



## Avaliação psicométrica do *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* – Versão Brasileira Modificada


Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7307-2203>


Lidia Santiago Guandalini<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6127-3462>


Alba Lucia Bottura Leite de Barros<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2691-3492>

Bruna Bronhara Damiani<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5554-9891>

Dorothy Anne Jones<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3679-9742>

**Destaques:** **(1)** O FHPAST-BR é um instrumento de avaliação estruturado, válido e confiável orientado pela Enfermagem. **(2)** A ferramenta proporciona uma forma de organizar os dados clínicos e facilitar a tomada de decisões. **(3)** O FHPAST-BR pode ser utilizado na prática clínica e em pesquisa

**Objetivo:** testar a estrutura fatorial, a confiabilidade e a validade convergente do *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* – Versão Brasileira Modificada. **Método:** avaliação psicométrica do *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* – Versão Brasileira Modificada. Setecentos e dezessete participantes responderam os itens do instrumento de coleta de dados composto por duas partes. A Parte I incluiu um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos e a percepção e satisfação dos participantes com seu estado de saúde atual. A Parte II consistiu no instrumento testado. A estrutura interna foi avaliada por meio de Análise Fatorial Confirmatória. A validade convergente foi avaliada pela correlação dos escores do instrumento com os índices correspondentes à autopercepção e à satisfação com o estado de saúde atual. A confiabilidade foi avaliada pelo alfa de *Cronbach*. **Resultados:** a Análise Fatorial Confirmatória confirmou uma solução de três fatores. As cargas fatoriais foram significativas e variaram de 0,16 a 0,75; os índices de ajuste sugeriram ajuste moderado do modelo. A consistência interna dos três componentes variou entre 0,779 e 0,919. **Conclusão:** os achados sugerem que o instrumento é válido e confiável para ser utilizado na população brasileira, embora seja recomendada cautela na interpretação dos resultados devido ao ajuste moderado do modelo.

**Descritores:** Avaliação em Enfermagem; Raciocínio Clínico; Processo de Enfermagem; Estudo de Validação; Psicometria; Enfermagem.

<sup>1</sup> Florida Atlantic University, Christine E. Lynn College of Nursing, Boca Raton, FL, Estados Unidos da América.

<sup>2</sup> Sanford Health Center, Fargo, ND, Estados Unidos da América.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Estatikos Consultoria Estatística, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Boston College, William F. Connell School of Nursing, Chestnut Hill, MA, Estados Unidos da América.

### Como citar este artigo

Butcher RCGS, Guandalini LS, Barros ALBL, Damiani BB, Jones DA. Psychometric evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool – Modified Brazilian Version. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4119 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6755.4119>

## Introdução

A avaliação inicial de enfermagem é fundamental para a prática, pois informa a tomada de decisão clínica e o cuidado centrado no paciente<sup>(1-2)</sup>. As avaliações estruturadas de enfermagem são reconhecidas como importantes ferramentas para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade, seguros e custo-efetivos<sup>(3)</sup>. Diversos instrumentos estruturados de avaliação em Enfermagem estão disponíveis<sup>(4-6)</sup>. Porém, o conhecimento e o enfoque específicos da disciplina de Enfermagem nem sempre estão presentes nos instrumentos de avaliação de Enfermagem<sup>(6)</sup>. A falta de modelos e estruturas específicas da disciplina para organizar a coleta de dados impõe aos enfermeiros o desafio de expressar claramente a natureza e os objetivos da Enfermagem e tornar a disciplina visível<sup>(7-8)</sup>. O *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* (FHPAST) é um instrumento de triagem de avaliação de Enfermagem fundamentado no referencial dos Padrões Funcionais de Saúde (PFS)<sup>(9)</sup>. Há evidências que mostram boas propriedades psicométricas do FHPAST nos Estados Unidos da América e na Espanha<sup>(8-12)</sup>. Entretanto, a ferramenta não foi validada para uso em português brasileiro.

Neste estudo, a avaliação de Enfermagem é definida como um processo abrangente, dinâmico e sistemático que ocorre durante um encontro deliberado entre o enfermeiro e o paciente, por meio do qual as informações clínicas são sintetizadas como respostas humanas<sup>(9)</sup>. Uma avaliação abrangente de Enfermagem proporciona aos enfermeiros a oportunidade de conhecer os pacientes na sua totalidade, bem como de identificar fenômenos preocupantes centrados nos enfermeiros, levando à seleção e implementação de intervenções apropriadas<sup>(11)</sup>. A associação entre os dados da avaliação de enfermagem e os resultados relacionados ao paciente e ao ambiente tem sido demonstrada na literatura<sup>(12)</sup>. Além disso, a avaliação de Enfermagem está relacionada à maior satisfação dos pacientes com os serviços prestados<sup>(13)</sup>.

O referencial do PFS fornece uma estrutura para orientar as avaliações de Enfermagem, a tomada de decisões clínicas e os cuidados de Enfermagem. O processo de avaliação esclarece o conteúdo substantivo da Enfermagem, a prática clínica e o conhecimento disciplinar<sup>(9)</sup>. O referencial foi desenvolvido no início da década de 1980 e tem sido utilizado globalmente por enfermeiros na prática clínica, ensino e pesquisa<sup>(6,8,14-17)</sup>. Foram descritos onze PFS: Percepção de Saúde-Manutenção da Saúde, Nutricional-Metabólico; Eliminação; Atividade-Exercício; Sono-Repouso; Adaptação-Tolerância ao Estresse; Autoconceito-Autopercepção; Cognitivo-Perceptivo;

Papel-Relacionamentos; Sexualidade-Reprodução; Crenças e Valores<sup>(9)</sup>.

Apesar de sua relevância, alguns enfermeiros consideram o tempo demorado para aplicação do referencial do PFS para orientar as avaliações de enfermagem, especialmente em ambiente ambulatorial e de saúde comunitária. Ao considerar que as restrições de tempo são uma barreira para o uso de tal estrutura, o FHPAST foi desenvolvido para fornecer uma ferramenta de autorrelato confiável e válida para rastrear padrões funcionais de saúde em diferentes populações e ambientes<sup>(8)</sup>. O FHPAST é uma ferramenta de triagem de autorrelato que pode ser preenchida de forma independente pela pessoa avaliada. Os itens de triagem foram gerados utilizando a definição de cada PFS<sup>(9)</sup> e literatura relacionada. Originalmente, a ferramenta consistia em 83 itens escritos em afirmações declarativas respondidas usando uma escala Likert de 4 pontos (de "Nunca" a "Rotineiramente") para refletir o comportamento percebido do paciente nas últimas quatro semanas.

