



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOYCE MINÁ ALBUQUERQUE COELHO

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *SPINAL CORD INJURY*
SECONDARY CONDITIONS SCALE

FORTALEZA

2015

JOYCE MINÁ ALBUQUERQUE COELHO

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *SPINAL CORD INJURY*
SECONDARY CONDITIONS SCALE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar da Promoção de Saúde.

Área temática: Enfermagem Neurológica: do cuidado à autonomia

Orientadora: Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C617t Coelho, Joyce Miná Albuquerque.
Tradução e adaptação transcultural da *spinal cord injury secondary conditions scale*/ Joyce Miná Albuquerque Coelho. – 2015.
158 f.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de concentração: Enfermagem Neurológica.
Orientação: Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.
1. Traumatismos da Medula Espinal. 2. Enfermagem. 3. Avaliação em Saúde. 4. Escalas. I.
Título.

CDD 610.73

JOYCE MINÁ ALBUQUERQUE COELHO

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *SPINAL CORD INJURY*
SECONDARY CONDITIONS SCALE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – Orientadora
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Arménio Guardado Cruz - 1º Membro
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnfC/Portugal

Prof^ª Dr^ª Mônica Oliveira Batista Oriá - 2º membro
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª Dr^ª Lúcia de Fátima da Silva – Membro Suplente
Universidade Estadual do Ceará – UECE

A Deus, pois sem a presença Dele na minha vida nada seria possível.

Aos meus pais, Júlio César e Gilce Maria, que me educaram e estiveram comigo em todos os momentos, apoiando e incentivando.

Ao meu noivo, Marcelo Oliveira, pela paciência, e palavras de estímulo durante todo esse tempo.

À todas as pessoas vítimas de Lesão Medular Traumática e seus familiares, que enfrentam imensas dificuldades no seu dia a dia e precisam muito de compreensão e dedicação.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço primeiramente a Deus pela sua infinita sabedoria, bondade e misericórdia. Por ter me feito capaz de chegar à conclusão dessa pesquisa e por me conceder o dom de exercer a enfermagem com amor.

Aos meus amados pais, Júlio César e Gilce Maria, que foram verdadeiramente educadores, ensinando-me os caminhos do bem. Tudo que sou hoje devo à vocês e carregarei comigo a imensa vontade e responsabilidade de ser como vocês.

Ao Marcelo Oliveira, noivo e melhor amigo, pela compreensão, incentivo e por estar ao meu lado, acreditando em meus sonhos e ideais. Obrigada pelas orações e abraços consoladores, sem você eu não teria conseguido.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Prof^a Dr^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, que contribuiu de forma concreta na minha formação acadêmica. Confiou e acreditou em mim desde à época da graduação, incentivando-me a ser uma profissional melhor a cada dia. Agradeço imensamente os ensinamentos, que me farão exercer minha profissão com mais amor e ética. Obrigada, sobretudo, por acreditar em uma enfermagem forte, com a criação e coordenação de um grupo de pesquisa e extensão que, ao longo dos seus 10 anos de existência, tanto contribuiu para o fortalecimento da enfermagem neurológica no Ceará, o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN). Sua ousadia e sonhos nos inspiram a buscar ser profissionais mais capacitados e comprometidos com a nossa profissão. Meus sinceros agradecimentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação na pessoa da Coordenadora Profa. Dra. Ana Karina Bezerra pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos profissionais.

Aos professores do programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará por todo o apoio e ensinamentos dedicados.

Aos funcionários do departamento de enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por fazerem dessa universidade um espaço agradável, acolhedor e organizado.

Aos membros da minha banca, Dr. Arménio Guardado Cruz, Dr^a. Mônica Batista Oriá e Dr^a Lúcia de Fátima da Silva, exemplos de professores competentes e enfermeiros exemplares, pelos ensinamentos, atenção e contribuições no aprimoramento dessa pesquisa.

À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico (FUNCAP) pelo incentivo financeiro em forma de bolsa de Mestrado para o bom andamento desse estudo.

Agradeço a minha família pelo apoio constante, força e incentivo ao longo da minha caminhada acadêmica.

Agradeço às grandes amizades compartilhadas ao longo desta caminhada, em especial aos meus colegas do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN/UFC) e aos da turma de Mestrado UFC 2013, pelos momentos singulares que vivenciamos de aprendizagem e confraternização.

Aos meus amigos, em especial à Raelly Ramos, que esteve comigo em todos os momentos, apoiando-me na realização dos meus sonhos.

Ao Centro de Profissionalização da Pessoa com Deficiência, em especial ao coordenador de esportes Lídio, por ter me acolhido tão bem para captação dos participantes com lesão medular.

Aos enfermeiros especialistas, que prontamente colaboraram como juízes na etapa de validação de conteúdo, pelas valiosas contribuições.

Ao Abel Brasil, estatístico, pelo seu empenho e dedicação que muito contribuiu no aprimoramento dessa pesquisa.

A todos aqueles que participaram, direta ou indiretamente, dessa pesquisa. Tradutores, especialistas e pessoas com lesão medular, participantes desse estudo, meus sinceros agradecimentos.

Enfim, a todos que fizeram parte dessa construção e me deram força para que eu empreendesse essa jornada, meu muito obrigada!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

O estudo objetivou traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Trata-se de um estudo metodológico, realizado em seis fases, a saber: tradução inicial, síntese da tradução, tradução de volta à língua original, revisão por comitê de juízes especialistas da área, pré-teste da versão traduzida e validação de conteúdo. Os participantes do estudo foram cinco tradutores e cinco juízes na etapa de tradução e adaptação, e o pré-teste foi realizado em 30 pessoas com lesão medular traumática em domicílio, por meio da utilização de dois instrumentos: o formulário de caracterização sociodemográfica e clínica, e a aplicação da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* – versão traduzida. Após a adaptação transcultural realizou-se a validação de conteúdo utilizando o julgamento dos itens por 17 especialistas da área de lesão medular. Para a análise dos dados da tradução e adaptação transcultural foram utilizados quadros e realizada a análise descritiva. Os dados sociodemográficos do pré-teste foram compilados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0, e apresentado em forma de tabelas. Para a análise da concordância dos juízes utilizaram-se cálculos estatísticos como o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente *kappa*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará, com o parecer nº 562.694. Os resultados mostram que nas duas versões iniciais, T1 e T2, não houve diferenças significativas entre as traduções. Na síntese da tradução, o tradutor contemplou a maioria dos itens da T1. Na etapa da *back translation*, a tradução não possuiu disparidade do questionário original, ficando as diferenças a cargo da utilização de sinônimos. Na etapa da revisão pelo comitê de juízes aconteceu uma reunião visando a avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual de cada item do questionário, de modo a se conhecer e solucionar todas as incoerências das traduções anteriores. Assim, obteve-se a versão pré-final da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* – versão traduzida. Em seguida a escala foi aplicada no pré-teste em pacientes com lesão medular e alguns termos foram esclarecidos a fim de compor a versão final. Na análise de conteúdo o IVC foi de 0,95 e, dos valores individuais, apenas um dos itens obteve IVC abaixo do recomendado. No entanto, o instrumento foi considerado válido no conteúdo. Concluiu-se que a versão traduzida da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* é um instrumento confiável, claro e compreensível, capaz de avaliar as condições secundárias da lesão medular. Com este estudo os profissionais de saúde disporão de uma escala para melhor avaliação de saúde, possibilitando o planejamento de intervenções e prestação de cuidados. Auxiliará, também, a ampliação do conhecimento da comunidade científica.

Palavras- chave: Traumatismos da Medula Espinal. Enfermagem. Avaliação em Saúde. Escalas.

ABSTRACT

This study aimed to translate and culturally adapt to Standard Portuguese Language of Brazil to Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale. This is a methodological study conducted in six phases, namely: initial translation, translation synthesis, back translation to the original language, committee review of expert judges of the area, translated version pretest and content validation. Study participants were five translators and five judges in translation and adaptation phase and the pre-test was performed at home on 30 people with traumatic spinal cord, with two instruments: social-demographic and clinical characterization forms and the application of Spinal Cord Injury Scale Secondary Conditions - Translated version. After the cross-cultural adaptation the content validation was held using the trial of items by 17 experts in the field of spinal cord injury. In order for the analysis of the data translation and cultural adaptation were used frames and a descriptive analysis was carried out. The social-demographic data of the pre-test were compiled and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.0, and presented in tables. In order for the analysis of the judges' agreement statistical calculations as the Content Validation Index (CVI) and the kappa coefficient was used. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, with opinion No. 562,694. The results show that in the first two versions, T1 and T2, there were not significant differences between translations. In summary translation, the translator achieved the most items of T1. In the phase back translation, the translation did not have significant differences of the original questionnaire, being the differences in charge of the use of synonyms. In the review phase by the judges' committee, there was a meeting to evaluate the semantic, idiomatic, experimental and conceptual of each questionnaire item in order to identify and resolve all inconsistencies of previous translations, thus the pre version Spinal Cord Injury artwork of Secondary Conditions Scale - Translated version was concluded. Then the scale was applied in the pre-test in patients with spinal cord injury and some terms were further clarified in order to produce the final version. At the content analysis the CVI was 0.95, and the individual values, only one of the items had CVI below the recommended, however the instrument was properly considered valid in the content. The conclusion, therefore, was that the translated version of Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale is a reliable, clear and comprehensive instrument to assess the secondary conditions of spinal cord injury. With this study, health professionals will have a scale to better health assessment, enabling the planning of interventions and care, whereas also assist in the expansion of the scientific community knowledge.

Key words: Spinal Cord Injuries. Nursing. Health Evaluation. Scales.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo traducir y adaptar culturalmente al portugués de Brasil la *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Se trata de un estudio metodológico llevado a cabo en seis fases, a saber: traducción inicial, síntesis de traducción, traducción de vuelta al idioma original, la revisión del comité de jueces expertos de la área, versión de test previo traducida y validación del contenido. Los participantes del estudio fueron cinco traductores y cinco jueces de la traducción y la adaptación a paso y el test previo se realizó en 30 personas con lesiones de la médula espinal en sus residencias, a través del uso de dos instrumentos: formulario de características sociodemográfica y clínica y la aplicación de la *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* - Versión traducida. Después de la adaptación transcultural se celebró en la validación del contenido mediante el juicio de los artículos por 17 expertos en la área de lesión de la médula espinal. Para el análisis de la traducción de los datos y la adaptación transcultural se utilizaron marcos y llevó a cabo un análisis descriptivo. Los datos demográficos de los testes previos fueron compilados y analizados mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0, y se presentan en tablas. Para el análisis de concordancia de los jueces fue utilizado cálculos estadísticos como el Contenido de Validación Index (CVI) y el coeficiente kappa. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, con opinión N° 562.694. Los resultados muestran que en el primero dos versiones, T1 y T2, no se encontraron diferencias significativas entre las traducciones. En la síntesis de la traducción, el traductor logro la mayoría de los artículos de la T1. En la etapa *back translation*, la traducción no poseía disparidad del cuestionario original, siendo las diferencias en la carga del uso de sinónimos. En la etapa de revisión por parte del comité de jueces, se realizó una reunión para evaluar las equivalencias semántica, idiomática, experimental y conceptual de cada ítem del cuestionario, con el fin de conocer y resolver todas las incoherencias de traducciones anteriores y así obtenido la versión semifinal de la *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* - Versión traducida. Entonces la escala fue aplicada en el test previo en pacientes con lesión de la médula espinal y algunos términos se aclararon con el fin de producir la versión final. El análisis de contenido CVI fue de 0,95, y los valores individuales, sólo uno de los elementos obtenidos CVI quedose abajo de la recomendada, sin embargo, el instrumento fue debidamente considerado válido en el contenido. La conclusión, por tanto, es que la versión traducida de *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* es un instrumento fiable, claro y completo para evaluar las condiciones secundarias de lesión de la médula espinal. Con este estudio, los profesionales sanitarios tendrán una escala para una mejor evaluación de la salud, lo que permite la planificación de las intervenciones y la atención, mientras que ayudar también en la expansión del conocimiento de la comunidad científica.

