

**Ana Amélia Moraes Antunes**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES  
DE MEDIDA DA MEASURE OF PROCESSES OF CARE-20 E MEASURE OF  
PROCESSES OF CARE-SP PARA A LÍNGUA PORTUGUESA – BRASIL**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG

2018

**Ana Amélia Moraes Antunes**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES  
DE MEDIDA DA MEASURE OF PROCESSES OF CARE-20 E MEASURE OF  
PROCESSES OF CARE-SP PARA A LÍNGUA PORTUGUESA – BRASIL**

**Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.**

**Área de Concentração: Desempenho Funcional Humano**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Daniela Vaz**

**Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Sheyla Furtado**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG

2018

## AGRADECIMENTOS

Escrever estes agradecimentos é constatar que este trabalho se deu a partir de uma construção coletiva. Diversos personagens permitiram o êxito, não só para que ele fosse concluído, mas que ele gerasse crescimento profissional e pessoal.

Nestes dois anos, construímos uma mandala e a cada giro do compasso, um novo elemento se agregou trazendo harmonia e unidade ao produto final.

O tecido sobre o qual nossa arte se desenhou é a presença do divino, do feminino compassivo, harmonioso e pleno, através do qual minha fé guia minhas ações.

Cada personagem trouxe o que tinha de melhor para me ajudar na jornada: minha mãe com seu exemplo profissional, ética e sua onipresença em minha vida; meu pai com incentivo constante e exemplo de dedicação profissional.

Meu esposo, entremeou todas as camadas desta mandala, ora sendo companheiro, ora sendo crítico e sempre compreendendo as ausências e aflições. Generosamente manteve nossa casa “em funcionamento”. Aos meus filhos, coube o papel de salpicar cores, alegria e leveza a este desenho.

Muitas camadas de incentivo foram acrescentadas ao longo do percurso, a cada vez que o cansaço ou a dúvida se fizeram presentes, amigos leais não me permitiram esmorecer: Aimee, Cláudia, Luciana, Louise, Dalila, Maira, Cristiane, Juliana, Silvana e Ricardo.

A beleza de uma mandala está na sua simetria e profundidade, nesta missão agradeço minha orientadora Daniela Vaz, que conseguiu entender a particularidade desta jornada e conduziu este estudo com maestria e método. Agradeço minha co-orientadora Sheyla Furtado por me receber depois de 15 anos nesta casa, além de trazer críticas certeiras e uma honestidade cativante a esta empreitada.

Aos demais professores desta escola, que me formou e agora me aprimora, minha eterna gratidão.

Agradeço a diretoria da Rede Sarah, em especial Dr. Antônio-Pedro e Dr. Renato pelo voto de confiança e incentivo. Aos meus colegas de trabalho pela compreensão das ausências e da urgência nestes tempos.

A cor desta mandala é verde, cor desta profissão que tanto amo e da esperança das famílias que assistimos por dias mais fáceis.

## RESUMO

**Introdução:** Os questionários MPOC foram desenvolvidos para avaliação da Prática Centrada na Família (PCF) em serviços para crianças com distúrbios do movimento ou condições crônicas de saúde que afetam o desenvolvimento, abrangendo toda a infância. Fazem parte do conjunto a MPOC-20 e a MPOC-SP, destinadas ao preenchimento por pais/responsáveis e pelos profissionais de reabilitação, respectivamente. Estes questionários são os mais difundidos na literatura para a avaliação de abordagens centradas na família. **Objetivos:** Traduzir e realizar adaptação cultural da MPOC-20 e MPOC-SP para a língua portuguesa-Brasil e avaliar suas propriedades psicométricas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico, realizado nas seguintes etapas: tradução e retrotradução realizada por comitê de especialistas, realização de entrevistas cognitivas com as versões preliminares, testagem das versões pré-finais e avaliação das propriedades psicométricas das versões traduzidas. O estudo foi realizado em 04 capitais do Brasil tendo em vista nossa extensão territorial e diversidade cultural. **Resultados:** As entrevistas cognitivas foram realizadas em rodadas resolvendo as dúvidas dos sujeitos em relação as questões e a pré-testagem assegurou a compreensão das versões traduzidas. A MPOC-20 apresentou variação da consistência interna (n= 107) entre 0,61 e 0,91, da confiabilidade teste-reteste (n = 50) entre 0,44 a 0,83 e o erro padrão de medida entre 0,66 e 0,85. A MPOC-SP apresentou variação de consistência interna (n=92) entre 0,523 e 0,835, da confiabilidade teste-reteste (n = 62) entre 0,83 e 0,90 e o erro padrão de medida entre 0,34 e 0,46. **Conclusão:** As versões brasileiras da MPOC-20 e da MPOC-SP são estáveis e confiáveis sendo instrumentos relevantes a avaliação da PCF em serviços de saúde, e podem inclusive ser agentes de mudança da cultura de serviço.

**Palavras chave:** questionários; prática centrada na família; tradução; adaptação cultural; reabilitação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The MPOC questionnaires evaluate Family-Centered Practice (PCP) in services for children with movement disorders or with chronic health conditions that affect their development during childhood. The MPOC contains the MPOC-20 and MPOC-SP designed to be completed by parents/guardians and by rehabilitation professionals, respectively. These questionnaires are widely used in the literature for the evaluation of family-centered approaches. **Objectives:** To translate and culturally adapt the MPOC-20 and MPOC-SP to Portuguese-Brazilian language and to evaluate its psychometric properties. **Methodology:** This is a methodological study accomplished with the following stages: translation and back-translation performed by a committee of experts; cognitive interviews with the preliminary versions, testing the pre-final versions and evaluating the psychometric properties of the translated versions. The study was carried out in four capitals cities in Brazil in view of our territorial extension and cultural diversity. **Results:** Cognitive interviews were conducted in rounds solving the participants' doubts regarding the questions, and the pre-testing ensured the comprehension of the translated versions. The MPOC-20 internal consistency varied (n = 107) between 0.61 and 0.91, the test-retest reliability (n = 50) between 0.44 and 0.83 and the standard error of measurement between 0.66 and 0.85. The MPOC-SP internal consistency varied (n = 92) between 0.523 and 0.835, the test-retest reliability (n = 62) between 0.83 and 0.90 and the standard error of measure between 0.34 and 0, 46. **Conclusion:** The Brazilian versions of the MPOC-20 and the MPOC-SP are stable and reliable. These instruments are relevant to the evaluation of FCP in health services and provide information that could modify the services ensuring better care.

**Keywords:** questionnaires; family-centered practice; Translation; cultural adaptation; rehabilitation.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>pag. 08</b>
<b>2. ARTIGO 1.....</b>	<b>pag. 13</b>
<b>3. ARTIGO 2.....</b>	<b>pag. 34</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>pag. 59</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>pag.62</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>pag. 67</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>pag.70</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>pag.74</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>pag.76</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>pag.78</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>pag.80</b>

## **PREFÁCIO**

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sendo estruturada em 4 seções. A primeira seção contém a introdução com a problematização a justificativa do estudo realizado e os objetivos da dissertação. A segunda seção apresenta o artigo aceito pela Revista de Terapia Ocupacional da USP que apresenta a etapa do estudo correspondente as Entrevistas Cognitivas. A terceira seção apresenta o artigo científico correspondente ao estudo de tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida dos instrumentos. Este artigo foi encaminhado a Brazilian Journal of Physical Therapy. Na quarta seção estão expostas as considerações finais desta dissertação. Em seguida, estão indicadas as referências bibliográficas, anexos obrigatórios e nos apêndices as versões traduzidas dos instrumentos.

## 1. INTRODUÇÃO

Serviços de reabilitação buscam constante aprimoramento visando maior efetividade e satisfação dos usuários. Mudanças recentes na reabilitação têm sido influenciadas por um ideal de superação do modelo de serviço centrado no profissional médico por um modelo que preconiza a assistência centrada nos interesses e valores daqueles que recebem o cuidado (LEITE; SRONG,2006). A criação e implementação da Classificação Internacional de Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial de Saúde em 2001 (FARIAS; BUCHALLA,2005) foi um grande marco deste processo. A CIF amplia a análise das questões de saúde incluindo o efeito de fatores contextuais pessoais e ambientais na funcionalidade (SAMPAIO et al,2005). Assim, a CIF oferece suporte ao envolvimento dos pacientes e seus familiares no processo de reabilitação (FARIAS; BUCHALLA,2005; SAMPAIO et al,2005).

No contexto de mudanças na reabilitação, emergiu na segunda metade do século XX a Prática Centrada na Família (PCF), modelo de serviço pediátrico que reconhece os pais como “experts” nas necessidades da criança (ROSEMBAUM; STEWART, 2004; SIEBES et al, 2006; BAMB; ROSEMBAUM, 2008). Este modelo promove a parceria entre pais e profissionais de saúde e apoia a família para tomar decisões relativas aos cuidados com a criança (KING; ROSEMBAUM; KING, 1996; ROSEMBAUM; STEWART, 2004; BAMB; ROSEMBAUM, 2008). Assim, na PCF o cuidado oferecido à criança deve condizer com as necessidades, desejos e valores de sua família (KING; ROSEMBAUM; KING, 1996) considerando as suas singularidades (STEWART, 2001). Segundo Rosembaum & Stewart (2004), quando as metas são compartilhadas a família ajuda a criança a atingir os objetivos com menor esforço quando comparada com o

modelo de assistência hierarquizado (BAMM; ROSEMBAUM, 2008). Evidências indicam que serviços que compartilham decisões aumentam a chance de adesão (KING; ROSEMBAUM; KING, 1996; ROSEMBAUM; STEWART, 2004; BAMM; ROSEMBAUM, 2008) e levam à maior satisfação das crianças e dos pais (KING; ROSEMBAUM; KING, 1996; STEWART, 2001; LEXELL; LEXELL; LARSSON-LUND, 2016). Assim, A PCF pode promover a saúde da criança, a qualidade de vida da família, a satisfação e eficiência do serviço (WOODSIDE et al, 2001; SCHEINEIBER; BERGER; SALLS, 2011; TANG et al, 2012).

A PCF é hoje amplamente aceita como a “melhor prática” em serviços de reabilitação pediátricos (STEWART, 2001; SCHEINEIBER; BERGER; SALLS, 2011; TANG et al, 2012). Como qualquer estratégia para melhorar adesão, reduzir custos e otimizar o atendimento, a implantação da PCF exige avaliações periódicas (MAZER et al, 2006). A avaliação do serviço quanto à PCF permite o direcionamento de condutas, consolidando procedimentos positivos e diagnosticando os que devem ser ajustados (MAZER et al, 2006).

Idealmente, a avaliação da PCF deve ocorrer por meio de instrumentos padronizados e com propriedades de medida sólidas (KING; ROSEMBAUM; KING, 1996; WOODSIDE et al, 2001). Avaliações subjetivas são sujeitas a influência de crenças e suposições pessoais, dificultando comparações entre avaliações (SAMPAIO; MANCINI; FONSECA, 2002). A utilização de testes padronizados torna possível a comparação de dados coletados por diferentes examinadores em diferentes contextos, a definição de uma linguagem sistematizada, a avaliação dos resultados e o planejamento de metas (SAMPAIO; MANCINI; FONSECA, 2002; COSTER; MANCINI, 2015). Há instrumentos publicados e já adaptados para diferentes países e seus contextos culturais para avaliar serviços sob a ótica do PCF. O uso de instrumentos deste tipo permite a

comparação de estudos internacionais, com redução dos custos financeiros e menor dispêndio de tempo comparado a criação e validação de novos instrumentos (WOODSIDE et al, 2001; SAMPAIO; MANCINI; FONSECA, 2002).

A maioria dos instrumentos disponíveis foi desenvolvida para serviços de intervenção precoce (SIEBES et al, 2006). Uma exceção, a Measure of Processes of Care - 56 (MPOC-56) foi um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para avaliar a PCF em serviços para crianças com distúrbios do movimento ou condições crônicas de saúde que afetam o desenvolvimento (SIEBES et al, 2006), abrangendo toda a infância. Trata-se de um questionário auto-aplicado que avalia a percepção dos pais quanto ao processo de cuidados recebidos por seus filhos na reabilitação, na perspectiva da PCF (KING, ROSEMBAUM; KING, 1996; WOODSIDE et al, 2001; CUNNINGHAM; ROSEMBAUM; 2014). Até os dias atuais a MPOC-56 é o instrumento mais utilizado para este fim (TANG et al, 2012). Este instrumento é recomendado para avaliar programas de reabilitação infantil e para pesquisa científica (STEWART, 2001; TANG et al, 2012).

A MPOC-56 avalia cinco aspectos fundamentais da PCF: *empoderamento* e parceria, fornecimento de informações gerais e específicas sobre a criança, coordenação e abrangência do cuidado, cuidado respeitoso e encorajador (BAMM; ROSEMBAUM, 2008; TANG, 2012; CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014). O instrumento tem grande abrangência e já foi traduzido e adaptado para vários idiomas, mantendo índices adequados de validade e confiabilidade (WOODSIDE et al, 2001; CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014).

A partir da MPOC-56 foi desenvolvida a “Família MPOC”: um conjunto de questionários auto-aplicados que mensuram a PCF de diferentes pontos de vista. Fazem parte deste conjunto as versões MPOC-20 e a MPOC-SP (MAZER et al,2006;

CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014). A MPOC-20 é a versão reduzida do instrumento original, desenvolvida para agilizar a mensuração da PCF em serviços clínicos. Esta versão é mais citada na literatura que o instrumento original (CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014). Já a MPOC-SP avalia elementos centrais da PCF do ponto de vista dos prestadores de serviço (MAZER et al, 2006). Este é o único instrumento disponível para investigar não somente as crenças dos profissionais, mas também as suas práticas (MAZER et al, 2006). A MPOC-SP pode ser utilizada para avaliar todos os membros da equipe de reabilitação (KING et al, 2004; MAZER et al, 2006; CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014) e é constituída de quatro domínios: tratamento respeitoso, sensibilidade interpessoal, comunicação de informações específicas e promovendo informações gerais (MAZER et al, 2006; CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014).

As versões MPOC-20 e MPOC-SP se complementam, porque pais e profissionais de saúde podem ter diferentes pontos de vista em relação à reabilitação (MAZER et al, 2006; CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014). Assim, a possibilidade de aplicar as duas versões no mesmo serviço permite uma identificação mais completa e realista do atendimento quanto a PCF. Os questionários ainda não foram traduzidas para o português do Brasil. A tradução e a adaptação transcultural desses instrumentos permitirá seu uso na pesquisa e nos serviços de reabilitação brasileiros.