A ferramenta foi testada inicialmente em estudantes de Enfermagem, resultando na remoção de 25 itens. Outros testes psicométricos da ferramenta de 58 itens usando Análise de Componentes Principais levaram à remoção de um item e revelaram uma solução de três fatores. A confiabilidade do instrumento geral de 57 itens foi satisfatória (alfa de Cronbach = 0,92), assim como para cada fator (alfa de Cronbach de 0,78 a 0,97)<sup>(8)</sup>.

A versão de 58 itens do FHPAST foi traduzida para o português brasileiro. A confiabilidade da versão traduzida foi satisfatória (alfa de Cronbach = 0,94). Contudo, os participantes necessitaram de ajuda para compreender os itens e completar a avaliação utilizando o FHPAST. Assim, os autores recomendaram revisões linguísticas para permitir uma ferramenta mais sensível culturalmente. Além disso, o FHPAST carece de evidências robustas de validade na população brasileira<sup>(18)</sup>.

O objetivo deste estudo psicométrico foi testar a estrutura fatorial, a confiabilidade e a validade convergente do *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* – Versão Brasileira Modificada.

## Método

### Delineamento do estudo

Este estudo foi desenvolvido seguindo as melhores práticas para desenvolvimento e validação de escalas em pesquisas em saúde, sociais e comportamentais<sup>(19)</sup>. A permissão dos autores originais para utilização do FHPAST no desenvolvimento do Instrumento de Avaliação

do Padrão Funcional de Saúde – Versão Brasileira Modificada (FHPAST-BR) foi obtida por *e-mail*.

Previamente à validação psicométrica, foi realizada uma revisão da tradução anterior do FHPAST para o português e um processo de validação de conteúdo. Os autores brasileiros do FHPAST traduzido para o português (T1), com 58 itens, foram contatados e, durante uma reunião on-line, concederam permissão para revisar a tradução inicial do T1. Vale ressaltar que tal tradução seguiu critérios devidamente estabelecidos na literatura<sup>(20)</sup>.

Neste estudo, a pesquisadora principal revisou a tradução dos 57 itens que compõem a última versão em inglês do FHPAST. Esta revisão resultou em atualizações de conteúdo de dois itens para refletir as recomendações mais recentes sobre atividade física e seguimento de uma dieta saudável<sup>(21)</sup>. Assim, o item “Faço exercícios aeróbicos por 20 minutos, 2 a 3 ou mais vezes por semana” foi inicialmente reformulado para “Eu faço pelo menos 2,5 horas de atividade física toda semana”, e o item “Limito intencionalmente minha ingestão de gordura na dieta” para “Eu controlo os tipos de alimentos que como”.

Os 55 itens restantes passaram por revisão lexical, com a finalidade de identificar e utilizar palavras e expressões com boa representação no léxico da população brasileira com diferentes níveis de escolaridade e letramento em saúde. De acordo com a Hipótese da Qualidade Lexical, a qualidade da representação de uma palavra é determinada pelo conhecimento que o leitor tem dessa palavra, que é influenciado pela frequência, pelo tamanho da família e pela grafia<sup>(22)</sup>. Assim, com exceção dos pronomes, preposições, conjunções e artigos, todas as demais palavras de cada item foram analisadas em termos de estrutura, extensão, complexidade e frequência. A frequência das palavras foi consultada na versão online gratuita do Corpus Brasileiro<sup>(23)</sup>. A revisão lexical resultou na reformulação de 25 itens (1, 10, 14, 15, 20-23, 28-31, 35, 38, 39, 41, 43-45, 47, 48, 52, 53, 55 e 56).

Todos os 57 itens do FHPAST-BR foram analisados por quatro especialistas e dez indivíduos da população-alvo. O número de especialistas e de indivíduos da população-alvo foi determinado com base na literatura<sup>(24-26)</sup>. Os itens que mantiveram a tradução original (T1) e os atualizados foram analisados pelos especialistas quanto à “relevância” (o item avalia um PFS), e os itens reformulados foram analisados quanto à “relevância” e “precisão” (o item possui o mesmo significado que em T1)<sup>(27)</sup>. Todos os itens foram validados pelos especialistas. Posteriormente, os pacientes analisaram cada item quanto à compreensibilidade. Todos os itens foram compreendidos por pelo menos 70% dos pacientes. Este critério foi baseado na experiência anterior

dos pesquisadores (dados não publicados). Pontos de corte semelhantes para compreensibilidade foram utilizados em publicações recentes<sup>(28)</sup>. As sugestões propostas pelos pacientes para melhorar a clareza e compreensibilidade foram incorporadas aos itens. Esta versão foi submetida à Análise Fatorial Confirmatória.

### **Local de estudo**

Este estudo foi realizado em um hospital universitário público de São Paulo, SP, Brasil.

### **Período**

Os dados foram coletados entre fevereiro e dezembro de 2020.

### **População**

A população foi composta por pacientes, pessoas significativas, professores, funcionários e estudantes presentes no hospital durante o período de coleta de dados. Definimos a composição da população do estudo para se assemelhar à validação do FHPAST nos Estados Unidos da América, que consistia em pacientes de “um consultório ambulatorial de reumatologia, uma clínica oftalmológica e três feiras de saúde em um campus universitário privado”<sup>(8)</sup>.

### **Critério de seleção**

Foram incluídos no estudo os indivíduos com idade mínima de 18 anos. Os participantes elegíveis foram convidados a participar do estudo por um assistente de pesquisa treinado, que obteve consentimento por escrito daqueles que concordaram em participar do estudo e lhes forneceu um formulário impresso de coleta de dados.

### **Amostra**

A amostra foi definida como no mínimo 10 participantes por item no FHPAST-BR<sup>(29)</sup>. Assim, foi calculado um mínimo de 570 participantes. A amostra foi constituída por 717 participantes.

### **Variáveis do estudo**

Foram eleitas as variáveis sociodemográficas (idade, raça/etnia, sexo, escolaridade, emprego) para caracterização da amostra. Para a percepção e satisfação dos participantes com o seu estado de saúde atual e para análise da validade convergente foi utilizado o FHPAST-BR.

