



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Adaptação e validação de tradução de instrumento de avaliação psicológica em Cuidados Intensivos**

**Sónia Isabel Matos Tomé**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutor Vítor Branco

**Covilhã, Maio de 2016**



# Dedicatória

A todos os doentes críticos...



# Agradecimentos

Um agradecimento especial aos meus pais, por todo o carinho, confiança e força que sempre me transmitiram. Sem eles nada disto teria sido possível e por isso, aqui fica o meu eterno obrigada.

Ao Rúben, que me acompanhou ao longo do meu percurso académico e foi o meu pilar ao longo dos últimos anos.

Ao meu orientador, Dr. Vítor Branco, por me ter dado a oportunidade de abraçar este projeto, pela dedicação e disponibilidade que sempre demonstrou e por todo o conhecimento que partilhou comigo.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Cova da Beira e a todos os doentes, que apesar das dificuldades se mostraram recetivos a participar neste estudo e partilharam comigo parte da sua experiência.

À Dra. Dorothy Wade, por ter autorizado a tradução do seu questionário, pela sua amabilidade e por toda a ajuda que me deu ao longo destes meses.

À Professora Ocília Pereira, Dra. Ana Martins, Professora Eva Moutinho, Dr. Rúben Alvim, Professora Verónica, Professora Helena Maia, que tiveram um papel central na realização deste trabalho.

À minha família e às minhas amigas e companheiras, por serem tudo o que poderia pedir.



# Resumo

**Introdução:** O impacto psicológico da doença crítica sobre o próprio doente pode ser grave e frequentemente resultar em sofrimento agudo, assim como morbidade psicológica após a alta hospitalar. São ainda escassos os métodos validados para fazer esta avaliação. O instrumento de avaliação psicológica em cuidados intensivos - Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT) foi desenvolvido como ferramenta simples e rápida de rastreio, apta a ser usada em rotina, para detetar sofrimento psicológico agudo e o risco de morbidade tardia em doentes nos cuidados intensivos.

**Objetivos:** Tradução e validação cultural e linguística para a língua portuguesa do IPAT na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Centro Hospitalar Cova da Beira.

**Métodos:** O processo de tradução foi o preconizado pelo grupo Translation and Cultural Adaptation, consistindo na tradução, retrotradução e aplicação de um teste piloto numa amostra de 20 indivíduos com as mesmas características da população do estudo de validação original.

**Resultados:** As 10 questões e instruções traduzidas formam o Intensive Care Psychological Assessment Tool- versão portuguesa. No teste piloto dois doentes precisaram de explicação em relação à pergunta nº 5 e quatro tiveram dificuldade em entender a pergunta nº 8. Seis doentes responderam com dúvida e três não conseguiram responder à pergunta nº 10. Após algumas modificações foi conseguido um questionário com boa compreensão.

**Conclusões:** A versão portuguesa do Intensive Care Psychological Assessment Tool mostrou ter boa compreensão com adequada equivalência semântica, idiomática, experimental e conceptual. No entanto, ainda carece de estudos que avaliem outras propriedades psicométricas.

## Palavras-chave

Cuidados Intensivos, Stress psicológico, Avaliação psicológica, Tradução e validação cultural e linguística, Questionários



# Abstract

**Introduction:** The psychological impact of critical disease may be serious to the patient and it frequently leads to acute distress, as well as psychological morbidity after hospital discharge. Validated methods to evaluate this problem are still scarce. The Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT) was developed as a simple and quick screening tool, capable of being used routinely, to detect acute psychological distress and the risk of future morbidity in critical care patients.

**Objectives:** Translation and cultural/linguistic validation of the IPAT to portuguese in the Intensive Care Unit of Centro Hospitalar Cova da Beira.

**Methodology:** The translation was based on the method described by the Translation and Cultural Adaptation group. It consisted on the forward translation, back translation and pilot testing on a population of 20 individuals with the same characteristics of the original validation study.

**Results:** The 10 questions and instructions translated form the Intensive care psychological assessment tool- Portuguese version. In the pilot test, two patients needed explanation about question 5, and four patients had trouble understanding question 8. Six patients had trouble understanding question 10 and three were not able to answer that question. After some alterations we achieved a questionnaire with good comprehension.

**Conclusions:** The Portuguese version of the Intensive care psychological assessment tool showed good comprehension and adequate semantic, idiomatic and conceptual equivalence. However, it lacks studies that test other psychometric properties.

## Keywords

Intensive Care, Psychological stress, Psychological evaluation, Translation and cultural/linguistic validation, Questionnaires.



# Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da literatura relevante (background)	3
2.1 Internamento na UCI- Fatores de risco e experiências negativas associadas ao desenvolvimento de psicopatologia	3
2.1.1 Clínicos	3
2.1.2 Demográficos/Socioeconómicos	3
2.1.3 Psiquiátricos	3
2.1.4 Memórias	4
2.2 Espectro de morbilidade psicopatológica	4
2.2.1 Ansiedade	4
2.2.2 Depressão	5
2.2.3 Perturbação de Stress Pós-Traumático	5
2.3. Instrumentos	6
2.3.1 Intensive Care Psychological Assessment Tool	7
3. Metodologia	9
3.1 Metodologia teórica	9
3.2 Metodologia experimental	10
3.2.1 Tipo de estudo	10
3.2.2 Recolha de dados e amostra	10
3.2.3 Instrumento utilizado	10
3.2.4 Tradução e adaptação	10
4. Resultados	12
5. Discussão	16
6. Conclusão	20
Bibliografia	21
Anexos	25
Anexo 1	27
Anexo 2	28
Anexo 3	29
Anexo 4	30
Anexo 5	31



# Lista de Figuras

Figura 1- Item nº 5: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

Figura 2- Item nº 8: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

Figura 3-. Item nº 9: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

Figura 4- Item nº 10: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)



# Lista de Tabelas

Tabela 1- Instruções do IPAT

Tabela 2. Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês, a versão final traduzida para o português (T4) e a versão retrotraduzida para o inglês (R2).

Tabela 3. Desempenho de cada item no teste piloto



# Lista de Acrónimos

AUC	Area under the curve
CI	Cuidados Intensivos
ICUSS	Intensive Care Stress Scale
IPAT	Intensive Care Assessment Tool
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
R1	Retrotradução da versão T3
R2	Retrotradução da versão T4
SDRA	Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo
TCA	Translation and Cultural Adaptation
T1	Tradução do questionário original pelo tradutor 1
T2	Tradução do questionário original pelo tradutor 2
T3	Fusão das traduções 1 e 2
T4	Versão portuguesa final
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos



# 1. Introdução

Nas últimas décadas verificou-se um considerável desenvolvimento a nível dos Cuidados de Saúde em Portugal, nomeadamente na área da Medicina Intensiva. Os novos conhecimentos alcançados nas áreas da fisiologia, da patologia e da terapêutica, associados aos vários progressos tecnológicos, tiveram um impacto significativo na assistência aos doentes, modificando completamente a capacidade de diagnóstico e os potenciais de prevenção, tratamento e cura de doenças até há pouco tempo fatais.<sup>(1)</sup>

Em concordância com os avanços dos cuidados médicos fornecidos a doentes críticos, verifica-se uma maior taxa de sobrevivência aos internamentos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), o que implica um aumento do número de pacientes que enfrentam o desafio que é a fase de recuperação, tornando-se esta uma problemática de crescente importância.<sup>(2, 3)</sup>

Durante o internamento na UCI os pacientes são expostos a diversos eventos stressantes como a falta de controlo e de informação, incerteza do prognóstico, dificuldade em comunicar e vivenciar um ambiente não familiar. Além disso, são constantemente submetidos a intervenções médicas, muitas vezes com recurso a fármacos psicoativos (benzodiazepinas, adrenalina, anti-psicóticos) que têm efeitos pouco compreendidos a nível do sistema nervoso central e podem provocar *delirium*, confusão, ansiedade, alucinações e influenciar a memória.<sup>(4-8)</sup>

Para muitos doentes, ter alta dos Cuidados Intensivos significa uma recuperação lenta, marcada por problemas físicos (fraqueza, perda de energia, perda de sensibilidade) e psicológicos (ansiedade, depressão, perda de faculdades mentais - disfunção cognitiva).<sup>(3, 4)</sup> Também os familiares e cuidadores são submetidos a uma grande carga psicológica, emocional e socioeconómica.<sup>(4)</sup>

Tendo isto em mente, foram realizados estudos que avaliaram a qualidade de vida relacionada com a saúde pós-UCI e que sugeriram que esta, apesar de melhorar com o tempo, continua a ser mais baixa do que a da população em geral.<sup>(9)</sup> Neste grupo, a prevalência de entidades patológicas como ansiedade, depressão e perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) é elevada (12-43%<sup>(10)</sup>, 28%<sup>(2)</sup> e 22%<sup>(7)</sup>, respetivamente) e tende a durar vários anos.<sup>(9)</sup> A etiologia e o significado destas morbilidades não apresentam total clareza, mas poder-se-ão dever às vivências durante o internamento nos Cuidados Intensivos.

