

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UniEVANGÉLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MOVIMENTO HUMANO E REABILITAÇÃO
PPGMHR

PHYSICAL FUNCTION IN CRITICAL CARE (PACIFIC): TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL
PARA LÍNGUA PORTUGUESA

GUSTAVO MATOS DE MENEZES

Anápolis, GO

2024

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UniEVANGÉLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MOVIMENTO HUMANO E REABILITAÇÃO
PPGMHR

PHYSICAL FUNCTION IN CRITICAL CARE (PACIFIC): TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL
PARA LÍNGUA PORTUGUESA

GUSTAVO MATOS DE MENEZES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Movimento Humano e Reabilitação da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Vinícius Maldaner

Anápolis, GO

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

M543

Menezes, Gustavo Matos de.

Physical function in critical care (PaciFIC): tradução e adaptação cultural
para língua portuguesa / Gustavo Matos de Menezes -
Anápolis: Universidade Evangélica de Goiás - UniEvangélica, 2024.

46p.; il.

Orientador: Prof. Dr. Vinícius Maldaner.

Dissertação (mestrado) - Programa de pós-graduação em Movimento
Humano e Reabilitação - Universidade Evangélica de Goiás -
UniEvangélica, 2024.

1. Tradução	2. Adaptação transcultural	3. Funcionalidade
4. Unidade de terapia intensiva		5. Paciente crítico
I. Maldaner, Vinícius		II. Título

CDU 615.8

Catálogo na Fonte

Elaborado por Rosilene Monteiro da Silva CRB1/3038



FOLHA DE APROVAÇÃO

**VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA PHYSICAL FUNCTION IN CRITICAL CARE(PACIFIC):
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL
GUSTAVO MATOS DE MENEZES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Movimento Humano e Reabilitação

-PPGMHR da Universidade Evangélica de Goiás -

UniEVANGÉLICA como requisito parcial à obtenção do grau de MESTRE.

Aprovado em 15 de agosto de 2024.

Linha de Pesquisa: Avaliação, Prevenção e Intervenção Terapêutica no Sistema Cardiorrespiratório (APIT)

Banca examinadora

Documento assinado digitalmente



VINICIUS ZACARIAS MALDANER DA SILVA

Data: 23/10/2024 13:52:16-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Vinícius Zacarias Maldaner da Silva

Documento assinado digitalmente



RODOLFO DE PAULA VIEIRA

Data: 23/10/2024 13:58:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rodolfo de Paula Vieira

Documento assinado digitalmente



RENATO VALDUGA

Data: 19/08/2024 16:30:48-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Renato Valduga

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente aos meu Arcanjos, pela força e inspiração para superar todos os desafios ao longo desta jornada acadêmica.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vinícios Zacarias Maldaner da Silva, pela orientação e sabedoria compartilhada durante todo o processo. Sua dedicação e apoio foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À minha família, especialmente aos meus pais, Leta Lúcia Brandão Matos de Menezes e Iraldo Barbosa de Menezes, minha irmã Natalia Matos de Menezes pelo amor incondicional, pelos valores transmitidos e por acreditarem em mim desde sempre. Também não poderia esquecer da minha querida sogra, Kenia Baiocchi por todos os momentos de troca e direcionamentos. Sem vocês, nada disso seria possível.

À minha esposa, Natália Carvalho Junqueira, pelo amor, compreensão e incentivo constante. Sua presença e apoio foram essenciais para que eu pudesse seguir em frente nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho, Caetano Brand Junqueira Baiocchi de Menezes, que, mesmo sem entender este momento, me inspirou a ser um exemplo de perseverança e dedicação.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, em especial, Gabriel Fernandez, compartilhando alegrias e desafios. A amizade de vocês tornou essa jornada mais leve e divertida.

A todos, meu sincero agradecimento e carinho.

RESUMO

Introdução: O declínio da capacidade funcional de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) adulto é constantemente presenciado pelos fisioterapeutas que atuam nesses centros. As repercussões funcionais persistem durante toda a internação, passando pelas enfermarias até a alta hospitalar. Diferentes escalas são utilizadas no âmbito hospitalar para avaliar a funcionalidade desses pacientes, porém instrumento específico que contemple desde o primeiro despertar na UTI até a alta hospitalar, ainda não está disponível para utilização na prática clínica no Brasil. A escala PaciFIC (Physical Function in Critical Care) foi desenvolvida na Austrália a partir de dois instrumentos já validados no Brasil: a escala PFIT (Physical Function in Intensive Care Test-scored) e a escala DEMMI (De Morton Mobility Index). Apesar da PaciFIC não ser um instrumento traduzido e validado, tem potencial para ser usado em diferentes contextos no âmbito hospitalar. **Objetivo:** traduzir e adaptar transculturalmente para a língua portuguesa a escala PaciFIC, assim como o manual de explicativo da escala e o vídeo demonstrativo. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, de tradução e adaptação cultural realizado inicialmente por 2 tradutores juramentados da língua inglesa para a portuguesa, seguida de uma tradução novamente para o inglês e a partir dessa versão traduzida, um comitê realizará uma avaliação dos documentos. Passado esse processo, a escala será aplicada por 30 fisioterapeutas em pacientes internados em um hospital particular e avaliar o seu Índice de Validade de Conteúdo (IVC). **Resultados:** A escala, o manual explicativo e o vídeo demonstrativo foram traduzidos para a língua portuguesa seguindo as diretrizes mais utilizadas nos estudos similares. Os itens de cada ferramenta que atingiram um percentual acima de 80%, foi considerado válido. Dos 29 itens avaliados, 18 (62%) alcançaram resultados válidos pelo IVC. Itens que não atingiram esse coeficiente foram revisados e ajustados pelo comitê para garantir a sua aplicabilidade. **Conclusão:** A versão adaptada da PaciFIC para língua portuguesa foi de fácil entendimento pelos profissionais, é viável para o contexto hospitalar no Brasil e pode ser aplicada em ambiente crítico.

Palavras-chave: Tradução, Adaptação Transcultural, Funcionalidade, Unidade

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
RESUMO	6
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE ABREVIATURAS	10
CONTEXTUALIZAÇÃO	11
REVISÃO DE LITERATURA	13
1. Fraqueza Muscular Adquirida na UTI	13
2. Importância da Reabilitação na UTI	13
3. Escalas de Avaliação Funcional, traduções e adaptações transcultural.	14
4. A Escala PacifIC	16
OBJETIVOS	18
RESULTADOS.....	19
ESTUDO I	20
CONCLUSÃO.....	34
PERSPECTIVAS FUTURAS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	39
APÊNDICES.....	43

LISTA DE TABELAS E QUADROS

1. Tabela 1- Resultado dos itens reavaliados pelo comitê para versão final da escala PaciFIC Brasil. Página 27.
2. Tabela 2- Resultado dos itens reavaliados pelo comitê - Manual explicativo da PaciFIC Brasil. Página 27.
3. Tabela 3- Resultado dos itens reavaliados pelo comitê - Vídeo demonstrativo da PaciFIC Brasil. Página 28.
4. Tabela 4- Características dos fisioterapeutas durante as intervenções educacionais PaciFIC. Página 29.
5. Material complementar: Manual explicativo traduzido. Página 40.