## Instrumento utilizado para coletar as informações

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A Parte I consistiu em um questionário estruturado para coletar dados sociodemográficos e a percepção e satisfação dos participantes com o seu estado de saúde atual. A percepção e a satisfação foram avaliadas por meio das seguintes questões: "De modo geral, como você avaliaria sua saúde atual?" e "Quão satisfeito você está com sua saúde atual?". Cada questão foi acompanhada por uma escala de 6 pontos, variando de Excelente a Ruim e de Totalmente satisfeito a Totalmente insatisfeito. A Parte II consistiu no próprio FHPAST-BR.

Cada item do FHPAST-BR é uma frase declarativa seguida de uma escala Likert que foi alterada de uma escala de 4 pontos<sup>(6)</sup> para uma de 5 pontos no FHPAST-BR, incluindo as opções Nunca (1), Quase nunca (2), Às vezes (3), Quase sempre (4) e Sempre (5). A escala de 5 pontos adicionou um ponto médio ao *continuum* de Nunca a Sempre e deu aos participantes um número razoável de opções para avaliar a sua opinião<sup>(29)</sup>. Os participantes devem responder a cada item com base em seu comportamento nas últimas quatro semanas. A alteração da escala Likert foi feita pela primeira vez neste estudo após a concordância dos autores do FHPAST original. É necessária a codificação reversa dos itens 43 a 58<sup>(8)</sup>. A pontuação final é obtida pelo valor médio entre todos os itens. No FHPAST-BR, escores médios maiores ou iguais a 4 sugerem saúde funcional. Para comparar os resultados do FHPAST-BR com a versão em inglês, a pontuação final do FHPAST-BR deverá ser multiplicada por 0,80.

## Coleta de dados

Os dados foram coletados individualmente. Um assistente de pesquisa explicou os objetivos e procedimentos de coleta de dados a todos os potenciais participantes. Aqueles que concordaram em participar foram convidados a assinar um termo de consentimento por escrito. Posteriormente, os participantes foram solicitados a preencher o instrumento de estudo composto por duas partes. Portanto, os dados do FHPAST-BR foram obtidos por autorrelato.

## Tratamento e análise de dados

A análise foi realizada utilizando o *software* R. Foi utilizada estatística descritiva para a caracterização da amostra. A qualidade dos dados foi avaliada por meio de estatística descritiva quanto à distribuição dos escores dos itens e dados faltantes. As observações de 218 faltantes

foram descartadas e apenas os 499 participantes que responderam a todos os itens permaneceram na análise.

Na Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi testada a estrutura de três fatores, mesma estrutura testada para a versão inglesa do FHPAST. Os três fatores são os seguintes: Risco/Ameaça à Saúde (itens 41 a 57), Bem-Estar Geral e Autoconfiança (itens 1, 3-6, 8, 12-19, 21, 26-31, 34-38 e 40) e Atividade de Promoção/Proteção à Saúde (itens 2, 7, 9, 10-11, 20, 22-25, 32-33 e 39). A AFC foi ajustada pela matriz de covariância dos itens. Cargas fatoriais superiores a 0,30 foram consideradas adequadas<sup>(8,30)</sup>.

O modelo de ajuste AFC foi avaliado com índices absolutos, parcimoniosos e incrementais. *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) é um índice absoluto em que quanto menor o valor, melhor o ajuste do modelo. *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) é um índice de ajuste parcimonioso, onde valores  $\leq 0,05$  indicam bom ajuste do modelo. O *Confirmatory Factor Index* (CFI) e o *Tucker Lewis Index* (TLI) são índices de ajuste incremental e valores  $> 0,90$  indicam bom ajuste para o modelo de interesse. Além disso, foi analisado o coeficiente de correlação entre os domínios.

O alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a confiabilidade da consistência interna em cada domínio. Valores de alfa acima de 0,70 indicam consistência interna satisfatória<sup>(31)</sup>. Por fim, utilizou-se a correlação de Spearman para validade convergente para testar ambas as hipóteses: 1). Quanto maior o escore do FHPAST-BR, melhor a percepção de saúde atual; e 2). Quanto maior a pontuação do FHPAST-BR, melhor a satisfação com a saúde atual. Esperava-se que os escores fossem pelo menos moderadamente ( $r > 0,40$ ) e positivamente correlacionados.

## Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e os procedimentos de pesquisa foram orientados por regulamentações nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A confidencialidade foi garantida, pois não foram coletados dados de identificação dos participantes e os termos de consentimento foram armazenados separadamente dos instrumentos de coleta de dados.

## Resultados

### Características da amostra

A caracterização da amostra está descrita na Tabela 1. No total, 499 participantes responderam a todos os itens e foram incluídos na análise.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de percepção e satisfação dos participantes com o seu estado de saúde atual da amostra (n = 499). São Paulo, SP, Brasil, 2020

<b>Características</b>	
Idade (anos), média (DP) <sup>†</sup>	34,1 (10,8)
Gênero, n <sup>‡</sup> (%)	
Feminino	366 (73,3%)
Masculino	133 (26,7%)
Cor da pele autorreferida, n <sup>‡</sup> (%)	
Branco	264 (52,9%)
Não branco	232 (46,5%)
Não reportado	3 (0,6%)
Nível de escolaridade, n <sup>‡</sup> (%)	
Menor que Ensino Fundamental	19 (3,8%)
Ensino Fundamental	42 (8,4%)
Ensino Médio	279 (55,9%)
Diploma	159 (31,9%)
Empregado, n <sup>‡</sup> (%)	
Não	144 (28,9%)
Sim	355 (71,1%)
Tipo de participante, n <sup>‡</sup> (%)	
Pacientes	246 (49,3%)
Pessoas significativas	217 (43,5%)
Corpo Docente/Funcionários/Alunos	35 (7,0%)
Não reportado	1 (0,2%)
Percepção atual do estado de saúde <sup>‡</sup> , n <sup>‡</sup> (%)	
Excelente	41 (8,2%)
Muito bom	80 (16,0%)
Bom	79 (15,8%)
Bastante bom	203 (40,7%)
Regular	87 (17,4%)
Ruim	8 (1,6%)
Não reportado	1 (0,2%)
Satisfação com o estado de saúde atual <sup>§</sup> , n <sup>‡</sup> (%)	
Completamente insatisfeito	12 (2,4%)
Muito insatisfeito	32 (6,4%)
Um pouco insatisfeito	86 (17,2%)
Completamente satisfeito	47 (9,4%)
Muito satisfeito	179 (35,9%)
Um pouco satisfeito	142 (28,5%)
Não reportado	1 (0,2%)

†DP = Desvio Padrão; ‡n = Tamanho da amostra; †n = 715; §n = 714

### Qualidade e homogeneidade dos dados

O nível de dados faltantes foi baixo, entre 1 (0,1%) e 10 (1,7%), exceto os itens 34 ("Estou satisfeito com o que faço no trabalho") e 44 ("Sinto-me culpado quando bebo álcool, vinho ou cerveja"), cujos níveis de dados faltantes foram 64 (8,9%) e 86 (12,0%),

respectivamente. Todas as categorias de resposta foram utilizadas. O número de respostas para a categoria Nunca (1) variou entre 1 e 435; para Quase nunca (2), entre 4 e 130; para Às vezes (3), entre 18 e 179; para Frequentemente (4), entre 9 e 190; e para Sempre (5), entre 6 e 401. A Tabela 2 apresenta as estatísticas dos itens do FHPAST-BR.