Após a tradução, diferenças culturais podem influenciar a compreensão de alguns itens, tornando-os mais ou menos difíceis com relação à versão original (COSTER; MANCINI, 2015). A literatura recomenda que seja avaliada a compreensão dos itens por uma população similar ao público alvo do instrumento (CUNNINGHAM; ROSEMBAUM, 2014). Um recurso recomendado na literatura para esta finalidade é o uso de “entrevistas cognitivas”, a partir das quais, é possível investigar se os enunciados

e opções de resposta de um questionário são interpretados conforme o esperado (BEATY; WILLIS, 2007). Entrevistas cognitivas são importantes para a tradução de instrumentos auto-aplicados ou que utilizam entrevista (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Além disso, uma vez que o instrumento está traduzido e é bem compreendido, é necessário avaliar se a tradução mantém as propriedades de medida da versão original. Assim, a literatura preconiza que se investigue a consistência interna e a estabilidade do sistema de pontuação da versão traduzida em diferentes ocasiões ou entre diferentes avaliadores (COSTER; MANCINI, 2015; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

## 2. ARTIGO 1

### **Aplicação de entrevistas cognitivas para produção de versões brasileiras de instrumentos de avaliação da prática centrada na família**

#### *Use of cognitive interviews in the development of Brazilian versions of assessment tools for family centered-practice*

Daniela Virginia Vaz, Dayana Karen Esteves da Silva, Débora Silva Campos

Ana Amélia Moraes Antunes, Lívia de Castro Magalhães, Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

**RESUMO:** A Prática Centrada na Família (PCF), considerada como *best practice* na assistência à criança, é um conjunto de atitudes e valores que reconhece a família como centro do cuidado. A MPOC-20 e MPOC-SP são questionários que avaliam a percepção dos cuidadores e dos profissionais de saúde, acerca da PCF. Este trabalho descreve o processo de tradução e adaptação transcultural dos instrumentos para o português brasileiro. A tradução deve garantir total compreensão das questões pelos entrevistados, assim, para avaliar essa compreensão utilizamos como ferramenta a entrevista cognitiva. Foram identificados problemas de compreensão em ambos os questionários, e foram feitos ajustes para solucioná-los. O uso da entrevista cognitiva foi fundamental para o processo de tradução e adaptação transcultural dos questionários.

**DESCRITORES:** Entrevista cognitiva; MPOC-20; MPOC-SP; Prática Centrada na Família.

**ABSTRACT:** Family-Centered Practice (FCP) considered *best practice* in childcare, is a set of attitudes and values for clinical practice that recognizes the child's family as the center of care. MPOC-20 and MPOC-SP are questionnaires that evaluate the perception of caregivers and health professionals, about FCP in a given service. This study describes part of transcultural translation and adaptation process of the instruments for Brazilian Portuguese. The translation should guarantee a total understanding of the questions by the interviewees. To evaluate this understanding we uses the method of cognitive interviews. Problems of understanding were identified in both questionnaires and adjustments were made to remove them. The use of the cognitive interviews was essential for translation and cultural adaptation of the questionnaires.

**KEY WORDS:** Cognitive interview; Family-Centered Practice; MPOC-20; MPOC-SP.

## **Introdução**

A fisioterapia e a terapia ocupacional, como profissões clínicas, são constantemente desafiadas a garantir qualidade no atendimento. Profissionais de reabilitação, pacientes e famílias almejam resultados terapêuticos que satisfaçam as demandas e necessidades específicas de cada uma das partes envolvidas. Modelos tradicionais de prática se baseiam em uma assistência verticalizada em que o terapeuta é a autoridade que determina o que deve ser feito na terapia. No entanto, atualmente fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais têm se aproximado de um modelo mais horizontal em que as decisões terapêuticas e responsabilidades são compartilhadas com as famílias, respaldados pelos princípios da Prática Centrada na Família<sup>1</sup>.

A Prática Centrada na Família (PCF) é um conjunto de atitudes e valores que orientam o cuidado oferecido a crianças com deficiências. A PCF reconhece que a família da criança tem experiências únicas e conhecimento privilegiado sobre as suas necessidades e habilidades particulares. Por isso, nesta abordagem, a família tem sua perspectiva valorizada e toma decisões sobre os cuidados prestados em parceria com os prestadores de serviço. Serviços centrados na família têm como premissa colaborar e compartilhar informações, de maneira individualizada e flexível. Além disso a PCF ressalta a importância de dar atenção não só para a criança com deficiência, mas a todos os membros da unidade familiar, pois a saúde e bem-estar da família refletem na evolução ou desenvolvimento da criança.<sup>2-6</sup>

Profissionais que seguem essa filosofia, buscam educar as famílias sobre a importância de sua participação ativa no tratamento, pois os ganhos proporcionados com a terapia são substancialmente maiores quando o objetivo está centrado nas necessidades apontadas pela família<sup>6</sup>. A PCF traz como vantagens a satisfação dos pais, redução de estresse, maior motivação e adesão aos programas de terapia<sup>6</sup>. A autonomia e o exercício de escolha são a base da PCF. Tais princípios contribuem para aumentar a eficácia da reabilitação, além de evidenciar o respeito a direitos fundamentais daqueles que recebem cuidados de saúde<sup>7</sup>, que é essencial em qualquer prática terapêutica.

A avaliação de um serviço quanto ao grau de centralidade na família permite o reconhecimento de quais melhorias são necessárias.<sup>8</sup> Nesta avaliação, o uso de ferramentas sistematizadas ao invés de avaliações informais é mais confiável. Atualmente já existem medidas, como a *Measure of Process of Care (MPOC)*, que podem ser usadas para avaliar os serviços de maneira sistematizada. A MPOC é constituída por questionários padronizados, desenvolvidos originalmente no Canadá para medir a

implementação da prática centrada na família em serviços para crianças com problemas crônicos de desenvolvimento<sup>8</sup>.

Entre as versões das MPOC, destacam-se a MPOC-56, a MPOC-20 e a MPOC-SP (*Service Providers*). A MPOC-56 é um questionário sobre as percepções dos pais acerca da qualidade da prestação de serviços à criança<sup>9,10</sup>, que tem uma versão curta, a MPOC-20. Já a MPOC-SP é voltada para que os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes expressem sua percepção sobre o serviço<sup>8</sup>. As três medidas, MPOC-SP, 56 e 20, consistem em questionários padronizados que podem ser auto aplicados. A MPOC-56 demonstra alta consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,81 e 0,96), confiabilidade teste-reteste (ICC entre 0,78 a 0,88) e validade de constructo<sup>8</sup>. A versão MPOC-20 também tem boa validade e boa consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,83 a 0,90)<sup>11</sup>. A MPOC-SP tem propriedades psicométricas satisfatórias, com boa consistência interna (alfa de Cronbach entre de 0,76 a 0,88) e boa confiabilidade teste-reteste (ICC entre de 0,79 a 0,99)<sup>12</sup>. Os questionários permitem o cálculo de escores que refletem o quanto determinado serviço é centrado na criança e sua família.

É importante avaliar em que extensão cada serviço adota os princípios da prática centrada na família para aprimorar o processo de reabilitação. As percepções dos pais e profissionais sobre áreas específicas do atendimento que requerem melhorias são fundamentais para que a prática clínica seja de fato centrada na família. Assim, o uso das escalas padronizadas como a MPOC poderia contribuir para a melhoria de serviços de fisioterapia e terapia ocupacional no nosso país, sendo importante traduzir e adequar estas escalas para a realidade brasileira.

Para a produção das versões brasileiras das escalas, é necessário seguir procedimentos rigorosos de tradução transcultural, utilizados internacionalmente, que incluem realizar a

tradução, retro-tradução e ajustes contextuais para produção da versão em português Brasileiro dos questionários, originalmente disponíveis no idioma inglês<sup>12</sup>. Como a MPOC foi criada no formato de questionários auto-aplicados, deve-se também analisar se os entrevistados compreendem seus enunciados e opções de repostas, assim como o seu conteúdo e propósito<sup>13</sup>. Um recurso recomendado para verificar a compreensão de cada item do instrumento pela população alvo de cada questionário é o uso de ‘entrevistas cognitivas’. As entrevistas cognitivas constituem um método para investigar se os enunciados e opções de respostas às questões de um questionário são interpretadas conforme o esperado<sup>14</sup>, o que permite determinar se há necessidade de ajustes na versão traduzida para adequação ao contexto cultural do país para o qual se propõe a tradução.

Neste estudo foi investigada a compreensão da tradução Brasileira da MPOC-20 e MPOC-SP, por parte de pais/cuidadores e profissionais envolvidos na reabilitação infantil, por meio do procedimento de entrevista cognitiva. Os resultados dessa análise permitirão fazer ajustes na versão brasileira dos dois questionários da MPOC, para que possamos contar com instrumentos válidos e confiáveis para avaliar a qualidade da assistência na prática clínica e na pesquisa em reabilitação infantil no Brasil.

### **Procedimentos metodológicos**

Neste estudo foram usadas traduções preliminares da MPOC-20 e MPOC-SP, obtidas como descrito a seguir. A primeira etapa do processo de produção destas versões envolveu obter a permissão dos autores originais, da fundação *CanChild*, para a tradução dos instrumentos. Em seguida, conforme procedimentos recomendados para tradução transcultural de questionários<sup>13</sup>, foram realizadas traduções independentes por dois especialistas (uma professora universitária e uma fisioterapeuta). Em seguida, foi

formado painel de ‘experts’ composto por três professoras universitárias, duas fisioterapeutas e duas estudantes de graduação em fisioterapia. O painel comparou as duas traduções a fim de identificar diferenças e discordâncias e então produzir uma versão única, a qual foi submetida a tradução reversa para o idioma de origem do questionário. Assim como na tradução, a retro tradução foi feita por dois tradutores independentes, um tradutor norte americano e um britânico. Um segundo painel, composto por uma fisioterapeuta e duas professoras universitárias, comparou as traduções entre si, com a versão brasileira e com os questionários originais em inglês, produziu uma versão retro-traduzida unificada e realizou ajustes finais nas traduções brasileiras da MPOC-20 e MPOC-SP. Depois da retro-tradução unificada e a versão final em português terem sido avaliadas e aprovadas pela *CanChild*, foi verificado, por meio do procedimento de entrevista cognitiva, se os questionários traduzidos eram bem compreendidos por pais/cuidadores e por profissionais brasileiros. As etapas do processo encontram-se resumidas na Figura 1.

### *Participantes*

Foi constituída uma amostra de conveniência com nove pais/cuidadores e nove profissionais recrutados no serviço de reabilitação do Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da UFMG. Para a MPOC-20, foram realizadas entrevistas com pais/cuidadores de crianças com problemas crônicos de desenvolvimento e, para a MPOC-SP, foram entrevistados profissionais envolvidos na reabilitação infantil. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para cada versão aplicada.

A previsão de recrutamento foi de no mínimo nove participantes para avaliar cada questionário. O tamanho da amostra foi definido baseado nos estudos que indicam que pelo menos duas a três entrevistas em três rodadas sejam suficientes para revelar os problemas mais críticos do questionário.<sup>13</sup> Para a entrevista cognitiva da versão MPOC-20 foram incluídos pais/cuidadores de crianças em acompanhamento há um ano ou mais no serviço, sendo que foram excluídos aqueles que não compareceram a mais de 50% dos atendimentos oferecidos. Para a MPOC-SP foram incluídos profissionais que atuavam diretamente na reabilitação infantil no último ano, sendo excluídos profissionais que atuavam na reabilitação infantil por tempo inferior a 60 dias no último ano.

### *Procedimentos*

As entrevistas cognitivas podem ser feitas por meio de dois processos, denominados 1) *pensamento em voz alta* e 2) *sondagem de seguimento*<sup>14</sup>. O primeiro consiste em incentivar os participantes a responderem as perguntas do questionário verbalizando seus pensamentos. O segundo consiste em perguntas diretas e explícitas realizadas pelo entrevistador. Ambos os procedimentos podem ser utilizados conjuntamente, uma vez que se encaixam naturalmente e trazem importantes informações acerca da compreensão do entrevistado sobre os itens dos questionários<sup>14</sup>.

As entrevistas cognitivas por meio de pensamento em voz alta e sondagem de seguimento foram realizadas no período de julho e agosto de 2017 e foram registradas em gravador de voz de um aparelho celular. Durante a entrevista cognitiva os itens que considerados difíceis ou mal interpretados pelos entrevistados foram assinalados pelas entrevistadoras. Os itens dos questionários selecionados para ajustes foram aqueles em que dois ou mais cuidadores e pelo menos um profissional apresentaram dificuldade de compreensão, para

a MPOC-20 e MPOC-SP, respectivamente. Quando o entrevistado solicitou a repetição do enunciado, das opções de respostas e/ou fornecimento de exemplo, as entrevistadoras consideraram que havia dificuldade de compreensão.

Tanto para a versão preliminar brasileira da MPOC-20 quanto da MPOC-SP, as entrevistas cognitivas foram planejadas e realizadas em três etapas da seguinte maneira: inicialmente foram feitas três entrevistas com três participantes diferentes de cada grupo e, com base nos dados das entrevistas de cada grupo, foram feitos os ajustes necessários em itens específicos, a fim de corrigir os problemas que surgiram. Esses ajustes foram feitos por uma fisioterapeuta e duas alunas de graduação em fisioterapia. Adaptamos o enunciado das questões dos questionários cujas respostas das entrevistas indicaram dificuldade de compreensão. Feitas essas correções, partimos para a segunda rodada de entrevistas, na qual o mesmo processo foi realizado. Foi feita, ainda, uma terceira rodada de entrevistas, aplicando-se os questionários com as adaptações realizadas na segunda rodada. Após a terceira rodada de entrevistas, ficou evidente que ajustes adicionais não eram mais necessários.

As entrevistas foram iniciadas com o método de pensamento em voz alta, para o qual os participantes receberam instruções padronizadas do tipo: “Por favor, me diga o que você pensou para responder essa pergunta” e “Pense na sua resposta em voz alta”. Neste procedimento, o investigador não influenciou as respostas do participante.

Em seguida, foi feita sondagem das respostas, para estimular que os entrevistados se expressassem de forma mais clara e completa. As pesquisadoras perguntaram aos entrevistados: “Você pode me dizer com as suas palavras o que esta questão está perguntando?” ou “Me diga como você compreendeu/entendeu esta pergunta”. O sentido atribuído pelos entrevistados aos enunciados das questões dos instrumentos foi

comparado pelas pesquisadoras com o sentido pretendido na versão original em inglês. As sondagens permitiram a identificação de enunciados cuja tradução acarretou em dificuldades de compreensão.