LISTA DE FIGURAS

- 1- Figura 1 – Escala PaciFIC – Página 23
- 2- Figura 2 – Organograma da metodologia do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento PaciFIC. Página 25

LISTA DE ABREVIATURAS

Assist. – Assistência

BT1 – Back-Translation 1

BT2- Back-Translation 2

C/ - Com

Dr. – Doutor(a)

FSS-ICU – Function Status Score for the Intensive Care Unit

HOME – Hospital Ortopédico e Medicina Especializada

IQ - Intervalo Interquartil

IVC- Índice de Validade de Conteúdo

Me. – Mestre

Min. – Mínima

PaciFIC - Physical Function in Critical Care

PFIT-s- Physical function in intensive Care Test

Prof. - Professora

S/ - Sem

Seg. – Segundos

Sup. – Supervisionada

T1- Tradutor 1

T1-2- Síntese da tradução inicial

T2- Tradutor 2

UTI- Unidade de terapia intensiva

CONTEXTUALIZAÇÃO

A reabilitação de pacientes críticos que passam por internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) tem se tornado uma área de crescente importância na saúde. Esses pacientes frequentemente apresentam fraqueza muscular generalizada e comprometimento funcional significativo, o que pode persistir por anos após a alta hospitalar, afetando profundamente sua qualidade de vida¹. Dentre os fatores que contribuem para essa condição, destacam-se a sepse, a disfunção múltipla de órgãos e o uso prolongado de ventilação mecânica^{2 3}.

A avaliação e monitoramento da funcionalidade desses pacientes são cruciais para a implementação de estratégias de reabilitação eficazes. Diversos instrumentos foram desenvolvidos para essa finalidade, como o Physical Function in Intensive Care Test (PFIT-s) e o Functional Status Score for the ICU (FSS-ICU), ambos já traduzidos e adaptados para o português brasileiro^{1 3}. Tais escalas foram criadas na língua inglesa, o que dificulta a utilização nos países de língua portuguesa. Com isso, pesquisadores utilizaram as diretrizes de tradução e adaptação transcultural mais utilizadas no mundo para tornar estes materiais aplicáveis na língua portuguesa. No entanto, a escala Physical Function in Critical Care (PaciFIC), apresenta um potencial significativo para a prática clínica no Brasil, embora até então estivesse disponível apenas em inglês, limitando sua aplicabilidade local.

A escala PaciFIC, juntamente com seu manual explicativo e vídeo demonstrativo, foi concebida para avaliar a funcionalidade global dos pacientes desde a UTI até a alta hospitalar. Para sua aplicação no contexto brasileiro, é necessário um processo rigoroso de tradução e adaptação transcultural, garantindo que a ferramenta seja clara, compreensível e relevante para os profissionais de saúde locais.

O estudo conduzido pelos autores seguiu um protocolo metodológico bem definido, que incluiu a tradução inicial por tradutores bilíngues, a síntese das traduções, a retrotradução por tradutores nativos de inglês, e a avaliação por

um comitê de especialistas. A etapa final envolveu a aplicação de um pré-teste com fisioterapeutas brasileiros, de um hospital particular do Distrito Federal, para avaliar a clareza e equivalência das traduções e realizar ajustes necessários.

O estudo da tradução e adaptação transcultural da escala PaciFIC e seus materiais complementares teve como objetivo viabilizar a utilização destes no contexto dos hospitais brasileiros. O presente estudo é parte de um trabalho maior intitulado “*Validação da Escala PaciFIC para o uso no Brasil*”, da doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Prof. Me. Waleska da Silveira.

O referencial teórico e os objetivos deste estudo são detalhados nos capítulos iniciais da dissertação. Os resultados, por sua vez, foram apresentados em formato de artigo científico. O artigo, intitulado “*Versão Brasileira Da Escala Physical Function In Critical Care (PaciFIC): Tradução e Adaptação Transcultural*”, foi submetido à revista Cuadernos de Educación y Desarrollo (ISSN 1989-4155), aceito no dia 19/07/2024 e publicado no dia 02 de agosto de 2024. Vale ressaltar que algumas informações podem se repetir entre os capítulos, visto que o referencial teórico e os objetivos são expostos nos capítulos específicos do artigo.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Fraqueza Adquirida na UTI

A fraqueza adquirida na UTI é uma condição comum que afeta pacientes internados nestas unidades por períodos prolongados. Estudos indicam que até 50% dos pacientes que passam mais de uma semana na UTI desenvolvem algum grau de fraqueza muscular, o que pode impactar significativamente a qualidade de vida desses indivíduos a longo prazo¹. As causas desta condição são multifatoriais, incluindo sepse, disfunção múltipla de órgãos e o uso prolongado de ventilação mecânica^{2 3}.

A fraqueza generalizada resulta em piora da capacidade funcional e pode persistir por anos, comprometendo atividades diárias e limitando a independência dos pacientes¹. A fraqueza adquirida na UTI é caracterizada pela perda de massa muscular, força e resistência, levando a uma série de complicações secundárias, como a atrofia muscular e encurtamentos dos tecidos músculo-tendíneos.

A gravidade dos enfermos está diretamente associada a uma perda de massa muscular importante. Esses pacientes têm perda principalmente na primeira semana da internação e são mais acentuados nos pacientes com disfunção de múltiplos órgão, quando comparado com os pacientes com falência de apenas um órgão⁴. Quando associado ao uso de ventilação mecânica com tempo superior a 48 horas, a prevalência da fraqueza adquirida na UTI pode atingir uma faixa entre 25-40% dos pacientes⁵.

2. Importância da Reabilitação Intensiva

A reabilitação intensiva desempenha um papel crucial na prevenção e mitigação dos efeitos adversos associados à internação prolongada. Intervenções fisioterapêuticas, quando iniciadas precocemente, podem reduzir a atrofia muscular, melhorar a capacidade funcional e acelerar a recuperação dos pacientes⁶.

A presença de fisioterapeutas nas UTIs tem mostrado reduzir complicações respiratórias, melhorar a mobilidade funcional dos pacientes na alta hospitalar e reduzir o tempo de ventilação mecânica e internação⁷. A reabilitação intensiva visa restaurar a força muscular, aumentar a resistência e promover a independência funcional dos pacientes, permitindo um retorno mais rápido e seguro às atividades de vida diária.

Com as diversas intervenções fisioterapêuticas disponíveis para execução da mobilização dos pacientes, a reabilitação dos pacientes tem sido mais bem direcionada pelos profissionais dentro do hospital. Desde a mobilização passiva/ativa até a deambulação, a seleção das condutas de acordo com o estado funcional dos pacientes é de suma importância para um melhor prognóstico⁸.

Alguns fatores podem retardar o progresso na mobilização dos pacientes em reabilitação. Os quadros de delírium, complicações cirúrgicas, desnutrição, estado funcional prévio e até mesmo treinamento da equipe são comumente encontrados como dificultadores no processo de mobilização. Drenos, tubos e acessos são atribuídos como limitadores para a retirada do paciente do leito, porém quando se tem uma equipe de fisioterapia treinada e capacitada, os pacientes tendem a atingir um nível maior de mobilização⁹.