Um estudo revelou que uma elevada percentagem de pacientes (65% dos 57% que reportaram fadiga seis meses após o internamento nos Cuidados Intensivos) não voltou ao trabalho após a alta da UCI, o que revela o impacto sobre a vida ativa e atividade laboral, levando a um decréscimo da produtividade e acarretando custos para a sociedade.<sup>(11)</sup> Dado o impacto que a fraca reabilitação e deficiente recuperação têm sobre os doentes, na sua qualidade de vida e

os efeitos deletérios nas famílias e na sociedade, tal pode ser encarado como um problema de saúde pública.<sup>(4)</sup>

Neste âmbito, têm surgido estudos que se debruçam sobre a relação entre o internamento na UCI e os problemas de foro psicológico que surgem posteriormente, bem como sobre os fatores predisponentes ao seu desenvolvimento. O tema é de grande relevância clínica, pois a identificação precoce de pacientes “em risco” pode facilitar uma rápida intervenção.<sup>(12)</sup>

Detemos já algum conhecimento acerca destes fatores de risco, como o uso de benzodiazepinas, ventilação mecânica, procedimentos invasivos, entre outros. No entanto, reconhece-se que o *stress* agudo é um dos maiores fatores predisponentes de psicopatologia pós-UCI<sup>(13)</sup>, tornando-se preponderante a sua deteção. Para profissionais de saúde não treinados é difícil reconhecer *stress* psicológico agudo, inclusive sintomas delirantes. Logo, muitos pacientes passam despercebidos, não recebendo apoio psicológico e continuando a sofrer após a alta.<sup>(14)</sup>

Desta forma, torna-se importante apostar não apenas na modificação dos tratamentos farmacológicos (nomeadamente as drogas psicoativas), mas também investir no tratamento psicológico do paciente ao tentar modificar o ambiente envolvente - diminuir o barulho e as luzes, ajudá-lo a comunicar, envolver as famílias, e ainda avaliar o seu estado mental durante o internamento.

Vários estudos concluíram que o desenvolvimento de um método de rastreio para detetar distúrbios psicológicos na UCI seria um avanço significativo pois facilitaria uma intervenção psicológica mais objetiva.<sup>(4, 15, 16)</sup> Dada a falta de ferramentas disponíveis para a deteção de *stress* agudo e rastreio de futura psicopatologia nos doentes da UCI<sup>(4)</sup>, Wade et al. criaram o *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT),<sup>(17)</sup> um questionário de dez itens, com boas propriedades psicométricas, para ser aplicado pela equipa de saúde aos pacientes (Anexo 1).<sup>(5)</sup>

Tendo em conta o crescente reconhecimento desta problemática e com base nas características do questionário e a inexistência de outros, o objetivo deste trabalho foi a tradução e consequente adaptação e validação cultural e linguística do IPAT para a língua portuguesa. Adicionalmente, e para futuramente facilitar a sua aplicabilidade e validação a nível psicométrico, foi efetuada uma curta revisão da literatura mais relevante sobre o tema.

## 2. Revisão da literatura relevante (*background*)

### 2.1 Internamento na UCI - Fatores de risco e experiências negativas associadas ao desenvolvimento de psicopatologia

#### 2.1.1 Clínicos

A doença crítica, independentemente da etiologia, relaciona-se comumente com hipoxia, hipotensão, anemia e hipoglicemia, fatores que foram ligados ao desenvolvimento de disfunção cognitiva a longo prazo<sup>(18)</sup>. Além disso, alteração dos habituais padrões de sono ou mesmo sua privação devido ao ambiente estranho envolvente, barulho, luzes, medicações, entre outros, são extremamente comuns nestes doentes e estão associados ao desenvolvimento de *delirium*, disfunção cognitiva e recuperação psicológica debilitada e mais lenta.<sup>(18)</sup> Os transtornos de sono podem persistir vários meses após a alta, e estão associados a fraca saúde mental.<sup>(11)</sup> Apesar de os sedativos serem usados como facilitadores do sono, degradam a sua normal arquitetura e aumentam o risco de *delirium*.<sup>(19)</sup>

#### 2.1.2 Demográficos/Socioeconómicos

Pacientes mais velhos e os portadores de doenças crónicas têm maior risco de disfunção cognitiva. Indivíduos com filhos com idades inferiores a 18 anos são também mais propensos ao desenvolvimento de problemas psicológicos.<sup>(20)</sup> Fatores relacionados com a posição social e económica podem influenciar o estado emocional dos doentes críticos<sup>(13)</sup>: os que têm mais educação, apoio familiar e melhores condições de habitação encontram-se num melhor estado emocional, levantando a hipótese de que uma melhor posição económica poderá representar uma perspectiva mais positiva em relação ao futuro.<sup>(19)</sup>

#### 2.1.3 Psiquiátricos

O pessimismo parece predispor a PSPT, ansiedade e depressão<sup>(10)</sup>. História psiquiátrica prévia é um pesado fator de risco de morbilidade psicológica pós-UCI. Disfunção cognitiva prévia deteriora a recuperação da hospitalização, devido à diminuída reserva cognitiva, levando a um maior declínio da mesma.<sup>(18)</sup> *Stress* agudo experienciado na UCI é um fator de risco independente para PSPT e depressão após a alta<sup>(13)</sup>. Sintomas como raiva, nervosismo, tristeza e confusão e as memórias intrusivas, são os sintomas de *stress* agudo mais relacionados com morbilidade psicológica. Assim se sugere que o *stress* emocional vivido durante o internamento nos Cuidados Intensivos poderá espoletar ou mesmo ser uma manifestação precoce de psicopatologia futura.<sup>(19)</sup>

### 2.1.4 Memórias

As memórias podem ser de dois tipos: factuais ou ilusórias, sendo que as últimas podem incluir pesadelos, alucinações, ilusões paranóides e sonhos. Para muitos pacientes, as memórias dos Cuidados Intensivos (CI) são desagradáveis, fragmentadas ou assustadoras. A lembrança de memórias ilusórias está associada ao desenvolvimento de PSPT, ao contrário das recordações de factos, que podem ter um papel protetor.<sup>(21)</sup> Suspeita-se que a causa estará relacionada com a combinação de medicação (dopamina, benzodiazepinas e sedativos), privação de sono, *delirium* e a própria natureza da doença crítica.<sup>(3, 21, 22)</sup> Entubação endotraqueal, sonda nasogástrica, preocupação por parte dos familiares, dor, imobilização, medo de morrer ou incerteza quanto ao futuro, dificuldades em comunicar, dependência de ventilador, barulho e alteração do padrão de sono foram algumas das memórias referidas como mais stressantes.<sup>(11, 23)</sup>

Outro problema em relação à memória é a falta desta. A incapacidade de lembrar o momento de admissão foi associada a uma pior qualidade de vida.<sup>(11)</sup> Pensa-se que a perda de memória para eventos reais resulta na substituição por lembranças ilusórias, muitas vezes desagradáveis, com incapacidade de percebê-las como irreais, o que pode ter impacto na saúde psicológica futura, pois os pacientes tendem a reviver estes momentos através de lembranças intrusivas durante a recuperação -um marco de PSPT-, podendo levar, ainda, a fobias hospitalares e ataques de pânico, com prejuízo da recuperação e da qualidade de vida.<sup>(19)</sup>

## 2.2 Espectro de morbilidade psicopatológica

### 2.2.1 Ansiedade

A ansiedade é uma emoção normal, adaptativa, que se pode tornar persistente e inapropriada e é um dos mais frequentes desafios com que os doentes críticos se deparam.<sup>(13)</sup> Pode ser marcada por medo, esquiva, aumento da excitabilidade autonómica e da tensão muscular, hipervigilância e apreensão ou mesmo por ataques de pânico.<sup>(24)</sup> Durante o internamento, os doentes podem sentir-se ansiosos mesmo estando sob o efeito de sedativos e analgésicos; muitos têm estes sintomas apenas por não saberem onde se encontram ou o que está a acontecer.<sup>(19)</sup> A prevalência de perturbações de ansiedade em Portugal é de 16,5%,<sup>(25)</sup> sendo que o equivalente para os sobreviventes dos Cuidados Intensivos varia entre 12 e 43%.<sup>(10)</sup>