Palabras clave: Traumatismos de la Médula Espinal. Enfermería. Evaluación en Salud. Escala.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** Histograma do total do paciente na escala *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* – Versão traduzida (SCI-SCS) 71

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Adaptação da representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural	36
Quadro 1	Comparativo entre as traduções da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i>	46
Quadro 2	Comparativo entre a versão original e as <i>back translations</i> 1 e 2 da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i>	51
Quadro 3	Comparativo entre a versão traduzida e a versão pré-final da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i>	62
Quadro 4	Respostas dos especialistas com relação aos critérios compreensão, relação e relevância.	73
Quadro 5	Respostas dos especialistas com relação ao critério grau de relevância.	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Escala de concordância para os valores de Kappa	56
Tabela 2	Distribuição das respostas em TMA e/ou TA para os quesitos ortografia, vocabulário, gramática, idiomática, experimental e conceitual.	57
Tabela 3	Distribuição das avaliações dos itens pelos juízes quanto a equivalência semântica da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i>	57
Tabela 4	Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência semântica – ortografia, segundo a estatística Kappa (κ)	58
Tabela 5	Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência semântica - vocabulário, segundo a estatística Kappa (κ).	58
Tabela 6	Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência semântica - gramática, segundo a estatística Kappa (κ).	58
Tabela 7	Distribuição das avaliações dos itens pelos juízes quanto a equivalência idiomática, experimental e conceitual da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i>	59
Tabela 8	Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência idiomática, segundo a estatística Kappa (κ)	60
Tabela 9	Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência experimental, segundo a estatística Kappa(κ)	60
Tabela 10	Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência conceitual, segundo a estatística Kappa(κ)	61
Tabela 11	Nível de concordância entre os juízes segundo o índice de correlação intraclasse	62
Tabela 12	Características sociodemográficas das pessoas com lesão medular traumática.	67
Tabela 13	Características clínicas das pessoas com lesão medular traumática.	68
Tabela 14	Respostas dos pacientes à <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i> –Versão traduzida (SCI-SCS).	69
Tabela 15	Índice de Validade de Conteúdo para os critérios compreensão, relação, relevância e grau de relevância.	75
Tabela 16	Nível de concordância entre os especialistas na etapa de validação de conteúdo	76

LISTA DE ABREVIATURAS

ASIA	<i>American Spinal Injury Association</i>
BT1	<i>Back Translation 1</i>
BT2	<i>Back Translation 2</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
DENF	Departamento de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
FACIT	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy</i>
ITU	Infecções do Trato Urinário
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
LMT	Lesão Medular Traumática
MIF	Medida de Independência Funcional
NUPEN	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCI-SCS	<i>Spinal Cord Injury Secondary Condition Scale</i>
SCQ	<i>Secondary Conditions Questionnaire</i>
TRM	Trauma Raquimedular
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Síntese das Traduções 1 e 2
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPP	Úlceras por pressão
PAF	Perfuração por arma de fogo
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
3.1 Condições secundárias à lesão medular traumática.....	23
3.2 O uso de instrumentos de avaliação no contexto da lesão medular no Brasil.....	31
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Tipo de Estudo.....	34
4.2 Local do estudo.....	34
4.3 População e Amostra.....	34
4.4. Coleta de dados.....	35
4.4.1. I Etapa: Tradução e adaptação transcultural.....	35
4.4.1.1 Fase 1 – Tradução.....	36
4.4.1.2 Fase 2 – Síntese.....	37
4.4.1.3 Fase 3 – Tradução de volta ao idioma original (Back translation).....	38
4.4.1.4 Fase 4 – Análise pelo comitê de juízes.....	38
4.4.1.5 Fase 5 – Pré-teste.....	40
4.4.2 II Etapa: Validação de Conteúdo.....	41
4.5 Análise dos dados.....	42
4.6 Aspectos éticos na pesquisa.....	44
5 RESULTADOS.....	45
5.1 Adaptação transcultural da Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale.....	45
5.1.1. Tradução, síntese e back translation.....	45
5.1.2. Revisão pelo Comitê de Juízes.....	54

5.1.3. Pré-teste da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i> - Versão traduzida	66
5.1.4. Validação de conteúdo da <i>Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale</i> - Versão traduzida.....	73
6 DISCUSSÃO.....	77
7 CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A – TRADUÇÃO 1 (T1)	100
APÊNDICE B – TRADUÇÃO 2 (T2)	102
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRADUTORES.....	104
APÊNDICE D - MODELO DE RELATÓRIO PARA TRADUTORES.....	105
APÊNDICE E – SÍNTESE DAS TRADUÇÕES 1 E 2 (T12)	106
APÊNDICE F - MODELO DE RELATÓRIO PARA TRADUTOR DA SÍNTESE	108
APÊNDICE G – BACK-TRANSLATION 1 (BT1)	108
APÊNDICE H – BACK TRANSLATION 2 (BT2).....	110
APÊNDICE I - CARTA-CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS.....	113
APÊNDICE J – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE PARA OS JUÍZES – FASE DE ADAPTAÇÃO	114
APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUIZ	136
APÊNDICE L – VERSÃO PRÉ-FINAL DA <i>SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE</i>	137
APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES	139
APÊNDICE N – CARTA CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS – FASE DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	141
APÊNDICE O – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELOS ESPECIALISTAS	143

APÊNDICE P – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTAS – FASE DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	149
APÊNDICE Q – VERSÃO APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA <i>SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE</i> - VERSÃO TRADUZIDA	150
ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA O USO DA <i>SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE</i>	152
ANEXO B – <i>SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE (SCI-SCS)</i>	153
ANEXO C - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	155
ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	156
ANEXO E: ATESTADO DE REVISÃO VERNACULAR	158

1 INTRODUÇÃO

A Lesão Medular Traumática (LMT) é uma condição ocasionada pela agressão à medula espinhal, constituindo-se uma grave e incapacitante síndrome neurológica caracterizada pela perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou da sensibilidade em consequência da morte dos neurônios da medula espinhal (BRASIL, 2012). Ocorre, portanto, uma ruptura da ligação entre os axônios de origem cerebral e suas conexões, o que faz com que todas as partes do corpo abaixo da lesão fiquem sem comunicação, resultando em diferentes níveis de comprometimento neurológico (BRUNOZI *et al.*, 2011).

As causas mais comuns de LMT incluem acidentes automobilísticos, lesões por arma de fogo, quedas, mergulhos, atos de violência, lesões desportivas, entre outras (RABEH; CALIRE, 2010). Estima-se que para a população mundial, cerca de 20 a 40 indivíduos/milhão/ano são portadores de LMT, sendo os jovens os mais atingidos, especialmente os do sexo masculino e com menor grau de escolaridade. No Brasil, as estatísticas apontam para a existência de cerca de 130.000 pessoas com lesão medular (BRUNOZI *et al.*, 2011; VALL *et al.*, 2011).

Conforme Coura (2012), a incidência de agravos externos, incluindo a lesão medular, está sendo elevada em consequência do aumento do número de acidentes com automóveis e motocicletas, bem como da violência urbana. É, portanto, um problema de saúde pública.

O custo anual para tratamento da lesão medular no Brasil é estimado em 300 milhões de dólares. Esse valor é crescente devido ao aumento da expectativa de vida do portador de lesão medular e ao surgimento de agravos secundários ao trauma (FAVA, 2011).

Por se tratar de uma situação que surge de forma abrupta e em pessoas que até sofrerem o trauma estavam hígdas, a nova realidade implica sentimento de perda em todos os campos da vida e consequentes alterações corporais, emocionais e espirituais que necessitam da atenção da enfermagem (AMARAL, 2009).

A *American Spinal Injury Association* (ASIA, 2013) classifica as lesões à medula espinhal, quanto à sua extensão, em completas, quando não há manifestação de atividade sensitiva e motora voluntária abaixo do nível da lesão; e incompletas, quando pode haver alguma sensibilidade e/ou motricidade preservada. Os *déficits* neurológicos variam, portanto, em cada caso, cabendo uma avaliação detalhada das potencialidades de cada indivíduo.

Conforme a altura do dano à medula espinhal, as lesões podem ser denominadas tetraplegias e paraplegias. A primeira engloba os danos nos segmentos cervicais da medula, com prejuízo no controle dos membros superiores, inferiores e do tronco. A paraplegia, por sua vez, manifesta-se quando ocorre o comprometimento dos segmentos torácicos, lombares e sacrais ocasionando danos funcionais nos membros inferiores e no tronco (VERA, 2012).

Na fase inicial da LMT ocorrem manifestações clínicas decorrentes do choque medular, caracterizados como paralisia flácida e bexiga e intestino neurogênicos. Esse quadro evolui progressivamente para uma fase de automatismo medular, quando não se tem a visão exata do tipo de lesão. Através do exame neurológico detalhado e dos demais exames clínicos e de imagem é possível estabelecer o prognóstico e se propor o plano de reabilitação centrado na individualidade (BRUNOZI *et al.*, 2011).

Além das alterações clássicas da lesão medular alguns indivíduos manifestam, de maneira particular, danos secundários ao trauma. Estes costumam comprometer desde a saúde até o bem-estar emocional e a participação na comunidade, afetando, conseqüentemente, a qualidade de vida dos indivíduos. Entende-se por condições secundárias as complicações adicionais vividas por uma pessoa com deficiência. Elas mantêm relação com o comprometimento primário, porém o seu surgimento é posterior (CAVALCANTE; CARVALHO; GARCIA, 2013; SEEKINGS; RAVESLOOT, 2000).

Para Richards *et al.* (2004), a lesão medular é uma condição crônica que expõe a pessoa ao risco de comprometimentos secundários elevados durante toda a sua vida e, muitas vezes, esse risco aumenta com o tempo. A incidência, a prevalência e os fatores de risco de todas as condições secundárias não são conhecidos e avaliados em detalhes, contudo já foram descritos mais de 30 acometimentos nos indivíduos com trauma medular.

Dentre os danos secundários mais comuns referendados pela literatura estão as Úlceras Por Pressão (UPP), os problemas respiratórios e geniturinários, a espasticidade, a dor e a disreflexia autonômica, fatores responsáveis pelos vários casos de reinternação hospitalar e atrasos nos programas de reabilitação (KALPAKJIAN *et al.*, 2007).

O estudo de Soden *et al.* (2000) mostra as principais causas de morte na população acometida por Trauma Raquimedular (TRM) em uma série de 195 casos, indicando que as doenças do sistema respiratório (pneumonia e influenza), a septicemia, o câncer, o infarto do miocárdio, as doenças do sistema urinário e o suicídio são as causas mais comuns, evidenciando, portanto, que as condições secundárias estão entre as mais prevalentes. Esse fato denota a importância da identificação dos fatores de risco para agravos, bem como o diagnóstico e tratamento precoce dos distúrbios apresentados.