3. Escalas de Avaliação Funcional, traduções e adaptações transcultural.

A avaliação funcional é um componente essencial da prática fisioterapêutica nas UTIs. Ferramentas quantitativas são necessárias para identificar precocemente as alterações funcionais nos pacientes internados e orientar estratégias terapêuticas de forma assertiva¹⁰. Medidas de avaliação da funcionalidade ajudam a quantificar os impactos da internação prolongada e a monitorar o progresso da reabilitação.

Diversas escalas foram desenvolvidas e validadas para avaliar a funcionalidade dos pacientes em UTIs, permitindo uma abordagem mais estruturada e baseada em evidências para o cuidado desses indivíduos.

Entre as escalas recomendadas para a prática clínica nas UTIs, destacam-se a *Physical Function in Intensive Care Test* (PFIT-s)¹, a *De Morton Mobility Index* (DEMMI)¹ e a *Functional Status Score for the ICU* (FSS-ICU)¹⁰. Essas escalas foram traduzidas e adaptadas para o português brasileiro, facilitando sua aplicação no contexto nacional^{1 10}.

A escala *Functional Status Score for the ICU* (FSS-ICU) foi desenvolvida para o ambiente da UTI e foca em cinco atividades funcionais do paciente. São elas: rolar, transferência da posição em decúbito dorsal para sentado, da posição sentada para em pé, ficar sentado na beira do leito e deambular. Cada atividade é pontuada de 0 (onde o paciente não é capaz de executar) até 7 (onde o paciente é capaz de executar de forma independente)¹⁰.

A *Physical Function in Intensive Care Test* (PFIT-s) também foi desenvolvida para ser aplicada nos pacientes de terapia intensiva. Envolvendo quatro tarefas funcionais: de sentado para a posição em pé, cadência da marcha, flexão de ombro e extensão de joelho, sendo utilizado a classificação de força de Oxford para graduar a força muscular¹.

Já a *De Morton Mobility Index* (DEMMI) foi criada para avaliar o grau de mobilidade dos pacientes com o perfil geriátrico, porém há pouco tempo, foi observado em um estudo que esta medida demonstrou ser de alta confiabilidade nas unidades de terapia intensiva¹.

Uma outra ferramenta traduzida e adaptada para a realidade brasileira, além de amplamente utilizada nos grandes centros é a *Intensive Care Unit Mobility Scale* (IMS). Criada por Hodgson et al¹¹ com o intuito de mensurar o nível de mobilidade dos pacientes nas UTIs, a escala varia de 0 a 10, onde 0 representa um nível muito baixo de funcionalidade, onde o paciente realiza as

movimentações de forma passiva. O nível 10, máximo da escala, o paciente consegue deambular sem nenhum auxílio.

A escala *Chelsea Critical Care Physical Assessment* (CPax) também traduzida e adaptada para a língua portuguesa, é um instrumento de avaliação da funcionalidade de enfermos críticos. Composta por 10 itens que avaliam a função dos indivíduos dentro de algumas categorias como: movimento na cama, sentar-se, equilíbrio sentado, equilíbrio em pé e até outros fatores como tosse e função respiratória¹².

A tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação são processos complexos que vão além da simples tradução literal, envolvendo a consideração de aspectos culturais, semânticos e contextuais. As duas escalas seguiram os critérios das diretrizes de Beaton et al¹³, adotando os processos recomendados e mais utilizados nos trabalhos similares, utilizando as etapas recomendadas: tradução inicial para a língua portuguesa, a síntese das traduções, a retrotradução para a língua de origem da escala e a avaliação por um comitê de especialistas. Os processos foram respeitados a fim de garantir uma metodologia validada.

4. A Escala PaciFIC

A escala PaciFIC, desenvolvida por Parry et al¹⁴ na Austrália, é uma ferramenta destinada a avaliar a funcionalidade global dos indivíduos internados, desde a UTI até a alta hospitalar. A escala inclui um manual explicativo e um vídeo demonstrativo, que auxiliam na correta aplicação e interpretação dos resultados.

Composta por 10 itens, o instrumento pode ser utilizado em 3 momentos distintos: no primeiro despertar do paciente ainda em ventilação mecânica, na alta do paciente da unidade de terapia intensiva e na alta hospitalar. Partindo de uma avaliação de força muscular dos extensores de joelho até a avaliação do paciente durante uma deambulação, a escala pode atingir um score máximo

de 19 pontos¹³. A escala visa ter uma visão da funcionalidade dos pacientes de forma horizontal, durante toda a jornada da hospitalização.

Apesar de seu potencial, a escala PaciFIC estava disponível apenas em inglês, o que limitava sua aplicabilidade no Brasil. A tradução e adaptação transcultural da escala, bem como do manual e do vídeo demonstrativo, para a língua portuguesa, foram necessárias para garantir que os profissionais de saúde brasileiros pudessem utilizar essa ferramenta de forma eficaz.

Este estudo visa facilitar a utilização da escala PaciFIC no Brasil, fornecendo um instrumento integrado que é fácil de aplicar e de baixo custo. Adaptado à realidade brasileira, este instrumento pode melhorar a avaliação funcional dos pacientes hospitalizados e contribuir para a reabilitação mais eficaz e eficiente.

OBJETIVOS

Geral

Traduzir e adaptar transculturalmente para a língua portuguesa a escala PaciFIC.

Específico

Traduzir e adaptar culturalmente o manual de execução da escala PaciFIC e o vídeo demonstrativo.

RESULTADOS

Os resultados da presente Dissertação serão apresentados no formato de artigos. O estudo I, intitulado “*Versão Brasileira da Escala Physical Function in Critical Care (PaciFIC): tradução e adaptação transcultural*” foi publicado no periódico Cuadernos de Educación e Desarrollo.

ESTUDO I

INTRODUÇÃO

Os indivíduos que recebem alta após internação prolongada em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) apresentam fraqueza muscular generalizada e piora na sua capacidade funcional, que pode persistir por alguns anos e comprometer a qualidade de vida¹. A fraqueza muscular adquirida nas UTIs é uma situação muito comum, particularmente nos pacientes com sepse, disfunção múltipla de órgãos e uso de ventilação mecânica por tempo prolongado^{2 3}. Com isso, a reabilitação desses indivíduos tem um papel importante na prevenção dos efeitos adversos oriundos da internação, incluindo a atrofia muscular, encurtamentos dos tecidos músculo-tendíneos e descondicionamento físico⁶.

Essas alterações osteomioarticulares tão presentes nas UTIS são avaliadas por profissionais de reabilitação, tais como fisioterapeutas, já inseridos nessas unidades^{6 7}. A presença desses profissionais nas UTIS leva a um menor grau de complicações respiratórias, redução nas alterações musculares, maior capacidade funcional na alta e de retorno às atividades de vida diária, além de reduzir o tempo de internação hospitalar e tempo de ventilação mecânica⁵. Contudo, as práticas profissionais dependem do uso de instrumentos quantitativos capazes de identificar precocemente as alterações funcionais nos indivíduos internados, além de direcionar estratégias terapêuticas de forma mais assertiva¹⁰.