Como fatores de risco para ansiedade, durante e após os Cuidados Intensivos, apontam-se o uso de inotrópicos e vasopressores, a baixa posição socioeconómica, a existência de doença crónica, o humor (ansioso ou triste) e a história de morbilidade psicológica prévia, sendo os últimos quatro sobreponíveis aos fatores de risco encontrados para a depressão.<sup>(13)</sup> Pessimismo e desemprego também são considerados preditores de sintomas ansiosos.<sup>(10)</sup>

### 2.2.2 Depressão

A depressão, caracterizada pelo humor deprimido ou perda de interesse ou de prazer, juntamente com outros sintomas como alteração do peso e do sono<sup>(24)</sup>, deve ser vista como uma potencial consequência da doença crítica. Os sintomas depressivos são comuns entre estes doentes, com uma prevalência média de cerca de 28%<sup>(13)</sup>, sendo mais frequente entre os doentes que recebem ventilação mecânica<sup>(19)</sup>. Estes valores são mais de três vezes superiores à prevalência da perturbação depressiva em adultos, em Portugal.<sup>(25)</sup>

Uma extensa revisão sistemática realizada por Davydow et al.<sup>(2)</sup> acerca da depressão nos sobreviventes da UCI revelou que a prevalência de sintomas depressivos diagnosticada clinicamente é bastante alta durante o primeiro ano após o internamento (33%). Concluiu, ainda, que o sexo, idade e severidade da doença não são fatores de risco para depressão, mas que sintomas depressivos que ocorram precocemente durante o internamento na UCI são um potente fator de risco. Supõe-se que a depressão pós-UCI se deva à disfunção cognitiva induzida pela alteração neuronal que ocorre no contexto de doença crítica, o que é consistente com a descoberta de que a hipoglicemia (conhecido fator de risco para disfunção cognitiva), durante o internamento na UCI, é um preditor de sintomas depressivos três meses após Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo (SDRA).<sup>(2)</sup> Além disso, o *delirium* é muito comum na UCI e os doentes encontram-se em maior risco de depressão, após estes episódios.<sup>(2)</sup>

Da mesma forma, Wade et al.<sup>(13)</sup> concluíram que o maior fator de risco para depressão é o humor dos doentes críticos, nomeadamente raiva, nervosismo, tristeza e confusão. Esta última pode estar relacionada com hipoxia, sedação ou *delirium*, situações usualmente experienciadas por estes doentes. Outras associações feitas neste estudo foram o uso de benzodiazepinas, a baixa posição socioeconómica e a história prévia de morbilidade psicológica com o maior risco de desenvolvimento de depressão, tal como referido anteriormente.

Sintomas de depressão e PSPT coexistem frequentemente, indicando fatores desencadeantes comuns, como memórias intrusivas, perda de memória para acontecimentos relacionados com a UCI e a sedação.<sup>(2, 26)</sup> Estes sintomas parecem ser duradouros<sup>(19)</sup>, afetando negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde, mesmo após dois anos<sup>(2)</sup>. Está demonstrado que a depressão não tratada leva a piores resultados em pacientes com doenças crónicas e a uma menor adesão ao tratamento por parte dos mesmos, assim como se associa a uma maior taxa de mortalidade<sup>(19)</sup>.

### 2.2.3 Perturbação de Stress Pós-Traumático

A estatística sugere que por volta de um em cada cinco doentes críticos desenvolve PSPT.<sup>(7, 13)</sup>

Este transtorno ocorre em pessoas que foram expostas a um evento traumático que envolveu ameaça de morte (ou morte real), lesão grave ou ameaça à integridade física. Os sintomas característicos que seguem esta exposição traumática são muito variáveis e incluem a

revivência do acontecimento (por sonhos ou lembranças intrusivas), a esquiva de estímulos associados ao trauma (esforço para evitar pensamentos, objetos e situações), alterações negativas na cognição ou no humor (incapacidade de recordar algum aspeto importante, expectativas negativas exageradas e persistentes em relação à vítima ou ao futuro, etc.) e excitabilidade aumentada (comportamentos de raiva ou autodestrutivos, hipervigilância, perturbações de concentração e de sono)<sup>(24)</sup>.

Existe uma extensa lista de razões pelas quais os doentes críticos se encontram em risco de desenvolver este transtorno, começando pelo facto de sofrerem uma condição médica ameaçadora de vida, que por si só pode ser considerada um evento traumático, ainda mais se ocorrer de maneira súbita.<sup>(24)</sup> Além disso, durante o internamento, são submetidos a procedimentos invasivos e perturbantes como a ventilação mecânica e a entubação, o que provoca ainda mais *stress* e uma sensação de desamparo.<sup>(12, 13)</sup>

O maior tempo de internamento e sedação e as memórias intrusivas e delirantes também acarretam uma maior probabilidade de sintomas futuros de PSPT.<sup>(16)</sup> Vários fatores relacionados com o paciente, tais como eventos traumáticos na infância ou vida adulta e história pessoal de psicopatologia foram, também, associados a maior incidência desta patologia<sup>(26)</sup>.

Sintomas de *stress* agudo, ocorridos durante o internamento, devido a experiências traumáticas inerentes (como dificuldade em respirar, dor, falta de controlo, sintomas delirantes) são o fator de risco independente mais forte para o desenvolvimento futuro de morbilidade psicológica, nomeadamente PSPT.<sup>(13)</sup> Estas reações também estão associadas a uma maior disfunção cognitiva, sintomas depressivos e consumo etílico, após um ano.<sup>(19)</sup>

Apesar de se saber que o género feminino é mais suscetível a PSPT<sup>(24)</sup>, estudos relacionados com a UCI têm resultados conflituosos em relação ao papel do género.<sup>(12)</sup> Sabe-se, ainda, que a causa de internamento ser por patologia médica, cirúrgica ou traumática não tem influência no desenvolvimento de PSPT.<sup>(10)</sup>

Pacientes com PSPT são mais suscetíveis a incapacidades sociais e sofrimento tanto mental como físico, com pior qualidade de vida e maior taxa de mortalidade.<sup>(7, 24)</sup>

## 2.3 Instrumentos

Face à evidência de que numerosos pacientes que sobrevivem aos Cuidados Intensivos continuam a sofrer, quer do ponto de vista físico, quer psicológico, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), do Reino Unido, criou uma *guideline* acerca da reabilitação destes doentes.<sup>(4)</sup> Nesta, uma das recomendações é o rastreio e avaliação precoce dos doentes internados na UCI de forma a identificar os que estão em maior risco de morbilidade e fornecer o apoio necessário. Esta avaliação deve pesquisar por sintomas como ansiedade de

novo ou recorrente, depressão, ataques de pânico, pesadelos, memórias intrusivas, alucinações, problemas de comunicação, entre outros.

Nesta *guideline* demonstra-se, também, a falta de instrumentos validados para a deteção de sintomas de PSPT, ansiedade ou depressão. Além dos instrumentos revistos pelo NICE, uma outra revisão de questionários para deteção de *stress* agudo nos Cuidados Intensivos revelou que seriam demasiado longos, com itens irrelevantes, que focavam o pós-UCI e não o momento do internamento, ou baseados em fatores de risco não modificáveis.<sup>(5)</sup>

Tendo em conta as recomendações da NICE e a inexistência de questionários adequados, foi desenvolvido o *Intensive Care Psychological Assessment Tool*, e, pela mesma razão, este foi o escolhido para a tradução para a língua portuguesa.

### 2.3.1 Intensive Care Psychological Assessment Tool

O *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT) foi desenvolvido por Dorothy M. Wade e a sua equipa, tendo sido, posteriormente, validado na Unidade de Cuidados Intensivos do University College Hospital de Londres.