A utilização de instrumentos que meçam o comprometimento secundário da lesão medular permite aos profissionais da saúde, em especial aos de enfermagem, avaliar os domínios de saúde mais afetados após o dano, possibilitando, assim, o planejamento de estratégias de cuidado e, conseqüentemente, promoção da saúde dessas pessoas. Quando se fala em promoção da saúde entende-se que é uma estratégia de mudança dos modelos assistenciais. Indica a construção de outras possibilidades e a configuração de novas práticas que ampliem as alternativas de qualidade de saúde de uma determinada população. Trata-se, portanto, de uma estratégia que contribui para a transformação da lógica das ações de saúde, com o foco de melhorar a assistência, atendendo as necessidades de vida do paciente (SILVA, 2009).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de fazer articulado às demais políticas desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010). Tal contribuição já era salientada na Carta de Ottawa, publicada como um dos marcos em promoção da saúde, quando estabelece como prioridades: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento das habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde, com maior foco na prevenção de agravos.

Desse modo, surgiu o interesse em buscar instrumentos que auxiliem na melhor avaliação dos doentes e na identificação dos danos secundários, buscando assim a reorientação dos serviços, estabelecendo como foco a identificação precoce de agravos e a prevenção de novas complicações ou agravos. Após uma busca na literatura constatou-se a existência da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* (SCI-SCS), instrumento específico para pessoas com trauma medular, porém não foi identificada uma versão em português da referida escala.

Trata-se de um instrumento desenvolvido a partir do *Secondary Conditions Questionnaire* (SCQ), utilizado para avaliar condições secundárias associadas à deficiência crônica em geral e seu impacto em vários domínios da vida. A SCQ foi desenvolvida por Seekins, em 1990, e é composta por 40 itens classificados para o grau em que as condições secundárias limitam as atividades de vida diária ou a independência. Apesar de ser uma escala abrangente, a justificativa para formular uma versão abreviada do questionário primário, adaptado para lesão medular, relaciona-se ao fato de que a não especificidade do SCQ limita sua utilização na investigação dos pacientes com lesão medular, já que aborda domínios não vivenciados por eles. (KALPAKJIAN *et al.*, 2007).

Os critérios utilizados para a seleção e adaptação dos itens da escala primária, não específica para lesão medular, foram: aqueles que representem condições de natureza fisiológica; que possam ser mensuráveis pela história do paciente, exame físico, escalas já validadas ou exames médicos; que possam ser evitados ou controlados com intervenções médicas e comportamentos de saúde.

A SCI-SCS foi desenvolvida por Kalpakjian *et al.* (2007). É composta por 16 itens representando problemas nas áreas da pele, do sistema músculo-esquelético, da dor, dos tratos intestinal e vesical, do sistema cardiovascular e da sexualidade. A escala de classificação utiliza uma estratificação ordinal de quatro pontos, variando de 0 (problema não limitante) a 3 (problema significativo). Os escores totais têm uma diferença de 0 a 48 pontos e são derivados da soma das classificações de cada item. Valores mais altos indicam mais problemas globais com as condições secundárias.

O estudo de validação preliminar da SCI-SCS aconteceu mediante aplicação da escala em cinco momentos diferentes, durante estudo maior referente a um programa de intervenção em promoção da saúde em lesão medular, caracterizado como estudo longitudinal. A aplicação no tempo 1 correspondeu à linha de base, primeiro contato com as pessoas com lesão medular; o tempo 2 foi referente à aplicação após uma estratégia de promoção da saúde; o tempo 3, com quatro meses de acompanhamento; o tempo 4 correspondeu à aplicação em um ano de acompanhamento; e o tempo 5 foi relativo a dois anos de seguimento.

A amostra utilizada na aplicação do instrumento foi, portanto, decrescente em função da perda de pacientes ao longo do projeto de intervenção, e consistiu em 65, 55, 45, 42 e 35 pessoas com lesão medular do tempo 1 ao 5, respectivamente.

A escala evidenciou boa confiabilidade interna excedendo pontuação de 0,80 em todas as vezes que foi aplicada, com exceção do tempo 5 que obteve pontuação de 0,76, ainda considerada significativa. As condições secundárias apontadas como mais presentes no estudo em questão foram: dor crônica, mialgias e disfunções sexuais (KALPAKJIAN *et al.*, 2007).

A autora destaca, ainda, que escalas desse tipo não têm o objetivo de substituir por completo o exame clínico, ressaltando a importância de avaliar de forma individual cada pessoa, mas destaca o valor na pesquisa, como um índice resumo, para se fazer comparações entre amostras, assim como buscar associações de condições secundárias a outros fatores funcionais. No estudo em questão ela serviu de base como medida de avaliação das estratégias de promoção da saúde implementadas.

A *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* é uma escala nova, originalmente criada no idioma inglês, não tendo sido encontradas versões em outras línguas. Desperta, portanto, o interesse na tradução e adaptação cultural para o português do Brasil. Posteriormente pretende-se fazer um estudo de validação para o uso dessa escala no país. Em posse do instrumento será possível quantificar as alterações secundárias da lesão medular e seu impacto limitante nas atividades de vida diária de cada paciente avaliado. É, portanto, um instrumento que fornecerá subsídios para a melhor avaliação de enfermagem da clientela. Outro aspecto relevante se deve à possibilidade da utilização do instrumento para o desenvolvimento de pesquisas na área da lesão medular.

Acredita-se, portanto, que a tradução e adaptação cultural de um instrumento como a escala de danos secundários poderá ser um caminho para a obtenção de mais informações sobre as pessoas com lesão medular. Esse instrumento proporcionará subsídios para um programa mais eficiente de intervenções, visando à promoção da saúde dos pacientes com traumatismo raquimedular. Espera-se, ainda, que o estudo possa contribuir para o fortalecimento da prática e da pesquisa em enfermagem neurológica no Brasil, campo ainda pouco explorado nos programas de graduação e pós-graduação do país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a validade de conteúdo e de aparência da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* no contexto do Brasil.

3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 Condições secundárias à lesão medular traumática

A lesão medular é uma condição clínica caracterizada pela secção, parcial ou completa, da medula espinhal, podendo ter sua origem em causas externas, como os traumas, ou internas, como as doenças bacterianas ou virais e os tumores. A *American Spinal Injury Association* (ASIA, 2013) define lesão medular como diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial em função de danos aos elementos neuronais presentes no canal vertebral.

Quando a lesão é completa acontece uma interrupção na condução dos impulsos nervosos pela medula espinhal, ocasionando suspensão dos movimentos voluntários abaixo do nível da lesão. Esse dano é responsável por perdas motoras, sensoriais, sexuais, perda do controle dos esfíncteres e complicações respiratórias, térmicas e circulatórias, além de espasticidade e dor. Em lesões incompletas persiste alguma movimentação e sensibilidade abaixo do nível da lesão em função da preservação de algumas raízes nervosas (FRANÇA *et al.*, 2013).

A classificação proposta pela ASIA definiu padrões para avaliação da motricidade e sensibilidade, estabelecendo limiares de A a E. A classificação ASIA A corresponde a lesão medular completa, sem preservação da função motora ou sensitiva; a ASIA B indica lesão motora completa e sensitiva incompleta; a ASIA C diz respeito às funções sensitivas e motoras fracamente preservadas; a ASIA D denota lesão incompleta com função motora e sensitiva mais fortemente preservada abaixo do nível da lesão; e a ASIA E corresponde às funções normais.

Por ser uma condição com diferentes classificações e responsável por distintas repercussões nos indivíduos, a lesão medular traumática tem sido estudada nos últimos anos com enfoques desiguais, e agrupada em dois domínios principais: o biológico e o psicológico. Com relação ao domínio biológico, os estudos têm destacado os aspectos fisiopatológicos da lesão medular, suas condições secundárias, os meios de reabilitação e os cuidados de enfermagem, tendo como foco tanto o indivíduo em particular quanto os seus cuidadores. Outro campo que tem despertado o interesse dos profissionais de saúde na atenção às pessoas que sofreram trauma medular diz respeito ao domínio psicológico. Nestes casos são

Joyce Miná Albuquerque Coelho

abordados os mecanismos de enfrentamento à nova condição, a qualidade de vida dos envolvidos, bem como a rede social de apoio às pessoas que sofreram o trauma.

Após uma busca nas bases de dados LILACS, BDENF e BIREME, utilizando como descritores controlados, cadastrados no DeCS, “traumatismos da coluna vertebral” e “enfermagem”, bem como seus respectivos termos em inglês e espanhol, constatou-se que o domínio biológico continua sendo o mais prevalente nos estudos sobre lesão medular, principalmente naqueles que abordam a incapacidade funcional e suas condições secundárias, pois esta acarreta prejuízos à vida diária e dependência de cuidados.

O estudo de Rabe e Calire (2010) procurou avaliar a independência funcional segundo o nível de lesão, o tempo pós-lesão e a reabilitação em pessoas que sofreram trauma medular no município de Ribeirão Preto, por meio da aplicação da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), concluindo que as pessoas com lesões cervicais apresentavam menor capacidade funcional. Identificaram também que o tempo após a lesão é um fator importante para o ganho de independência, principalmente naquelas pessoas envolvidas em algum programa de reabilitação.

Em seu estudo, Silva *et al.* (2012) também concluíram que os programas de reabilitação têm importância significativa para o desenvolvimento de uma maior independência nas atividades da vida diária ao avaliar os escores da MIF em 228 prontuários, destacando ganho funcional médio em todas as categorias de cuidados com o corpo, controle dos esfíncteres, transferência, locomoção e escadas.

Com a aplicação do índice de Barthel, o estudo de Silva (2011) permitiu a avaliação da independência baseada nos escores obtidos em dez itens das atividades de vida diária, realizando um comparativo da dependência no hospital e no domicílio. A autora destacou que, no domicílio, o grau de independência é maior para grande parte das atividades de vida diária em relação aos dados observados no hospital, podendo estar associado ao tempo decorrido após a lesão medular e à participação em programas de reabilitação.

Vall *et al.* (2011) acrescentaram, através da aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), as categorias mais comprometidas em relação às funções do corpo e à participação em atividades, destacando prejuízos no controle de intestino, bexiga, sexualidade, energia, sono, emoção e peso, bem como no uso do banheiro, do vestuário, além de dificuldades com autocuidado e lazer. O estudo indicou ainda as categorias classificadas como facilitadoras da independência, como medicamentos, órteses, cadeira de rodas, família, previdência social e serviços de saúde, e as indicadas como de barreira, representadas pela atitude de autoridades, atitudes sociais, educação e trabalho.

Após a lesão medular a pessoa se depara, portanto, com uma condição grave e limitante que perdurará para o resto da vida dos envolvidos, sendo responsável, ainda, por grande número de lesões secundárias, motivos estes responsáveis por aumentar ainda mais a incapacidade para as atividades de vida das pessoas que sofreram trauma medular, podendo trazer repercussões negativas se não identificadas e tratadas precocemente.

Dentre as condições secundárias mais estudadas pela enfermagem destacam-se as Úlceras Por Pressão (UPP). Tratam-se de lesões caracterizadas pela morte celular ocasionada pela compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície, por um dado período de tempo (ASSIS; MOSER, 2013). Estima-se que 70% dos pacientes com lesão da medula espinhal possuem UPP. Destes, entre 7% e 8% morrem por complicações decorrentes dessas lesões, o que justifica o interesse na prevenção e tratamento desses agravos (RABEH; CALIRE; HAAS, 2009).

A incidência e os fatores associados à UPP em pessoas que sofreram trauma medular foram estudados por Costa *et al.* (2013). Esse estudo evidenciou que 65,1% das pessoas hospitalizadas por lesão medular desenvolviam UPP com uma média de tempo de hospitalização de 20,9 dias. O tempo de permanência hospitalar e as cirurgias pós-trauma foram evidenciados como os principais fatores associados.