Diversas medidas de avaliação da funcionalidade são utilizadas na atualidade para quantificar os impactos provenientes da internação. Escalas como a *Physical Function in Intensive Care Test* (PFIT-s) e *Functional Status Score for the ICU* (FSS-ICU) são recomendadas para a prática clínica nas UTIs⁷. Tais escalas já foram traduzidas e adaptadas ao português brasileiro^{1 10}.

A escala PacifIC é uma ferramenta criada na Austrália por Parry et al¹⁴ para a avaliação da funcionalidade global do indivíduo internado em unidades

hospitalares, desde a UTI até a alta hospitalar, com potencial de aplicabilidade na prática clínica nos serviços brasileiros. Para sua melhor aplicação, os autores também criaram ferramentas como o manual explicativo e o vídeo demonstrativo contendo o passo a passo para uma melhor execução. Entretanto, a escala possui apenas a versão em língua inglesa, o que pode restringir sua aplicabilidade no Brasil.

Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar a tradução e adaptação transcultural da escala PacifIC, do manual explicativo e do vídeo demonstrativo para a língua portuguesa. Este estudo proporcionará aos profissionais que atendem pacientes hospitalizados um instrumento integrado a um material demonstrativo, facilitando a execução de uma avaliação funcional simples. Adaptado à realidade brasileira, o instrumento será de fácil aplicação e baixo custo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico (tradução e adaptação transcultural) com abordagem observacional transversal (pré-teste), realizado em um hospital terciário do Distrito Federal, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE 49017021.8.0000.5257, parecer 5.193.145), e participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi dividido em duas etapas, sendo a primeira correspondendo ao processo de tradução e a segunda referente à adaptação cultural do instrumento. Os autores originais da escala foram contactados por e-mail onde concederam a autorização para tradução e adaptação transcultural no Brasil.

PARTICIPANTES

A etapa de tradução do instrumento foi realizada por dois participantes, sendo um tradutor juramentado e um tradutor qualificado, ambos brasileiros.

Um comitê de avaliação composto por três fisioterapeutas brasileiros com experiência clínica no campo de conhecimento do instrumento, além do domínio avançado da língua inglesa. O comitê foi responsável por todas as

etapas de análise de conteúdo. Na etapa de retrotradução da 1ª versão do instrumento participaram dois tradutores nativos em língua inglesa, ambos com proficiência na língua portuguesa.

Também participaram na fase de pré teste do estudo, 15 fisioterapeutas que atuam no ambiente hospitalar, entre as UTIs e as unidades de internação.

INSTRUMENTOS:

ESCALA

A escala PaciFIC (figura 1) consiste em 10 itens, onde os pacientes podem ser avaliados em 3 momentos distintos: no momento do despertar na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), na alta da UTI e no momento da alta hospitalar. Na UTI, caso o paciente não apresente capacidade cognitiva para realização dos testes ao despertar, a avaliação de De Jonghe et al¹⁶ é repetida diariamente, até o paciente ser considerado apto a participar (responder ao menos 3 dentre 5 comandos simples). Nesse caso, a referência para o tempo de despertar é o dia em que foi realizado o teste.

Figura 1 – Escala PaciFIC

Número/ID do paciente:

Rúbrica do avaliador: Data:

PACIFIC TOOL				
momento da avaliação:	☐ ao acordar na UTI ☐ na alta da UTI ☐ na alta hospitalar			
ATIVIDADE	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos
1. Extensão de joelho <i>Lado mais fraco, isométrico</i>	☐ grau 0,1,2	☐ grau 3	☐ grau 4	☐ grau 5
2. Ponte	☐ inapto	☐ apto		
3. Rolar para o lado	☐ inapto	☐ apto		
4. Flexão de ombro <i>Lado mais fraco, isométrico</i>	☐ grau 0,1,2	☐ grau 3	☐ grau 4	☐ grau 5
5. Levantar-se da cadeira	☐ inapto	☐ assistência x2	☐ assistência x1	☐ sem assistência
6. Cadência de marcha <i>Passos/minuto</i>	☐ inapto	☐ 0-49	☐ 50 - < 80	☐ >80
7. Caminhar independente	☐ inapto, assist.min. ou sup.	☐ independente c/auxílio da marcha	☐ independente, s/qualquer auxílio	

8. Dar 4 passos para trás	☐ inapto	☐ apto	
9. Ficar na ponta dos pés	☐ inapto	☐ 10 seg	
10. Um pé na frente do outro com olhos fechados	☐ inapto	☐ 10 seg	RESULTADO /19
Teste não realizado (assinale o motivo):	☐ Paciente falecido ☐ Paciente ausente ☐ Paciente recusou, mas aparenta-se apto		
	☐ Paciente inapto ☐ Outro (especifique): _____		

Fonte: Parry et al (2020) traduzida

MANUAL EXPLICATIVO

O manual explicativo é uma ferramenta que orienta os procedimentos que devem ser adotados para a execução da escala. Dividido em três colunas onde os autores destacam os 10 itens da escala e as etapas que envolvem cada item, com os pontos chave que reforçam as orientações. O manual tem 4 páginas e é de fácil compreensão.

VÍDEO DEMONSTRATIVO

O vídeo tem duração de aproximadamente 12 minutos. Inicialmente o vídeo explica como a escala é estruturada e como foi desenvolvida. Em seguida, o narrador apresenta a escala com os 10 itens correspondentes, os materiais necessários para a execução do procedimento, além das orientações quanto aos critérios para a aplicação do instrumento. Após estas informações iniciais o vídeo apresenta a aplicação do instrumento, item a item, por um avaliador que simula o atendimento a um paciente.

ETAPAS DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL

Os procedimentos utilizados no processo de adaptação transcultural do PaciFIC estão apresentados na figura 2 e seguiram as propostas de tradução e adaptação de instrumentos desenvolvidos em outros contextos linguísticos e socioculturais, tomando por base os estudos realizados por Beaton et al¹³.

Figura 2 – Organograma da metodologia do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento PaciFIC.



Fonte: Beaton (2000) adaptado.

Etapa 1- Tradução inicial: Foi realizada de forma independente por dois tradutores brasileiros bilíngues (português-inglês), com nível superior, sendo

um juramentado (T1) e outro qualificado (T2) para os quais se enfatiza uma tradução conceitual e não literal. Os tradutores foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa para serem precisos com as palavras, evitando interpretações de expressões ou frases. Um comitê composto por três profissionais de saúde com conhecimento avançado em inglês, com experiência em metodologia de tradução de questionários, avaliou as duas versões, identificando possíveis discordâncias entre os tradutores, sendo elaborada uma versão síntese em português.

Etapa 2- Versão para o inglês (“Back-translation”): A versão síntese foi traduzida novamente para o inglês, e então comparada com o texto original pelo mesmo comitê. Esta tradução da versão em português para o inglês foi realizada de forma independente por dois tradutores nativos com nível superior, sendo um britânico (BT1) e outro americano (BT2). É importante salientar que os tradutores não foram notificados quanto ao objetivo do trabalho e não obtiveram acesso a versão original do questionário. Então, foi realizada uma comparação entre a retrotradução da versão síntese e a versão original do instrumento pelo comitê. Após um consenso entre o comitê, a versão síntese em português foi determinada como versão 2 em português.