### *Análise dos Dados*

Após cada rodada de entrevistas, um painel de especialistas, composto por duas graduandas do curso de fisioterapia e uma fisioterapeuta responsável técnica de um serviço de reabilitação, analisou os arquivos de voz para identificar as razões expressas pelos entrevistados para as dificuldades de compreensão. Com base nesta análise, o painel fez ajustes na versão em português das MPOC, visando eliminar as dificuldades de interpretação na rodada seguinte de entrevistas.

### **Resultados**

Foram realizadas três rodadas de entrevistas cognitivas para cada um dos questionários, cada rodada envolveu três entrevistados, somando nove cuidadores para a MPOC-20 e nove profissionais para a MPOC-SP, o que totalizou 18 participantes. Nas entrevistas cognitivas com a MPOC-20, a maioria dos participantes eram mães, com exceção de um pai e uma avó, que também fizeram parte do estudo. A média de idade dos cuidadores foi de 35,7 anos, destes, cinco tinham ensino médio completo, um ensino médio incompleto e três o ensino fundamental incompleto. O tempo de assistência que as crianças receberam variou de 1 ano e 4 meses a 7 anos. Já para a MPOC-SP, dos nove profissionais entrevistados, oito foram do sexo feminino e um do sexo masculino, a média de idade dos profissionais foi de 32,6 anos. Além disso, dois possuíam pós-graduação e o tempo de atuação na área infantil variou de um ano e dois meses a 22 anos.

Para a MPOC-20, considerando que houve dez solicitações para fornecimento de exemplo, oito pedidos para repetição de enunciado e duas solicitações para repetição das

opções de respostas, foram ajustadas oito questões. A principal dificuldade apresentada pelos entrevistados foi a compreensão de termos ou palavras das questões, como: “competente”, “longo período de tempo”, “tempo de conversa”, “mesma direção”, “de pessoa para pessoa” e “formato”. Outras duas dificuldades se manifestaram pelo não entendimento de que havia duas perguntas em uma mesma questão (item 4) e a não compreensão de um exemplo (item 11). Para todas as dificuldades foram feitos ajustes na redação das questões para torná-las mais inteligíveis e precisas. Todos os ajustes e detalhamento dos problemas identificados estão descritos na Tabela 1.

Para a MPOC-SP foram feitas oito solicitações de exemplos, cinco pedidos de repetição do enunciado e duas solicitações para repetição das opções de respostas, indicando que oito questões necessitavam de ajustes. As dificuldades mais comuns foram relacionadas a abrangência de termos, ou seja, os profissionais não compreendiam o que os termos “programa domiciliar”, “prestadores de serviço”, “família inteira” e “gerais” abarcavam. Outros problemas encontrados foram associados a compreensão de exemplos, palavras e objetivo da questão. A descrição das dificuldades encontradas e respectivos ajustes encontra-se na Tabela 2.

## **Discussão**

A tradução e a adaptação transcultural de questionários envolve desafios complexos no sentido de se alcançar uma redação consistente com o original e mais próxima possível da realidade cultural de um país. Para tanto, é fundamental solucionar os problemas de linguagem encontrados nos questionários traduzidos para tornar as perguntas mais precisas e claras, conforme o instrumento original. A entrevista cognitiva como recurso para identificação dos problemas de compreensão se mostrou útil, tornando possível a correção de problemas na MPOC-20 e MPOC-SP.

Na análise dos dados das entrevistas, ficou evidente a similaridade entre as dificuldades relacionadas as questões da MPOC-20 e MPOC-SP. As questões mais difíceis de compreender em um questionário foram correspondentes às mais difíceis no outro, já que os dois questionários têm questões similares. Isso indica que a tradução bem como a adaptação transcultural realizada pelo painel de experts para tais questões foi consistente entre os itens correspondentes de cada instrumento, mas não foi suficiente para tornar o item claro para os entrevistados, fossem eles pais ou profissionais. As dificuldades encontradas indicam a importância do processo de verificação por meio de entrevistas cognitivas, para garantir a adequação da versão local de instrumentos de origem estrangeira.

Além das dificuldades gerais com o estilo linguístico das perguntas, é possível que algumas falhas na compreensão de termos da MPOC-20 estejam associadas a falta de familiaridade dos cuidadores com significado de termos técnicos, comuns entre profissionais, mas não entre usuários de serviços de saúde. O nível de escolaridade dos entrevistados também foi relevante, já que os entrevistados com menor grau de escolaridade foram os que mais apresentaram dificuldades,. Uma vez que grande parcela da população brasileira ainda possui baixa escolaridade, a investigação sistemática da compreensão feita neste estudo resultou na adaptação dos questionários de acordo com a realidade do país, abrangendo assim um maior número de usuários que poderão avaliar a qualidade dos serviços através da MPOC-20. Em relação a MPOC-SP, aparentemente as dificuldades foram relacionadas a pouca clareza de alguns termos nas questões, o que gerou dúvidas sobre a sua abrangência. Foi nítida a melhora da compreensão a cada rodada de entrevistas, após a realização de ajustes.

Considerando que o contexto sócio político influencia no comportamento de *empoderar-se* em relação participação ativa nas decisões em de serviços de saúde<sup>15</sup> e que o país de

origem do questionário tem importantes diferenças em relação a realidade brasileira, o painel de especialistas cogitou a possibilidade de dificuldades de entendimento e falta de pertinência dos objetivos dos questionários. Entretanto, durante as entrevistas, os pais/cuidadores e profissionais entenderam que o questionário tratava de parceria, fornecimento de informações e respeito as famílias, sendo as dúvidas relacionadas apenas à formulação linguística dos enunciados em si. Além disso, os entrevistados demonstraram apreciar os conteúdos dos questionários MPOC, fazendo elogios e comentários sobre a importância destes assuntos para qualidade da assistência.

Este estudo teve limitações relacionadas a fatores externos aos instrumentos que possivelmente influenciaram as respostas. A presença da criança durante as entrevistas com os pais/cuidadores interferiu na discussão dos itens de maior dificuldade, já que o cuidador precisava dividir a atenção entre o questionário e a vigilância da criança. Além disso, de maneira geral, os profissionais, devido a seus compromissos de trabalho, tiveram pouco tempo disponível para participar do estudo, mostrando-se apressados para discutir as questões. Assim, idealmente as entrevistas com a MPOC-20 e MPOC-SP, em situações de uso clínico, devem ser feitas em horários previamente agendados, por de cerca 20 minutos dedicados somente para esta atividade. Apesar destas limitações, todas as entrevistas cumpriram o propósito do estudo, que foi de identificar itens complexos e corrigi-los, para possibilitar melhor compreensão dos questionários.

## **Conclusão**

A entrevista cognitiva como ferramenta de análise da compreensão dos questionários MPOC-20 e MPOC-SP se mostrou como recurso indispensável, uma vez que sua utilização foi fundamental para localizar problemas e possibilitar o ajuste das questões,

melhorando sua compreensão dentro do contexto cultural do país. Conhecer a interpretação de cada questão, por parte dos entrevistados, e ajustá-las, foi importante para garantir que os questionários recém traduzidos estejam de fato se referindo aos mesmos conceitos dos questionários originais, o que vai garantir melhor apreciação da extensão em que os serviços de reabilitação infantil brasileiros são centrados na família.

### **Agradecimentos**

Ao *Can Child* pela permissão e suporte para a tradução dos instrumentos e aos profissionais e familiares que contribuíram para a realização deste estudo.

### **Referências Bibliográficas**

1. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*. 2011; 9 (2):100-3. DOI [10.1370/afm.1239](https://doi.org/10.1370/afm.1239)
2. Law M, Rosenbaum P, King G. Family-Centred Service Sheets: 18 Educational Materials Designed for Parents, Service Providers, and Organizations. *CanChild Centre for Childhood Disability Research*. 2003; 29(5): 357-66.
3. Leff PT, Walizer EH. Building the Healing Partnership: Parents, Professionals, and Children with Chronic Illnesses and Disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*. 1993; 18(6): 791-92. DOI [10.1093/jpepsy/18.6.791](https://doi.org/10.1093/jpepsy/18.6.791)

4. Salebey D. The Strengths Perspective in Social Work Practice. White Plains. 1992; 41(3): 296-305. DOI [10.1093/sw/41.3.296](https://doi.org/10.1093/sw/41.3.296)
5. Fewell RR, Vadasy PF. Measurement issues in studies of efficacy. *Top Early Child Spec.* 1987; 7(2): 85-96. DOI [10.1177/027112148700700209](https://doi.org/10.1177/027112148700700209)
6. King SM, Rosenbaum PL, King GA. Family-Centered Service for Children With Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature. Elsevier. 2004; 11(1): 78-86. DOI [10.1016/j.spen.2004.01.009](https://doi.org/10.1016/j.spen.2004.01.009)
7. Pfeiffer D. Too late, too little, or both? *Disability and Rehabilitation.* 2002; 24(1): 985-6. DOI [10.1080/09638210152049](https://doi.org/10.1080/09638210152049)
8. King SM, Rosenbaum PL, King GA. Parents 'perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 1996; 38(9): 757-72. DOI [10.1111/j.1469-8749.1996.tb15110.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb15110.x)
9. Siebes RC, Nijhuis BJ, Boonstra AM, Ketelaar M, Wijnroks L, Reinders-Messelink HA, et al. A family-specific use of the Measure of Processes of Care for Service Providers (MPOC-SP). *Clinical rehabilitation.* 2007; 22(3): 242-51. DOI [10.1177/0269215507081568](https://doi.org/10.1177/0269215507081568)

10. Mcconachie H, Logan S. Validation of the measure of processes of care for use when there is no Child Development Centre. *Child: care, health and development*. 2003; 29(1): 35-45. DOI 10.1046/j.1365-2214.2003.00314.x
11. King SM, Rosenbaum PL, King G. Evaluating Health Service Delivery to Children With Chronic Conditions and Their Families: Development of a Refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). *Children's health care*. 2004; 33(1): 35-57. DOI 10.1207/s15326888chc3301\_3
12. CanChild. Disponível em: <https://www.canchild.ca/en/resources/47-measure-of-processes-of-care>. Acesso em: 05 dez. 2016.
13. Coster WJ, Mancini MC. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em Terapia Ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015; 26(1): 50-7. DOI 10.11606/issn.2238-6149
14. Beatty PC, Willis GB. Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public Opinion Quarterly*. 2007; 71(2): 287-311. DOI 10.1093/poq/nfm006
15. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad, Saúde Pública*. 2004; 20(4): 1088-1095. DOI 10.1590/S0102-311X2004000400024

Diagrama das etapas de produção das versões brasileiras da MPOC-20 e MPOC-SP

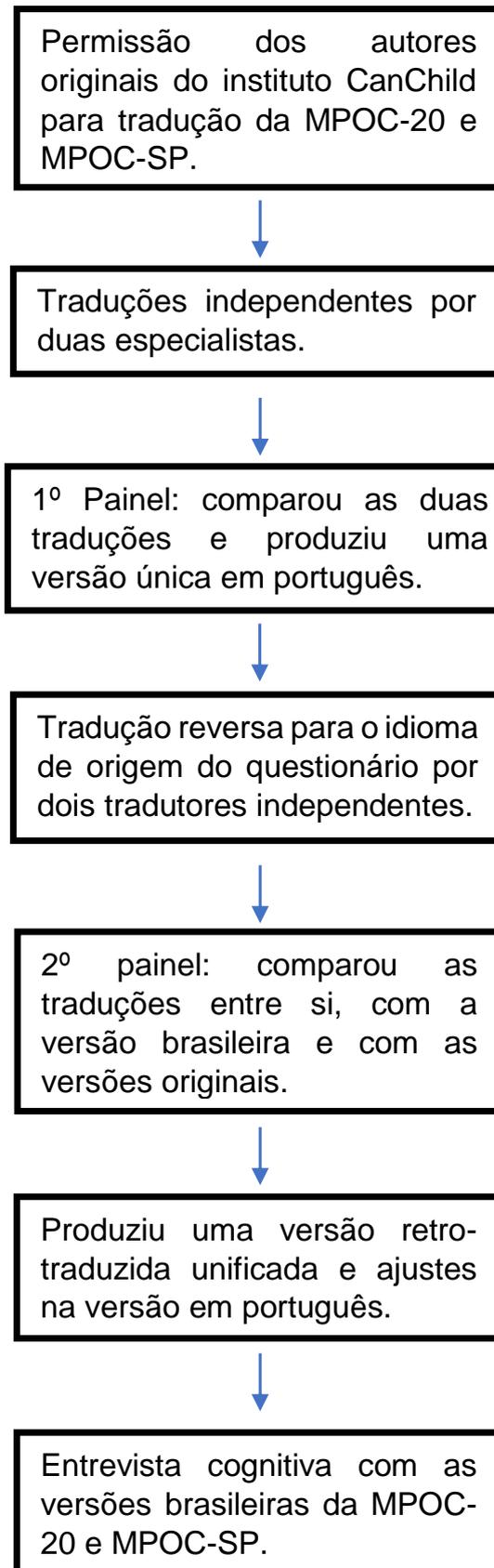


Tabela 1 – Sínteses das Entrevistas Cognitivas feitas com pais/cuidadores sobre a compreensão dos itens da MPOC-20

<b>Questão</b>	<b>Rodada 1</b>	<b>Rodada 2</b>	<b>Rodada 3</b>	<b>Detalhamento do problema encontrado</b>	<b>Redação final da questão</b>
1 ... ajudaram você a se sentir competente como mãe ou pai?		RE EX		Dificuldade de compreender “competente”, mesmo com uso de sinônimos.	... ajudaram você a se sentir competente como mãe ou pai (por exemplo fizeram elogios e deram incentivos nos atendimentos)?
4 ... deixaram você escolher quando receber informação e o tipo de informação que queria?	RE EX RR	RE EX		Dificuldade em entender que havia duas perguntas na mesma questão. Desconsideração do termo “quando” e resposta baseada apenas no “tipo”.	... deixaram você escolher o momento de receber informação e o tipo de informação de queria? (por exemplo, você pôde fazer perguntas no momento que você queria)?
6...garantiram que pelo menos um profissional da equipe trabalhou com você e sua família por um longo período de tempo?	RE EX	RE EX		Dificuldade em quantificar “longo período de tempo”, além de não compreenderem o objetivo da questão.	...garantiram que pelo menos um profissional da equipe trabalhou com você e sua família ao longo deste ano (por exemplo, você tem uma pessoa de referência na equipe)?
9 ... deram tempo suficiente para conversar, para você não se sentir apressado?	EX			Dificuldade em entender quando seria o “tempo de conversa”.	...deram tempo suficiente para conversar, para você não se sentir apressado (por exemplo, você pôde tirar a suas dúvidas com calma durante os atendimentos)?
10 ... planejaram juntos de forma que todos estivessem trabalhando na			RE EX	Dificuldade com o termo “mesma direção”.	... planejaram juntos de forma que todos estivessem trabalhando com o mesmo objetivo?

mesma direção?					
11 ... trataram você de igual para igual, ao invés de tratar apenas como pai ou mãe de um paciente (por exemplo, não te chamaram apenas de “pai” ou “mãe”)?	RE EX			Dificuldade com o exemplo da questão e não compreensão do que seria chamá-los apenas de pai ou mãe.	... trataram você de igual para igual, ao invés de tratar apenas como pai ou mãe de um paciente (por exemplo, te chamaram pelo seu nome e sabiam o nome do seu filho)?
12 ... deram para você informação que não variou de pessoa para pessoa?	EX	RR		Dificuldade de compreender “de pessoa para pessoa” e não entendimento do objetivo da questão.	...deram para você informação que não mudou de um profissional para o outro (por exemplo, todos os profissionais que acompanham a sua criança te deram a mesma informação)?
19 ... tinham informação disponível para você em vários formatos, como cartilha, kit, folheto, vídeo, etc?	RE EX			Dificuldade em compreender “formato”.	... tinham informação disponível para você em forma de cartilha, kit, folheto, vídeo, etc?