Tabela 2 – Distribuição dos itens do Instrumento de Avaliação do Padrão Funcional de Saúde – Versão Brasileira Modificada (n = 499). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Itens	Distribuição da pontuação (%)					Média ± DP*
	1	2	3	4	5	
Eu tenho energia suficiente para minhas atividades do dia-a-dia	1,8	3,8	26,9	34,7	32,9	3,9 ± 1,0
Eu faço pelo menos 2,5 horas de atividade física por semana	34,1	21,2	19,8	9,2	15,6	2,5 ± 1,4
Eu me sinto descansado(a) quando acordo	4,4	11,2	35,9	29,3	19,2	3,5 ± 1,1
Eu me sinto bem comigo mesmo(a)	1,4	3,8	24,6	36,1	34,1	4,0 ± 0,9
Eu sou capaz de lidar com os estresses da minha vida	1,6	4,8	29,7	36,5	27,5	3,8 ± 0,9
Eu tenho alguém com quem posso conversar quando preciso de ajuda ou apoio	3,4	4,0	18,0	18,2	56,3	4,2 ± 1,1
Práticas religiosas ou espirituais dão significado à minha vida	9,0	8,0	17,0	16,2	49,7	3,9 ± 1,3
Eu me sinto confortável com a minha sexualidade	0,8	1,2	6,4	15,6	76,0	4,6 ± 0,7
Minha saúde é importante para mim	0,2	0,8	3,6	9,8	85,6	4,8 ± 0,6
Eu posso fazer mudanças no meu estilo de vida para melhorar a minha saúde	0,6	2,4	16,4	25,5	55,1	4,3 ± 0,9
Eu controlo os tipos de alimentos que consumo	6,0	10,4	32,1	28,3	23,2	3,5 ± 1,1
Eu me sinto bem com meu peso	12,8	13,0	24,6	22,8	26,7	3,3 ± 1,3
Eu me recupero facilmente	1,0	3,0	23,4	33,5	39,1	4,1 ± 0,9
Eu consigo pegar no sono sem problemas	4,6	8,4	26,3	26,7	34,1	3,8 ± 1,1
Eu tenho esperança no futuro	1,2	2,0	12,6	22,6	61,5	4,4 ± 0,9
Eu sinto que estou no controle da minha vida	1,6	4,0	24,0	38,1	32,3	4,0 ± 0,9
Eu gosto da minha aparência	1,6	3,6	20,8	36,3	37,7	4,0 ± 0,9
Eu me sinto bem com as decisões que eu tomo	0,6	1,8	27,1	42,9	27,7	4,0 ± 0,9
Eu estou satisfeito com minha capacidade de resolver problemas	0,8	4,0	25,7	36,7	32,9	4,0 ± 0,9
Eu procuro ajuda imediata de profissionais da saúde quando tenho mudanças na minha saúde	4,0	10,8	23,4	26,3	35,5	3,8 ± 1,2
Eu sou capaz de me adaptar a mudanças na minha vida	0,4	2,0	21,6	34,9	41,1	4,1 ± 0,9
Eu faço um exame de saúde todo ano	6,0	12,2	16,8	19,0	45,9	3,9 ± 1,3
Eu consigo seguir as orientações dos profissionais de saúde	0,8	3,2	19,6	36,3	40,1	4,1 ± 0,9
Eu uso cinto de segurança	2,2	1,2	6,8	9,4	80,4	4,6 ± 0,8
Eu evito o sol ou uso protetor solar	8,2	7,6	26,5	27,5	30,3	3,6 ± 1,2

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Itens	Distribuição da pontuação (%)					Média ± DP*
	1	2	3	4	5	
Eu tenho boa saúde	1,6	4,6	22,4	37,3	34,1	4,0 ± 0,9
Eu estou feliz com minha vida	1,0	2,2	17,0	31,7	48,1	4,2 ± 0,9
Eu consigo ouvir perfeitamente	0,2	0,8	10,6	22,4	65,9	4,5 ± 0,7
Eu consigo me concentrar por bastante tempo	1,6	6,2	24,8	37,1	30,3	3,9 ± 1,0
Eu consigo aprender coisas novas com facilidade	0,4	2,6	17,8	34,1	45,1	4,2 ± 0,9
As escolhas que eu faço sobre minha vida são de acordo com o que eu acredito	0,2	0,8	12,0	31,7	55,3	4,4 ± 0,7
Eu como 5 a 6 porções de frutas e vegetais por dia	15,6	26,1	32,5	20,0	5,8	2,7 ± 1,1
Eu bebo de 6 a 8 copos de água por dia	8,0	11,8	23,8	22,8	33,5	3,6 ± 1,3
Eu estou satisfeito(a) com o que faço no meu trabalho	3,6	3,0	19,6	33,9	39,9	4,0 ± 1,0
Eu me sinto bem com as funções que tenho na minha família	2,4	2,6	18,6	33,1	43,3	4,1 ± 1,0
Estou satisfeito(a) com minha vida social	1,8	3,8	22,0	30,5	41,9	4,1 ± 1,0
Eu me sinto bem ao expressar minhas emoções	2,8	5,0	24,8	29,7	37,7	3,9 ± 1,0
Eu sinto que consigo me comunicar facilmente com os outros	0,8	5,0	16,8	30,5	46,9	4,2 ± 0,9
Eu faço coisas no meu dia-a-dia que me ajudam a relaxar	4,6	11,0	30,3	30,3	23,8	3,6 ± 1,1
Eu me considero uma pessoa saudável	3,2	9,6	25,9	32,1	29,3	3,7 ± 1,1
Eu sinto que é um peso para mim participar de atividades de cuidado familiar	34,9	17,8	26,9	13,0	7,4	2,4 ± 1,3
Eu tenho dificuldades para urinar	76,2	9,8	5,2	4,2	4,6	1,5 ± 1,1
Eu tenho problemas com o funcionamento do meu intestino	48,9	15,8	21,6	6,8	6,8	2,1 ± 1,3
Eu me sinto culpado(a) quando bebo álcool, vinho ou cerveja	55,9	14,6	13,2	5,2	11,0	2,0 ± 1,4
Eu uso drogas para obter prazer	87,2	5,0	4,8	1,8	1,2	1,2 ± 0,7
Eu fumo cigarros	81,0	3,4	5,4	1,8	8,4	1,5 ± 1,2
Eu tenho dificuldade para enxergar	37,7	13,8	28,1	10,4	10,0	2,4 ± 1,3
Minha condição física limita as atividades que faço no dia-a-dia	51,7	14,2	20,0	8,8	5,2	2,0 ± 1,2
Eu tenho dificuldade para controlar a minha raiva	29,9	24,2	28,5	10,6	6,8	2,4 ± 1,2
Eu tenho sintomas físicos ao caminhar	49,3	14,2	22,0	9,0	5,4	2,1 ± 1,2
Eu me preocupo muito	8,0	8,0	27,1	23,2	33,7	3,7 ± 1,2
Eu sinto que minha integridade física está ameaçada	49,5	18,2	22,2	5,8	4,2	2,0 ± 1,2
Eu tenho sintomas físicos quando estou estressado	27,9	15,8	29,1	14,6	12,6	2,7 ± 1,4
Eu me sinto estressado	14,8	16,0	40,9	16,2	12,0	2,9 ± 1,2
Eu sinto dor que interrompe as minhas atividades do dia-a-dia	44,5	21,6	20,4	7,6	5,8	2,1 ± 1,2
Eu tenho problemas familiares que acho difíceis de resolver	33,5	22,8	23,2	11,4	9,0	2,4 ± 1,3
Eu me preocupo com a minha segurança	8,0	6,8	22,2	18,2	44,7	3,8 ± 1,3