No estudo de Saunders, Krause e Acuna (2012) foi identificado que 39,3% das pessoas avaliadas tiveram UPP no último ano, enquanto 21,9% possuíam a lesão no momento da avaliação. Destacaram, ainda, que 21,9% do total analisado realizaram alguma cirurgia para tratamento desse tipo de dano, mostrando a grande prevalência dessa condição nas afecções da medula espinhal.

Ao aplicar a escala de Waterlow em pacientes com lesão medular, Studart *et al.* (2011) destacaram que 75% da amostra estudada tinham risco para desenvolver úlceras por pressão, porém foi observado um dado interessante: 48,3% dos pacientes não haviam recebido quaisquer orientações de caráter preventivo e, assim, 68,3% já possuíam úlcera por pressão. O dado mostra a carência de informações na assistência de enfermagem, chamando a atenção para a importância das medidas preventivas no controle das lesões secundárias ao trauma medular.

Outra condição clínica que tem sido bastante explorada pela literatura em relação aos danos secundários diz respeito às Infecções do Trato Urinário (ITU). O paciente vítima de lesão medular geralmente possui uma disfunção vesico-urinária de origem neurológica em função da interrupção na comunicação da bexiga com o centro de micção do cérebro e com a

função do músculo detrusor, sendo este um fator favorável ao surgimento de quadros infecciosos no trato urinário (ASSIS; FARO, 2011; FONTE, 2008).

O estudo de Fonte (2008) procurou identificar os principais efeitos da LMT na função vesical, discutindo as possíveis complicações da bexiga neurogênica. A ITU foi apontada como sendo uma das mais prevalentes complicações urológicas associada à lesão. Muitas vezes é responsável por uma condição grave, a sepse. O estudo apontou ainda como principais fatores que contribuem para as infecções do trato urinário o esvaziamento incompleto da bexiga, a baixa complacência da parede da bexiga e a inserção de sondas de demora.

Edokpolo, Stavris e Foster (2012), por sua vez, buscaram a associação das ITU com a prática do autocateterismo intermitente, destacando a relação com as infecções repetidas. Eles apontaram que embora o autocateterismo tenha como foco a incidência menor de complicações em relação à sonda de demora, muitos pacientes iniciam algum tratamento para infecções frequentes e, por isso, muitas vezes são adotadas medidas de profilaxia. Porém os autores destacam a importância de mais estudos para demonstrar a eficácia da profilaxia de ITU como método de rotina em pacientes com lesão medular.

Outra funcionalidade bastante prejudicada nas pessoas com trauma raquimedular diz respeito ao intestino. Alterações intestinais ocorrem devido à interrupção dos nervos da medula espinhal que bloqueia as mensagens advindas da porção retal na altura da lesão. Daí resulta movimentação intestinal insuficiente, constipação, impactação fecal ou incontinência intestinal (THOMÉ et. al., 2011).

Rabeh, Nogueira e Caliri (2013) buscaram, em seu estudo, descrever a ocorrência de problemas de funcionamento intestinal e a sua relação com o nível de independência funcional. Evidenciaram que os indivíduos, em sua maioria, apresentam-se dependentes para as atividades intestinais e necessitam de auxílio do cuidador principalmente para o uso do vaso sanitário.

Além das complicações fisiológicas, as disfunções intestinais decorrentes da lesão medular podem ser responsáveis por redução dos índices de qualidade de vida, com implicações no bem-estar físico, social e emocional. A redução nos índices de qualidade de vida está relacionada à longa duração do cuidado intestinal, à distensão e desconforto abdominal e ao risco constante de perda de fezes, o que desperta o interesse dos profissionais da saúde na realização de um programa de reeducação intestinal (THOMÉ et. al., 2011).

Quando não há uma abordagem assistencial adequada no controle da bexiga, nas infecções do trato urinário, bem como nos cuidados com a pele e no controle intestinal, as pessoas com lesão medular em um nível superior a T6 podem desenvolver, ainda, um quadro

de disreflexia autonômica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Trata-se de uma elevação da pressão arterial basal, ocasionada por uma disfunção na modulação da descarga simpática devido a estímulos nociceptivos abaixo do nível da lesão, responsável por complicações como acidente vascular cerebral, crises convulsivas, infarto do miocárdio e até mesmo morte (NEVES, 2010).

Andrade *et al.* (2013) reforçaram a importância do tratamento rápido e preciso da disreflexia autonômica a fim de evitar complicações e buscaram intervenções de enfermagem que servissem de apoio ao plano assistencial, atuando tanto em caráter preventivo como curativo. Segundo os autores, um programa de educação deveria ser fornecido aos pacientes, cuidadores e familiares, ensinando sobre os cuidados com a bexiga, o intestino e a pele. Destacaram também a importância em identificar o fator causal da disreflexia autonômica de forma que as intervenções possam ser direcionadas e efetivas.

Dentre as condições secundárias ao trauma medular mais abordadas pela literatura destacam-se ainda aquelas decorrentes de problemas respiratórios. Conforme descrito no estudo de Mateus (2006), o comprometimento do volume e da capacidade pulmonar é decorrente, em grande parte, do déficit muscular. Segundo o autor, o comprometimento muscular facilita a retenção de secreção brônquica, podendo contribuir para o surgimento de atelectasias e pneumonias, complicações estas que dificultam o trabalho respiratório, podendo levar à insuficiência respiratória.

Uma particularidade das alterações respiratórias próprias de pacientes com lesão medular que não costuma ocorrer com as doenças neuromusculares guarda relação com a segmentação dos músculos inspiratórios e expiratórios. Neste caso é comum que as pessoas com lesão medular apresentem platipneia, dispneia em assumir posições ortostáticas, o que pode limitar progressos na realização de algumas atividades de vida (Leal, 2009).

Brown e DiMarco (2006), em seu estudo, destacaram a importância de mais pesquisas abordando a disfunção respiratória, visto que este é um problema com altos índices de morbidade e mortalidade. Apontaram algumas intervenções que podem contribuir com a diminuição da problemática, como: o treinamento muscular respiratório, o uso de cintas abdominais, o método ventilatório assistido, e a assistência à tosse.

Além dessas afecções secundárias, pacientes com trauma medular também podem ser acometidos por um quadro de dor crônica. Miguel e Kraychet (2009) realizaram uma revisão de literatura abordando a dor no paciente com lesão medular e observaram uma prevalência dessa condição variando de 64% a 82%; a ocorrência de dor intensa foi observada entre 21% e 39% das pessoas. A dor, segundo os autores, traz consigo repercussões negativas

na vida da pessoa com trauma medular, uma vez que pode interferir no humor e na capacidade de realização de atividades laborativas, recreativas e cognitivas.

Esse dado pode ser evidenciado no estudo de Vall e Braga (2005). Os autores realizaram um estudo de caso comparativo entre duas pessoas com dano medular em condições semelhantes, porém um apresentava dor enquanto o outro não tinha esta condição. Os resultados mostraram que o paciente com dor secundária à lesão possui menor capacidade funcional e precária rede de apoio quando comparado com a pessoa sem dor associada. O dado aponta que a avaliação e o manejo da dor são essenciais aos pacientes com lesão medular, dadas as características limitantes do dano. Promover o maior conforto possível aos pacientes com dor deve ser, portanto, uma etapa almejada pela equipe interdisciplinar.

Diferentes tipos de dor podem estar presentes nos pacientes com lesão traumática da medula espinhal, desde as decorrentes do espasmo muscular e do uso excessivo de determinadas estruturas até a dor neuropática, indicada como a mais debilitante para os pacientes com dano medular (MASRI; KELLER, 2012).

No estudo realizado por Teixeira *et al.* (2013) foram avaliados, de forma retrospectiva, 213 pacientes com lesão medular e dor neuropática. A causa mais evidenciada foi o traumatismo raquimedular, presente em 169 pacientes, seguido por tumores e infecções, destacando-se mais uma vez a ocorrência da condição clínica e a importância do conhecimento das características e da prevalência da dor para que seja realizada a melhor abordagem terapêutica.

Outra condição que também vem sendo bastante explorada como secundária ao trauma medular é a disfunção sexual. A manutenção da vida sexual após a lesão medular revela-se como uma prioridade para muitas pessoas. Tal perda é muito valorizada por homens e mulheres ativos e saudáveis, sobretudo em relação à autoestima e à necessidade de oferecer suporte e afeto ao parceiro (BAASCH, 2008).

Cavalcante *et al.* (2008) buscaram compreender a vivência da sexualidade por portadores de lesão medular, identificando que tais pacientes não conhecem completamente as diversas estratégias que possibilitam a realização do ato sexual, tornando-o mais acessível. Ainda que algumas pessoas com lesão medular conheçam tais métodos, muitos não os utilizam, seja por não os acharem necessários, seja por dificuldade de acesso, pelos altos custos, pela pouca disponibilidade no mercado ou até mesmo pela falta de informações. Os autores ainda ressaltam o grau de importância de se conhecerem todas as alternativas disponíveis, bem como o acesso a elas, pontuando o quão relevante é o aconselhamento sexual, o qual necessita inserir-se no programa de reabilitação.

O aconselhamento sexual, em nível adequado, não chegou a atingir muitos pacientes com trauma raquimedular, apesar do grande interesse deles no assunto. Embora os profissionais de saúde trabalhem de maneira muito próxima a essa questão, percebeu-se que eles não estão adequadamente preparados para lidar com a sexualidade dos lesionados, seja por motivo de desconforto na abordagem, seja por desconhecimento ou falta de atitude. É necessário o aprofundamento sobre a sexualidade humana e a própria fisiologia da lesão medular (BAASCH, 2008).

O estudo de Gianotten *et al.* (2006) pontuou que apenas 12% dos profissionais de saúde que lidam com indivíduos oriundos de clínicas de reabilitação para distúrbios neurológicos (acidente vascular encefálico, esclerose múltipla e lesão medular) se consideravam suficientemente treinados para abordar os problemas sexuais de seus pacientes, embora 67% desses profissionais de reabilitação considerassem a sexualidade como um tema relevante para ser discutido. O dado reafirma a importância da realização de mais programas de treinamento nessa área, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes vítimas de trauma medular, uma vez que a disfunção influencia na autopercepção do indivíduo e na sua qualidade de vida.

A incapacidade própria da lesão medular somada às condições secundárias ao trauma são responsáveis também por vários efeitos psicológicos na pessoa acometida. Dentre esses efeitos destaca-se a depressão como um dos fatores mais referenciados pela literatura. O estudo de Campos *et al.* (2013) objetivou avaliar a ocorrência de depressão através da aplicação da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão, evidenciando que 51,43% dos entrevistados possuíam algum grau da doença. Os autores também destacaram a importância da maior sensibilização dos profissionais da saúde e familiares na detecção do problema e na busca de uma solução eficaz.

A prevalência de depressão tem sido destacada como mais comum nas pessoas com lesão aguda, ou seja, nos primeiros seis meses após o trauma, conforme mostra o estudo de Shin *et al.* (2012). No mesmo estudo os autores destacam, ainda, a relação direta da doença com a qualidade de vida, evidenciando a importância das variáveis psicológicas na avaliação dos pacientes com lesão medular, já que afetam diretamente a independência funcional e a adaptação à nova condição.

Ainda quanto a esses mesmos efeitos psicológicos a literatura tem discutido os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos pelos próprios pacientes após a lesão em estudos predominantemente qualitativos, de forma a descrever sentimentos, processos de pensamentos, emoções e funcionalidades. Tais estudos possibilitam a compreensão das

características peculiares de cada pessoa, motivando os profissionais da saúde a agirem de forma pessoal, atendendo as limitações específicas de cada um no processo de reabilitação.