**LEGENDA:** RR: Solicitada repetição das opções de resposta; RE: Solicitada repetição do enunciado; EX: Solicitado fornecimento de exemplos.

Tabela 2 – Síntese das Entrevistas Cognitivas realizadas com profissionais acerca da qualidade dos itens da MPOC-SP

<b>Questão</b>	<b>Rodada 1</b>	<b>Rodada 2</b>	<b>Rodada 3</b>	<b>Detalhamento o problema encontrado</b>	<b>Redação final da questão</b>
2 ...ofereceu aos pais e crianças um retorno positivo ou encorajamento (ex.: na realização de um programa domiciliar)?	RR RE EX			Dificuldade em entender a abrangência de “programa domiciliar”.	...ofereceu aos pais e crianças um retorno positivo ou encorajamento (ex. na realização de orientação domiciliar)?
4 ...discuti expectativas para cada criança com outros prestadores de serviço, para garantir consistência de pensamentos e ações?			EX	Dificuldade em entender a abrangência de “prestadores de serviço”.	... discuti expectativas para cada criança com outros prestadores de serviço (seja da sua categoria profissional e não), para garantir consistência de pensamentos e ações?
7 ... Confiou nos pais como os ‘especialistas’ em sua criança?	RE EX			Dificuldade de compreender a quem se referia o termo “especialistas”.	... Confiou nos pais como os “especialistas” em sua criança? Ou seja, entende que os pais são as pessoas que mais conhecem a criança?
11 ... deixou os pais escolherem quando receber informação e que tipo de informação que eles queriam?		RE EX		Dificuldade em entender o objetivo da questão.	... deixou os pais escolherem quando receber informação e que tipo de informação eles queriam? (por exemplo, deu oportunidade para tirarem as dúvidas de interesse deles e no momento que eles queriam)?

<p>12 ...ajudou cada família a manter uma relação estável com pelo menos um prestador do serviço que trabalhe com a criança e os pais por um longo período de tempo?</p>		<p>RE EX</p>		<p>Dificuldade em compreender se pelo menos um membro da equipe que acompanhou a criança durante um longo período de tempo.</p>	<p>...ajudou cada família a manter um vínculo estável com pelo menos um prestador do serviço que acompanhe a criança e os pais por um longo período de tempo?</p>
<p>18 ... tratou pais de igual para igual, e não apenas a mãe ou pai de um paciente (ex. não se referindo a eles como “Mãe” ou “Pai”)?</p>		<p>EX RR</p>		<p>Dificuldade em compreender o exemplo da questão.</p>	<p>... tratou pais de igual para igual, e não apenas de maneira genérica (ex. não se referindo a eles como “Mãe” ou “Pai” e sim chamando-os pelo próprio nome)?</p>
<p>26 ... deu oportunidade para a família inteira, incluindo irmãos, para obter informação?</p>		<p>EX</p>		<p>Dificuldade em entender a abrangência de “família inteira” e dúvida sobre quem seria a informação fornecida.</p>	<p>... deu oportunidade para a família inteira (todos que convivem diretamente com a criança) incluindo irmãos, para obter informação sobre a criança?</p>
<p>27 ... tiveram informações gerais disponíveis sobre diferentes preocupações (ex. custos financeiros ou assistência, aconselhamento genético, descanso, namoro e sexualidade)?</p>		<p>RE EX</p>		<p>O termo “tiveram” gerou dúvida, uma vez que os profissionais entenderam que a questão buscava saber se eles (profissionais) tiveram acesso as informações e não a família. Dúvidas sobre a abrangência do</p>	<p>... disponibilizou informações abrangentes sobre diferentes preocupações relacionadas com a realidade da criança (por exemplo custos financeiros ou assistência, aconselhamento genético, descanso, namoro e sexualidade)?</p>

				termo “gerais” e dos exemplos.	
--	--	--	--	--------------------------------	--

**LEGENDA:** RR: Solicitada repetição das opções de resposta; RE: Solicitada repetição do enunciado; EX: Solicitado fornecimento de exemplos.

### 3. ARTIGO 2

#### **BRAZILIAN VERSIONS OF THE MEASURE OF PROCESSES OF CARE-20 AND MEASURE OF PROCESSES OF CARE-SP: TRANSLATION, CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND RELIABILITY**

Ana Amélia Moraes Antunes, Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado, Livia de Castro

Magalhães, Renata Kirkwood, Daniela Virginia Vaz

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** The MPOC-20 and MPOC-SP questionnaires evaluate Family-Centered Practice (FCP) in services for children with movement disorders or chronic health conditions that affect their development. The MPOC-20 is answered by parents/guardians and the MPOC-SP by rehabilitation professionals. They are widely used FCP research. **Objectives:** To translate and culturally adapt the MPOC-20 and MPOC-SP to Portuguese-Brazilian and to assess their psychometric properties .

**Methodology:** This methodological study had the following stages: translation and back-translation done by a expert committee; cognitive interviews with the preliminary versions; test of the pre-final versions; and evaluation of reliability and internal consistency. Data was collected in four main cities in Brazil [RK1] in view of our territorial extension and cultural diversity. **Results:** Cognitive identified participants' doubts about the questions and led to modifications in writing. The resulting versions were then pre-tested in 30 participants successfully: no comprehension problems were detected. The MPOC-20 internal consistency varied (n = 107) Cronbach's alpha varied from 0.61 to 0.91, the test-retest reliability (n = 50) ICC from 0.44 to 0.83 and the

standard error of measurement from 0.66 to 0.85. The MPOC-SP internal consistency varied (n = 92) Cronbach's alpha varied from 0.52 to 0.83, the test-retest reliability (n = 62) ICC from 0.83 and 0.90 and the standard error of measure from 0.34 to 0.46.

**Conclusion:** The Brazilian versions of the MPOC-20 and the MPOC-SP are in general stable and reliable. These instruments evaluate FCP in health services and can be used to improve service quality.

Keywords: questionnaires; family-centered practice; Translation; cultural adaptation; rehabilitation.

## INTRODUCTION

Rehabilitation services seek constantly improvement, effectiveness, and satisfaction of their users. Health care has been moving away from medically-centered service towards a focus on the interests and values of the patients<sup>1</sup>. In this context, Family-Centered Practice (FCP) has emerged as a model of pediatric rehabilitation that recognizes parents as the experts in the child's needs<sup>2,3,4,5</sup>. Thus, the care offered to the child must agree with the needs, desires, and values of the family<sup>6</sup>. FCP promotes partnerships between parents and health care professionals, and supports the family in the decisions regarding their child care<sup>3,4,6</sup>. Sharing decisions increases treatment adherence<sup>3,4,6</sup> and the satisfaction of children and parents<sup>6,7</sup>. FCP also improves health, quality of life, and service efficiency<sup>8,9</sup>.

Nowadays, FCP is widely accepted as the best practice in pediatric rehabilitation<sup>8,9,10</sup>. Like any service organizational strategy, implementation of FCP requires periodic evaluations to detect problems, change methods, and consolidate procedures<sup>11</sup>. Because subjective evaluations can be biased by personal beliefs and

assumptions<sup>12,13</sup>, evaluation of FCP services should be based on valid and reliable standardized instruments<sup>6,12</sup>. These instruments enable objective longitudinal monitoring and planning<sup>14</sup>. Some instruments to evaluate FCP service delivery are already available for use in different countries. Translation and cross-cultural adaptation allow comparison with international data. Additionally, could save time and costs involved in developing and validating new instruments<sup>14, 15</sup>.

Most FCP instruments are designed only for early intervention services (for infants). One exception is the Measure of Processes of Care - 56 (MPOC-56), the first tool developed to evaluate services for children with movement disorders and developmental problems at all ages<sup>5</sup>. The MPOC-56 is a self-administered questionnaire to evaluates parents' perceptions of the care received by their children in rehabilitation services<sup>6,11,16</sup>. The instrument was developed in Canada and has been translated and adapted to 12 languages with good indices of validity and reliability<sup>11,16,17</sup>.

The MPOC-56 led to the development of a set of self-administered questionnaires measuring additional aspects of the FCP. The MPOC-20 is the short version of the original instrument, developed to simplify the assessment of parents' perceptions in clinical settings. It is more widely cited in the literature than the original MPOC-56<sup>16</sup>. The MPOC-SP, in contrast, evaluates central aspects of the FCP from the point of view of the service providers<sup>13</sup>. It is the only instrument available to investigate the beliefs and practices of all members of the rehabilitation team<sup>12,13,16</sup>.

The MPOC-20 and MPOC-SP complement each other because parents and professionals may have different points of view regarding rehabilitation services<sup>3,16</sup>. The two instruments give a complete and realistic identification view of the FCP in a rehabilitation service. The two questionnaires are unavailable in Brazilian Portuguese language. This study reports the translation, cross-cultural adaptation, and reliability of

these instruments to allow their use in research and evaluation of Brazilian rehabilitation services.

## **METHODS**

### **Description of the MPOC-20 and MPOC-SP**

The MPOC-20 is a self-administered questionnaire with internal consistency of 0.83 to 0.90 (Cronbach's alpha) and test-retest reliability of 0.78 to 0.86 (Intraclass Correlation Coefficient - ICC)<sup>2</sup>. All the 20 questions in the parent's questionnaire start with: "In the past year, to what extent do the people who work with your child ..." and are followed with, for example: "help you to feel competent as a parent ..." or "... provide you with written information about what your child is doing in therapy ...". Responses vary from 0 to 7 in a Likert-type scale as follows: 7 – To a very great extent, 6 – To a great extent; 5 – To a fairly great extent ; 4 – To a moderate extent; 3 – To a small extent; 2 – to a Very small extent; 1 - Not at all. Option zero (0) refers to 'Not applicable' <sup>6</sup>. The questions are divided into five domains corresponding to key aspects of FCP: Enabling and partnership, Providing general information, Providing specific information, Coordinated and comprehensive care, Respectful and supportive care<sup>4,6,16</sup>. Item scores are summed to compose the final score of each domain, and there is no overall score<sup>16</sup>. High scores indicate perception of frequent family-centred behaviours<sup>8</sup>.

The MPOC-SP is a self-administered questionnaire for professionals with internal consistency of 0.76 to 0.88 (Cronbach 's alpha) and test retest reliability of 0.79 to 0.99 (ICC)<sup>13</sup>. The 27 questions of the MPOC-SP begin with: "In the past year, to what extent did you ...", and are followed with, for example: "... take the time to establish rapport with parents and children?" or "...discuss expectations for each child with other service providers, to ensure consistency of thoughts and action?". Response options are the same

of MPOC-20. The questions are divided into four domains: Showing interpersonal sensitivity, Treating people respectfully, Communicating specific information about the child and Providing general information<sup>13,16</sup>. Each domain has its own sum score. Higher scores reflect greater focus of the service on the patient and family<sup>8</sup>.

### **Translation and Transcultural Adaptation of the MPOC-20 and MPOC-SP**

The translation and adaptation process included six stages, conducted after authorization from the CanChild Centre for Childhood Disability Research at McMaster University, Canada.<sup>17</sup> This study was approved by the Research Ethics Committee of Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brazil (CAAE: 74097417.7.1001.5149).

Two Brazilian translators proficient in English and experienced in rehabilitation (physical therapists) independently translated the original instruments from English to Portuguese. A panel of experts with three university professors and two physical therapists compared the two translations and produced a unified version. This version was retro-translated by two native English speakers who were also fluent in Portuguese. They worked independently and were unaware of the the original version of the instruments. They translated the unified Brazilian version back into the instrument's original language (back-translation)<sup>18,19</sup>. In the fourth stage, a second panel with two university professors and a physical therapist compared the back-translations with the Brazilian and the original versions. The panel also discussed conceptual, idiomatic, semantic, and cultural discrepancies for each item. The panel worked on best solutions to solve the discrepancies between the Portuguese and English versions of the MPOC-20 and MPOC-SP and produced a unified back-translated version of each instrument. The resulting Brazilian versions as well as the unified back-translations were sent to *CanChild* for analysis. After the institution's approval, the Brazilian versions were tested completing the fifth stage to assure the users understood the contents of the Brazilian MPOC-20 and MPOC-SP.

### **The pre-final versions of the MPOC-20 and MPOC-SP Brazil**

The fifth stage involved cognitive interviews. Interviewers used the 'think aloud' technique, in which the participant is asked to describe what he/she thought when reading the item<sup>20,21,22</sup>. The technique of 'direct probing' was also used to identify items that were difficult to understand. In this technique the interviewer asked: "Can you tell me in your words what this question was asking?"<sup>21,22</sup>.

A physical therapist and two physical therapy students interviewed parents or family members about their understanding of the MPOC-20 and rehabilitation professionals about the MPOC-SP. All the interviews were recorded and analyzed by the interviewers and by one university professor. After a round of three interviews for each instrument, the team analyzed the responses, adjusted the wording and added examples as necessary without changing the meanings<sup>23</sup>. Interview rounds were conducted until all the questions were clearly understood. Three rounds (with three interviews each) were necessary to fully eliminate comprehension problems for each instrument<sup>21,22</sup>. All 18 respondents were selected for convenience at the Outpatient Clinic Bias Fortes at the General Hospital of Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil. All participants signed the Informed Consent Term.