\*DP = Desvio Padrão

### Análise Fatorial Confirmatória e Consistência Interna

As cargas fatoriais foram significativas e variaram de fracas a fortes (0,16 a 0,75). Todos os itens tiveram estimativa de variância acima de zero, significando que todos contribuíram para estimar o modelo. A AFC confirmou uma solução de três fatores

para o FHPAST-BR, refletindo todos os PFS e produzindo ajuste moderado (Tabela 3).

A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach foi satisfatória para os três componentes, variando entre 0,779 e 0,919. Os valores do alfa de Cronbach caso cada item seja removido são mostrados na Tabela 3. A covariância entre domínios mostrou correlação satisfatória entre os Componentes 1 e 2 (0,536), 1 e 3 (0,345) e 2 e 3 (0,757).

Tabela 3 - Análise Fatorial Confirmatória do *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* – Versão Brasileira Modificada (n = 499). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Itens	Cargas fatoriais	Alfa de Cronbach se o item for removido	
<b>Componente 1: Risco/Ameaça à Saúde (Alfa de Cronbach: 0,795)</b>			
41	Eu sinto que é um peso para mim participar de atividades de cuidado familiar	0,22	0,78
42	Eu tenho dificuldades para urinar	0,32	0,78
43	Eu tenho problemas com o funcionamento do meu intestino	0,38	0,78
44	Eu me sinto culpado(a) quando bebo álcool, vinho ou cerveja	0,17	0,79
45	Eu uso drogas para obter prazer	0,20	0,79
46	Eu fumo cigarros	0,25	0,78
47	Eu tenho dificuldade para enxergar	0,33	0,78
48	Minha condição física limita as atividades que faço no dia-a-dia	0,54	0,76
49	Eu tenho dificuldade para controlar a minha raiva	0,54	0,77
50	Eu tenho sintomas físicos ao caminhar	0,60	0,76
51	Eu me preocupo muito	0,57	0,77
52	Eu sinto que minha integridade física está ameaçada	0,53	0,77
53	Eu tenho sintomas físicos quando estou estressado	0,65	0,76
54	Eu me sinto estressado	0,61	0,77
55	Eu sinto dor que interrompe as minhas atividades do dia-a-dia	0,62	0,77
56	Eu tenho problemas familiares que acho difíceis de resolver	0,52	0,77
57	Eu me preocupo com a minha segurança	0,16	0,79
<b>Componente 2: Bem-estar geral e autoconfiança (Alfa de Cronbach: 0,919)</b>			
1	Eu tenho energia suficiente para minhas atividades do dia-a-dia	0,50	0,92
3	Eu me sinto descansado(a) quando acordo	0,45	0,92
4	Eu me sinto bem comigo mesmo(a)	0,77	0,91
5	Eu sou capaz de lidar com os estresses na minha vida	0,63	0,91
6	Eu tenho alguém com quem eu possa conversar quando preciso de ajuda ou apoio	0,47	0,92
8	Eu me sinto bem com a minha sexualidade	0,37	0,92
12	Eu me sinto bem com o meu peso	0,40	0,92
13	Eu me recupero facilmente	0,58	0,91
14	Eu consigo pegar no sono sem problemas	0,41	0,92
15	Eu tenho esperança no futuro	0,59	0,91

(continua na próxima página...)



(continuação...)

	Itens	Cargas fatoriais	Alfa de Cronbach se o item for removido
16	Eu sinto que estou no controle da minha vida	0,66	0,91
17	Eu gosto da minha aparência	0,65	0,91
18	Eu me sinto bem com as decisões que eu tomo	0,69	0,91
19	Eu estou satisfeito com minha capacidade de resolver problemas	0,70	0,91
21	Eu sou capaz de me adaptar a mudanças na minha vida	0,61	0,91
26	Eu tenho boa saúde	0,70	0,91
27	Estou feliz com minha vida	0,75	0,91
28	Eu consigo ouvir perfeitamente	0,35	0,92
29	Eu consigo me concentrar por bastante tempo	0,51	0,92
30	Eu consigo aprender coisas novas com facilidade	0,52	0,92
31	As escolhas que eu faço sobre minha vida são de acordo com o que eu acredito	0,51	0,92
34	Eu estou satisfeito(a) com o que faço no meu trabalho	0,45	0,92
35	Eu me sinto bem com as funções que tenho na minha família	0,59	0,91
36	Eu estou satisfeito(a) com minha vida social	0,68	0,91
37	Eu me sinto bem ao expressar minhas emoções	0,58	0,91
38	Eu sinto que consigo me comunicar facilmente com os outros	0,51	0,92
40	Eu me considero uma pessoa saudável	0,69	0,91