As traduções da escala, manual e vídeo foram enviadas por e-mail para o pesquisador principal, para serem analisadas. O pesquisador principal reuniu as informações da tradução para a língua portuguesa e da retrotradução para a língua inglesa.

Etapa 3- Adaptação Cultural (Pré-teste): A versão 2 foi submetida à análise semântica, que consiste em verificar se os termos utilizados nos itens e parágrafos dos instrumentos estão claros. Avaliou-se a equivalência das traduções através do nível de compreensão e possíveis dúvidas de cada questão dos materiais. Para tanto, a versão final dos instrumentos foi submetida para análise de um grupo composto por 15 fisioterapeutas do Hospital Ortopédico e Medicina Especializada-HOME em Brasília-DF. Os fisioterapeutas atendiam os critérios de seleção: (1) atuavam no ambiente hospitalar; (2) conheciam previamente o material educativo PacifIC e escala;

(3) experiência profissional mínima de 6 meses. Todas as entrevistas ocorreram de forma presencial, divididas em 2 dias, de acordo com a escala de

serviço de cada profissional, entre os dias 18 e 19 de abril de 2024

Antes da sua aplicação, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os fisioterapeutas receberam o vídeo por e-mail e presencialmente receberam também a escala e o manual impressos, assim como uma ficha que continha as diferenças entre as traduções. Todos receberam as devidas orientações sobre os materiais disponibilizados. A técnica utilizada para avaliar a adequação da linguagem da versão consolidada do instrumento (escala, manual e vídeo instrucional) foi o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Nessa etapa, em caso de discordância com a tradução proposta, dúvidas e sugestões foram registradas no verso do questionário. Após a realização da análise semântica, o comitê reuniu-se novamente para analisar sugestões dos participantes com a literatura da área. As questões que obtiveram IVC menor que 80%¹⁷, foram reavaliadas e reformuladas pelo comitê. Ao atingir o nível de 100% de aprovação do conteúdo, a versão foi definida como versão final do instrumento, conforme a figura 1.

ANÁLISE DE DADOS

Foram analisadas as traduções do (T1) e do (T2) e identificadas as divergências nas palavras ou itens traduzidos. As informações foram compiladas e denominadas (T1-2) para posteriormente ser apresentadas ao comitê. O mesmo processo foi realizado na retrotradução com o (BT1) e o (BT2).

Para a análise dos especialistas no pré-teste, foram adotadas as seguintes variáveis de caracterização: idade, sexo, tipo de especialização e tempo de experiência. Todos expressos em tabela, com o número total e suas respectivas percentagens ou seus valores da mediana, calculados juntamente com o respectivo intervalo interquartil (IQ= 25%-75%).

Para avaliar a confiabilidade entre os tradutores, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo. Um IVC superior a 80% foi considerado indicativo de uma confiabilidade de boa a excelente.

RESULTADO

Dos 29 itens avaliados pelos especialistas, 18 itens, equivalente a 62% apresentaram IVC maior ou igual a 80%, considerando válida a sua tradução para a versão final dos materiais. Os outros 11 itens foram reavaliados e divididos por material. O comitê analisou as duas traduções e adotou como versão final aquela com maior coerência de acordo com as suas experiências. Os itens estão descritos nas tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1- Resultado dos itens reavaliados pelo comitê
para versão final da escala PaciFIC Brasil

Item	Versão Original	T1 (IVC)	T2 (IVC)	Versão Final pelo comitê
Item 7	“Walking independent”	Caminhada Independente (40%)	Caminhar Independente (60%)	Caminhar Independente
Teste não realiza do	“pleases tick reason”	Marque o motivo (53%)	Assinale o motivo (47%)	Assinale o motivo

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2- Resultado dos itens reavaliados pelo comitê - Manual explicativo da PaciFIC Brasil

Item	Versão Original	T1 (IVC)	T2 (IVC)	Versão Final pelo comitê
Página 2	“Patient in lying supine”	Paciente em posição supina (40%)	Paciente em decúbito dorsal (60%)	Paciente em decúbito dorsal
Página 3	“the standing position”	em pé (53%)	de pé (47%)	em pé
Página 3	“recorded”	registrado	registrada (53%)	registrada

Página	“Shoes	O paciente não	O paciente não deve	O paciente não
4	are not to	deve usar	estar calçado (67%)	deve estar
	be worn”	calçados (33%)		calçado

Fonte: Elaborado pelos autores

O material que obteve o maior número de discordância entre as traduções foi o vídeo, com 5 itens, correspondendo a aproximadamente 17% de todos os itens avaliados (tabela-3).

Tabela 3- Resultado dos itens reavaliados pelo comitê - Vídeo demonstrativo da PaciFIC Brasil

Item	Versão Original	T1 (IVC)	T2 (IVC)	Versão Final pelo comitê
0:07min	“physical function outcomes”	resultado das funções físicas (40%)	desfecho de função física (60%)	desfecho de função física
0:37min	“Walking Independence”	Caminhada Independente (40%)	Caminhar Independente (60%)	Caminhar Independente
2:15min	“supine”	supina (33%)	decúbito dorsal (67%)	decúbito dorsal
2:44min	“apply resistance”	aplique resistência (27%)	aplique a resistência (73%)	aplique a resistência
3:33min	“supine”	posição supina (33%)	decúbito dorsal (67%)	decúbito dorsal

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 4- Características dos fisioterapeutas durante as intervenções

educacionais PaciFIC

Características	Total (n=15)
Idade-anos (mediana-IQ 25-75)	28 (27-35)
Mulheres (n-%)	11 (73%)
Especialista em UTI (n-%)	11 (73%)
Especialista em Cardiorrespiratória (n-%)	3 (20%)
Especialista (outros) (n-%)	1 (7%)
Tempo de experiência-anos (mediana-IQ 25-75)	6 (4-10)

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A tradução e adaptação transcultural da escala, do manual e do vídeo demonstrativo da *Physical Function in Critical Care* (PaciFIC), para a versão brasileira, é um passo significativo para aprimorar a avaliação da funcionalidade de pacientes críticos nos hospitais brasileiros. Estudos em todo o mundo demonstram que a capacidade física dos indivíduos nas unidades de terapia intensiva é um forte preditor de desfechos clínicos, assim como no tempo de hospitalização e na mortalidade^{18 19}.

Esse processo de tradução e adaptação para um novo contexto cultural envolve diversos desafios, incluindo a tradução linguística precisa e a manutenção da validade de conteúdo²³. Esta ferramenta na versão brasileira permite uma avaliação padronizada e objetiva da funcionalidade física, facilitando a comparação de dados entre diferentes UTIs, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de reabilitação. Além disso, essa ferramenta pode ser utilizada para identificar precocemente pacientes que necessitam de intervenções específicas, melhorando os

desfechos e a qualidade de vida após a alta da UTI^{7 23}.