O objetivo foi criar uma ferramenta de rastreio que fosse simples e rápida de utilizar rotineiramente pela equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, por forma a detetar *stress* agudo em doentes internados na UCI e prever o risco de morbilidade psicológica futura, de modo a fornecer apoio e reduzir a incidência de ambos.<sup>(5)</sup>

O IPAT foi adaptado do *Intensive Care Stress Scale* (ICUSS), uma ferramenta de pesquisa desenvolvida pela mesma equipa, a partir de uma extensa revisão de literatura, com o objetivo de avaliar as reações de *stress* num estudo de coorte prospetivo. O ICUSS subdivide-se em quatro escalas: *stress* físico, sintomas delirantes, controlo e apoio.<sup>(13)</sup> Para desenvolver o IPAT, foram adicionados ao *Intensive Care Stress Scale* 4 itens relacionados com o humor, visto que no estudo de coorte referido se demonstrou que o distúrbio de humor era um dos principais fatores de risco para morbilidade psicológica futura. Posteriormente, o questionário resultante foi encurtado, tendo ficado com 14 itens: comunicação, dificuldade em respirar, dor, sono, ansiedade, pânico, depressão, desorientação, delírio, alucinações, memórias intrusivas, amnésia e história pessoal de morbilidade psicológica. O estudo de validação, realizado em 166 pacientes, revelou que 10 dos 14 itens do questionário inicial formavam uma escala confiável para medir o *stress* psicológico na UCI. Os quatro itens excluídos foram dor, dificuldade em respirar, amnésia e história pessoal de morbilidade psicológica.

Em relação às propriedades psicométricas avaliadas, o IPAT apresentou boa fiabilidade no teste-reteste ( $r=0.8$ ), boa validade concorrente com medidas de ansiedade e depressão ( $r=0.7$ ,  $P < 0.01$ ;  $r=0.6$ ,  $P < 0.01$ ). Com um ponto de corte  $\geq 7$ , o IPAT mostrou 82% de sensibilidade e 65% de especificidade na deteção de ansiedade, e 80% de sensibilidade e 66% de especificidade na deteção de humor deprimido (*area under the curve* [AUC] = 0.8 para ambos). Foi demonstrada

ainda uma boa validade preditiva para morbidade psicológica ( $r = 0.4$ ,  $P < 0.01$ ;  $r = 0.64$ ,  $P < 0.01$  para PSPT com dados do dia 1 e 2 respetivamente). A sensibilidade para prever morbidade psicológica futura foi de 57%, com uma especificidade de 69%.<sup>(5)</sup>

Dadas a validade, fiabilidade, sensibilidade e especificidade demonstradas no estudo de validação, o IPAT foi aceite como ferramenta de rastreio para ser usado na UCI, sendo fácil de compreender e rápido de usar.<sup>(5)</sup>

O *Intensive Care Psychological Assessment Tool* consiste, portanto, num questionário com 10 perguntas, sendo pedido ao doente para responder consoante o que tem sentido desde que está internado na Unidade de Cuidados Intensivos. Cada item tem três hipóteses de resposta - *No* (=0 pontos); *Yes, a bit* (=1 ponto); *Yes, a lot* (=2 pontos). A pontuação total é de 20 pontos e uma pontuação  $\geq 7$  indica que o paciente está em sofrimento psicológico agudo e em risco de morbidade psicológica.

Os critérios de inclusão e exclusão utilizados no estudo de validação são os seguintes:

**Critérios de inclusão:**

- Estadia na UCI por pelo menos 48 horas
- Ter recebido cuidados de nível 2 (suporte de um órgão) ou nível 3 (Ventilação mecânica por mais de 24h ou suporte de dois ou mais órgãos)
- Comunicação compreensível em língua inglesa
- Doente consciente e alerta no momento da avaliação (classificação da Escala de Coma de Glasgow = 15 - abre olhos espontaneamente, orientado, obedece a estímulos verbais)
- Idade superior a 18 anos

**Critérios de exclusão:**

- Pacientes continuamente confusos
- Classificação da Escala de Coma de Glasgow inferior a 15
- Delírio no momento da avaliação
- Disfunção neurológica grave

O questionário é administrado em papel, podendo ser preenchido pelo doente (autoadministrado) ou pelo profissional de saúde, neste caso enfermeiros da UCI (questionário-entrevista). O tempo médio de preenchimento no estudo de validação foi inferior a nove minutos.<sup>(5)</sup>

## 3. Metodologia

### 3.1 Metodologia teórica

A adaptação transcultural de um questionário que irá ser usado num país diferente, numa nova cultura e língua, necessita de um método de tradução que consiga uma equivalência não apenas linguística mas também conceptual, de modo a preservar a validade de conteúdo do instrumento.

O termo "adaptação transcultural" abrange um processo que tem em consideração a língua (tradução) mas, também, questões de adaptação cultural no processo de preparação de um questionário para utilização num ambiente diferente do original.<sup>(27)</sup>

O objetivo é obter medidas equivalentes, que cada item tenha o mesmo significado para diferentes pessoas, de diferentes países e com culturas e experiências distintas. Esta equivalência deve ser alcançada em 4 áreas, segundo Beaton<sup>(27)</sup>, a equivalência semântica (ou seja, as palavras significam o mesmo, podendo existir várias palavras para a mesma interpretação), idiomática (dada a dificuldade em traduzir expressões idiomáticas ou coloquialismos, deve ser encontrada uma expressão equivalente na língua-alvo), experimental (itens podem abranger situações que não ocorrem frequentemente no país de destino, como tal, devem ser substituídos por itens semelhantes que de facto ocorram no país-alvo) e conceptual (por vezes as palavras podem ter o mesmo significado a nível semântico mas diferente significado a nível conceptual, por exemplo a palavra família, que pode ser interpretada como expandida ou nuclear). Outro aspeto a ter em conta é que o questionário final deve ser compreendido por uma pessoa com 12 anos de idade (equivalente ao 6º ano de escolaridade).

Devido à falta de consistência entre métodos de tradução descritos nas várias *guidelines*, o grupo Translation and Cultural Adaptation (TCA)<sup>(28)</sup> criou um guia com a metodologia da tradução e adaptação cultural, de modo a tentar alcançar um documento aceitável universalmente. Este descreve os passos básicos, clarificando a base lógica dos mesmos, e permitindo uma certa flexibilidade na sua aplicação. O método sugerido pelo TCA envolve os seguintes passos:

- Tradução para a língua-alvo por, pelo menos, dois tradutores independentes, nativos e residentes em Portugal, devendo um deles ser da área de saúde, de forma a obter uma perspetiva mais clínica e fiável, em termos de equivalência.<sup>(27)</sup> Devem ser explicados os conceitos do instrumento aos tradutores, de modo a alcançar um significado conceptual e não apenas linguístico.

- Síntese das duas traduções para uma versão consensual única, com resolução de discrepâncias e conciliação dos hábitos linguísticos e preferências individuais.
- Retrotradução para a língua original, por um tradutor que desconheça a ferramenta original, de modo a garantir que os conceitos que foram traduzidos têm o mesmo significado (conceptual ou literal, dependendo do caso) que cada item do questionário original, com eventual repetição, caso seja necessário fazer alterações à tradução.
- Comparação da retrotradução com a original para garantir a equivalência.
- Comparação e síntese de todas as traduções, umas com as outras e com a versão original. Será assim possível detetar disparidades que possam surgir e irá garantir que não se perca a validade entre as várias traduções.
- Teste piloto para avaliar a compreensão e equivalência da tradução, para testar traduções alternativas e para avaliar itens que possam causar confusão.
- Revisão dos resultados do teste piloto, sendo realizadas as alterações necessárias e finalização da tradução.
- Revisão de erros gramaticais ou outros.
- Relatório, explicando as escolhas feitas a nível da tradução, com descrição da metodologia utilizada.

## **3.2 Metodologia experimental**

### **3.2.1 Tipo de estudo**

Estudo qualitativo de série de casos.

### **3.2.2 Recolha de dados e amostra**

Para a recolha de dados, foi necessária a autorização por parte da Comissão de Ética. Foram recolhidos dados através da consulta do processo do doente, para caracterização da amostra em termos de idade e sexo, e através do preenchimento do IPAT.

Apenas doentes que se inseriam nos critérios de inclusão foram abordados. A estes foi-lhes explicado o procedimento e pedido consentimento para a participação no estudo.

Desta forma, a amostra corresponde a 20 doentes que se encontravam internados, há mais de 48h, na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Cova da Beira, nas datas de aplicação do questionário, e que consentiram ser submetidos ao mesmo.

### **3.2.3 Instrumento utilizado**

O instrumento utilizado foi o IPAT, cujas características foram previamente apresentadas no capítulo 2, secção 3, subsecção 3.1.