**Componente 3: Atividade de Promoção/Proteção à Saúde (Alfa de Cronbach: 0,779)**

2	Eu faço pelo menos 2,5 horas de atividade física todas as semanas	0,41	0,78
7	Práticas religiosas ou espirituais dão significado à minha vida	0,35	0,79
9	Minha saúde é importante para mim	0,50	0,77
10	Eu posso fazer mudanças no meu estilo de vida para melhorar a minha saúde	0,53	0,77
11	Eu controlo os tipos de alimentos que consumo	0,62	0,76
20	Eu procuro ajuda imediata de profissionais da saúde quando tenho mudanças na minha saúde	0,58	0,77
22	Eu faço um exame de saúde todo ano	0,46	0,77
23	Eu consigo seguir as orientações dos profissionais de saúde	0,58	0,76
24	Eu uso cinto de segurança	0,28	0,79
25	Eu evito o sol ou uso protetor solar	0,43	0,77
32	Eu como 5 a 6 porções de frutas e vegetais por dia	0,57	0,77
33	Eu bebo de 6 a 8 copos de água por dia	0,46	0,78
39	Eu faço coisas no meu dia-a-dia que me ajudam a relaxar	0,60	0,77

CFI<sup>\*</sup> = 0,739TLI<sup>†</sup> = 0,729RMSEA<sup>‡</sup> = 0,057 (IC 90%<sup>§</sup> = 0,055-0,059, p<sup>||</sup> = 0,000)SRMR<sup>¶</sup> = 0,062

\*CFI = Confirmatory Factor Index; †TLI = Tucker Lewis Index; ‡RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; §IC90% = Intervalo de Confiança de 90%; ||p = Nível de Significância; ¶SRMR = Standardized Root Mean Square Residual

## Validade convergente

A correlação entre as pontuações médias do FHPAST e a questão "No geral, como você avalia seu estado de saúde atual?" foi 0,48 ( $p < 0,001$ ), e entre os escores do FHPAST e a questão "Quão satisfeito você está em relação ao seu estado de saúde atual?" foi 0,44 ( $p < 0,001$ ).

## Discussão

Este estudo mostrou que o FHPAST-BR é uma ferramenta válida e confiável para rastrear os PFS na população brasileira. No entanto, o modelo da AFC produziu apenas ajuste moderado. O FHPAST foi originalmente desenvolvido no âmbito dos PFS e fornece uma ferramenta holística para rastrear "a saúde funcional e avaliar potenciais problemas, riscos e prontidão para a saúde"<sup>(8)</sup>. É uma ferramenta estruturada de avaliação fundamentada na disciplina de Enfermagem que favorece a coleta de dados relevantes para a Enfermagem. Fornece uma forma de organizar os dados para facilitar o processo de tomada de decisão sobre os elementos centrais da prática, ou seja, diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem<sup>(11)</sup>.

Previamente à avaliação da estrutura interna, validade convergente e confiabilidade, foi realizada a revisão da T1, bem como a validação de conteúdo e avaliação da compreensibilidade por indivíduos da população-alvo. A revisão de T1 teve dois propósitos. Um deles foi atualizar os itens de acordo com recomendações mais recentes e utilizar palavras de mais fácil leitura e compreensão. O segundo, foi realizar uma revisão lexical baseada no modelo de leitura de dupla rota. Segundo este modelo, a leitura é possível através de duas vias. Uma envolve o reconhecimento visual direto de uma palavra com acesso rápido ao seu significado; este percurso exige a memorização de letras e programas e uma forte representação da palavra no léxico ortográfico. A leitura pela rota dos fonemas requer decodificação fonológica antes de se ter acesso ao significado da palavra<sup>(32-33)</sup>. Embora mais lenta que a rota visual direta, a rota do fonema permite que os leitores leiam qualquer palavra. Modelos experimentais consistentes com o modelo de dupla rota mostram que palavras mais longas, com mais sílabas e letras, são mais difíceis de ler e têm maior probabilidade de serem mal interpretadas<sup>(32)</sup>. Vale ressaltar que a revisão lexical realizada neste estudo permite identificar palavras mais fáceis de ler e utilizadas com mais frequência em um determinado país ou cultura. Isto pode ser usado por outros autores como uma etapa no processo de revisão de versões previamente traduzidas/retraduzidas de ferramentas de medição.

Para validação de conteúdo, o número de especialistas e os critérios utilizados para seleção dos especialistas foram semelhantes a outros estudos<sup>(34-35)</sup>. A validade de conteúdo garantiu que o FHPAST-BR contivesse uma amostra adequada de itens para avaliar os 11 PFS, pois todos os itens foram considerados relevantes e os itens revisados, precisos. Na validação de conteúdo da versão espanhola do FHPAST, os autores constataram que o índice de validade de conteúdo variou de 0,67 a 0,96<sup>(10)</sup>. Além disso, a análise da compreensibilidade pelos indivíduos da população-alvo foi essencial para garantir a compreensão dos itens. Embora não existam métodos padronizados para avaliar a compreensibilidade por indivíduos da população-alvo, esta estratégia tem sido utilizada em estudos de validação transcultural<sup>(36-37)</sup>. É plausível considerar que os procedimentos utilizados para validação de conteúdo levaram a um baixo índice de dados faltantes, com exceção de dois itens: "Estou satisfeito com o que faço no trabalho" (34) e "Sinto-me culpado quando beba álcool, vinho ou cerveja" (44). Os participantes que não tinham emprego formal podem não ter respondido ao item 34. Em relação ao item 44, é provável que o estigma associado ao consumo de álcool possa ter afetado as respostas dos participantes, mesmo tendo eles mesmos preenchido o instrumento FHPAST-BR.

Em relação à AFC, nossa amostra diferiu daquela utilizada pelos autores da tradução anterior do FHPAST para o português<sup>(18)</sup>, pois a nossa incluiu pessoas significativas, professores e funcionários, além de pacientes e estudantes. A AFC do FHPAST-BR (57 itens) confirmou que a solução tri fatorial foi a melhor para mensurar o construto proposto na população brasileira. No entanto, seis itens apresentaram cargas baixas, mas significativas ( $< 0,30$ ). Cinco desses itens foram carregados no Componente 1: Risco/Ameaça à Saúde, e um no Componente 3: Atividade de Promoção/Proteção à Saúde. As cargas fatoriais baixas significam que esses itens não contribuem significativamente para explicar cada fator. Uma possível explicação é que os itens abrangiam temas sensíveis, como uso de cinto de segurança (24), atividades de cuidado (41), consumo de álcool (44), uso de drogas recreativas (45), fumo de cigarros (46) e segurança (57), o que pode não ser adequado para avaliar os PFS utilizando uma ferramenta de triagem. Vale ressaltar que o alfa de Cronbach não apresentou alterações significativas caso esses itens fossem removidos.

