22028354.

ELLIOT D. *et al.* Assessing physical function and activity for survivors of a critical illness: A review of instruments. **Aust Crit Care**, v. 24, n. 3, p. 155-66. Aug. 2011. 10.1016/j.aucc.2011.05.002. Epub 2011 Jul 1. PMID: 2172314.

MIKKELSEN M. E. *et al.* Society of Critical Care Medicine's International Consensus Conference on Prediction and Identification of Long-term impairments After Critical Illness. **Crit Care Med**, v. 48, n. 11, p. 1670-1679. Nov. 2020. doi: 10.1097/CCM.0000000000004586. PMID: 32947467.

SCHUJMAN D. S., LAMANO M. Z., NAWA R. K. Avaliação da função física e funcionalidade na Unidade de Terapia Intensiva. In: FU C.; SCHUJMAN D. S. **Reabilitação e mobilização precoce em UTI: princípios e práticas**. Barueri, SP: Editora Manole, 2019.

CORNER E. J. *et al.* The Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx): validation of an innovative new tool to measure physical morbidity in the general adult critical care population; an observational proof-of-concept pilot study. **Physiotherapy**, v. 99, n. 1, p. 33-41. Mar. 2013. doi: 10.1016/j.physio.2012.01.003.

CORNER E. J. *et al.* Construct validity of the Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool: an observational study of recovery from critical illness. **Crit Care**, v. 18, n. 2, p. R55. Mar. 2014. doi 10.1186/cc13801.

BEATON D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 25, n. 24, p. 3186-91. Dec. 2000. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014. PMID: 11124735.

TERWEE C.B. *et al.* COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. **Qual Life Res**, v. 27, p. 1159–1170. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>.

TILDEN V. P., NELSON C. A., MAY B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, v. 39, n. 3, p. 172-175. 1990.

POLIT D. F., BECK C. T., OWEN S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 30, n. 4, p. 459-67. Aug. 2007 doi: 10.1002/nur.20199. PMID: 17654487.

HOLDAR U. *et al.* Cross-cultural adaptation and inter-rater reliability of the Swedish version of the Chelsea critical care assessment tool (CPAX-Swe) in critically ill patients. **Disabil Rehabil**, v. 43, n. 11, p. 1600-1604. 2021. doi: 10.1080/09638288.2019.1668971. Epub 2019 Sep 26. PMID: 31558043.