### **3.2.4 Tradução e adaptação**

Para obter a versão traduzida do IPAT, utilizou-se o método de tradução-retrotradução preconizado pela Task Force for Translation and Cultural Adaptation<sup>(28)</sup> descrito previamente.

- 1) Foi solicitado a dois profissionais com experiência na área da tradução que traduzissem o questionário para português, de forma independente, tendo resultado deste processo duas versões portuguesas do questionário (T1 e T2). Ambos os tradutores são portugueses, um deles com conhecimentos na área da saúde.
- 2) As duas traduções foram analisadas e comparadas, tendo-se chegado a uma terceira versão em português (T3), resultante da harmonização das duas anteriores (anexo 2). Tendo em conta que o questionário deve ser compreendido por uma pessoa de 12 anos de idade<sup>(27)</sup>, fizeram parte desta análise a investigadora, um médico intensivista e uma professora de português do ensino básico e uma outra de inglês.
- 3) Com a versão resultante T3, foi realizado um teste piloto com 20 doentes, com os mesmos critérios de inclusão e exclusão do estudo original. Foi, ainda, questionado a todos os doentes submetidos a este teste se as questões tinham sido totalmente compreendidas, através da questão “Teve dificuldade em responder ou perceber alguma das perguntas?”.
- 4) Após a conclusão do teste piloto, procedeu-se à sua análise, que detetou alguns problemas. Realizou-se, então, uma retrotradução para o inglês (R1), no sentido de perceber se com a tradução para a língua portuguesa se teria modificado o sentido de algum dos itens. Esta foi realizada por uma tradutora cuja língua materna é a inglesa e que trabalha, há vários anos, em Portugal.
- 5) Esta versão em inglês (R1) foi comparada com o questionário original. Com o resultado deste processo, foram feitas alterações, surgindo uma nova versão em português (T4).
- 6) A nova versão foi novamente retrotraduzida por um outro tradutor profissional independente sem conhecimento do questionário original (inglês R2). Esta pode ser consultada no Anexo 3.
- 7) A metodologia utilizada no processo de tradução foi relatada à autora e foi feito o pedido de aprovação, tendo sido enviada também a versão portuguesa T4 e a versão inglês R2.
- 8) A versão portuguesa T4 foi aprovada pelos investigadores e pela autora do IPAT original (Anexos 4 e 5)

## 4. Resultados

Utilizando a metodologia apresentada no capítulo 3, surgiram quatro versões do IPAT em língua portuguesa e duas versões em língua inglesa, resultantes das duas retrotraduções. De seguida, são apresentadas em simultâneo o IPAT original, a versão final em português (T4) e a retrotradução desta (R2), nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Instruções do IPAT

<b>Original</b>	I would like to ask you some questions about your stay in intensive care, and how you've been feeling in yourself. These feelings can be an important part of your recovery. To answer, please circle the answer that is closest to how you feel, or answer in any way you are able to, e.g. by speaking or pointing.
<b>Português T4</b>	Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas acerca do seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e sobre como se tem sentido. O que tem sentido poderá ser importante na sua recuperação. Para responder basta circular a resposta que melhor descreve como se sente, ou responda da forma que conseguir, por exemplo, falando ou apontando.
<b>Inglês R2</b>	I would like to ask you a few questions about your time in Intensive Care and how you've been feeling. What you experienced can be important to your recovery. To answer, just circle the response that best fits how you feel, or answer in any way you are able to (e.g. by speaking or pointing).

O teste piloto foi realizado em 20 doentes, com características semelhantes aos doentes do estudo de validação, recrutados no mesmo ambiente (durante o internamento na UCI, no mínimo 48 horas após a admissão, conscientes e alerta), doze do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idade média de 69,55 (mínimo 41 anos; máximo 91 anos). À data do preenchimento do questionário 15% (n=3) dos doentes encontravam-se incapazes de comunicar verbalmente por se encontrarem sob Ventilação mecânica invasiva (dois doentes) ou traqueostomizados (um doente).

O preenchimento do questionário foi autoadministrado em apenas três doentes (15%), tendo os restantes sido auxiliados (questionário-entrevista: 85%;). O tempo médio de demora no preenchimento foi de sete minutos.

Tabela 2. Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês, a versão final traduzida para o português (T4) e a versão retrotraduzida para o inglês (R2).

Nº	Original	Português T4	Inglês R2
	Since you've been in intensive care:	Desde que está internado na UCI:	Since you've been in Intensive Care:
1.	Has it been hard to communicate?	Tem tido dificuldade em comunicar?	Have you had trouble in communicating?
2.	Has it been difficult to sleep?	Tem sido difícil dormir?	Has it been difficult to sleep?
3.	Have you been feeling tense?	Tem-se sentido preocupado(a)?	Have you been feeling anxious?
4.	Have you been feeling sad?	Tem-se sentido triste?	Have you been feeling sad?
5.	Have you been feeling panicky?	Tem sentido pânico?	Have you been feeling panicky?
6.	Have you been feeling hopeless?	Tem-se sentido sem esperança?	Have you been feeling hopeless?
7.	Have you felt disorientated (not quite sure where you are)?	Já se sentiu desorientado(a)? (sem ter bem a certeza de onde está)	Have you ever felt disorientated (not quite sure where you are)?
8.	Have you had hallucinations (seen or heard things you suspect were not really there)?	Teve alucinações (viu ou ouviu coisas que acha que não estavam lá)?	Have you ever had hallucinations (seen or heard things which you don't think were actually there)?
9.	Have you felt that people were <i>deliberately</i> trying to harm or hurt you?	Alguma vez sentiu que alguém estava a tentar prejudicá-lo(a) ou magoá-lo(a) de propósito?	Have you ever felt that someone was deliberately trying to harm or hurt you?
10.	Do upsetting memories of intensive care keep coming into your mind?	Vêm-lhe à memória episódios desagradáveis que viveu nos Cuidados Intensivos?	Do you often recall unpleasant events about your stay in Intensive Care?

Tal como demonstrado na tabela 3, dois doentes precisaram de explicação em relação à pergunta nº 5 (10%), quatro doentes tiveram dificuldade em entender a pergunta nº 8 (20%). Seis doentes responderam com dúvida (30%) e três não conseguiram responder à pergunta nº 10 (15%). As dúvidas foram manifestadas tanto verbalmente, em resposta à questão colocada “Teve dificuldade em responder ou perceber alguma das perguntas?”, como sugeridas por períodos de latência de resposta longos ou expressões faciais à medida que iam respondendo ao questionário, tendo o entrevistador tentado esclarecer as mesmas alterando a construção da pergunta ou explicando o seu significado.

Tabela 3. Desempenho de cada item no teste

Item	Responderam sem dúvida	Responderam com dúvida	Não responderam
1	100%	0%	0%
2	100%	0%	0%
3	100%	0%	0%
4	100%	0%	0%
5	90%	10%	0%
6	100%	0%	0%
7	100%	0%	0%
8	80%	20%	0%
9	100%	0%	0%
10	55%	30%	15%

Este teste foi realizado com a versão T3, que pode ser consultada no anexo 2. Dadas as dificuldades encontradas pelos doentes, foi realizada uma retrotradução para tentar identificar alguma discrepância no significado das questões, visto que, no estudo de validação original, nenhum dos participantes achou qualquer questão ambígua.

Após comparação da retrotradução com o questionário original e depois de se ter pedido opinião à autora do IPAT original, Dra Dorothy Wade, chegou-se à conclusão de que não havia alteração no sentido das questões. Assim sendo, um dos problemas que poderia estar a levar à não compreensão seria o facto de se ter realizado uma tradução muito literal ou com uma linguagem demasiado formal. Desta forma, procedeu-se à modificação de algumas questões de forma a torná-las mais concisas e compreensíveis para indivíduos de qualquer grau de escolaridade, mas tentando manter o significado conceptual, semântico e idiomático. Estas modificações basearam-se nas explicações que foram sendo dadas aos participantes quando não compreendiam alguma questão, tendo, portanto, sido alternativas aplicadas durante o teste piloto. As Figuras 1 a 4 mostram a versão T3 (aplicada no teste piloto) e a alteração para a versão T4 final (caixa a cor). As alterações foram aceites unanimemente pelo grupo que realizou a harmonização das duas traduções iniciais.