Outros estudos psicométricos são necessários para explorar como a exclusão desses itens afetará a estrutura interna do FHPAST-BR. A Análise de Componentes Principais com rotação Varimax e Normalização Kaiser foi utilizada para testar a estrutura interna da versão em inglês do FHPAST. Os autores observaram que a solução de

três componentes era a mais parcimoniosa e interpretável. Todos os 57 itens apresentaram fatores de carga acima de 0,30 com poucas cargas laterais substanciais<sup>(8)</sup>.

O referencial dos PFS pode ser utilizado para delinear o próprio estado geral de saúde<sup>(9)</sup>. Estudo transversal realizado durante a pandemia de COVID-19 constatou que alterações nos PFS estavam correlacionadas com os níveis de ansiedade e com a autopercepção de saúde. Por exemplo, altos escores de ansiedade foram associados a mudanças no padrão percepção-gestão da saúde, o que foi explicado pela adoção de comportamentos protetores, como lavar as mãos<sup>(38)</sup>. No presente estudo, a validade convergente revelou uma relação positiva, moderada e significativa entre o escore do FHPAST-BR e a autopercepção e satisfação com o estado de saúde atual, sugerindo que o FHPAST-BR mede o construto que se pretende medir. No estudo de validação espanhol, o FHPAST correlacionou-se positiva, moderada e significativamente com dois índices de qualidade de vida<sup>(10)</sup>.

Em nosso estudo, todos os três componentes apresentaram consistência interna satisfatória. O Componente 3 apresentou o menor alfa de Cronbach (0,779), enquanto o Componente 2 apresentou o maior (0,919). No estudo de validação do instrumento original, os autores também constataram que cada componente apresentou consistência interna satisfatória<sup>(8)</sup>. Na validação espanhola, os autores obtiveram apenas o alfa de Cronbach global, que também foi aceitável<sup>(10)</sup>. Além disso, mostraram que a correlação *half-half* apoiava evidências de consistência interna. Em conjunto, estes resultados mostram a robustez do FHPAST em diferentes culturas.

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos dados. Em primeiro lugar, embora o nível de dados faltantes tenha sido baixo para cada item, no total, 30% da amostra inicial ( $n = 218/717$ ) não respondeu a pelo menos um item. Isto pode indicar que o instrumento é muito longo ou que o não possui validade aparente, que não foi avaliada antes da coleta de dados. Em segundo lugar, nenhum padrão-ouro para avaliar padrões funcionais de saúde está disponível na literatura. Para avaliar a validade convergente, foram utilizadas duas questões relativas à autopercepção e satisfação com o estado de saúde. Utilizamos essas duas perguntas em vez de uma ferramenta padronizada para evitar cansaço nas respostas e eliminar possíveis restrições de tempo que teriam desencorajado a participação neste estudo. Em terceiro lugar, a escala de medição foi modificada de uma escala de 4 para 5 pontos e os participantes não receberam uma definição de cada categoria de resposta. Embora para a maioria das questões os participantes

tenham selecionado opções para os extremos direito ou esquerdo da escala, é possível que o viés de resposta do ponto médio e a ausência de uma definição operacional para as categorias da escala possam ter afetado o ajuste do modelo. Por último, reconhecemos que, apesar dos nossos esforços para recrutar uma amostra diversificada, a maioria dos participantes eram mulheres e relataram ter ensino médio ou superior. Esses fatores podem exercer impacto na validade externa de nossos achados. Estudos futuros deverão testar o FHPAST-BR removendo os itens com cargas fatoriais baixas e acrescentando uma definição para cada categoria de resposta em uma amostra mais diversificada. Embora seja necessário continuar refinando, testando e validando o FHPAST-BR, este estudo traz contribuições importantes para a prática de Enfermagem e para o avanço do conhecimento em Enfermagem. Este instrumento de avaliação da triagem dos PFS é inovador na prática da enfermagem brasileira. O FHPAST-BR tem o potencial de orientar a tomada de decisões clínicas, auxiliando enfermeiros em diferentes ambientes clínicos a identificar os problemas dos pacientes com precisão e em tempo hábil.

## Conclusão

A AFC confirmou a solução de tri fatorial, conforme o encontrado na versão em inglês do FHPAST. Seis itens tiveram cargas baixas ( $<0,30$ ) e o modelo apresentou ajuste apenas moderado. Contudo, os três componentes do FHPAST-BR apresentaram evidências de validade convergente e consistência interna satisfatória. Assim, o FHPAST-BR apresentou evidências de validade e confiabilidade para avaliar os PFS na população brasileira, embora seja recomendada cautela na interpretação dos resultados devido ao ajuste moderado do modelo. O FHPAST-BR pode ser utilizado na prática clínica e em pesquisa. O uso da ferramenta é gratuito, mas é necessária a permissão do primeiro autor.

## Referências

1. American Nurses Association. Nursing: scope and standards of practice. 4. ed. Washington, D.C.: American Nurses Association; 2021.
2. Narayan MC. What constitutes patient-centered care in home care? A descriptive study of home health nurses' attitudes, knowledge, and skills. *Home Health Now*. 2022;40(6):317-29. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001124>
3. Institute of Medicine of the National Academies. The future of nursing: leading the change, advancing health. Washington, D.C.: National Academies Press; 2010.