O estudo de Berto e Barreto (2011) aponta para a dificuldade no enfrentamento da lesão medular, destacando que a experiência implica diferentes desafios e adversidades que interferem de maneira negativa na percepção da nova condição. Ao realizar um estudo com 30 pacientes com lesão medular completa, Carvalho *et al.* (2013) buscaram resposta para a pergunta: O que significa para você a experiência da lesão medular? Os autores identificaram respostas negativas, incluindo perda da liberdade de ir e vir e da sexualidade, além do advento da dependência de outros.

Ao aplicar o inventário de estratégias de *Coping*, Carvalho *et al.* (2007) investigaram as maneiras como as pessoas lidam com as demandas internas ou externas da lesão medular. Evidenciaram que a negação e a minimização do dano, a busca por informações sobre a lesão, o desenvolvimento de competências para o cuidado e a busca por suporte emocional e instrumental foram os meios mais citados para o enfrentamento da nova condição.

Amaral (2009), ao estudar o processo de adaptação, destacou a importância dos profissionais de enfermagem como facilitadores no despertar de novos caminhos verdadeiramente significativos que sejam compatíveis com a nova condição, de forma a manter a disposição do paciente para gerir e enfrentar os novos desafios.

Outra vertente dos estudos do domínio psicológico diz respeito à qualidade de vida da pessoa após o dano medular. A revisão literária feita por Brunozi *et al.* (2011) demonstrou que a lesão acarreta comprometimentos nos aspectos físicos e sociais, destacando o prejuízo na independência funcional dessas pessoas, de forma a influenciar diretamente na sua qualidade de vida. Os autores destacaram, ainda, que a presença de complicações secundárias são determinantes da baixa qualidade de vida das pessoas afetadas.

França *et al.* (2011) estudaram a qualidade de vida a partir da aplicação da escala WHOQOL-bref em 47 pessoas com lesão medular, concluindo que as limitações ocasionadas pelo trauma prejudicam a capacidade das pessoas para desempenharem suas atividades de vida diária. Apontaram também que o domínio de maior correlação com a percepção da qualidade de vida foi o das relações sociais, entretanto o domínio mais prejudicado na avaliação da escala foi o do meio ambiente, que atingiu a menor pontuação.

Neste contexto, diversas redes de apoio têm sido apontadas como auxiliares do processo de enfrentamento ao trauma, bem como da reinserção social das pessoas acometidas. Para Schoeller *et al.* (2012), as redes sociais são as grandes responsáveis pela assistência à

pessoa com lesão medular. Desse modo, quanto mais a pessoa se integrar a essas redes, mais ela tem possibilidades de crescimento individual e poderá auxiliar outras pessoas com condições semelhantes.

A rede social de apoio pode ser composta pela família, por grupos de amigos, igrejas, associações de pessoas que convivem com uma mesma doença e instituições de saúde. É considerada essencial na promoção da saúde e na reabilitação das pessoas com lesão medular (BORGES *et al.*, 2012).

Os resultados do estudo de Carvalho *et al.* (2013) destacam o grupo de amigos e a família como maiores responsáveis pelo apoio às pessoas com lesão medular, evidenciando, ainda, os principais pontos em que as pessoas necessitam de ajuda: acessibilidade, sentimento de impotência diante das dificuldades, higiene, cateterismo vesical, dor neuropática, espasticidade, problemas financeiros, desemprego, e falta de adaptação na residência.

Vê-se, portanto, que a lesão medular traumática traz consigo implicações nos âmbitos biológico e psicológico. Os acometidos necessitam de atenção individualizada por parte dos profissionais de saúde, bem como de seus cuidadores, para que, desta forma, tais pacientes possam obter, gradativamente, a melhora de suas condições.

3.2 O uso de instrumentos de avaliação no contexto da lesão medular no Brasil

A tradução e adaptação transcultural dos instrumentos tem a finalidade de usar um método único, de forma que se possa obter a equivalência entre a versão original e versões secundárias, tanto linguisticamente quanto culturalmente. Assim é possível manter a validade do conteúdo do instrumento em bons conceitos de níveis (BEATON, *et al.*, 2000).

Neste contexto, muitos pesquisadores têm buscado a tradução e adaptação de instrumentos estrangeiros que já são utilizados com segurança em outros países, de forma que possam ser aproveitados para o uso em outras culturas, com confiabilidade semelhante à da versão original.

Dentre a variedade de instrumentos utilizados para obtenção de dados relativos à saúde das pessoas pouco se tem encontrado sobre lesão medular, de forma que há escassez de índices e escalas que mensurem a saúde desses pacientes. Desse modo, torna-se oportuno fazer a exposição de alguns instrumentos, específicos e genéricos, utilizados e validados no Brasil para pessoas com lesão medular.

O *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a qualidade de vida

numa perspectiva internacional. A escala é composta por 100 itens e avalia seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. A versão em português foi desenvolvida por Fleck *et al.* (1999) e desde então vem sendo largamente utilizada em diferentes contextos.

A necessidade de se ter um instrumento curto, que demande pouco tempo na aplicação, fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, denominada WHOQOL-bref, mantidas as características psicométricas satisfatórias (FLECK *et al.*, 2000). A versão abreviada do questionário tem sido encontrada com maior frequência nos estudos com lesão medular, como se vê a seguir.

O estudo de França *et al.* (2013) buscou a medição da qualidade de vida de pessoas com lesão medular utilizando a WHOQOL-bref, identificando os domínios que mais comprometem a qualidade de vida dessas pessoas. Concluíram que existe insatisfação por parte dos investigados quanto à sua qualidade de vida, cabendo aos enfermeiros a contribuição para a reabilitação e inclusão social dessas pessoas.

Outra escala de uso genérico que tem sido explorada em pacientes com trauma medular é a Medida de Independência Funcional (MIF), com o objetivo primordial de avaliar quantitativamente a carga de cuidados necessários por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO *et al.*, 2004).

No estudo de Silva *et al.* (2012) a MIF foi utilizada em pacientes com lesão medular de modo que pudesse ser investigado o ganho funcional de pessoas com paraplegia em uma unidade de reabilitação. Foi destacada a importância da escala para a avaliação, uma vez que ela identifica os domínios de vida mais influenciados pelo programa de reabilitação e serve de base para direcionar ações voltadas ao maior ganho de independência dessas pessoas.

Outro instrumento que mede de forma não específica a independência funcional na realização das atividades de vida diária é o Índice de Barthel. Sua validação no Brasil ocorreu por meio do estudo de Araújo *et al.* (2007). Desde então tem sido utilizado em diferentes campos, inclusive no da lesão medular, como evidenciado no estudo de Silva (2011), que possibilitou a avaliação da independência de pessoas com traumatismo medular, realizando uma comparação entre o domicílio e o hospital. É adequado, ainda, para a sugestão de um plano de cuidados de enfermagem para essas pessoas.

Seguindo a proposta das escalas genéricas buscou-se a elaboração de um instrumento específico para a avaliação da independência da pessoa com lesão medular, desenvolvido por Catz e Itzkovich (1997), denominado de Medida de Independência na Lesão

Medular (SCIM). Esse instrumento foi aplicado por Dantas *et al.* (2012) e contribuiu para a validação da versão portuguesa.

Quando se leva em consideração as condições secundárias ocasionadas pelo trauma raquimedular, identificam-se, também, alguns instrumentos que podem auxiliar a assimilação e o tratamento dos problemas. Entretanto, percebe-se que as ferramentas focam de forma mais aprofundada uma condição específica, não abordando de forma geral os problemas secundários das pessoas com lesão medular, como se pode observar nos instrumentos a seguir.

O instrumento desenvolvido por Waterlow (1985) busca avaliar o risco para o surgimento de úlceras por pressão em uma população não específica. Foi aplicado por Studart *et al.* (2011) de forma a quantificar os fatores de risco para o desenvolvimento das lesões em pessoas com trauma medular. Mostrou ser possível a aplicabilidade do instrumento na população, visto que o déficit neurológico propicia o surgimento dessa condição secundária.

Visando, ainda, mensurar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, tem-se utilizado em estudos sobre lesão medular a Escala de Braden. Esse instrumento teve sua tradução e validação para a língua portuguesa realizadas por Paranhos e Santos (1999), obtendo altos índices de sensibilidade, especificidade e validade preditiva.

Barros *et al.* (2013) aplicaram a Escala de Braden em 61 pacientes com lesão medular com o objetivo de estimar o risco de desenvolverem úlceras por pressão. Os autores destacaram que o instrumento permite identificar os fatores ou condições que colocam em risco os pacientes e, assim, possibilita estabelecer medidas de prevenção adequadas.

Um instrumento, quando elaborado ou traduzido, passa por um longo processo de especificações psicométricas. Desta forma, as escalas e índices podem ser aplicados em diversas situações para mensurar os fenômenos de saúde. A utilização desses instrumentos, de forma segura e validada, possibilita uma melhor sistematização do cotidiano da enfermagem em múltiplos contextos de saúde (SILVA *et al.*, 2011).

Vê-se, portanto, que há um número insuficiente de instrumentos de avaliação específicos para o trauma raquimedular e que, na prática, têm-se utilizado instrumentos genéricos, os quais não refletem adequadamente as peculiaridades da lesão medular. A utilização e/ou criação de instrumentos específicos proporcionaria mais qualidade na assistência em enfermagem a esses pacientes.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo do tipo metodológico visando à tradução e adaptação cultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)* para a língua portuguesa do Brasil. Sobre a pesquisa metodológica, Polit, Beck e Hungler (2011) referem que esta busca a organização e a análise dos dados, com o intuito de elaborar, validar e avaliar instrumentos. Estes devem ser confiáveis, precisos e utilizáveis de modo que possam ser aproveitados por outros profissionais. Assim, incluem-se alguns passos, a saber: definição do constructo, elaboração dos itens do instrumento, adaptação transcultural e avaliação psicométrica (testes de confiabilidade e validade).

Neste estudo buscou-se a realização da tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* do idioma original em inglês para o português, visto que a escala não possuía versão para utilização no Brasil. Buscou-se, também, fazer a validação de conteúdo da escala adaptada.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado, em todas as suas etapas, na cidade de Fortaleza-CE. Para a operacionalização do pré-teste foram recrutados pacientes com lesão medular na fase crônica da doença, ou seja, após seis meses do evento primário, quando já se encontravam em seus domicílios. A opção pelo domicílio deu-se em função de as condições secundárias ao trauma costumarem ter maior prevalência e significado na fase crônica da patologia, quando os doentes já se encontram em seus lares. No hospital, na fase aguda da doença, não seria possível avaliar com fidedignidade os aspectos relacionados às condições secundárias à lesão medular.

4.3 População e Amostra

O estudo contou com a participação de cinco tradutores nas etapas de Tradução, Síntese e *Back Translation*, conforme será explicitado adiante. A fase de revisão teve a participação de um comitê de cinco juízes.

Para a fase do pré-teste a população do estudo foram pessoas com lesão medular na fase crônica da doença, através da amostra de 30 indivíduos, conforme sugerido por Beaton *et al.* (2007). Esses pacientes foram recrutados, de forma aleatória, por meio de uma busca no banco de dados do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (NUPEN/DENF/UFC), onde constam atualmente 132 pessoas na fase crônica da lesão medular, de ambos os sexos, residentes na cidade de Fortaleza. Foi também realizada a busca de participantes em grupos sociais de apoio, como basquete e natação. Para a seleção da amostra foram adotados como critérios de inclusão: adultos com lesão medular há mais de seis meses, época considerada como fase crônica. Nessa fase existe mais possibilidade de aparecimento de eventos secundários; ser maior de dezoito anos, considerando os aspectos legais; ser residente no município de Fortaleza, pela facilidade de acesso a essas pessoas. E como critérios de exclusão: pessoas que apresentassem déficit cognitivo que as impossibilitasse de responder os questionários.