The MPOC-20 and MPOC-SP Brazilian versions were then tested with 30 respondents as recommended by Beaton. Participants, selected by convenience, were 30 parents or family members of children receiving rehabilitation services and 30 rehabilitation professionals from SARAH Network of Rehabilitation Hospitals unit in Belo Horizonte. All participants signed the Informed Consent Term. They were asked about their understanding of each item and the reason for their response. If 15% or more of the respondents had any doubts in any of the items, the item would be rewritten and a new round of testing carried out<sup>18</sup>.

## **Evaluation of the psychometric properties of the MPOC-20 and MPOC-SP Brazil**

The test-retest reliability, internal consistency, and standard error of measurement (SEM) were determined for both instruments. The questionnaires were applied 7 to 14 days apart to avoid memory bias. Participants signed the Informed Consent Term. The Brazil-ABEP Economic Classification Criterion was used to rank their economic level<sup>24</sup>.

For this phase of the study, 100 parents or caregivers of children under 12 years of age were selected by convenience. The children were in treatment for at least one year (as outpatient or inpatient) in one of the Hospitals of the Sarah Network. Professionals working with children's rehabilitation for at least one year were also selected, including 3 physical therapists from the Associação Mineira de Reabilitação in Belo Horizonte and 97 professionals (physical therapists, pediatricians, occupational therapists, pedagogues, nurses, physical educators, speech therapists, psychologists, social workers and nutritionists) from the Sarah Hospitals in Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador and São Luís (Brazil). Professionals were excluded if they had been absent from the children rehabilitation sector for more than 60 days in the previous year.

### **Statistical Analysis**

Reliability indices were determined using Intra-Class Correlation Coefficients (ICC). The ICC<sub>agreement</sub> model (two-way random effects model) was used for the analysis. Reliability values were considered poor (<0.4), moderate (0.4-0.75) or excellent (>0.75) (Fleiss, Levin & Paik 2003)<sup>25</sup>. The Cronbach's alpha was used as an index of internal consistency. Values between 0.70 and 0.90 indicate a good correlation between the items and item-to-total, while values above 0.90 indicate item redundancy<sup>26</sup>. The level of confidence for all estimates was 95% and the Statistical Package for Social Sciences version 18.0 (2011) was used for all analyses.

## **RESULTS**

### **Translation and Transcultural Adaptation of the MPOC-20 and MPOC-SP**

Some words were adapted by the panel of experts to reflect terms commonly used in Portuguese Brazilian language. The response options for both instruments were translated as follows: 7 (totally), 6 (very much); 5 (plenty); 4 (more or less); 3 (little); 2 (very little), 1 (not at all). 'Parents' was changed to 'mothers and fathers'. Question 20 of the MPOC-20, "organization's parent resource library" was replaced by "web pages and parent associations" because resource libraries are uncommon in Brazil. In the description of the type of services evaluated by the MPOC-SP, the expression "community care facility" was replaced by a list of Brazilian institutions that usually provide care to children: rehabilitation clinics and hospitals, primary health care units and rehabilitation centers. Finally, in the absence of a literal translation for "nonjudgmental way", the expression "without any judgment of values" was used. These amendments were approved by the authors of the original instrument. The adjustments are described in table 1.

*(insert table 1 around here)*

### **The pre-final versions of the MPOC-20 and MPOC-SP Brazil**

Cognitive interviews indicated the need to change wording and give examples to avoid difficulties in understanding the questions. Eight questions were modified in each instrument. For example, question 11 of the MPOC-20 asked: "In the past year, to what extent do the people who work with your child treat you as an equal rather than just as the parent of a patient (e.g., by not referring to you as "Mom" or "Dad")?". In the Brazilian version, the example was changed to "e.g., by calling you and your child by the name?" A detailed report of the cognitive interviews is available in Vaz et al, 2018<sup>23</sup>.

The modified versions of the instruments were then tested with 30 parents and 30 rehabilitation professionals. Parents included 28 mothers, one grandmother, and one aunt. Their age varied from 17 to 57 ( $33.7 \pm 9.36$ ), and their economic status varied from A to D/E. Professionals included 15 nurses, 6 physicians, 5 physical therapists, 1 speech therapist, 1 clinical psychologist, 1 nursing assistant and 1 orthopedic workshop technician. Their age varied from 35 to 56 years ( $44.4, \pm 6.70$ ) and economic status from A to B2. Applications took no more than 30 minutes. Because less than 15% of the interviewees had doubts in any specific item, none of the items were rewritten and retested<sup>18</sup>. The final translation of the questions of each instrument to Brazilian Portuguese can be obtained by email to the authors.

### **Evaluation of the psychometric properties of the MPOC-20 and MPOC-SP Brazil**

Tables 2 contain characteristics of respondents. The MPOC-20 Internal consistency varied from 0.612 to 0.912. The ICC varied from 0.441 to 0.845 for the five domains. The SEM varied from 0.665 to 0.858 (Table 3). Internal consistency of the MPOC-SP varied from 0.523 to 0.835. ICC varied from 0.831 to 0.970 for the four domains. The SEM varied from 0.345 to 0.467 (Table 4). In Tables 3 and 4 we present a comparison of our values with with the reliability and internal consistency values obtained in other studies.

*(insert table 2 around here)*

The lowest internal consistency value was observed for the domain “Providing specific information” of the MPOC-SP”. Further analysis was then conducted, showing that responses to question 15 had wider dispersion than questions 16 and 17 of the same domain (Figure 1)

*(insert figure 1 around here)*

## DISCUSSION

This study reports the translation and cultural adaptation of the MPOC-20 and MPOC-SP to Brazilian Portuguese, following internationally recommended guidelines<sup>18,26</sup>. We used cognitive interviews to identify doubts and then change wording to ensure interviewees could understand each question appropriately. Modifications after the interviews ensured semantic equivalence between translated versions and the original instruments. Assessment of measurement properties in different regions of Brazil ensured representativeness of the target population, which is important because of the the cultural and linguistic diversity of the country<sup>20</sup>.

In the beginning of the translation phase the panel of experts foresaw that the objectives of the questionnaires could be difficult to understand, because empowerment and active participation of patients are still incipient in Brazil <sup>23,27</sup>. However, parents and professionals understood the content and objective of the questions and expressed satisfaction for being asked those types of questions. They reiterated the importance of FCP in rehabilitation services.

The committee was also concerned that the interviewees would find it difficult to distinguish response options on a seven point Likert scale. This problem occurred in the adaptation of the MPOC-20 in South Africa; thus, the authors reduced the number of response options<sup>28</sup>. The Brazilian interviewees did not question differences between response options in any of the study phases. Therefore, all response options were considered in the analysis of the measurement properties.

Some adjustments or substitutions of wording were necessary. For example, "organization's parent resource library", "community care facility", and "nonjudgmental way", were changed to words with equivalent concepts in Brazilian Portuguese. In Brazil, the translation for "parents" is the word "*pais*", that also means

"fathers". Thus the panel of experts chose to use "mothers and fathers" because the mothers usually accompany the children to the health care services. An instrument that values respect and partnership, mothers deserved to be recognized; therefore, the word "mother" was added to the translation.

After the cognitive interviews we added examples to some questions. We intended to preserve their original meanings, but also allow interviewees to link their content to practical implications for professional-patient interactions. For instance, in the question "... help you feel competent as a mother or father?" we added the following example: "eg., by praising and encouraging you". Cognitive interviews are uncommon in translation and adaptation studies, but we believe they were fundamental for the elaboration of the Brazilian MPOC versions.

In this study, the MPOC questionnaires were applied in two different formats, self-application or interview, to accommodate for the heterogeneity of the respondents. A South African study also used the interview format<sup>28</sup> because many patients were unfamiliar with self-administered questionnaires and had different levels of education<sup>29,30,31</sup>. The interview format is also inclusive of individuals with visual problems (as was the case of two mothers in this study). Flexibility in application format can widen applicability of the instruments.

We tested the instrument's measurement properties after language and format flexibilization. In general, internal consistency, standard error of measurement, and test-retest reliability were moderate to good and were similar to values found for other versions of the instruments (Table 3 and 4), indicating stability of the translated versions. The two exceptions were the domains "Enabling and partnership" and "Coordinated and comprehensive care" of the MPOC-20 that showed low reliability. These results may be related to specificities of Brazil and the wide variation of education levels in the patient

population seen in public services. Note that reliability values were consistently higher for MPOC-SP, directed to rehabilitation professionals. When applying the MPOC-20, Brazilian service managers should interpret results of the two domains with caution. Other domains of the instrument are unaffected and can be used reliably.

The low internal consistency found for the domain "Providing specific information" of the MPOC-SP is probably a result of the wide dispersion of the answers observed in question 15: "In the past year, to what extent did you provide parents with written information about their child's health condition, progress or treatment?". In Brazil, medical doctors usually provide written information (such as medical reports and prescriptions). Some professionals may have understood "written information about their child's health condition" to refer to medical documents, while others might have included educational materials in their interpretation, causing the dispersion in the response. We believe the internal consistency value reflects the Brazilian context, not the quality of the domain questions, because the respondents did not report any doubts during the cognitive interviews. Additionally, the test-retest reliability of question 15 was excellent<sup>25,26</sup> (ICC = 0.845 (0.755-0.904)). Thus, question 15 was stable and needed no further adjustments.

In general, the low values of the standard error of measurement (below 0.85) indicate small dispersion of the measurement errors in the estimation of the true scores from observed scores. Thus, a clinician or manager can be quite confident that the true scores for a given application of the Brazilian-Portuguese MPOC-20 and MPOC-SP are within less than a point below or above the scores obtained for each domain. These results show that the instruments have adequate reliability.

The MPOC-20 and MPOC-SP are now available for Brazilian rehabilitation services to either assess a course of treatment provided to a specific family, or to assess the general quality of services provided by the institution.<sup>32</sup> For example, the MPOC-SP

could be used before and after structural services changes to detect whether those changes had any impact on the behavior of the rehabilitation team members<sup>33</sup>. The MPOC-SP and MPOC-20 are self-administered questionnaires; therefore, they can be sent in print or electronic forms to potential respondents. Privacy and anonymity in responding can help individuals feel safe to critically assess the services. The necessary time to respond the instruments were below 30 minutes; thus, the instruments are feasible for routine activities.

In general, our results are in agreement with other studies that translated and adapted the MPOC versions<sup>34-38</sup>. The MPOC-SP and MPOC-20 Brazil are standardized instruments with adequate psychometric properties<sup>11,14,16</sup>. The instruments evaluate FCP, which is widely accepted as the "best practice" in pediatric rehabilitation<sup>8-10</sup>. They could be used for periodic service evaluations<sup>13</sup>, informing on patients' and professionals' perceptions. The two instruments complement each other and are valuable to plan better care<sup>39</sup>.

*(insert table 3 and 4 around here)*

## **CONCLUSIONS**

The present study reports the translation, cultural adaptation, and evaluation of the psychometric properties of the Brazilian versions of the MPOC-20 and MPOC-SP. The instruments are culturally appropriate and reliable. Their use can help improve the efficiency of rehabilitation services provided to children and families.

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

We thank all family members and rehabilitation professionals who agreed to participate in this study.

Table 1. Terms modified during the translation of the instruments.

Modified Term	Version T12
<i>Parents</i>	Mothers and fathers
<i>To a very great extent</i>	Totally
<i>To a great extent</i>	Very much
<i>To a fairly great extent</i>	Enough
<i>To a moderate extent</i>	More or less
<i>To a small extent</i>	Little
<i>To a very small extent</i>	Very little
<i>Note at all</i>	Note at all
<i>Circling</i>	Mark
<i>Disability</i>	Deficiency

Table 2. Descriptive statistics of the sample for MPOC-20 and MPOC-SP.

	Variables	Sample
Parents / Tutors	Age	35, 73 years (between 19 and 71 years)
	Sex	Female - 100 (93.45%) Male - 7 (6.54%)
	Family Relationship	Mother - 92 (85.98%) Father - 06 (5.60%) Others - 09 (8.41%)
	Education	Higher Education or above - 17 (15.88%) High School Complete - 55 (51.40%) High School Incomplete - 8 (7.47%) Elementary School Complete - 13 (12.14%) Elementary School Incomplete - 12 (11.21%)
	Family income	Up to 01 minimum wage - 48 (44.85%) Between 01 and 02 minimum wages - 31 (28.97%) Between 02 and 05 minimum wages - 19 (17.75%) Above 05 minimum wages - 9 (8.41%)
	Social class	A - 3 (2.80%) B1 - 9 (8.41%) B2 - 19 (17.75%) C1 - 24 (22.42%) C2 - 33 (30.84%) D/E - 19 (17.75%)

Children	Age	6.72 years (between 1 and 12 years)	
	Sex	Female - 42 (39.25%) Male - 65 (60.74%)	
	Diagnosis	Cerebral Palsy - 49 (45.79%) Myelomeningocele (21.49%) Club-foot - 7 (6.54%) Zikavirus Microcephaly - 7 (6.54%) Others - 17 (15.88%)	
Service providers	Profession	Physical Therapists - 24 (26.08%) Occupational Therapists - 07 (7.60%) Medical Doctors - 20 (21.73%) Physical Educators - 09 (9.78%) Pedagogues - 06 (6.52%) Social Worker - 02 (2.17%) Psychologists - 09 (9.78%) Phonoaudiologists - 02 (2.17%) Dietician - 03 (3,26) Nurses - 10 (10.86%)	
		Age	41.7 (32-58)
		Sex	Female - 80 (86.95%) Male - 12 (13.04%)

Education	Superior - 32 (34.78%) Specialization Course - 44 (47.82%) Master - 13 (14.13%) Doctorate - 02 (2.17%) Post-Doctorate - 01 (1.08%)
Profession	12.11 (130)
Service Time	
Marital status	Married - 62 (67.39%) Divorced - 05 (5.43%) Single - 25 (27.17%)
Social class	A - 46 (50%) B1 - 29 (31.52%) B2 - 17 (18.47%)

Table 3. Measures of consistency and reliability of the Brazilian translation of MPOC-20 compared with other studies.