4. Kennerly SM, Sharkey PD, Horn SD, Alderden J, Yap TL. Nursing assessment of pressure injury risk with the Braden scale validated against sensor-based measurement of movement. *Healthcare*. 2022;10(11):2330. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112330>
5. Wang L, McArthur A, Lu Z, Yang Y, Lu H, Chen F, et al. Prechemotherapy nursing assessment among adult cancer patients in a university cancer center in Shanghai, China: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement*. 2020;18(3):308-17. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000233>
6. Butcher RCGS, Jones DA. An integrative review of comprehensive nursing assessment tools developed based on Gordon's Eleven Functional Health Patterns. *Int J Nurs Knowl*. 2021;32(4):294-307. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12321>
7. DeSanto-Madeya S. Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nurs Sci Q*. 2007;20(4):324-9. <https://doi.org/10.1177/0894318407307159>
8. Jones D, Duffy ME, Flanagan J, Foster F. Psychometric evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *Int J Nurs Knowl*. 2012;23(3):140-5. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01224.x>
9. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3. ed. Boston, MA: Mosby; 1994.
10. Sánchez IS, Brito PRB, Muñoz MN, Gómez JAR. Spanish validation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) in primary health care. *Rev Cuidar [Internet]*. 2021 [cited 2023 Mar 21];1:59-89. Available from: <https://www.ull.es/revistas/index.php/cuidar/article/view/4260/3015>
11. Jones DA, Herdman TH, Butcher RCGS. Clinical reasoning: from assessment to diagnosis. In: Herdman TH, Kamitusuru S, Lopes CT, editors. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classifications 2021-2023*. New York, NY: Thieme; 2021. p. 109-25.
12. Gasperini B, Pelusi G, Frascati A, Sarti D, Dolcini F, Espinosa E, et al. Predictors of adverse outcomes using a multidimensional nursing assessment in an Italian community hospital. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249630>
13. Cosolo L, Leahey A, Elmi S, Homeward T. Development of a nurse-initiated proactive telephone nursing assessment guideline for new cancer patients. *Can Oncol Nurs J*. 2023;33(1):116-21.
14. Carneiro CS, Lopes JL, Herdman TH, Lopes CT, Bachion MM, Barros ALBL. Construction and validation of a data collection tool for the clinical assessment of human responses of outpatients with chronic cardiovascular diseases. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(3):161-7. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12029>
15. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, et al. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):22-9. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12008>
16. Paans W, Müller-Staub M. Patients' care needs: documentation analysis in general hospitals. *Int J Nurs Knowl*. 2015;26(4):178-86. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12063>
17. Rodrigues AB, Cunha GH, Aquino CBQ, Rocha SR, Mendes CRS, Firmeza MA, et al. Head and neck cancer: validation of a data collection instrument. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:1899-906. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0227>
18. Barros ALBL, Michel JLM, Nobrega MML. Translation, utilization, and psychometric properties of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool with patients in Brazil. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2003;14(4):17. [https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.017\\_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.017_1.x)
19. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health*. 2018;6:149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
20. Brislin RN. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
21. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa H Filho, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2003;101(6):1-63. <https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>
22. Milin P, Divjak D, Baayen RH. A learning perspective on individual differences in skilled reading: exploring and exploiting orthographic and semantic discrimination cues. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 2017;43(11):1730-51. <https://doi.org/10.1037/xlm0000410>
23. Corpus Brasileiro [Homepage]. São Paulo: s. d. [cited 2018 Nov 08]. Available from: <http://corpusbrasileiro.pucsp.br/cb/Inicial.html>
24. Cortela CC, Milistetd M, Both J, Gonçalves GHT, Balbinotti CAA. Validação da escala de contextos de aprendizagem para treinadores esportivos - versão tênis. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2020;42:e2021. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2019.04.002>
25. Vergara Escobar OJ, Carrillo González GM. Self-management program in adults with colorectal cancer: a pilot study. *Aquichan*. 2023;23(1):7. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.1.7>
26. Ferreira NC, Moorhead S, Butcher RCGS. The nurse-patient outcome content validation method. *Int J Nurs Terminol Knowl*. 2021;32(2):88-95. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12298>

27. Pasquali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L, editor. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
28. Engler K, Vicente S, Mate KKV, Lessard D, Ahmed S, Lebouché B. Content validation of a new measure of patient-reported barriers to antiretroviral therapy adherence, the I-Score: results from a Delphi study. *J Patient Rep Outcomes*. 2022;6(1):28. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00435-0>
29. DeVellis RF. *Scale development: theory and applications*. 5. ed. Los Angeles, CA: SAGE; 2021.
30. Ondé D, Alvarado JM. Reconsidering the conditions for conducting confirmatory factor analysis. *Span J Psychol*. 2020;23:e55. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.56>
31. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-5. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
32. Capovilla FC, Capovilla AGS, Macedo EC. Analisando as rotas lexical e perilexical na leitura em voz alta: efeitos da lexicalidade, familiaridade, extensão, regularidade, estrutura silábica e complexidade grafêmica do item e de escolaridade do leitor sobre o tempo de reação, duração e segmentação na pronúncia. In: Pasquali L, editor. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
33. Cardoso HSP, Freitas PM. Aplicação do modelo da dupla rota no diagnóstico da dislexia: revisão sistemática. *Rev Psicopedag [Internet]*. 2019 [cited 2023 Mar 21];36(111):368-77. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862019000400011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862019000400011&lng=pt&nrm=iso)
34. Afonso BQ, Ferreira NDC, Butcher RCGS. Content validation of the symptom control outcome for heart failure patients in palliative care. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41:e20190427. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190427>
35. Afonso BQ, Ferreira NC, Butcher RCGS. Conceptual and operational definitions for the indicators of the nursing outcome classification: symptom control in patients with heart failure in palliative care. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020;30(6):386-397. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.01.001>
36. Conti MA, Latorre MR, Hearst N, Segurado A. Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Area Scale for Brazilian adolescents. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2179-86. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001000009>
37. Kourakou A, Tigani X, Bacopoulou F, Vlachakis D, Papakonstantinou E, Simidala S, et al. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in the Greek language in adolescents. *Adv Exp Med Biol*. 2021;1339:97-103. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-78787-5\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-030-78787-5_13)
38. Alan S, Gokyildiz Surucu S, Avci Bay Vurgec B, Cevik A. An investigation of individuals' health anxiety during the COVID-19 pandemic within the framework of the functional health patterns. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(3):1103-13. <https://doi.org/10.1111/ppc.12663>

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher, Lidia Santiago Guandalini, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Dorothy Anne Jones.

**Obtenção de dados:** Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher, Lidia Santiago Guandalini, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

**Análise e interpretação dos dados:** Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Bruna Bronhara Damiani, Dorothy Anne Jones.

**Análise estatística:** Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher, Bruna Bronhara Damiani.

**Redação do manuscrito:** Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher, Lidia Santiago Guandalini, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Bruna Bronhara Damiani, Dorothy Anne Jones.

**Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher, Lidia Santiago Guandalini, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Bruna Bronhara Damiani, Dorothy Anne Jones.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 16.04.2023


Aceito: 17.11.2023

Editora Associada:  
Maria Lúcia Zanetti

Autor correspondente:

Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher

E-mail: [rgengoesilva2021@health.fau.edu](mailto:rgengoesilva2021@health.fau.edu)

 <https://orcid.org/0000-0002-7307-2203>

**Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.