Para a fase de validação de conteúdo foram recrutados 17 profissionais, especialistas em lesão medular, conforme explicitado adiante.

4.4. Coleta de dados

4.4.1. I Etapa: Tradução e adaptação transcultural.

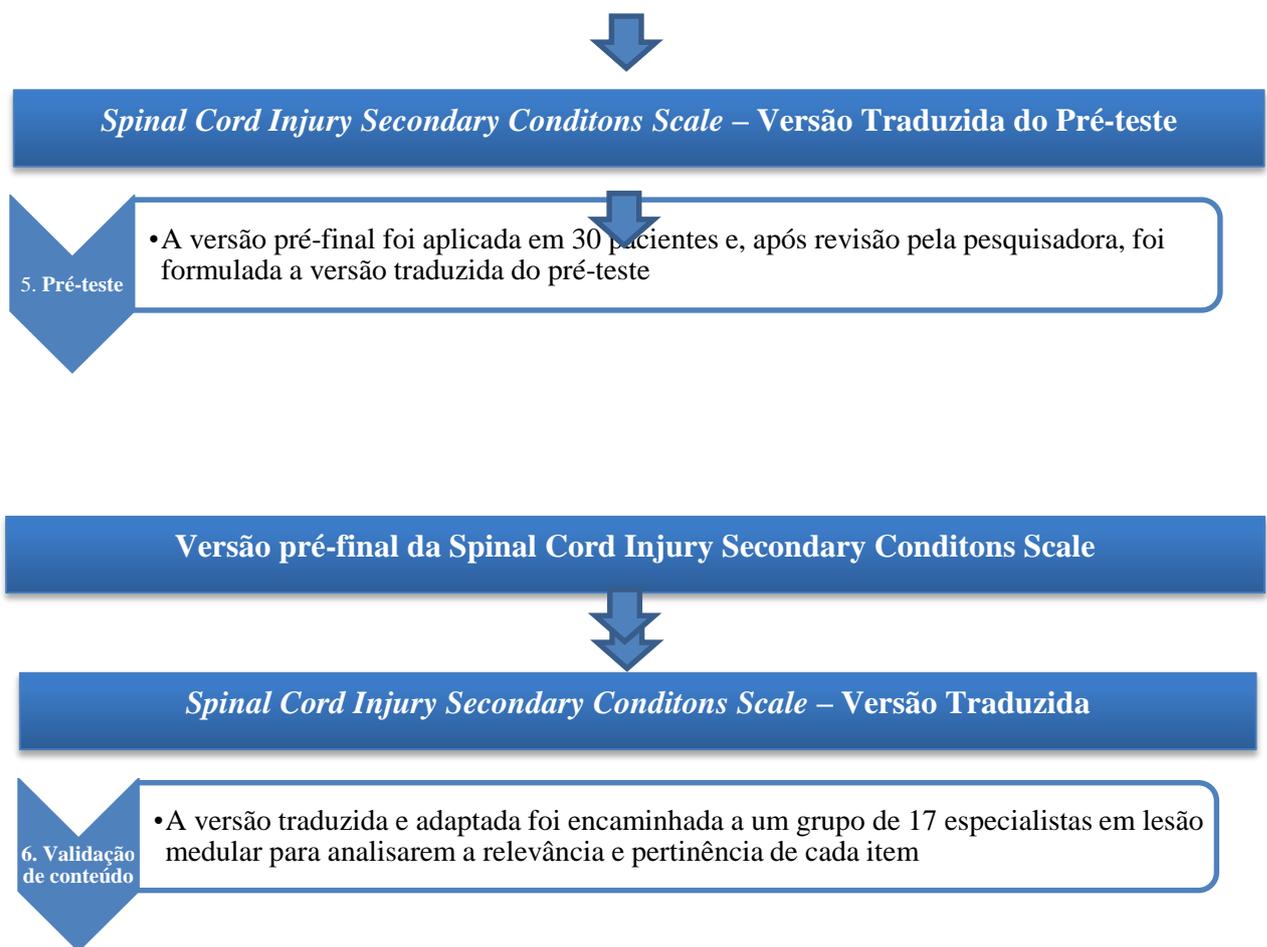
Os procedimentos metodológicos para a tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* seguiram os passos propostos por Beaton *et al.* (2007), consistindo em cinco estágios adaptados: tradução inicial; síntese; tradução de volta ao idioma de origem (*back translation*), revisão por um comitê de juízes e pré-teste da versão final. A opção pelo modelo de adaptação transcultural seguido neste estudo refere-se ao fato de ser um método abrangente e por exigir explicitação pormenorizada dos passos realizados (VICTOR; XIMENES; ALMEIDA, 2008).

Para a utilização da escala foi solicitada a permissão aos autores da versão original, tendo sido concedida pela Dr^a Claire Z. Kalpakjian por meio de documentação datada e assinada (Anexo A).

Joyce Miná Albuquerque Coelho

Visando à maior compreensão das etapas adotadas neste estudo mostra-se a operacionalização do processo de tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo no fluxograma a seguir:

Figura 1 – Adaptação da representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

4.4.1.1 Fase 1 – Tradução

A primeira fase do processo refere-se à tradução inicial da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)*(Anexo B) para o português, visto que a escala, em seu

formato original, encontra-se no contexto linguístico e cultural dos Estados Unidos da América (EUA). Essa etapa foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, por dois tradutores com perfis diferentes, bilíngues, brasileiros, e com domínio da língua inglesa e portuguesa.

O primeiro tradutor, responsável pela T1 (Apêndice A), é da área da saúde e recebeu informações sobre os objetivos da tradução, visando a dar maior fidedignidade à versão original. A T1 foi realizada pela enfermeira S.E.R, que tem fluência na língua inglesa. Ela morou um ano no Canadá e possui certificação de 8 anos em curso de inglês. Trabalha rotineiramente com tradução de documentações.

O segundo tradutor responsável pela T2 (Apêndice B) não é da área da saúde e não recebeu informações prévias sobre os objetivos do estudo. Beaton *et al.* (2007) denominam esse tradutor de “leigo”. A segunda tradução reflete a linguagem utilizada pela população comum e não é influenciada por um objetivo acadêmico. Assim sendo, é garantida a melhor tradução possível, pois as duas traduções são comparadas e as discrepâncias que possam se refletir em formulações ambíguas são identificadas. A T2 foi realizada pela jornalista S.E.S, que tem domínio da língua inglesa, pois residiu por um ano nos Estados Unidos da América (EUA) e tem experiência em tradução.

Para garantir a maior veracidade das informações os tradutores consentiram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Tradutores (Apêndice C).

Os dois tradutores entregaram, além da sua versão concluída (T1 ou T2), um relatório escrito (Apêndice D), incluindo os termos em que tiveram dificuldades ou incertezas, bem como a justificativa para a escolha final e as opções de tradução disponíveis, que serão explicitados adiante.

4.4.1.2 Fase 2 – Síntese

Para produzir a síntese das duas traduções obtidas contratou-se uma terceira pessoa bilíngue para que, de forma imparcial, servisse de mediadora nas discussões sobre as diferenças de conversão, de forma a produzir a melhor documentação do processo. Essa etapa aconteceu no mês de março de 2014. Para tanto foi solicitada a contribuição de J.A.R.A, professora de língua inglesa da Casa de Cultura Britânica da Universidade Federal do Ceará. Ela trabalhou o texto a partir da escala original, bem como as duas versões dos tradutores (T1 e T2), para que sintetizasse uma versão comum, a T-12 (Apêndice E). Todo o processo de Joyce Miná Albuquerque Coelho

síntese foi acompanhado diretamente pela pesquisadora em três encontros presenciais. Foi solicitado também um relatório da síntese à tradutora (Apêndice F).

4.4.1.3 Fase 3 – Tradução de volta ao idioma original (Back translation)

Na terceira fase do processo foi utilizada a versão sintetizada produzida na etapa anterior (T-12) para realizar as retrotraduções. Essa etapa aconteceu no período de março a abril de 2014. Para tanto, dois tradutores, de forma cega à versão da escala original, produziram uma retrotradução à língua original do instrumento. Trata-se de um processo de verificação da validade da versão produzida de forma que esta possa refletir com precisão o conteúdo de cada item da versão original, destacando inconsistências grosseiras ou erros conceituais (BEATON *et al.*, 2007).

Assim como na primeira tradução, essa fase foi realizada por dois tradutores bilíngues, tendo agora como idioma base, o inglês. Os tradutores não foram informados dos objetivos da tradução, bem como não eram da área da saúde. Segundo Beaton *et al.* (2007), as principais razões para essa escolha consistem em evitar viés de informações e extrair significados inesperados dos itens da escala traduzida.

Foram produzidas, portanto, duas versões de retrotradução ao idioma original: a BT1 (Apêndice G), elaborada por J.C, natural de Raleigh, EUA, residente no Brasil e com domínio do português; e BT2 (Apêndice H), produzida por D.M.P, natural de Plymouth, EUA, residente no Brasil, e que trabalha especificamente com tradução de documentos em português e inglês. Ambos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Tradutores (Apêndice C).

4.4.1.4 Fase 4 – Análise pelo comitê de juízes

A composição do comitê de juízes é crucial para alcançar a equivalência transcultural da escala traduzida (BEATON *et al.*, 2007). Para tanto, foi realizada uma seleção em número de cinco integrantes, visando a uma maior exploração dos dados obtidos em todas as fases do processo. São considerados juízes aqueles indivíduos capacitados para analisar o conteúdo, a apresentação, a clareza e a compreensão do instrumento de forma que a este se possa atribuir validade (HINO, 2009).

Para garantir que os juízes fossem capazes de avaliar adequadamente a representatividade de cada item da escala foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: Joyce Miná Albuquerque Coelho

serem mestres ou doutores; possuírem experiência em lesão medular e/ou em tradução e adaptação transcultural de instrumentos; possuírem experiência clínica na área da neurologia, em especial em lesão medular; terem domínio da língua inglesa. Esses critérios foram escolhidos visto que garantem que o juiz possua experiência com pesquisa, especialmente no tema do estudo proposto, assegurando, assim, uma melhor adaptação para a realidade da lesão medular no Brasil.

A seleção dos juízes aconteceu por meio de indicação de pesquisadores que já haviam tido experiência com esse tipo de estudo, mediante confirmação dos critérios de inclusão através de pesquisa à Plataforma Lattes. Após ter sido considerado adequado aos critérios de inclusão o profissional foi convidado a participar do estudo através de uma Carta Convite (Apêndice I), enviada por endereço eletrônico.

Após o aceite, foi enviado o material para análise das traduções composto por um diagrama com a síntese do protocolo de tradução; a versão original da SCI-SCS (Anexo B); as versões produzidas nas fases anteriores (traduções e *back translation*); instrumento contendo as orientações para que procedessem a avaliação da escala em relação à equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual (Apêndice J); e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes (Apêndice K).

Os aspectos que foram avaliados pelos juízes nessa fase do processo seguiram recomendações de Beaton *et al.* (2007) e consistiram em:

- a) Equivalência semântica: avaliação gramatical e vocabular de cada item, preservando a formulação de termos e a equivalência de significados;
- b) Equivalência idiomática: avaliação das expressões idiomáticas e coloquiais de difícil tradução;
- c) Equivalência experimental: avaliação dos itens que expressam experiências próprias de cada cultura, com o uso de termos coerentes com a realidade cultural da população;
- d) Equivalência conceitual: avaliação das palavras que possuem conceitos diferentes em ambas as culturas.