A fase de tradução das ferramentas PaciFIC seguiu rigorosamente as etapas sugeridas pelas diretrizes mais utilizadas em diversos estudos internacionais¹³. Segundo as diretrizes, a participação de tradutores experientes possibilita uma correspondência adequada ao texto original, reduzindo o risco de viés, além do enriquecimento e utilização de um vocabulário mais adequado para o estudo. Este foi o procedimento adotado no presente estudo. Nota-se que a língua inglesa é globalmente aceita na comunicação científica, mas não na prática clínica, que necessita de uma linguagem padrão que atenda os profissionais, incluindo aqueles com pouco domínio do idioma estrangeiro.

Após o instrumento traduzido, um momento importante da adaptação transcultural é a fase denominada pré-teste. Baseado em um estudo realizado no Chile²⁰, onde a adaptação transcultural e tradução da escala FSS-ICU que também seguiu as diretrizes do Beaton et al¹³, este estudo realizou as entrevistas cognitivas com os especialistas. Apesar de não ter atingido o número de 30 especialistas conforme recomendado, o IVC entre os 15 fisioterapeutas entrevistados foi satisfatório na maioria dos itens avaliados, o que evidencia a boa qualidade da adaptação transcultural atingida. O fato do pré teste ter sido realizado de forma presencial, possibilitou aos entrevistados fazerem observações em tempo real, o que fortaleceu o processo. Ademais, os profissionais envolvidos apresentavam uma larga experiência profissional com aproximadamente 8 anos de atividades, sendo que mais de 70% deles eram especialistas em UTI, garantindo a familiaridade com os termos e situações empregados.

Assim como o presente estudo da PaciFIC, os autores do estudo chileno discriminaram em tabela os itens que não atingiram um IVC acima do recomendado, apesar de ter ocorrido em somente 3 itens dos 85 avaliados²⁰.

O Índice de Validade de Conteúdo é um método amplamente utilizado na área da saúde para determinar se os aspectos de um instrumento ou seus quesitos estão em concordância com uma proporção ou percentagem²². Usualmente é expressa em percentagem e calculada multiplicando o número de avaliadores que concordaram por 100 e dividido pelo número total de avaliadores²⁰.

Um estudo desenvolvido por Braccialli et al em 2019²³, descreveu de forma mais minuciosa o índice de validade de conteúdo onde: quando atingido um percentil maior que 90%, o item tem uma fidedignidade muito alta; entrem 80% e 89% considerada alta; 66% e 79% aceitável e quando inferiores a 66%, os itens são de difícil compreensão.

As ferramentas que auxiliaram a compreensão da escala como o manual explicativo e o vídeo demonstrativo foram de grande valia, uma vez que foi de fácil disseminação entre os profissionais. Todos tiveram a oportunidade de fazer uma leitura prévia do manual, além de permanecer com o instrumento em mãos durante as entrevistas. O vídeo demonstrativo ficou disponível para os profissionais terem acesso sempre que possível, possibilitando sanar dúvidas na execução de algum item da escala. Um estudo sistemático mostrou que animações em vídeo melhoraram o conhecimento dos participantes em oito dos dez estudos analisados. Esses vídeos foram usados tanto como complemento quanto como substituto de outras formas de instrução, como aulas em sala de aula e textos escritos, demonstrando maior eficácia imediata e a longo prazo na retenção de conhecimento²⁴.

O processo de tradução e adaptação transcultural da PaciFIC para uma versão brasileira, representa um avanço significativo para a prática clínica no Brasil. Ao permitir uma avaliação precisa e padronizada da funcionalidade física de pacientes hospitalizados, desde a internação na UTI até a alta hospitalar, a escala pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado e para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação mais eficazes.

CONCLUSÃO

A versão da PaciFIC para o português do Brasil foi de fácil entendimento pelos profissionais e pode ser aplicada em ambiente hospitalar, o que representa um avanço para a sociedade. As ferramentas traduzidas poderão contribuir para uma avaliação horizontal do paciente durante o período de hospitalização, comprovando o potencial científico desta ferramenta. Algumas limitações do estudo, contudo, precisam ser pautadas. Primeiro o número reduzido de avaliadores envolvidos; segundo a ausência das etapas finais de validação; terceiro a limitação de apenas um local de coleta de dados. Sendo

assim, propomos que as propriedades clinimétricas sejam avaliadas em um próximo estudo e que, se possível, seja multicêntrico, viabilizando um número maior de participantes.

CONCLUSÃO

A versão da PaciFIC para o português do Brasil foi de fácil entendimento pelos profissionais e pode ser aplicada em ambiente hospitalar. Estudos futuros deverão validar a aplicabilidade clínica deste instrumento para melhorar as intervenções terapêuticas e resultados dos pacientes.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Este estudo se destaca em relação aos similares por trazer, além da escala os materiais complementares. O uso de manual explicativo e o vídeo demonstrativo facilitam a compreensão do instrumento principal, trazendo uma padronização na execução. A escala PaciFIC é uma ferramenta relevante para o ambiente hospitalar, tendo em vista que pode ser utilizada desde a unidade de terapia intensiva até a alta hospitalar do paciente.

O número de especialistas que participaram da adaptação cultural foi uma das limitações neste estudo. O fato de ter sido realizado em apenas um hospital, restringiu o número de fisioterapeutas. Sugerimos que em um próximo estudo, as propriedades clinimétricas sejam incluídas e que seja realizado em mais de um hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Da Silva VZM, Faria FS, Rosa MA, Chiavegato LD, Gualdi LP, Sawaia NC, et al. Versões Brasileiras do Teste de Função Física na UTI pontuado e Índice de Mobilidade de Morton: tradução, adaptação transcultural e propriedades clinimétricas. J Bras Pneumol. 2020;46(4).
2. Kress JP, Hall JB. ICU-Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. N Engl J Med [Internet]. 2014 Apr 24 [cited 2024 Jul 30];370(17):1626-35. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmra1209390>
3. Parry SM, Berney S, Granger CL, Williamson HC, Denehy L. Assessing physical function in the ICU using the PFIT-s: factors associated with inter-rater reliability and influence on outcomes. Intensive Care Med. 2015;41(6):950-60.
4. Puthuchery ZA, Rawal J, McPhail M, Connolly B, Ratnayake G, Chan P, et al. Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness. JAMA [Internet]. 2013 Oct 16 [cited 2024 Aug 2];310(15):1591. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.278481>
5. Parry SM, Huang M, Needham DM. Evaluating physical functioning in critical care: considerations for clinical practice and research. Crit Care [Internet]. 2017 Oct 4 [cited 2024 Jul 30];21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1827-6>
6. Leite F, Fan E, Eakin MN, et al. Intensive physical therapy in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2020;48(9):1365-76.
7. Parry SM, Denehy L, Beach LJ, Berney S, Williamson HC, Granger CL. Functional outcomes in ICU – what should we be using? - an observational study. Crit Care [Internet]. 2015 Mar 29 [cited 2024 Aug 5];19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0829-5>
8. Yang X, Zhang T, Cao L, Ye L, Song W. Early Mobilization for Critically Ill Patients. Respir Care [Internet]. 2023 Apr 11 [cited 2024 Aug 2]. Available from: <https://doi.org/10.4187/respcare.10481>
9. Tazreean R, Nelson G, Twomey R. Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. J Comp Eff