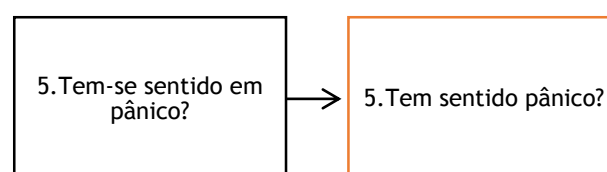


Figura 1. Item nº 5: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

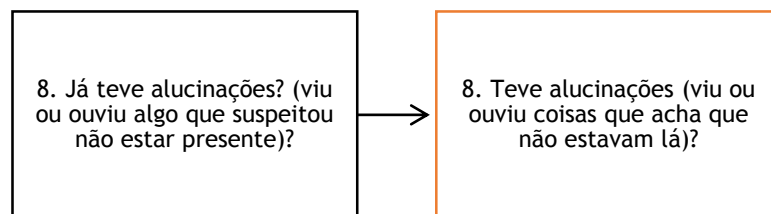


Figura 2. Item nº 8: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

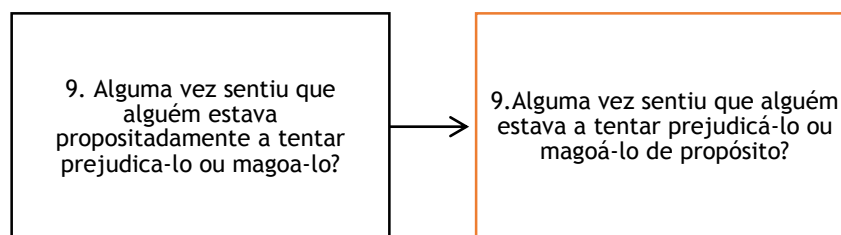


Figura 3. Item nº 9: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

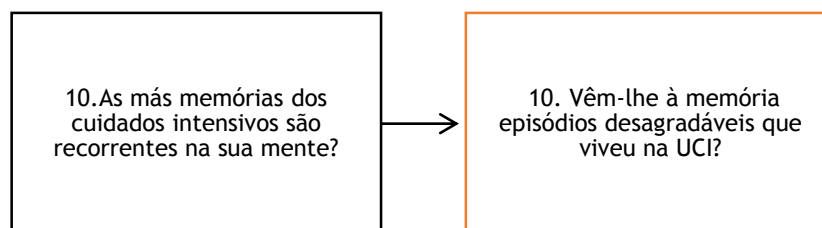


Figura 4. Item nº 10: Versão portuguesa T3 e versão T4- final (caixa a cor)

Tal como descrito no capítulo 3, a versão T4 foi seguidamente dada a um tradutor profissional para que realizasse uma nova retrotradução para a língua inglesa. Esta versão em Inglês R2, demonstrada nas tabelas 1 e 2 foi comparada com o IPAT original e enviada à autora para aprovação. Como a versão Inglês R2 nos pareceu equivalente em termos de significado, esta foi aceite como a versão final do IPAT.

O *Intensive Care Psychological Assessment Tool*- versão portuguesa é mostrado no anexo 4.

## 5. Discussão

Este estudo teve como principal objetivo a tradução e validação cultural e linguística de um instrumento de rastreio de doentes da UCI em sofrimento psicológico agudo e em risco de psicopatologia futura, construído e validado no Reino Unido, por Dorothy Wade e seus colaboradores<sup>(5)</sup>, numa população mista de doentes com um internamento nos Cuidados Intensivos superior a 48h.

O interesse da realização deste estudo prende-se com o grande impacto que a doença crítica e o internamento em CI têm a nível psicológico. Durante o internamento os doentes continuam a ter uma vida emocional, numa mistura de sonhos, ilusões e eventos reais. Os acontecimentos que experienciam e o próprio motivo de admissão podem ser considerados eventos traumáticos, o que por si só leva a um aumento do risco de desenvolvimento de morbilidade psicológica, como ansiedade, depressão e PSPT.

A literatura sugere que a identificação e intervenção precoces e dirigidas podem ser mais eficazes do que a disponibilização de recursos a todos os sobreviventes da doença crítica.<sup>(20, 29)</sup> Desta forma, um instrumento fácil de usar pelos profissionais de saúde que integram a equipa de CI e que ajude a identificar, durante o internamento, pacientes em risco de desenvolvimento de problemas psicológicos, pode facilitar a alocação de recursos no pós-UCI e mesmo permitir uma intervenção intra-UCI, aos que mais necessitam. O facto de os pacientes que tiveram alta demonstrarem sintomas residuais pode refletir uma oportunidade perdida de intervenção mais precoce e possivelmente mais eficaz.

Apesar deste conhecimento, segundo uma *guideline do National Institute of Clinical Excellence*,<sup>(4)</sup> existe uma falta de instrumentos práticos para identificar pacientes internados que se encontram em risco de recuperação e reabilitação deficientes. Assim, tornou-se fácil a seleção deste instrumento -o IPAT- face à inexistência de outros, criado com base na *guideline* referida anteriormente e que apresenta boas propriedades psicométricas.

O método utilizado para a tradução e adaptação cultural do IPAT foi o de tradução-retrotradução proposto pela *Task Force for Translation and Cultural Adaptation*.<sup>(28)</sup> Antecipando a iliteracia da população em estudo, foi solicitada uma tradução clara e compreensível, de forma a obter um questionário final que fosse entendido por uma pessoa com 12 anos de idade (equivalente ao sexto ano de escolaridade), já que é a recomendação geral para questionários.<sup>(27)</sup> Algumas palavras e expressões foram sujeitas a várias traduções, no sentido de manter o seu significado inteligível. Ainda com o mesmo objetivo e seguindo o método proposto por Wild et al<sup>(28)</sup>, procedeu-se a um teste piloto, em 20 doentes com as características da população do estudo de validação original.

Os doentes internados numa UCI apresentam características únicas, por se encontrarem numa situação de perigo de vida, em estado clínico instável, sujeitos a vários tipos de sedoanalgesia com durações indeterminadas e procedimentos invasivos, num ambiente estranho, barulhento e com pouca privacidade, levando a sensações de medo, finitude, dependência e falta de controlo. Tudo isto faz deles uma população de estudo muito complexa e distinta. Dada essa complexidade, por motivos relacionados com tempo disponível e ainda pelo facto de muitos dos doentes que se adequavam aos restantes critérios de inclusão ficarem internados por menos de 48 horas, foi decidida a realização do teste piloto numa fase mais inicial, de forma a obter respostas de uma amostra significativa. Este teste é de extrema importância pois as variações que existem a nível de cultura, vocabulário e experiências de vida podem alterar o significado entre o questionário original e o traduzido, deturpando, conseqüentemente, os resultados.

Após aplicação e análise do teste piloto, chegou-se à conclusão de que teriam de ser modificados alguns termos, pelo facto de estarem traduzidos de forma literal e/ou formal e não serem, portanto, de compreensão fácil. O último item (“Do upsetting memories of intensive care keep coming into your mind?”), foi o mais problemático, tendo sido várias vezes reestruturado até se chegar a uma versão mais simples de ser compreendida e que gerasse mais consenso. A tradução inicial deste item consistiu em “As más memórias dos cuidados intensivos são recorrentes na sua mente?”. Esta gerou bastante confusão entre os participantes, ao ponto de 3 (15%) deles não terem conseguido responder. Pensa-se que tal poderá ter acontecido por a questão estar formulada numa linguagem mais formal do que a linguagem corrente, pelo que optamos por utilizar uma frase que pensamos ser de melhor compreensão, nomeadamente: “Vêm-lhe à memória episódios desagradáveis que viveu na UCI?”. Outras questões foram apenas levemente alteradas, tal como se pode verificar nas figuras 1 a 3, incluindo a questão 9, que apesar de ter sido considerada clara por todos os participantes se optou por reescrever de um modo mais simplista. As alterações realizadas tiveram como objetivo que qualquer participante conseguisse compreender o sentido das questões, substituindo alguns termos por outros mais comuns na nossa linguagem, uma vez que o questionário tem como aplicação-alvo pessoas de diferentes níveis de escolaridade e cultura.

A validade do conteúdo foi avaliada por uma comissão tanto durante a síntese das duas primeiras traduções, como após a avaliação dos resultados do teste piloto, e durante o teste piloto, através da questão “Teve dificuldade em responder ou perceber alguma pergunta?”, que foi colocada a todos os participantes. Evitou-se a aplicação de um teste cognitivo pelas mesmas razões referidas anteriormente inerentes à população em estudo. Pensou-se que, neste caso, uma questão simples seria suficiente, até porque o preenchimento do questionário foi sempre acompanhado por um examinador, que se mostrou disponível para esclarecer qualquer dúvida. A referida comissão consistiu num grupo de indivíduos com diferenças tanto a nível de experiência profissional (área da saúde e área do ensino), como social e regional (zona do Norte e do Centro do país), de forma a colmatar a limitação de uma validação num único centro, pois o questionário final poderá ser usado em qualquer parte do território português.