O material foi entregue no mês de maio de 2014, e foi concedido o prazo de 20 dias para que os juízes procedessem ao julgamento da documentação.

Após a avaliação pelos membros do comitê de juízes foi realizada a revisão de todas as anotações para a síntese do instrumento piloto submetido ao pré-teste. Nesse momento, para se obter clareza e uniformidade das sugestões, foi realizada uma reunião com os membros do comitê para formulação da versão piloto (Apêndice L), de forma que as divergências pudessem ser exploradas. Tal encontro se deu no mês de julho de 2014, em uma

Joyce Miná Albuquerque Coelho

das salas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, com duração de 1h e 20 minutos. Toda a reunião foi gravada para que a pesquisadora pudesse explorar os pareceres apontados. Os aspectos dessa fase serão explicitados posteriormente.

4.4.1.5 Fase 5 – Pré-teste

A última fase do processo de tradução e adaptação transcultural consistiu em realizar um pré-teste da versão formulada. Para tanto, foi aplicada a versão piloto da escala, obtida mediante as fases anteriores, em 30 pessoas com lesão medular nos meses de agosto a outubro de 2014. Segundo Oriá (2008), a fase do pré-teste é um momento muito importante do processo de adaptação transcultural para se avaliar a receptividade do instrumento pela população-alvo.

A escala foi integralmente aplicada na forma de entrevista e os sujeitos foram interrogados quanto à clareza de cada item, bem como suas impressões sobre o instrumento proposto. Essa etapa ocorreu no domicílio dos doentes e em grupos de apoio social. A amostra foi selecionada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão detalhados anteriormente. Para proceder à coleta dos dados os sujeitos manifestaram sua concordância mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes (Apêndice M). Desta forma, foi possível assegurar a adaptação da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*, uma vez que foram consideradas as sugestões de cada participante e enviadas as sugestões novamente ao comitê de juízes para concordância da versão traduzida.

Após a conclusão dessa etapa foi possível realizar os ajustes necessários na escala, a fim de que o instrumento ficasse mais compreensível para, posteriormente, se realizar o teste de validade de conteúdo da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale – versão traduzida*.

A operacionalização do pré-teste ocorreu mediante a conclusão de todas as fases anteriores do processo, bem como após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP). As pessoas com lesão medular foram contatadas por meio telefônico, a partir de cadastro disponível no banco de dados do NUPEN/DENF/UFC, a fim de serem convidadas a participar do estudo através de agendamento da visita domiciliar pela pesquisadora. Buscou-se também, a identificação dos doentes em grupos de apoio para pessoas com lesão medular, como grupos de basquete e natação.

Para a coleta de dados a pesquisadora contou com a ajuda de uma acadêmica de Enfermagem do 7º semestre. Dessa forma, foi realizado um treinamento abordando o tema “Lesão medular e suas condições secundárias”. Os objetivos do estudo e todos os instrumentos que deveriam ser aplicados foram abordados com detalhes na ocasião. Foi possível retirar as dúvidas a respeito da pesquisa. Foi realizada, também, supervisão direta da estudante pela pesquisadora.

No andamento da coleta de dados foi realizada a aplicação da versão em português da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* na forma de entrevista, com duração aproximada de 30 minutos. Desta forma, foi solicitado aos participantes que quaisquer dúvidas, opiniões e sugestões fossem relatadas, visando à garantia do entendimento dos itens. Nessa etapa o mais importante não é a aplicação da escala em si, mas a identificação das impressões dos pacientes frente ao instrumento, de modo que este possa sofrer modificações e adaptações visando à melhor interpretação dos dados.

Foi aplicado, também, um instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, padronizado pelo NUPEN/DENF/UFC (Anexo C), a fim de possibilitar correlações do modo/estilo de vida dessas pessoas com o advento de lesões secundárias ao trauma.

Para a aplicação dos instrumentos foi solicitada a assinatura dos participantes por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que foi explicitado detalhadamente os objetivos do estudo e sanadas as eventuais dúvidas (Apêndice M).

4.4.2 II Etapa: Validação de Conteúdo

No processo de tradução e adaptação de um instrumento para outras culturas é importante que seja certificado que ele, após a tradução, tem as mesmas propriedades do instrumento original. Para tanto, faz-se uma verificação das propriedades psicométricas por meio de um processo de validação e confiabilidade. A validade de um instrumento se refere à confiabilidade de que ele pode em medir o que se propõe.

Existem várias maneiras de se verificar a validade de um instrumento, conforme o constructo a ser mensurado, bem como o próprio instrumento. De acordo com Pasquali (2010), a validade verificada pode ser de conteúdo, de critério e do construto. Para o objetivo desta pesquisa foi realizada a validação de conteúdo da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*- versão traduzida. Pretende-se, posteriormente, realizar os demais testes para utilização da escala no Brasil.

Após as etapas de tradução, adaptação e formulação da versão final da escala foi aplicado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Para tanto, foi feita uma seleção de especialistas na área da lesão medular em número de 17 integrantes para que pudessem explorar a adequação de todos os itens da escala. Foram considerados especialistas nessa etapa os profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional da saúde; possuir experiência assistencial e/ou pesquisa com pacientes com lesão medular.

Sendo assim, foi composto um grupo de especialistas a partir de sugestões de profissionais da área, através da amostragem em “bola de neve”. A adequação aos critérios de inclusão desses especialistas e o nível de proficiência em lesão medular foram verificados através do currículo disponível na Plataforma Lattes. Os especialistas foram convidados formalmente por meio de endereço eletrônico (Apêndice N). Após o aceite foi enviada documentação para avaliação composta de: carta explicativa com a descrição do protocolo do estudo; instrumento de validação de conteúdo para avaliar a compreensão, o grau de relevância e sua importância para avaliar as condições secundárias da lesão medular (Apêndice O); versão pré-final da escala; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice P).

Após o recebimento da documentação foi agendada, ainda, uma reunião presencial a fim de que todos os aspectos relativos à validação de conteúdo fossem explorados e compreendidos. Essa reunião ocorreu em dezembro de 2014, com duração aproximada de 50 minutos.

4.5 Análise dos dados

Para a compilação e tabulação dos dados foi utilizado o *software* Windows Excel 2013, e para a análise estatística o *software* *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 19.0 versão para Windows.

Para a análise dos dados levantados na etapa de avaliação pelo comitê de juízes recorreu-se à ferramenta descritiva de tabelas, quadros e gráficos, a fim de se encontrarem possíveis padrões nos dados coletados e facilitar o entendimento.

Para verificar a similaridade das respostas dos juízes utilizou-se a ferramenta estatística do Coeficiente de *Kappa*, mais conhecido como Análise de Concordância. O objetivo do teste é determinar o grau de precisão e confiabilidade dos métodos. Assim, buscou-se mensurar e avaliar as respostas dos juízes com relação a "Tradução e adaptação

transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*" quanto às equivalências semântica, idiomática, experimental e cultural.

Para verificar a homogeneidade das avaliações dos juízes nos quesitos de equivalências utilizou-se o Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC). Trata-se de uma das ferramentas estatísticas mais utilizadas para a mensuração da confiabilidade de medidas. O ICC é adequado para mensurar a homogeneidade de duas ou mais medidas e é interpretado como a proporção da variabilidade total atribuída ao objeto medido (SHROUT; FLEISS, 1979).

Na análise dos dados sociodemográficos e clínicos da amostra de participantes, bem como na aplicação do questionário, utilizou-se a análise descritiva de tabelas e gráficos, com números absolutos e percentuais, a fim de se encontrarem possíveis padrões nos dados coletados e facilitar o entendimento.

Com o intuito de cumprir com os objetivos propostos foi realizado, também, a validação de conteúdo da versão produzida. Polit e Beck (2006) relatam que a validação de conteúdo diz respeito ao grau em que cada elemento de medida de um instrumento é representativo do propósito particular de avaliação.

Para a verificação da validade de conteúdo da escala foi utilizado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Esse método é muito utilizado na área de saúde para medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância quanto a determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Inicialmente, permite uma análise de cada item individualmente e depois do instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O comitê de especialistas atribuiu uma pontuação para cada item da escala, de forma que os resultados pudessem ser comparados. A seleção do comitê tem por base os critérios relatados anteriormente.

Conforme afirma Lynn (1986), é atribuído a cada item da escala uma pontuação de 1 a 4 na forma Likert para itens não relevantes, pouco relevantes, relevantes e muito relevantes, respectivamente. Desta forma, calcula-se o IVC para cada item somando-se o número de especialistas que atribuíram pontuação 3 ou 4, dividido pelo número total de especialistas. Para o número abaixo de cinco especialistas, Alexandre e Coluci (2011) alertam que o item deve ter IVC de 1,00 para um item ter validade. Já no caso de seis ou mais especialistas, os autores recomendam uma taxa não inferior a 0,78.

Para a discussão dos dados foi utilizada a comparação por meio da literatura pertinente.

4.6 Aspectos éticos na pesquisa

O estudo respeitou, em todas as suas etapas, as exigências éticas de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Assim sendo, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil, com vista à sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, tendo recebido parecer favorável nº 562.694 (Anexo D).

Os juízes, os participantes da fase do pré-teste e os especialistas receberam informações detalhadas sobre os objetivos do estudo e puderam sanar eventuais dúvidas. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os tradutores (Apêndice C), para os juízes (Apêndice K), e para os participantes (Apêndice M), somente após a assinatura destes a pesquisadora foi autorizada a obter os dados relativos ao estudo.

5 RESULTADOS

5.1 Adaptação transcultural da Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale

5.1.1. Tradução, síntese e back translation

O processo de adaptação transcultural aconteceu mediante participação de cinco tradutores, através da tradução e retrotradução do instrumento, e por um comitê de especialistas, composto por cinco juízes que analisaram as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual.

No que se refere aos tradutores, todos seguiram o protocolo de tradução explicitado anteriormente e concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Assim sendo, os tradutores foram:

- *Tradutor 1: responsável pela T1. Enfermeira, com conhecimentos avançados em língua inglesa tendo morado por um ano no Canadá, trabalha com traduções de documentos.*
- *Tradutor 2: responsável pela T2. Jornalista, morou um ano nos Estados Unidos da América tendo conhecimento fluente na língua inglesa. Trabalha com traduções.*
- *Tradutor 3: responsável pela síntese. Professora da Casa de Cultura Britânica da Universidade Federal do Ceará, formada em letras português/inglês.*
- *Tradutor 4: responsável pela BT1. Natural de Raleigh EUA, professor de língua inglesa. Aluno de Mestrado da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*
- *Tradutor 5: responsável pela BT2. Natural de Plymouth EUA, mora no Brasil e é chefe de uma empresa de traduções.*

Na primeira etapa do protocolo de tradução e adaptação do instrumento, como já mencionado anteriormente, foi realizada a tradução inicial por dois profissionais de perfis diferentes. Na oportunidade, ambos entregaram a versão traduzida, T1 (Apêndice A), e T2 (Apêndice B), além de um relatório com as principais dificuldades, dúvidas e incertezas. Assim, o tradutor responsável pela T1 relatou a dificuldade na tradução do termo “*dull aches*”, já que, no Brasil, pode ter significados distintos, atribuindo como versão final “dores maçantes”. Embora o termo não seja de uso rotineiro no Brasil, ele considerou essa tradução

Joyce Miná Albuquerque Coelho

mais conforme à versão original. Também relatou que, assim como no documento original, procurou traduzir utilizando palavras formais e técnicas. Sugeriu, ainda, outras traduções possíveis para os termos “*urination*”, atribuído por ele como “micção”, podendo ser considerado também como “urinar”; e “*blood pressure*”, podendo ser traduzido também como “pressão sanguínea”.