Res [Internet]. 2022 Feb [cited 2024 Aug 2];11(2):121-9. Available from:

<https://doi.org/10.2217/cer-2021-0258>

10. Da Silva T, Siqueira TB, Figueiredo TG, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Functional Status Score for the ICU (FSS-ICU) to Brazilian Portuguese. *Braz J Phys Ther.* 2017;21(1):23-30.
11. Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. *Hear Lung.* 2014;43(1):19-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.003>
12. Ferreira MFA, Pinto MR. Tradução, adaptação e validação para a língua portuguesa da escala Chelsea Crítica Care Physical Assessment. *Rev Port Enferm Reabil.* 2024;7(1). Available from: <https://doi.org/10.33194/rper.2024.363>
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine [Internet].* 2000 Dec [cited 2024 Jul 30];25(24):3186-91. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
14. Parry SM, Knight LD, Connolly B, et al. The PaciFIC tool: A new measure to assess physical function in critically ill patients. *Crit Care Resusc.* 2020;22(3):206-12.
15. Leite DG, et al. Atuação da fisioterapia na unidade de terapia intensiva com ênfase na prevenção da síndrome da imobilidade: uma revisão integrativa. *Pesqui Soc Desenv.* 2020;9(5)
16. De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, Authier FJ, Durand-Zaleski I, Boussarsar M, et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA.* 2002 Dec 11;288(22):2859-67.
17. Polit DF, Beck CT. O índice de validade de conteúdo: você tem certeza de que sabe o que está sendo relatado? Críticas e recomendações. *Res Enferm Saúde.* 2006 Oct;29(5):489-97.
18. Do Nascimento F, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the 10-item spine functional index (SFI-10) in the Brazilians with musculoskeletal spine disorders. *BMC Musculoskelet Disord.* 2024;25:266.

19. McKown S, et al. Good practices for the translation, cultural adaptation, and linguistic validation of clinician-reported outcome, observer-reported outcome, and performance outcome measures. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4:89.
20. González-Seguel F, et al. Chilean version of the Functional Status Score for the Intensive Care Unit: a translation and cross-cultural adaptation. *Medwave*. 2019;19(01)
21. Parry SM, et al. Implementing early physical rehabilitation and mobilization in the ICU: institutional, clinician, and patient considerations. *Intensive Care Med*. 2017.
22. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Jul [cited 2024 Sep 10];16(7):3061-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000800006>
23. Braccialli LMP, et al. Tradução e Adaptação Cultural de Instrumentos para Avaliar a Predisposição do Uso de Tecnologia Assistiva que Constitui o Modelo Matching, Person & Technology. *Rev Bras Educ Espec*. 2019;25(2):189-204. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000200001>
24. Knapp P, et al. The effectiveness of video animations in the education of healthcare practitioners and student practitioners: a systematic review of trials. *Perspect Med Educ*. 2022;11:309-15.

ANEXOS

1. APROVAÇÃO COMITÊ DE ETICA

09/11/2023, 17:30

Plataforma Brasil

Portal do Governo Brasileiro

principal sair

Fernando Silva Guimarães - Pesquisador | V3.8.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 02

DETALHAR EMENDA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DA ESCALA PacifiC PARA USO NO BRASIL
Pesquisador Responsável: Fernando Silva Guimarães
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 49017021.8.0000.5257
Submetido em: 30/09/2023
Instituição Proponente: Faculdade de Fisioterapia
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Comprovante de Recepção: FB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2161203

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ☒ Versão Atual Aprovada (E1) - Versão 3
 - ☒ Pendência Documental (E1) - Versão 3
 - ☐ Currículo dos Assistentes
 - ☒ Documentos do Projeto
 - ☐ Comprovante de Recepção - Submissão
 - ☐ Cronograma - Submissão 2
 - ☐ Declaração de Instituição e Infraestrutura
 - ☐ Declaração de Pesquisadores - Submissão
 - ☐ Declaração de concordância - Submissão
 - ☐ Folha de Rosto - Submissão 2
 - ☐ Informações Básicas do Projeto - Submissão
 - ☐ Outros - Submissão 2
 - ☐ Projeto Detalhado / Brochura Investigada
 - ☐ TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa
 - ☐ Apreciação 2 - UFRJ - Hospital Universitário
 - ☐ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Apreciação *	CAAE *	Pesquisador Responsável *	Comitê de Ética *	Instituição *	Situação *	Tipo *	R.C *
--------------	--------	---------------------------	-------------------	---------------	------------	--------	-------

HISTÓRICO DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES DESTA EMENDA

Tipo	CNPJ da Instituição	Razão Social	Situação
Pc	37.108.388/0001-59	HOME - HOSPITAL ORTOPÉDICO E MEDICINA ESPECIALIZADA LTDA.	INCLUIDO

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
E1	09/11/2023 11:26:30	Parecer liberado	3	Coordenador	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	PESQUISADOR	
E1	09/11/2023 11:25:25	Parecer do colegiado emitido	3	Coordenador	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	
E1	09/11/2023 10:05:47	Parecer do relator emitido	3	Membro do CEP	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	
E1	24/10/2023 21:12:15	Aceitação de Elaboração de Relatoria	3	Membro do CEP	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	
E1	24/10/2023 12:22:37	Confirmação de Indicação de Relatoria	3	Coordenador	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUOFF- UFRJ	

<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>

1/2

2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento

Eu, _____,
acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis Gustavo Matos de Menezes e Vinicius Zacarias Maldaner da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de quaisquer despesas e que tenho garantia de acesso aos dados da pesquisa quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse TCLE e a outra ficará com o pesquisador responsável por esta pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou o meu representante legal) e o pesquisador responsável por essa pesquisa deveremos rubricar todas as folhas desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e assinar na última folha. Desta forma, autorizo o uso das informações contidas no teste, questionário e/ou em minha entrevista assim como o acesso, coleta e utilização de dados sobre a produção intelectual na pesquisa intitulada “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA A LINGUA PORTUGUESA DA ESCALA PACIFIC”.

Autorizo,

Nome do sujeito da pesquisa

_____ Data _____

/___/___.

Assinatura do sujeito da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável

_____ Data
____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

3- DECLARAÇÃO DE PUBLICAÇÃO



DECLARAÇÃO

A Revista Cuadernos de Educación y Desarrollo, ISSN 1989-4155, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado **“Versão brasileira da escala Physical Function in Critical Care (PACIFIC): tradução e adaptação transcultural”** de autoria Gustavo Matos de Menezes, Fernando Silva Guimarães, Waleska da Silveira, Lorena Carla Oliveira e Silva, Alana Santos do Prado, Luis Vicente Franco Oliveira, Vinícius Zacarias Maldaner da Silva, foi publicado no v.16, n.8,p. 01-22, 2024.

A revista é on-line, e os artigos estão disponíveis ao acessar o link:
<https://ojs.europubpublications.com/ojs/index.php/ced/issue/view/107>

DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n8-012>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Castelo de Paiva, 02 de Agosto de 2024.