O IPAT foi desenvolvido com o intuito de ser aplicado como questionário-entrevista por enfermeiros da UCI. Ao longo deste trabalho, pôde-se verificar que de facto, ter alguém a acompanhar a sua realização é a atitude mais prudente, pois permite o esclarecimento de dúvidas à medida que vão surgindo.

É relevante referir que três dos doentes entrevistados estavam incapacitados de comunicar verbalmente mas, ainda assim, conseguiram responder às questões, através de técnicas como apontar ou sinalizar de alguma forma quando o entrevistador lia a resposta pretendida. O facto de o paciente não conseguir falar não significa que não consiga comunicar, o que realça ainda mais a importância de se usar o IPAT como questionário-entrevista. Atendendo a que todos os doentes devem ser rastreados, independentemente da sua capacidade de falar ou escrever, a aplicação desta ferramenta torna-se fundamental para perceber, de uma forma relativamente fácil, até que ponto o indivíduo se encontra afetado pela sua estadia na UCI e quais os fatores que mais prejudicam o seu bem-estar.

Apesar de a versão original consistir em perguntas simples e compreensíveis, no processo de tradução certos itens podem tornar-se menos claros, principalmente se a tradução for literal. No entanto, visto tratar-se de um questionário já existente, nem sempre é possível alterar significativamente o enunciado de forma a abranger diferentes formas de compreensão e interpretação. É sempre muito importante ter em atenção o tipo de cultura onde será inserido o questionário e as opiniões e sugestões sobre os termos utilizados para que, desta forma, não venham mais tarde a surgir interpretações erradas devido ao vocabulário utilizado.

Naturalmente, este trabalho teve algumas limitações, não invalidando os resultados obtidos e as conclusões retiradas. Por motivos que se prenderam com a metodologia e com o tempo disponível, não foi possível uma segunda validação de conteúdo na população dos cuidados intensivos (ou seja, um 2º teste piloto) ou através de profissionais de saúde que interajam com estes doentes no dia-a-dia, para avaliar a compreensão da versão final de uma forma mais correta. Outra limitação foi a não obtenção de dados relativamente à escolaridade dos doentes abordados, pelo que não se tem a noção da heterogeneidade da amostra, neste sentido. No entanto, o questionário foi elaborado de forma a ser o mais simples possível, para facilitar uma melhor compreensão.

Denote-se que a tradução é apenas o primeiro passo de um processo de adaptação e validação cultural, de um questionário deste género em Portugal. No futuro, espera-se dar continuidade a este trabalho elaborando um projeto para chegar à validação psicométrica do questionário na língua portuguesa. Desta forma, pretende-se que este instrumento permita conhecer quais os doentes em sofrimento agudo e em risco de psicopatologia e, ainda, quais os principais desencadeantes, o que poderá levar à adoção de medidas de prevenção e de apoio aos que necessitam. Espera-se, com este trabalho, contribuir para um melhor cuidado do doente crítico, de forma holística. Melhorar os resultados psicológicos, e não apenas fisiológicos, dos doentes

tratados numa UCI deve ser um desafio e objetivo comum a todos os que se preocupam e trabalham com o doente crítico.

## 6. Conclusão

Após quatro versões em língua portuguesa e duas versões em inglês, obteve-se a versão portuguesa do IPAT que foi alvo de validação numa população de doentes internados na UCI. Esta versão apresenta boa equivalência a nível literal e conceptual, tendo-se mostrado de boa compreensão, simples e rápido de responder, pelo que, após uma validação mais aprofundada poderá vir a comprovar-se uma ferramenta de rastreio útil.

## Bibliografia

1. Penedo JMVS, Ribeiro AAB, Lopes HARC, Pimentel JMPC, Pedrosa JAGPS, Sá RAMV, et al. Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Relatório Final. Diário da República nº 59, 2ª série: Ministério da Saúde; 2013.
2. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intens Care Med.* 2009;35(5):796-809.
3. Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocq R, MacGillivray S, et al. Diaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;12:CD010468.
4. Tan T, Brett SJ, Stokes T, Guideline Development G. Rehabilitation after critical illness: summary of NICE guidance. *Bmj.* 2009;338:b822.
5. Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone EE, Mythen MG, Howell DC, et al. Detecting acute distress and risk of future psychological morbidity in critically ill patients: validation of the intensive care psychological assessment tool. *Crit care.* 2014;18(5):519.
6. Faria RS, Moreno RP. Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(2):137-47.
7. Wade D, Hardy R, Howell D, Mythen M. Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anesthesiol.* 2013;79(8):944-63.
8. Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007;51(6):671-8.
9. Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, Gager M, Roughton S, Smith A, et al. The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *Bmj.* 2009;339:b3723.
10. Myhren H, Ekeberg O, Toien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care.* 2010;14(1):R14.
11. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A, et al. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care.* 2005;9(2):R96-109.

12. Khitab A, Reid J, Bennett V, Adams GC, Balbuena L. Late onset and persistence of post-traumatic stress disorder symptoms in survivors of critical care. *Can Respir J*. 2013;20(6):429-33.
13. Wade DM, Howell DC, Weinman JA, Hardy RJ, Mythen MG, Brewin CR, et al. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2012;16(5):R192.
14. Pouwer F, Beekman AT, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 2006;60(2):235-40.
15. Hatch R, McKechnie S, Griffiths J. Psychological intervention to prevent ICU-related PTSD: who, when and for how long? *Crit Care*. 2011;15(2):141.
16. Gardner AJ, Griffiths J. Propranolol, post-traumatic stress disorder, and intensive care: incorporating new advances in psychiatry into the ICU. *Crit Care*. 2014;18(6):698.
17. Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone EE, Mythen MG, Howell DC, et al. The Intensive Care Psychological Assessment Tool (form) 2015 [updated 2015 Jan; cited 2016 May]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/271211034\\_The\\_Intensive\\_Care\\_Psychological\\_Assessment\\_Tool\\_form](https://www.researchgate.net/publication/271211034_The_Intensive_Care_Psychological_Assessment_Tool_form).
18. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306.
19. Karnatovskaia LV, Johnson MM, Benzo RP, Gajic O. The spectrum of psychocognitive morbidity in the critically ill: a review of the literature and call for improvement. *J Crit Care*. 2015;30(1):130-7.
20. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin O, Sackey PV. Developing an early screening instrument for predicting psychological morbidity after critical illness. *Crit Care*. 2013;17(5):R210.
21. Badia-Castelló M, Trujillano-Cabello J, Serviá-Goixarta L, March-Llanesb J, Rodríguez-Pozoa A. Recuerdos y memoria del paciente crítico a largo plazo. Desarrollo de estrés postraumático. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(15):6.
22. Shinotsuka CR, Serafim RB. Sedation and memories in critical care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(2):81-2.

23. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intens Care Med.* 1997;23(12):1282-5.
24. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Fifth ed: American Psychiatric Publishing; 2013.
25. Carvalho AA, Mateus P, Xavier M. PORTUGAL. *Saúde Mental em números - 2014.* Lisboa: DGS, Programa nacional para a saúde mental; 2014
26. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Tzavellas E, Karaiskos D, Ilias I, Kokras N. Increased comorbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2014;18(1):25-31.
27. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186-91.
28. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health.* 2005;8(2):94-104.
29. Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care.* 2011;15(1):R41.



## **Anexos**



## Anexo 1

### Questionário Intensive Care Psychological Assessment Tool- Versão original. Retirado de (17).

Date and time: \_\_\_\_\_  
Patient's name: \_\_\_\_\_

Patient's hospital number: \_\_\_\_\_  
Assessor's name: \_\_\_\_\_

#### Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT)

© University College London Hospitals NHS Foundation Trust

I would like to ask you some questions about your stay in Intensive care, and how you've been feeling in yourself. These feelings can be an important part of your recovery. To answer, please circle the answer that is closest to how you feel, or answer in any way you are able to (e.g. by speaking or pointing.)