Domain	Brazil			Norwegian <sup>34</sup>		Chinese <sup>35</sup>		Arabic <sup>36</sup>	
	$\alpha$	ICC	EPM	$\alpha$	ICC	$\alpha$	ICC	A	ICC
EP	0.612	0.440	0.665	0.78	0.78	0.80	0.82	0.77	-
PGI	0.912	0.838	0.735	0.93	0.79	0.85	0.77	0.71	-
PSI	0.845	0.732	0.858	0.62	0.82	0.83	0.85	0.81	-
CC	0.662	0.495	0.726	0.78	0.78	0.87	0.80	0.82	0.45 *
RC	0.738	0.587	0.737	0.86	0.88	0.77	0.84	0.82	0.68 *

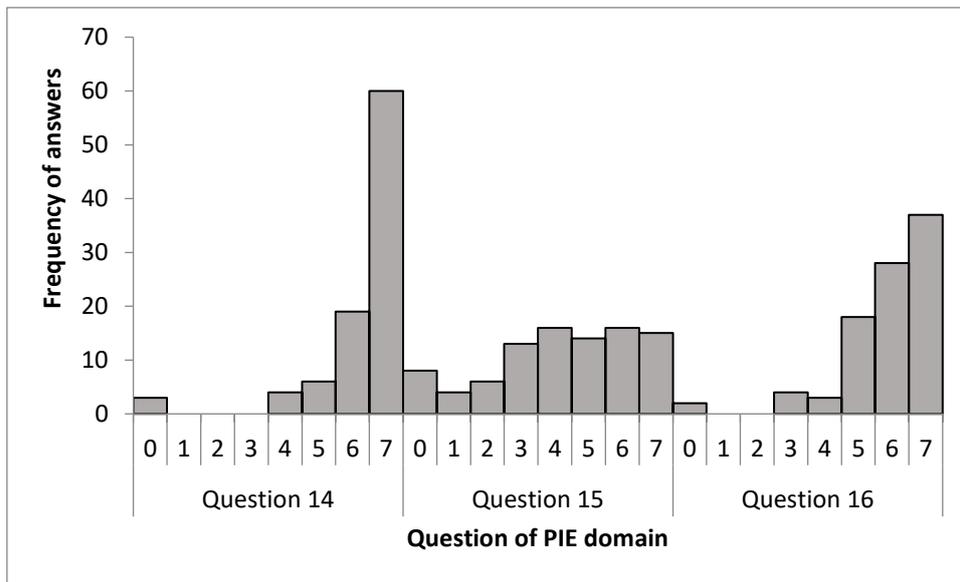
EP = Empowerment and Partnership, PGI = Promoting general information, PSI =Promoting specific information, CC = Coordination and Coverage of Care, RC = Respectful and Encouraging Care; \* = the authors reported that the ICC of the domains varied between 0.45 and 0.68.

Table 4. Measures of consistency and reliability of the Brazilian translation of MPOC-SP compared with other studies.

Domain	$\alpha$	Brazil		Chinese <sup>37</sup>		Dutch <sup>38</sup>	
		ICC	EPM	A	ICC	$\alpha$	ICC
CSI	0.523	0.907	0.345	0.80	0.56	0.74	0.86
PGI	0.797	0.858	0.437	0.92	0.70	0.84	0.89
IS	0.835	0.831	0.369	0.86	0.76	0.65	0.83
RT	0.805	0.894	0.467	0.87	0.77	0.66	0.83

CSI = Communicating Specific Information, PGI = Promoting general information, IS = Interpersonal Sensitivity, RT = Respectful Treatment

Figure 1. Histogram of the PIE domain responses



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Leite T, Srong MI. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *O Mundo da Saúde*. 2006; 30: 203-214.
- 2 - Arnadottir U, Egilson ST. Evaluation of therapy services with the Measure of Processes of Care (MPOC-20): the perspectives of Icelandic parents of children with physical disability. *J Child Health Care*. 2012; 16: 62-74.
- 3 – Rosebaum P, Stewart D. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Model to Guide Clinical Thinking, Practice and Research in the Field of Cerebral Palsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 2004; 11: 5-10.
- 4 - Bamm EL, Rosenbaum P. Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008; 89: 1618–1624.
- 5 – Siebes RC, Ketelaar M, Wijnroks L, van Schie PEM, Nijhuis BJG, Vermeer A, & Gorter JW. Family-centred services in the Netherlands: validating a self-report measure for paediatric service providers. *Clinical Rehabilitation*. 2006; 20: 502–512.
- 6 - King SM, Rosenbaum P, King G. A. Parent's perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1996; 38: 757–772.
- 7 - Lexell, E. M., Lexell, J., & Larsson-Lund, M. The rehabilitation plan can support client's active engagement and facilitate the process of change - experiences from people with late effects of polio participating in a rehabilitation programme. *Disability and Rehabilitation*. 2016; 38: 329–336.

- 8 - Tang HN, Chong WH, Goh W, Chan WP, Choo S. Evaluation of family-centred practices in the early intervention programmes for infants and young children in Singapore with Measure of Processes of Care for Service Providers and Measure of Beliefs about Participation in Family-Centred Service. *Child: Care, Health and Development*. 2012; 38: 54–60.
- 9 - Scheineiber J, Berger J, Salls J. Parent Perspectives on Rehabilitation Services for Their Children with Disabilities: A Mixed Methods Approach Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 2011; 31: 225-238.
- 10 - Stewart, M. Towards a global definition of patient-centred care. *BMJ*. 2001; 322: 444-445.
- 11 – Woodside JM, Rosembaum PL, King SM, King GA. Family-centred service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Child Health Care*. 2001; 30: 237-52
- 12 - King S, Teplicky R, King G, Rosenbaum P. Family-Centered Service for Children with Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2004; 11: 78–86.
- 13 – Mazer B, Feldman D, Majnemer A, Gosselin J. Rehabilitation services for children: Therapists’s perceptions. *Pediatric Rehabilitation*. 2006; 9: 340-350.
- 14 - Woodside JM, Rosembaum PL, King SM, King GA. Family-centred service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Child Health Care*. 2001; 30: 237-52
- 15 - Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2002; 6: 113-118.

16 - Cunningham BJ, Rosebaum PL. Measure of processes of care: a review of 20 years of research. Dev Med Child Neurol. 2014; 56:445-52.

17 – Can Child, research centre of McMaster University. <https://www.canchild.ca/> 2018. Acessado em 05/06/2018.

18 - Beaton D.E., Bombardier, C., Guillemin F., Ferraz Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000; 25 : 3186-3191

19- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology. 1993; 46: 1417-1432.

20 - Coster W, Mancini M. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em Terapia Ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 26(1):50-57.

21 - Beatty P, Willis G. Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. Public Opinion Quarterly. 2007; 71:287-311.

22 - Simões S, Pereira MAM. A arte e a ciência de fazer perguntas – Aspectos cognitivos da metodologia de survey e a construção do questionário. Em: AGUIAR, N. (org.) Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política. Belo Horizonte: Editora UFMG 2007.

23 – Vaz DV, Silva DKE, Campos DS, Antunes AAM, Magalhães L, Furtado S. Aplicação de entrevistas cognitivas para produção de versões brasileiras de instrumentos de avaliação da Prática Centrada na Família. Revista de Terapia Ocupacional USP. No prelo. 2018.

24 - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil. <http://www.abep.org/criterio-brasil>; Acessado em 25/05/2018.

- 25 - Fleiss JL, Levin B, Paik, MC. Statistical Methods for rates and Proportions. 3<sup>a</sup> ed. Nova York, NY: Wiley; 2003: 598-621.
- 26 – Portney LG, Watkins MP, Foundations of Clinical Research: Applications to Practice. 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2009.
- 27 – Carvalho, S.R Os Múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública 2004 20, 4:1088-1095.
- 28 – Salooje GM, Rosebaum PR, Westway MS, Stewart AV. Development of a measure of Family-centred care for resource-poor South African settings: the experience of using a modified version of the MPOC-20. Child: care, health and development. 2008; 35:23-32.
- 29 - Orfale, A.g., Araújo, P.M.P. Ferraz, M.B. Natour J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2005 38:293-302
- 30 – Marx, F. C., Oliveira, L., Bellini, C.G., Ribeiro, M. Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para Osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. Revista Brasileira de Reumatologia 2006 46, 4: 253-260.
- 31 - Napoles, B. V., Hoffman, C.B., Martins J., Oliveira, A.S. Tradução e adaptação cultural do Penn Shoulder Score para a língua portuguesa: PSS-Brasil. Revista Brasileira de Reumatologia 2010 50, 4:389-407.
- 32 – Siebes RC, Nijhuis BJG, Boonstra AM, Ketelaar M, Wijnroks L, Reinders-Messelink HA, Postema K, Vermeer A. A Family-specific use of the Measure of Processes of Care for Service Providers (MPOC-SP). Clinical Rehabilitation. 2008; 22:242-251.

- 33 – Camden C, Swaine B, Tétreault S, Brodeur M. Reorganizing pediatric rehabilitation services to improve accessibility: do we sacrifice quality? BMC health services research. 2010; 10: 227-238.
- 34 – Hagen A-K, Bjorbaekmo WS. Parents evaluation of the processes of care in child rehabilitation: a reliability study of the Norwegian translation of MPOC-20. Child: care, health and development. 2010; 38:48-53.
- 35 – Wang M, Petrini MA, Guan Q. Evaluation of family-centred services from parentes of Chinese children with cerebral palsy with the Measure of Processes of Care. Child: care, health and development. 2014; 41:408-415.
- 36 – Saleh M, Almasri NA, Use of the Measure of Processes of Care (MPOC-20) to evaluate health servisse delivery for children with cerebral palsy and their families in Jordan: validation of Arabic-Translated version (AR-MPOC-20). Child: care, health and development. 2013; 40:1-9
- 37 – Kang LJ, Palisano RJ, Simeonsson RJ, Hwang AW. Measuring Family-centred practices of professionals in early intervention services in Taiwan. Child: care, health and development. 2017; 43:709-717.
- 38 - Siebes RC, Ketelaar M, Wijnroks L, EM van Schie P, Nijhuis BJG, Vermeer A, Gorter JW. Family-centred services in the Netherlands: validating a self-report measure for paediatric service providers. Clinical Rehabilitation. 2006; 20:502-512.
- 39 – Jeglinsky I, Autti-Ramo I, Carlberg EB. Two sides of the mirror: parent's and servisse providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. Child: care, health and development. 2011; 38:79-86.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os questionários da família MPOC avaliam o quanto a PCF está presente em serviços de reabilitação. Entendendo a importância desta filosofia como parte de um atendimento de reabilitação de qualidade é importante que se tenha instrumentos capazes de mensurá-la. Assim, a tradução destes instrumentos é uma importante contribuição da produção acadêmica em reabilitação que visa disponibilizar ferramentas para qualificar serviços e práticas.

A CIF propõe um modelo teórico que põe em foco a interdependência entre fatores pessoais e alterações de estrutura e função do corpo, atividade e participação para definir desfechos da reabilitação. Nesta perspectiva, Stucki (2005) propõe um ciclo para o processo de reabilitação o qual se inicia com a participação ativa do paciente e ou sua família para a definição de metas terapêuticas em negociação com os profissionais de saúde. O sucesso na definição de metas é dependente de um serviço estruturados com profissionais cujas atitudes acolham e estimulem o envolvimento e interesse do paciente e família neste processo. Profissionais de reabilitação cuja prática tem base na PCF tem comportamentos e atitudes coerentes com esta visão de reabilitação. Para a PCF são fundamentais o suporte familiar, reforço positivo, competência cultural, comunicação e tomada de decisão compartilhada. A disponibilidade de questionários para avaliar a PCF do ponto de vista de usuários e prestadores de serviço poderá contribuir significativamente para seu aprimoramento.

A aplicação dos questionários ocorreu em 04 capitais brasileiras de duas regiões com representatividade econômica, cultural e de adensamento populacional (Nordeste e Sudeste). A participação destes pais/responsáveis trouxe representatividade às traduções e apesar de diferenças atitudinais frente ao entrevistador não houve discrepâncias nas

informações colhidas. Diferenças atitudinais estavam atreladas a questões culturais locais (alguns entrevistados respondiam com eloquência, outros com grande cordialidade, alguns com desconfiança, outros com insegurança diante da linguagem escrita). Entretanto, o relato destes pais/responsáveis foi unânime quanto a importância de sua opinião ser considerada pelo serviço para o processo de reabilitação de suas crianças.

Alguns profissionais agradeceram a oportunidade de preencher o questionário, relatando que, ao fazê-lo, foi possível fazer uma reflexão sobre sua prática e possibilidades de ajustes e aprimoramentos. Esta fala é consonante com a expectativa dos autores deste trabalho, de que a disponibilidade e uso do instrumento seja em si um catalizador para mudança de cultura no serviço, disseminando valores da PCF e refletindo em melhora da assistência prestada às famílias em processo de reabilitação. A partir da revisão da literatura quanto a PCF no Brasil constatamos que esta não é uma filosofia presente nos nossos serviços de saúde. Ao cruzar os termos “PCF”, “saúde” e “Brasil” obtivemos somente dois estudos de revisão narrativa. Barbosa e col (2012) conclui que “embora o modelo da PCF tenha sido proposto há cerca de quatro décadas, a teoria ainda se revela um ideal, pois não tem sido amplamente aplicada pelos profissionais brasileiros em seu cotidiano”. Dias e col (2017), inclusive propõe que a implementação da PCF na atenção domiciliar no SUS possibilitaria a atenção integral aos indivíduos ao direcionar as práticas de saúde para as necessidades da família.

A análise preliminar das respostas dos sujeitos demonstrou que tanto os profissionais quanto famílias atribuíram valores médios mais baixos no mesmo domínio. Os valores médios obtidos no domínio “Promovendo Informações Gerais” foram de 5,1 (DP=1,2) e 5,0 (DP = 1,1) para a MPOC-20 e a MPOC-SP, respectivamente. A maior pontuação da MPOC-SP foi obtida no domínio “Tratando Pessoas Respeitosamente” e para a MPOC-20 houve o valor médio acima de 6 em três domínios dentre eles “Cuidado

Respeito e Encorajador”. A compatibilidade dos resultados sugere que as versões traduzidas foram capazes de capturar a realidade do serviço quanto ao centramento na família. Nas duas versões, nenhum domínio apresentou valor médio inferior ou igual a quatro demonstrando que as unidades da Rede SARAH de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Luiz e Salvador tem avaliação satisfatória quanto a atuação na infância centrada na família.

Este estudo foi fiel às recomendações para a tradução dos instrumentos e os resultados obtidos nos testes psicométricos foram adequados. Assim, houve êxito na tradução e adaptação dos questionários MPOC-20 e da MPOC-SP para o português do Brasil. O tempo médio dispendido para o preenchimento da MPOC-SP foi de 15 minutos e da MPOC-20 foi de 30 minutos. Este fator deve ser considerado ao se pensar o formato para utilização destes instrumentos na rotina do serviço. A partir destes achados, é possível o uso destes instrumentos no Brasil para avaliação da PCF e conseqüentemente, planejamento para ganho de qualidade dos nossos serviços de reabilitação infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil> >. Acesso em: 05/05/2018.

ARNADOTTIR, U.; EGILSON, S. T. Evaluation of therapy services with the Measure of Processes of Care (MPOC-20): the perspectives of Icelandic parents of children with physical disability. **J Child Health Care**, v. 16, n.1, p. 42-52, 2012.