Equipe Editorial



QR de validação da publicação

APÊNDICES

1. Material complementar: Manual explicativo traduzido

Atividade	Configuração	Pontos-chave
1. Extensão de joelho	- O componente é avaliado de acordo com a escala de classificação de Oxford (0 a 5). - Os pacientes podem ser avaliados tanto no leito, como fora dela (preferência de avaliação no leito, se possível). - Posição padrão: decúbito dorsal, ou com a cabeceira do leito elevada em até 30°, membros inferiores em rotação neutra e um rolo de espuma de 12cm abaixo dos joelhos. - Graus 4/5 de força são avaliados isometricamente em um ponto de alcance – em extensão total (resistência aplicada logo acima do tornozelo) Avaliação realizada bilateralmente.	Graus 4/5 de força são avaliados isometricamente em um ponto de alcance. A força muscular deve ser avaliada de acordo com a escala de classificação de Oxford. 0 = sem contração muscular. 1 = oscilação da contração muscular. 2 = movimento ativo, eliminando gravidade. 3 = movimento ativo contra a gravidade. 4 = movimento ISOMÉTRICO. 5 = movimento ativo ISOMÉTRICO, contra resistência total O lado mais fraco é registrado na folha de avaliação.
2. Ponte	Paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e é instruído a levantar o	O paciente consegue levantar o quadril? = Apto. Pode ser auxiliado a chegar à posição inicial e ainda ser capaz de

	quadril. Definições: Assistência mínima = assistência física prática, mas mínima, principalmente para orientar o movimento. Supervisão = outra pessoa monitora a atividade sem fornecer assistência prática. Pode incluir estímulo verbal. Independente = a presença de outra pessoa não é considerada necessária.	pontuar se realizar a ponte com sucesso.
3. Rolar para o lado	Paciente em decúbito dorsal é solicitado a rolar para o lado sem assistência externa. Definições: Assistência mínima = assistência física prática, mas mínima, principalmente para orientar o movimento. Supervisão = outra pessoa monitora a atividade sem fornecer assistência prática. Pode incluir estímulo verbal. Independente = nenhum suporte necessário	Precisa ser realizado sem assistência externa. O paciente não pode usar auxílio externo, como a barra, grades, a borda ou o mastro do leito. Travesseiros adicionais podem ser fornecidos para pessoas que não conseguem ficar deitadas em decúbito dorsal. O paciente pode escolher para qual lado rolar.
4. Flexão de ombro	O paciente pode estar no leito ou sentado fora do leito. É necessário avaliar de acordo com a Escala de Classificação de Oxford com 0 = sem força de gravidade e 5 = potência total. Avaliação bilateral. A flexão bilateral do ombro deve ser	Graus 4 e 5 de força são avaliados isometricamente na flexão do ombro em 90 graus. Certifique-se de que não haja impacto, os polegares estejam apontando para cima. Classificação Oxford conforme Item 1 -

	realizada primeiro. O movimento ativo livre deve ser avaliado primeiro e, em seguida, a resistência aplicada isometricamente no cotovelo, onde a resistência é necessária.	Extensão do joelho. O lado mais fraco é registrado na folha de registro.
5. Levantar-se da cadeira	O paciente é solicitado a ficar em pé com os braços cruzados sobre o peito. O nível de assistência é registrado como: 0 = incapaz 1 = assistência x 2 2 = assistência x 1 3 = sem assistência Se o paciente não conseguir sentar-se na cadeira, ele poderá sentar-se e ficar de pé na beirada do leito. Para padronizar o teste, a altura da cadeira/leito deve ser ajustada de forma que os pés do paciente fiquem apoiados no chão e os joelhos flexionados a 90 graus. A distância do assento/leito ao chão e o uso de apoios de braços devem ser registrados. Peça ao paciente para se levantar. Nenhuma assistência deve ser prestada, a menos que o paciente não consiga se transferir para a posição ortostática.	É necessária uma cadeira padrão com altura de 45 centímetros. Deve ser usada uma cadeira firme e com braços, se disponível.

	Uma pessoa deve então ajudar e, se isso for insuficiente, a segunda pessoa deve ajudar na transferência para a posição em pé. O nível de assistência necessária para passar da posição sentada para a posição de pé deve ser registrado.	
6. Cadência de marcha	• Uma vez que o paciente tenha sido ajudado a ficar em pé, o componente. Marcha sem sair do lugar deve ser registrada o mais rápido possível. • Instrua o paciente que quando você pedir a ele para começar, ele deve marchar sem sair do lugar o máximo de tempo e o mais rápido que puder em segurança (até um máximo de 1 minuto). <u>Instruções padronizadas:</u> <i>“Quando estiver em pé, pediremos que você marche sem sair do lugar. Gostaríamos que você de o máximo de passos que puder. Vamos registrar quanto tempo você caminha e quantos passos você da. Este teste foi desenvolvido para registrar sua capacidade máxima de exercício, por isso é importante que você marche o máximo que puder”.</i> Se aplicável (ou seja, re-teste), então: <i>“A última vez que você realizou o teste, você marchou por... e</i>	

	deu...”. Dê incentivos padronizados a cada 10 segundos: “Continue enquanto puder”, “Você está indo bem”, “Muito bem”. - Instrua o paciente a iniciar o teste e registre o número de passos dados (1 passo = quando o pé do paciente (esquerdo ou direito) entra em contato com o chão) e o tempo gasto (em segundos). - Quando o paciente parar por mais de dois segundos (ou seja, não houver novos passos em dois segundos), o teste deverá ser interrompido e o paciente deverá ser auxiliado (conforme necessário) a retornar a sentar-se na cadeira. Se o paciente tiver pouca alternância entre os pés e não estiver levantando completamente o pé, o teste também será interrompido.	
7. Caminhada independente	A mobilidade do paciente deverá ser observada durante uma caminhada de 50 metros. O paciente não deve estar calçado.	
8. Dar 4 passos para trás	Dar quatro passos para trás – avaliados como “aptos” ou “inaptos”. Não usar calçados. A pessoa não pode usar auxílio externo para	

	concluir esta tarefa.	
9. Ficar na ponta dos pés	Ficar na ponta dos pés – avaliados como “aptos” ou “inaptos” (devem ficar na posição por 10 segundos). Não usar calçados. A pessoa não pode usar auxílio externo para concluir esta tarefa.	Se o paciente demonstrar instabilidade ou oscilação significativa, o teste deverá ser interrompido.
10. Um pé na frente do outro com olhos fechados	A pessoa é instruída a colocar um pé diretamente na frente do outro, com os olhos fechados, por 10 segundos – avaliados como “aptos” ou “inaptos” (devem ficar na posição por 10 segundos). Não usar calçados. A pessoa não pode usar auxílio externo para concluir esta tarefa.	Pode escolher qual pé fica na frente.

Fonte: Parry et al (2020) traduzido e adaptado.

2. Material complementar: Vídeo demonstrativo traduzido (legendado)

Disponível em:

https://drive.google.com/file/d/1oejqPHs4vrfBXZ1iVscnKXB35Et2Raw3/view?usp=drive_link

Fonte: Parry et al (2020) traduzido e adaptado.