	Since you've been in intensive care:	A	B	C
1	Has it been hard to communicate?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
2	Has it been difficult to sleep?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
3	Have you been feeling tense?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
4	Have you been feeling sad?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
5	Have you been feeling panicky?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
6	Have you been feeling hopeless?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
7	Have you felt disorientated (not quite sure where you are)?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
8	Have you had hallucinations (seen or heard things you suspect were not really there)?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
9	Have you felt that people were <i>deliberately</i> trying to harm or hurt you?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
10	Do upsetting memories of intensive care keep coming into your mind?	No	Yes, a bit	Yes, a lot

Do you have any comments to add in relation to any of the answers?

---



---

#### SCORING

Any answer in column A = 0 points

Any answer in column B = 1 point

Any answer in column C = 2 points

Sum up the scores of each item for a total I-PAT score out of 20

Cut-off point  $\geq 7$  - indicates patient at risk

## Anexo 2

### Versão T3 aplicada no teste piloto

# Questionário IPAT (Ferramenta de avaliação psicológica nos Cuidados Intensivos)

Este questionário avalia potencial stress e seus desencadeantes em doentes internados na UCI.

Dizer ao doente que irá fazer-lhe algumas perguntas acerca do seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e sobre como se tem sentido. O que tem sentido poderá ser importante na sua recuperação. Para responder basta circular a resposta que melhor descreve como se sente, ou responda da forma que conseguir, por exemplo, falando ou apontando.

Desde que está internado na UCI			
1.Tem tido dificuldade em comunicar?	Não	Sim, um pouco	Sim, muita
2.Tem sido difícil dormir?	Não	Sim, um pouco	Sim, muita
3.Tem-se sentido tenso/preocupado?	Não	Sim, um pouco	Sim, muito
4.Tem-se sentido triste?	Não	Sim, um pouco	Sim, muito
5.Tem-se sentido em pânico?	Não	Sim, um pouco	Sim, muito
6.Tem-se sentido sem esperança?	Não	Sim, um pouco	Sim, muito
7.Já se sentiu desorientado? (não tendo bem a certeza onde está)	Não	Sim, um pouco	Sim, muito
8.Já teve alucinações (viu ou ouviu algo que suspeitou não estar presente)?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas/os
9.Alguma vez sentiu que alguém estava propositadamente a tentar prejudica-lo ou magoa-lo?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
10.As más memórias dos cuidados intensivos são recorrentes na sua mente?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes

#### Critérios de inclusão:

- Estadia na UCI por pelo menos 48 horas
- Capacidade de comunicação compreensível
- Doente consciente e alerta no momento da avaliação (score da Escala de Coma de Glasgow = 15 – abre olhos espontaneamente, orientado, obedece a estímulos verbais)
- Idade >18 anos

#### Critérios de exclusão:

- Pacientes continuamente confusos
- Score da Escala de Coma de Glasgow < 15
- Delírio no momento da avaliação
- Disfunção neurológica grave

Por favor, especificar em que dia de internamento foi realizado este questionário.

## Anexo 3

Retrotradução da versão T4 pelo Dr. Rúben Alvim.

# IPAT Questionnaire (Intensive Care Psychological Assessment Tool)

I would like to ask you a few questions about your time in Intensive Care and how you've been feeling. What you experienced can be important to your recovery. To answer, just circle the response that best fits how you feel, or answer in any way you are able to (e.g. by speaking or pointing).

Your full name: \_\_\_\_\_

Date and hour: \_\_\_\_\_

Since you've been in Intensive Care	A	B	C
1. Have you had trouble in communicating?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
2. Has it been difficult to sleep?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
3. Have you been feeling anxious?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
4. Have you been feeling sad?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
5. Have you been feeling panicky?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
6. Have you been feeling hopeless?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
7. Have you ever felt disorientated (not quite sure where you are)?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
8. Have you ever had hallucinations (seen or heard things which you don't think were actually there)?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
9. Have you ever felt that someone was deliberately trying to harm or hurt you?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often
10. Do you often recall unpleasant or disturbing events about your stay in Intensive Care?	No	Yes, sometimes	Yes, quite often

Would you like to make any comment about any answer?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Scoring:

Any answer in column A: 0 points

Any answer in column B: 1 point

Any answer in column C: 2 points

Maximum score of 20 points.

A score  $\geq 7$  indicates the patient is at risk.

## Anexo 4

### IPAT versão portuguesa (T4).

#### Questionário IPAT (Ferramenta de avaliação psicológica nos Cuidados Intensivos)

Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas acerca do seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e sobre como se tem sentido. O que tem sentido poderá ser importante na sua recuperação. Para responder basta circular a resposta que melhor descreve como se sente, ou responda da forma que conseguir, por exemplo, falando ou apontando.

Identificação do Paciente: \_\_\_\_\_

Data e hora: \_\_\_\_\_

Desde que está internado na UCI	A	B	C
1. Tem tido dificuldade em comunicar?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
2. Tem sido difícil dormir?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
3. Tem-se sentido preocupado(a)?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
4. Tem-se sentido triste?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
5. Tem sentido pânico?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
6. Tem-se sentido sem esperança?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
7. Já se sentiu desorientado(a)? (sem ter bem a certeza de onde está)	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
8. Teve alucinações (viu ou ouviu coisas que acha que não estavam lá)?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
9. Alguma vez sentiu que alguém estava a tentar prejudicá-lo(a) ou magoá-lo(a) de propósito?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes
10. Vêm-lhe à memória episódios desagradáveis que viveu nos Cuidados Intensivos?	Não	Sim, às vezes	Sim, muitas vezes

Gostaria de fazer algum comentário em relação a alguma das respostas?

---

---

**PONTUAÇÃO:**

Qualquer resposta na coluna A: 0 pontos

Qualquer resposta na coluna B: 1 ponto

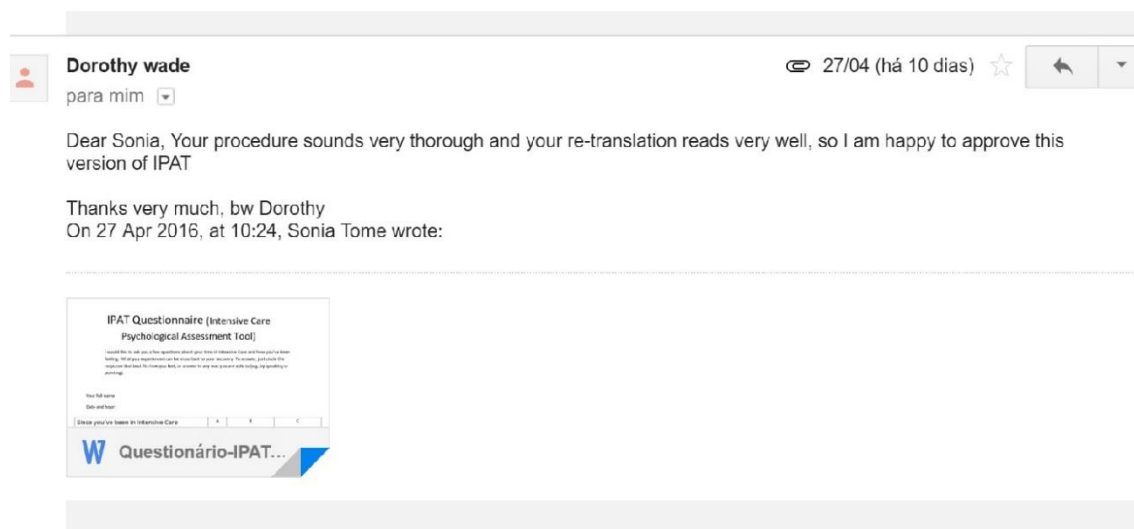
Qualquer resposta na coluna C: 2 pontos

Pontuação máxima de 20 pontos.

Pontuação  $\geq 7$  indica um paciente em risco.

## Anexo 5

Resposta da autora (Dra. Dorothy Wade) ao pedido de aprovação do IPAT versão portuguesa.



The screenshot shows an email interface. At the top, the sender is identified as 'Dorothy wade' with a profile icon, and the recipient is 'para mim'. The email is dated '27/04 (há 10 dias)'. The main body of the email contains the following text:

Dear Sonia, Your procedure sounds very thorough and your re-translation reads very well, so I am happy to approve this version of IPAT

Thanks very much, bw Dorothy

On 27 Apr 2016, at 10:24, Sonia Tome wrote:

Below is a thumbnail of the IPAT Questionnaire (Intensive Care Psychological Assessment Tool) document. The document is a PDF file and contains the full text of the questionnaire. The thumbnail shows the title 'IPAT Questionnaire (Intensive Care Psychological Assessment Tool)' and a logo for 'Questionário-IPAT...'.