BAMM, E. L.; ROSENBAUM, P. Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 89, n. 8, p. 1618-1624, 2008.

BARBOSA, M.A.M.; BALIEIRO, M.M.F.G.; PETTENGILL, M.A.M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.1, p.194-199, 2012.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEATTY, P.; WILLIS, G. Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. **Public Opinion Quarterly**. v. 71, n.2, p. 287-311, 2007.

Can Child, Research Centre of McMaster University. Disponível em <<https://www.canchild.ca/> 2018>. Acesso em 05/06/2018.

CARVALHO, S.R. Os Múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

COSTER, W.; MANCINI, M. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em Terapia Ocupacional. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. v. 26, n.1, p. 50-57, 2015.

CUNNINGHAM, B.J.; ROSEMBAUM, P.L. Measure of processes of care: a review of 20 years of research. **Dev Med Child Neurol**, v.56, n.5, p.445-452, 2014.

DIAS, J.F.; GROSSI, J.B.; COSTA, L.A.; FURTADO, S.R.C.; MANCINI, M.C.; SAMPAIO, R.F. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 206-213, 2017.

ELISZIW, M.; YOUNG, S.L.; WOODBURY, M.G.; FRYDAY-FIELD, K. Statistical methodology for the concurrent assessment of interrater and intrarater reliability: using goniometric measurements as an example. **Phys Ther**. v.74, n.8, p. 777-788, 1994.

EPSTEIN, R.M.; STREET, R.L. The values and value of patient-centered care. **Annals of family medicine**, v. 9, n.2, p.100-103, 2011.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: Conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n.2, p:187-193, 2005.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.46, p.1417-1432, 1993.

KING, S.M.; ROSENBAUM, P.L.; KING, G.A. Parents 'perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 38, n.9, p. 757-72, 1996.

KING, S.M.; ROSENBAUM, P.L.; KING, G. Evaluating Health Service Delivery to Children With Chronic Conditions and Their Families: Development of a Refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). **Children's health care**. v. 33,n.1, p. 35-57, 2004.

KING, S.M.; ROSENBAUM, P.L.; KING, G.A. Family-Centered Service for Children With Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature. **Semin Pediatr Neurol**. v.11, n.1, p.:78-86, 2004.

LAW, M.; ROSENBAUM, P.; KING G. Family-Centred Service Sheets: 18 Educational Materials Designed for Parents, Service Providers, and Organizations. **CanChild Centre for Childhood Disability Research**, v. 29, n. 5, p. 357-366, 2003.

LEFF, P.T.; WALIZER, E.H. Building the Healing Partnership: Parents, Professionals, and Children with Chronic Illnesses and Disabilities. **Journal of Pediatric Psychology**, v.18, n.6, p. 791-92, 1993.

LEITE, T.; SRONG, M.I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar **O Mundo da Saúde** v. 30, n.2, p. 203-214, 2006.

LEXELL, E. M.; LEXELL, J.; LARSSON-LUND, M. The rehabilitation plan can support client's active engagement and facilitate the process os change - experiences from people with late effects of polio participating in a rehabilitation programme. **Disability and Rehabilitation**, v. 38, n.4, p. 329-336, 2016.

MANCINI, M.; COSTER, W.; AMARAL, M.; AVELAR, B.; FREITAS R.; SAMPAIO, R. New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation cultural adaptation to Brazil and analyses of psychometric properties. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. v. 20, n. 6, p.561-570, 2016.

MARX, F. C.; OLIVEIRA, L.; BELLINI, C.G.; RIBEIRO, M. Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para Osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Reumatologia** v.46, n.4. p. 253-260, 2006.

MAZER, B. FELDMAN, D. MAJNEMER, A., GOSSELIN, J. Rehabilitation services for children: Therapists's perceptions. **Pediatric Rehabilitation** v. 9, n.4, p. 340-350, 2006.

MCCONACHIE, H.; LOGAN. S. Validation of the measure of processes of care for use when there is no Child Development Centre. **Child: care, health and development**. v. 29, n.1, p. 35-45, 2003.

NAPOLES, B. V.; HOFFMAN, C.B.; MARTINS J.; OLIVEIRA, A.S. Tradução e adaptação cultural do Penn Shoulder Score para a língua portuguesa: PSS-Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia** v. 50, n.4, p.389-407, 2010.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades

especiais em saúde. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, Texto Contexto Enferm v. 17, n.3, p. 552-60, 2008.

ORFALE, A.G.; ARAÚJO, P.M.P.; FERRAZ, M.B.; NATOUR J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** v. 38, p.293-302, 2005.

PFEIFFER D. Too late, too little, or both? **Disability and Rehabilitation**. v. 24, n.1, p. 985-986, 2002.

PICKERING, D., BUSSE, M. Disabled children's services: how do we measure family-centred care? **Journal of Child Health Care** v. 14, n.2, p. 200-207, 2010.

RENOSTRO, A., BIZ, P., HENNINGTON, E.A., PATTUSSI, M.P. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em metalúrgicos do Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol** v. 12, n.2, p.217-225, 2009.

ROSEMBAUM P. E STEWART D. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Model to Guide Clinical Thinking, Practice and Research in the Field of Cerebral Palsy. **Seminars in Pediatric Neurology**, v. 11, n.1, p.5-10, 2004.

SIEBES, R. C.; KETELAAR, M.; WIJNROKS, L.; VAN SCHIE, P. E. M.; NIJHUIS, B. J. G.; KING, S. M.; ROSENBAUM, P.; KING, G. A. Parent's perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 38, 757-772, 1996.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; BITTENCOURT, N.; GONÇALVES, G.P.; MIRANDA, A.; FONSECA, S.T. Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia** v.6, n.3, p. 113-118, 2002.

SIMÕES, S.; PEREIRA, M.A.M. A arte e a ciência de fazer perguntas – Aspectos cognitivos da metodologia de survey e a construção do questionário. In: AGUIAR, N. (org.) **Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política**. Belo Horizonte: Editora UFMG 2007.

SCHEINEIBER, J.; BERGER, J.; SALLS, J. Parent Perspectives on Rehabilitation Services for Their Children with Disabilities: A Mixed Methods Approach **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v.31, n.3, p. 225-238, 2011.

SIEBES, R. C.; KETELAAR, M.; WIJNROKS, L.; VAN SCHIE, P. E. M.; NIJHUIS, B. J. G.; VERMEER, A.; GORTER, J. W. Family-centred services in the Netherlands: validating a self-report measure for paediatric service providers. **Clinical Rehabilitation** v. 20, p.502–512, 2006.

SIEBES, R.C.; NIJHUIS, B.J.; BOONSTRA, A.M.; KETELAAR, M.; WIJNROKS, L.; REINDERS- MESSELINK, H.A. A family-specific use of the Measure of Processes of Care for Service Providers (MPOC-SP). **Clinical rehabilitation**, v.22, n.3, p.242-51, 2007.

STEWART, M. Towards a global definition of patient-centred care. **BMJ** v.322, n.7284, p.444-5, 2001.

STUCKI, G., International Classification of Functioning, Disability, and Health(ICF): A Promising Framework and Classification for Rehabilitation Medicine. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v.84, n.10, p. 733-740, 2005.

VASCONCELOS, E.M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciênc. saúde coletiva [online]** v. 18, n.10, p.2825-2835, 2013.

VERMEER, A.; GORTER, J. W. Family-centred services in the Netherlands: validating a self-report measure for paediatric service providers. **Clinical Rehabilitation** v. 20, p. 502–512, 2006.

TADDEO, P.S.; GOMES, K.W.; CAPRARA, A.; GOMES, M.A.; OLIVEIRA, G.C.; MOREIRA, T.M.M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva [online]** v. 17, n.11, p.2923-2930, 2012.

TANG, H. N.; CHONG, W. H.; GOH, W.; CHAN, W. P.; CHOO, S. Evaluation of family-centred practices in the early intervention programmes for infants and young children in Singapore with Measure of Processes of Care for Service Providers and Measure of Beliefs about Participation in Family-Centred Service. **Child: Care, Health and Development**, v.38, n.1, p.54–60, 2012.

TERWEE, C. ET AL. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, p. 34-42, 2007.

XIMENES, R.; ARAÚJO, T. Validade Interna em estudos de corte transversal: reflexões a partir de uma investigação sobre esquistossomose mansônica e condições socioeconômicas. **Cadernos de Saúde Pública** v. 11, n.1, p. 1-8, 1995.

WOODSIDE, J.M.; ROSEMBAUM, P.L.; KING, S.M.; KING, G.A. Family-centred service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. **Child Health Care** v. 30, p.237-52, 2001.

ZOCOLI, A.M.F.; MORATA, T.C.; MARQUES, J.M. Adaptação para o português brasileiro do questionário: Youth attitude to noise scale (YANS) Braz. **J. Otorhinolaryngol** v.75, n.4, p.485-92, 2009.

## ANEXO A

### Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades de medida da Measure of Processes of Care-20 e Measure of Processes of Care-SP para a língua portuguesa - Brasil

**Pesquisador:** Daniela Virginia Vaz

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 74097417.7.1001.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.953.380

##### Apresentação do Projeto:

Mesma apresentação descrita no parecer 2.470.413 de 19 de janeiro de 2018.

##### Objetivo da Pesquisa:

Mesmo objetivo descrito no parecer 2.470.413 de 19 de janeiro de 2018.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mesma avaliação descrita no parecer 2.470.413 de 19 de janeiro de 2018.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa responde em forma de emenda as recomendações suscitadas pelo parecer consubstanciado.

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

##### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMU, sou favorável à aprovação da emenda.

##### Considerações Finais e critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2º Aq. Sl 2003

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4992

**E-mail:** [smu@ceop.ufmg.br](mailto:smu@ceop.ufmg.br)

Confirmação do Parecer: 2.583.380

desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_108015_3_E2.pdf	20/02/2018 22:58:22		Aceito
Outros	carta_resposta_sarah.pdf	20/02/2018 22:55:25	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	20/02/2018 22:49:42	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	74097417aprovacao.pdf	19/01/2018 13:39:31	Vivian Resende	Aceito
Outros	74097417aprovacao.pdf	19/01/2018 13:39:31	Vivian Resende	Aceito
Outros	74097417parecer.pdf	19/01/2018 13:39:20	Vivian Resende	Aceito
Outros	74097417parecer.pdf	19/01/2018 13:39:20	Vivian Resende	Aceito
Outros	carta.doc	07/12/2017 09:12:12	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	740974177parecerassinada.pdf	14/11/2017 15:16:30	Vivian Resende	Aceito
Outros	740974177parecerassinada.pdf	14/11/2017 15:16:30	Vivian Resende	Aceito
Outros	740974177aprovacaoassinada.pdf	14/11/2017 15:16:20	Vivian Resende	Aceito
Outros	740974177aprovacaoassinada.pdf	14/11/2017 15:16:20	Vivian Resende	Aceito
Outros	CritérioABEP.pdf	24/10/2017 14:34:48	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	Anexos.pdf	24/10/2017 14:30:18	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	carta.pdf	24/10/2017 14:28:57	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	Plataforma.doc	21/09/2017 22:30:35	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/09/2017 22:30:02	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Andar 3003

**Cidade:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3408-4992 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

Codificação do Parecer: 2.563.280

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	21/08/2017 22:29:46	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	Carta.docx	21/08/2017 21:51:03	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Outros	DOC011.pdf	21/08/2017 21:46:31	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito
Folha de Rosto	Exfaderosta.pdf	13/07/2017 07:39:26	Ana Amélia Moraes Antunes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 26 de Março de 2018

Assinado por:  
Vivian Resende  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Andar 30005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3408-4992 E-mail: [mesd@pqa.ufmg.br](mailto:mesd@pqa.ufmg.br)

## ANEXO B

### Permissão para a tradução e adaptação do MPOC-20 e MPOC-SP



CanChild Centre for Childhood Disability Research  
1400 West Street West, Suite 408  
Hamilton, ON, Canada L8S 1C7

Tel: (905) 521-2141 ext. 27810  
Fax: (905) 521-4332  
Email: [canchild@mcmaster.ca](mailto:canchild@mcmaster.ca)  
Website: [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca)

January 21, 2017

Daniela Virginia Vaz,  
Associate Professor,  
Department of Physical Therapy,  
Universidade Federal de Minas Gerais

Dear Daniela Virginia Vaz:

Enclosed please find a Letter of Agreement for translating the Measure of Processes of Care- [MPOC-20 and MPOC-SP] into Portuguese for Brazil.

CanChild Centre for Childhood Disability Research (CanChild) is a research and educational centre located at McMaster University.

The Measure of Processes of Care (MPOC) is a well-validated and reliable self-report measure of parents' perceptions of the extent to which the health services they and their child(ren) receive from children's rehabilitation treatment centres are family-centred. The original version of MPOC is a 56-item questionnaire; as of 1999 there is a shorter, 20-item version. The MPOC-SP is a service provider version of the MPOC to measure providers' implementation of family-centred service in caring for children with chronic health or development problems (and their families). All MPOC versions (MPOC-20, MPOC-56 and MPOC-SP) ["the Work"] are owned by CanChild, McMaster University.

#### LETTER OF AGREEMENT

1. Daniela Virginia Vaz wants to translate the MPOC-20 and MPOC-SP into Portuguese for Brazil ("**Translated Work**") for the purpose of evaluating family-centred services in Portuguese ("**Permitted Purpose**") only.
2. CanChild will provide the full digital document for translation via email upon receipt of signed Agreement.
3. The translation must be in accordance with the Guideline attached to this Agreement.
4. Daniela Virginia Vaz acknowledges and agrees that any intellectual property, including but not limited to copyright in the **Work** and the **Translated Work** will remain the property of McMaster. Daniela Virginia Vaz further acknowledges and agrees to waive



any moral rights attached to the **Translated Work**. All copies of the **Translated Work** will contain the same proprietary and copyright notices as contained in or on the **Work**.

5. Daniela Virginia Vaz will deliver the **Translated Work** to McMaster by January 21, 2018 ("Delivery Date") as an electronic file. If the Delivery Date needs to be extended by Daniela Virginia Vaz, she will contact Rachel Teplicky via email ([canchild@mcmaster.ca](mailto:canchild@mcmaster.ca)) or phone (905-525-9140 ext. 27850) to seek an extension.
6. Daniela Virginia Vaz agrees and acknowledges that they are prohibited from using the **Translated Work** without the final written approval from CanChild.
7. The **Work** is the property of McMaster, together with any illustrations or other original materials provided by McMaster and will be returned by Daniela Virginia Vaz to McMaster within thirty (30) days following publication of the **Translated Work**.
8. The **Work** is provided by McMaster without warranty of merchantability or fitness for a particular purpose, either express or implied.
9. Daniela Virginia Vaz warrants to McMaster that they have obtained or will obtain any additional permissions that may be required in respect of any copyright or other intellectual property to be included in the **Translated Work** that belongs to persons other than McMaster and to pay any fees in connection with such permissions.
10. In no event will McMaster be liable for any use by Daniela Virginia Vaz of the **Work** or **Translated Work** or for any losses, costs, claims, damage or liability of any kind whatsoever which may arise from Daniela Virginia Vaz's Permitted Purpose of the **Work** or **Translated Work** or this Agreement. Daniela Virginia Vaz will indemnify, defend and hold harmless McMaster from and against any liability, loss, costs, damages or expenses of any kind (including, but not limited to, reasonable legal, expert and consultant fees) causes of action, actions, claims, demands, lawsuits or other proceedings, (collectively, "Claims") arising directly or indirectly from any use of the **Work** or **Translated Work** by the University.
11. This Agreement may be signed by Daniela Virginia Vaz and may be executed and delivered by facsimile or electronically by PDF and all such counterparts, facsimiles and PDF copies shall together constitute one agreement. Daniela Virginia Vaz agrees that facsimile or PDF copies of signatures have the same effect as original signatures.

#### MPOC-20 and MPOC-SP Translation Guidelines

CanChild Centre for Childhood Disability Research (CanChild) and the authors of the MPOC-20 and MPOC-SP ask the following of anyone proposing to make a translation:

1. As you progress through the translation process, please ensure that you retain all the content of the English version of the MPOC-20 and MPOC-SP, including: copyright information, acknowledgement of original authors, web site address, Dev. Med reference, etc. We also ask that you try to stay as close as possible to the layout and colouring of the English Version.
2. As you proceed with translating the MPOC-20 and MPOC-SP into Portuguese please feel free to contact us for any clarification as you move ahead. Please remember that effective translations must also take into account the customs and culture of your region to reflect accurately the intention of the wording in the original English version. Some words do not directly translate and there may need to be discussion between the translator and our authors to insure that the correct meaning is attained.
3. Please include in your translated version, information around who (names, organization and emails) who did the translation and any other acknowledgements you would like to make.
4. When your DRAFT translation is ready, have another person who is fluent in both English and your own language, translate your version back into English (back-translation). Then forward an electronic version of this 'back translated' English copy to CanChild ([canchild@mcmaster.ca](mailto:canchild@mcmaster.ca)) so that we may review it.
5. When the translated version has been approved by CanChild, forward an electronic copy of the final version to CanChild. The translation will be made available for purchase on the CanChild Shop. We will need the name and the e-mail address of the person who did the translation, in case we receive questions that the translators can answer better than we can.
6. CanChild and the authors of the MPOC-20 and MPOC-SP require that colleagues who have translated the MPOC-20 and MPOC-SP into another language, must not distribute it to other people.



CanChild Centre for Childhood Disability Research  
120 Main Street West, 4th Floor  
Hamilton, ON, Canada L8N 1C7

Tel: (905) 525-9143 ext. 27993  
Fax: (905) 524-0808  
Email: [canchild@mcmaster.ca](mailto:canchild@mcmaster.ca)  
Website: [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca)

12. This Agreement will be interpreted according to the laws of the Province of Ontario applicable to contracts entirely made and performed in that province.

To signify Daniela Virginia Vaz's intent to be legally bound by this Agreement, Daniela Virginia Vaz has signed below.

Acknowledged and agreed by:

**Daniela Virginia Vaz**

Name: *Daniela Virginia Vaz*

Title: *Dr.*

Date: *23rd of January, 2017*

Signature: *Daniela Vaz*

**McMASTER UNIVERSITY**

Name:

Title:

Date: *Jan 23, 2017*

Signature: *Gary My*



## ANEXO C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTAS COGNITIVAS

**Título da Pesquisa:** Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades de medida da Measure of Processes of Care -20 e Measure of Processes of Care para a língua portuguesa-Brasil

**Investigadores:** Ana Amélia Moraes Antunes, Débora Campos e Dayane Esteves

**Orientadora(s):** Daniela Vaz e Sheyla Furtado

Prezado \_\_\_\_\_ senhor  
(a) \_\_\_\_\_

you are being invited to participate in a research project that aims to evaluate and adjust the phrases of a questionnaire that aims to evaluate the care of the rehabilitation team that considers the family as a central component. This project will be developed as a dissertation of Master's degree in the post-graduate program in Sciences of Rehabilitation of the School of Physical Education, Physiotherapy and Occupational Therapy of the Federal University of Minas Gerais.

**DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS:** attended. To ensure anonymity, numerical passwords will be used. Thus, at some point there will be disclosure of your name. Agreeing to participate in the study, you will fill out the instrument in a reserved room with the presence of the researcher to clarify any doubt. It will take a maximum of 40 minutes to complete the questionnaire, depending on intervals according to your need.

**RISCOS:** there is no physical risk in this research, existing the possibility of discomfort or frustration during the completion of the instrument. The application of the interview can be interrupted at any moment according to the desire of the participant. To control the risk of disclosure of anonymity, we will use numerical codes instead of names in the header of the forms.

**BENEFÍCIOS:** There is no direct benefit for you by the application of this interview but the information collected will allow us to know our weak points of the questionnaire, which need to be corrected and thus, improve our knowledge about family-centered practice.

**NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR:** Your participation is voluntary and you have the right to refuse to participate for any reason and at any moment.

**GASTOS FINANCEIROS:** The application of the interview and the materials used in the research will not have any cost for you.

**USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:** The data obtained in the study will be for research purposes, being presented in congresses and seminars and published in scientific articles; with your identity always kept in absolute secrecy.

## DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, \_\_\_\_\_ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com: Ana Amélia Moraes Antunes: (0XX31) 99191-7015 (antunesanaamelia@gmail.com) e com a Prof<sup>ª</sup>. Daniela Vaz (0XX31) 3409-4792.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Data

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisador.

O COEP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas éticas relacionadas a esta pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) / UFMG: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005. CEP: 31270-901 – BH – MG Telefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br Comitê de Ética em Pesquisa /SMSA-BH: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar – Bairro Funcionários. CEP: 30130-007 – BH –MG Tel. (31) 3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

## ANEXO D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades de medida da Measure of Processes of Care -20 e Measure of Processes of Care para a língua portuguesa-Brasil

**Investigador:** Ana Amélia Moraes Antunes

**Orientadora(s):** Daniela Vaz e Sheyla Furtado

Prezado \_\_\_\_\_ senhor  
(a)\_\_\_\_\_

você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo traduzir e adaptar uma escala que avalia o quanto os atendimentos e orientações que você e seu filho recebem estão de acordo com sua expectativa e interesse e como é a sua participação nesse acompanhamento. Este projeto será desenvolvido como dissertação de Mestrado no programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

**DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS:** atendida. Para garantir anonimato, serão utilizadas senhas numéricas. Assim, em momento algum haverá divulgação do seu nome ou de seu filho (a). Concordando em participar do estudo, você irá preencher o instrumento numa sala reservada com a presença do investigador para esclarecer qualquer dúvida. Serão necessários no máximo 40 minutos para o preenchimento do questionário, podendo haver intervalos conforme a sua necessidade.

**RISCOS:** não há risco físico nesta pesquisa, existindo a possibilidade de desconforto ou frustração durante o preenchimento do instrumento. A aplicação da entrevista pode ser interrompida a qualquer momento conforme o desejo do participante. Para controlar o risco de exposição do anonimato, utilizaremos códigos numéricos ao invés de nomes no cabeçalho dos formulários.

**BENEFÍCIOS:** Não há benefício direto para você ou seu filho pela aplicação desta entrevista mas as informações colhidas permitirão nosso melhor conhecimento sobre a abordagem da criança e da família durante o acompanhamento em serviços de reabilitação.

**NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR:** A sua participação é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e a qualquer momento.

**GASTOS FINANCEIROS:** A aplicação da entrevista e os materiais utilizados na pesquisa não terão nenhum custo para você.

**USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:** Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigos científicos; com sua identidade sempre mantida em absoluto sigilo.

## DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, \_\_\_\_\_ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com: Ana Amélia Moraes Antunes: (0XX31) 99191-7015 (antunesanaamelia@gmail.com) e com a Prof<sup>a</sup>. Daniela Vaz (0XX31) 3409-4792.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_

Data

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisador.

O COEP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas éticas relacionadas a esta pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) / UFMG: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005. CEP: 31270-901 – BH – MG Telefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br Comitê de Ética em Pesquisa /SMSA-BH: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar – Bairro Funcionários. CEP: 30130-007 – BH –MG Tel. (31) 3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

## **APÊNDICE A**

### **VERSÃO PORTUGUÊS-BRASIL DA MPOC-20**

**NO ÚLTIMO ANO, O QUANTO AS PESSOAS QUE TRABALHAM COM SUA CRIANÇA...**

#### **EMPODERAMENTO E PARCERIA**

...deixaram você escolher o momento de receber informação e o tipo de informação que você queria (por exemplo, você pôde fazer perguntas no momento que você queria)?

...explicaram completamente as opções de tratamento para você?

...deram oportunidade para você tomar decisões sobre o tratamento?

#### **FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES GERAIS**

...forneceram informações sobre os tipos de serviços oferecidos na instituição ou em sua comunidade?

...disponibilizaram informações sobre a deficiência da sua criança (por exemplo, as causas, como evolui e expectativas para o futuro)?

...deram oportunidade para toda a família conseguir informação?

...tinham informação disponível para você na forma de cartilha, kit, folheto, vídeo, etc?

...deram sugestões sobre como conseguir informação ou entrar em contato com outros pais (por exemplo, associações de pais, páginas na internet)?

#### **FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE A CRIANÇA**

...forneceram informação por escrito sobre o que sua criança está fazendo na terapia?

...forneceram a você informações escritas sobre o progresso de sua criança?

...falou com você sobre resultados de avaliações?

#### **COORDENAÇÃO E ABRANGÊNCIA DO CUIDADO**

...olharam para as necessidades da sua criança como um todo (por exemplo, necessidades mentais, emocionais e sociais) invés de só as necessidades físicas?

...garantiram que pelo menos um profissional da equipe trabalhou com você e sua família ao longo deste ano (por exemplo, você tem uma pessoa de referência na equipe)?

...planejaram juntos de forma que todos estivessem trabalhando com o mesmo objetivo?

...deram para você informação que não mudou de um profissional para o outro (por exemplo, houveram opiniões semelhantes entre os profissionais)?

## CUIDADO RESPEITOSO E ENCORAJADOR

...ajudaram você a se sentir competente como mãe ou pai (por exemplo, fizeram elogios e deram incentivos nos atendimentos)?

...ofereceram um ambiente acolhedor, ao invés de só dar informação?

...deram tempo suficiente para você conversar, para você não se sentir apressado (por exemplo, você pôde tirar suas dúvidas com calma durante os atendimentos)?

...trataram você de igual para igual, ao invés de tratar apenas como pai ou mãe de um paciente (por exemplo, te chamaram pelo seu nome e sabiam o nome do seu filho)?

...te trataram como um indivíduo ao invés de uma 'típica' mãe ou pai de criança com deficiência?

## **APÊNDICE B**

### **VERSÃO PORTUGUÊS-BRASIL DA MPOC-SP**

NO ÚLTIMO ANO, O QUANTO VOCÊ...

#### **TRATAMENTO RESPEITOSO**

...aceitou pais sem julgamento de valores?

...confiou nos pais como os “especialistas” em sua criança? Ou seja, entende que os pais são as pessoas que mais conhecem a criança?

...garantiu que pais tivessem uma oportunidade de dizer o que era importante para eles?

...respondeu completamente as perguntas dos pais?

...tratou cada mãe ou pai como um indivíduo e não como um “estereótipo” de mãe ou pai de criança com “problema”?

...tratou pais de igual para igual, e não apenas de maneira genérica (ex: não se referindo a eles como “Mãe” ou “Pai” e sim chamando-os pelo próprio nome)?

...garantiu que os pais tivessem a oportunidade de explicar seus objetivos para o tratamento e suas necessidades?

...ajudou os pais a se sentirem parceiros no cuidado com a sua criança?

...tratou crianças e suas famílias como pessoas e não como ‘casos’ (não se referindo a criança e família pelo diagnóstico como ‘a diplegia espástica’)?

#### **SENSIBILIDADE INTERPESSOAL**

...sugeriu tratamentos ou adequações de atividade que se encaixam com as necessidades e estilo de vida de cada família?

...ofereceu aos pais um retorno positivo ou encorajamento (ex: na realização de orientação domiciliar)?

...reservou tempo para estabelecer uma relação com os pais e criança?

...discutiu expectativas para cada criança com outros prestadores de serviço (seja da sua categoria profissional ou não), para garantir consistência de pensamentos e ações?

...informou pais sobre opções de serviços ou tratamento para a criança (ex.: equipamento, escola, terapia)?

...discutiu/explorou os sentimentos de cada família sobre ter uma criança com necessidades especiais (ex: suas preocupações sobre sua saúde e a funcionalidade da criança)?

...previu as preocupações dos pais oferecendo informação antes que perguntassem?

...deixou os pais escolherem quando receber informação e o tipo de informação que queriam (ex. deu oportunidade para eles tirarem as dúvidas de interesse deles e no momento que eles queriam)?

...ajudou cada família a manter um vínculo estável com pelo menos um profissional que acompanhe a criança e os pais por um longo período de tempo?

...ajudou os pais a se sentirem competentes no seu papel como pais?

### COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

...comunicou aos pais sobre resultados de testes ou avaliações?

...forneceu aos pais informações escritas sobre a condição de saúde, progresso ou tratamento da criança?

...comunicou aos pais detalhes sobre os serviços dados a criança, como tipo, razões, durações do tratamento ou conduta?

### PROMOVENDO INFORMAÇÕES GERAIS

...promoveu contato entre famílias para se socializarem, dividirem informações e experiências?

...deu apoio para as famílias lidarem com o impacto da condição crônica de sua criança (ex: informando aos pais sobre programas de assistência ou aconselhamento sobre como lidar com outros prestadores de serviço)?

...deu sugestões sobre como obter informação ou entrar em contato com outros pais (ex: associações de pais, páginas na internet)?

...deu oportunidade para a família inteira (todos que convivem diretamente com a criança) incluindo irmãos, para obter informação sobre a criança?

...disponibilizou informações abrangentes sobre diferentes preocupações relacionadas com a realidade da criança (ex: custos financeiros ou assistência, aconselhamento genético, oportunidades para que os cuidadores possam descansar, namoro e sexualidade)?