O tradutor que elaborou a versão T2 relatou dificuldade na tradução de alguns termos técnicos como “*cystitis*”, “*pseudomonas*”, “*dysreflexia*” e “*lightheadedness*”, tendo sido atribuído por ele como, respectivamente, “cistite”, “*pseudomonas*”, “disreflexia” e “vertigens”, embora tenha relatado incerteza na real tradução dos termos. Vale salientar que o tradutor 2 não era da área de saúde e não tinha informações sobre o objetivo do estudo.

Na etapa de síntese das duas traduções uma terceira pessoa bilíngue foi mediadora desse processo. Formada em Letras português-inglês, a tradutora responsável pela T12 (Apêndice E) facilitou a construção semântica das frases em português, bem como apresentou a tradução mais coerente com a versão original, em discussão com os demais tradutores. Nesta etapa do processo também foi solicitado que a tradutora escrevesse suas considerações sobre a síntese.

Na elaboração da documentação solicitada (Apêndice F) a tradutora da síntese referiu ter optado, na maioria das vezes, pela T1 por considerá-la mais fidedigna à versão original. Afirmou, ainda, que na elaboração da síntese realizou algumas pequenas alterações na estrutura das frases visando à coesão, à coerência e à concordância verbal da tradução final. Dessa forma, observam-se no Quadro 1 as mudanças efetuadas.

Quadro 1 - Comparativo entre as traduções da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*

TRADUÇÃO 1 (T1)	TRADUÇÃO 2 (T2)	SÍNTESE (T12)
Escala de Lesão Medular de Condições Secundárias (ELMCS)	Escala de Condições Secundárias da Lesão Medular (SCI-SCS)	Escala de Condições Secundárias da Lesão Medular (SCI-SCS)
<u>1.Ferida(s) por pressão</u> Esta(s) desenvolvem-se como erupção cutânea e vermelhidão e progridem para uma ferida infectada. Também chamada de úlcera de pele, escaras e úlceras de decúbito.	<u>1.Ferida de pressão</u> Desenvolvem-se como uma assadura de pele ou vermelhidão e progride para uma ferida infectada. Também é chamada de úlcera de pele, escaras e úlceras de decúbito.	<u>1.Ferida(s) por pressão</u> Tais feridas se desenvolvem como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlceras de pele, escaras ou úlceras de decúbito.
<u>2.Lesão causada por perda de sensibilidade</u> A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estando sentado muito perto do aquecedor ou lareira.	<u>2.Ferimento causado pela perda de sensibilidade</u> Ferimento pode ocorrer devido a falta de sensibilidade, como em queimaduras causadas por transportar líquidos quentes no colo ou por sentar muito próximo a um aquecedor ou fogo.	<u>2.Lesão causada por perda de sensibilidade</u> A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estar sentado muito perto de um aquecedor ou lareira.

<p>3.Espasmos Musculares (espasticidade) Espasticidade se refere aos movimentos musculares <u>espasmódicos</u>, não controlados, como a contração muscular descontrolada ou espasmos. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com alguma restrição, como sapato apertado ou cinto.</p>	<p>3.Espasmos Musculares (espasticidade) Espasticidade se refere a <u>incontroláveis</u>, irregulares movimentos musculares, como contração muscular descontrolada ou espasmo. Geralmente, a espasticidade cresce com infecções ou algum tipo de restrição, como sapato ou cinto apertado.</p>	<p>3.Espasmos Musculares (espasticidade) A espasticidade se refere a movimentos musculares <u>espasmódicos</u>, não controlados, como a contração muscular descontrolada ou espasmos. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de restrição, como sapato apertado ou cinto.</p>
<p>4.Contraturas Contratura é uma limitação na amplitude de movimentação causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação, como o cotovelo e o quadril. Isso ocorre quando a articulação não pode se mover com a frequência suficiente através da sua amplitude de movimentação. A dor geralmente acompanha esse problema.</p>	<p>4.Contraturas Uma contratura é a limitação na amplitude do movimento causada pela redução do tecido mole em torno de uma articulação, como um cotovelo ou o quadril. Isso ocorre quando uma articulação não pode ser movida com a frequência necessária para a amplitude de seu movimento. Dor frequentemente acompanha esse problema.</p>	<p>4.Contraturas A contratura é uma limitação na amplitude de movimentação causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação; como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando a articulação não pode se mover com a frequência suficiente através da sua amplitude de movimentação. Tal problema é geralmente seguido de dor.</p>
<p>5.Ossificação Heterotópica Este é um crescimento excessivo do osso, geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e <u>calor local</u> em área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.</p>	<p>5.Ossificação heterotípica do osso Crescimento exagerado do osso, ocorre geralmente depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem uma perda da amplitude do movimento, inchaço e <u>aquecimento local</u> na área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.</p>	<p>5.Ossificação Heterotópica Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e <u>calor local</u> em área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.</p>
<p>6.Diabetes Mellitus Diabetes é um problema resultante das irregularidades dos <u>níveis</u> de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Essa condição é diagnosticada por um médico.</p>	<p>6.Diabetes Mellitus Diabetes é um problema que resulta da irregularidade dos <u>níveis</u> de açúcar no sangue. Sintomas incluem urinação frequente e sede excessiva. Essa condição é diagnosticada por um médico.</p>	<p>6.Diabetes Mellitus A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos <u>níveis</u> de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.</p>
<p>7.Disfunção da Bexiga Incontinência, bexiga ou pedra nos rins, problemas renais, perda e retorno de urina são todos os sintomas da disfunção da bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário</p>	<p>7.Disfunção da Bexiga Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas de rins, vazamento de urina e acúmulo de urina são todos os sintomas da disfunção de bexiga. NOTA: Há um item separado para infecções do trato urinário.</p>	<p>7.Disfunção da Bexiga Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e retorno de urina são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.</p>
<p>8.Disfunção Intestinal Diarréia, constipação, “acidentes” e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.</p>	<p>8.Disfunção Intestinal Diarréia, constipação, “acidentes”, e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.</p>	<p>8.Disfunção Intestinal Diarréia, constipação, “acidentes” e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.</p>
<p>9.Infecção do trato urinário Isto inclui infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina e urina turva.</p>	<p>9.Infecção do trato urinário Isto inclui infecções como cistite e pseudomas. Sintomas incluem dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina e urina turva.</p>	<p>9.Infecção do trato urinário Este quadro apresenta infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina</p>

		turva.
<p>10.Disfunção Sexual Isto inclui a insatisfação com o funcionamento sexual. As causas para a insatisfação pode ser a diminuição da sensação, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, e problemas intestinais ou na bexiga, como infecções.</p>	<p>10.Disfunção Sexual Isso inclui insatisfação com o desempenho sexual. As causas para a insatisfação podem ser a redução da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimento e problemas com intestino ou bexiga, como infecções.</p>	<p>10.Disfunção Sexual Esta inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, e problemas intestinais ou na bexiga, como infecções.</p>
<p>11.Disreflexia Autonômica Disreflexia autonômica, às vezes chamadas de hiperreflexia, resulta da interferência em sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da Disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dores de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo a dor na qual o indivíduo não experimenta a sensação propriamente dita.</p>	<p>11.Disreflexia Autônoma Disreflexia autônoma, algumas vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência no sistema de regulação de temperatura do corpo. Sintomas de disreflexia incluem aumentos bruscos da pressão arterial e transpiração, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Também pode ocorrer como resposta do organismo a dor quando o indivíduo não vivencia a sensação.</p>	<p>11.Disreflexia Autonômica A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor na qual o indivíduo não vivencia a sensibilidade.</p>
<p>12.Hipotensão Postural Trata-se de uma forte sensação de tontura após mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.</p>	<p>12.Hipotensão Postural Isso envolve uma forte sensação de vertigens, que se segue a uma mudança de posição. É causada por uma queda abrupta da pressão sanguínea.</p>	<p>12.Hipotensão Postural Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.</p>
<p>13.Problemas Circulatórios Problemas circulatórios envolvem inchaço das veias, pés ou a ocorrência de coágulos sanguíneos.</p>	<p>13.Problemas Circulatórios Problemas circulatórios envolvem o inchaço das veias, pés ou a ocorrência de coágulos sanguíneos.</p>	<p>13.Problemas Circulatórios Problemas circulatórios envolvem inchaço das veias, pés ou ocorrência de coágulos sanguíneos.</p>
<p>14.Problemas Respiratórios Os sintomas da infecção respiratória ou problemas incluem dificuldades de respirar e aumento das secreções.</p>	<p>14.Problemas Respiratórios Sintomas de infecções respiratórias ou problemas que incluem dificuldade de respirar e aumento de secreções.</p>	<p>14.Problemas Respiratórios Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.</p>
<p>15.Dor crônica Este é geralmente experienciado como formigamento crônico, queimação ou <u>dores maçantes</u>. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>	<p>15.Dor crônica Isso é geralmente experimentado como formigamento crônico, queimação ou <u>dores surdas</u>. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>	<p>15.Dor crônica É geralmente apresentada por formigamento crônico, queimação ou <u>dores maçantes</u>. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>
<p>16.Dor nas articulações e músculos Isto inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, estão em risco de desenvolver dor.</p>	<p>16.Dores nas articulações e músculos Inclui dores em um grupo de músculos ou articulações específico. Pessoas que fazem o uso excessivo de um particular grupo de músculos, como músculos dos ombros, ou quem faz muito esforço em suas articulações correm riscos de desenvolver dores.</p>	<p>16.Dor nas articulações e músculos Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores.</p>
Para os seguintes 16 problemas de	Para os 16 problemas de saúde a	Para os 16 problemas de saúde que

saúde, por favor classifique o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência desde os últimos 3 meses. Se você ainda não experienciou alguma condição secundária nos últimos 3 meses ou se o problema for insignificante para você, por favor circule “0”. Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias	seguir, por favor avalie o quanto cada um afetaram suas atividades e independência nos últimos 3 meses. Se você não experimentou uma condição secundária nos últimos 3 meses ou se isso é um problema insignificante para você, por favor circule o “0”. Use a escala a seguir para avaliar cada uma das condições secundárias.	seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você ainda não <u>vivenciou</u> alguma condição secundária neste período ou se o problema for insignificante para você, favor circular “0”. Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias
0 = NÃO experienciei nos últimos 3 meses ou é um problema insignificante. 1 = Problema LEVE ou INFREQUENTE 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO	0 = NÃO experimentei nos últimos 3 meses ou é um problema insignificante 1 = Problema LEVE ou INFREQUENTE 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO	0 = Problema NÃO <u>vivenciado</u> nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO

Fonte: Elaboração do próprio autor

Dentre as alterações propostas pela tradutora da síntese, algumas merecem especial destaque e serão explicitadas adiante. Todas elas se encontram grifadas para identificação no quadro. O título escolhido que melhor representava o documento original, para a tradutora da síntese, foi “Escala de Condições Secundárias da Lesão Medular”. A sugestão da T1 não foi bem aceita por ser considerada como ordem inversa da frase.

Com relação aos problemas de saúde abordados, apenas quatro dos títulos sofreram variações nas traduções. Os demais, correspondentes a 75% dos itens, se mantiveram iguais nas três traduções realizadas. O item 1, na síntese, foi abordado pela tradutora como “Ferida(s) por pressão”. A opção por essa nomenclatura foi feita em detrimento de “Ferida de pressão” pelo fato de o termo “por” ter uma conotação de causa, sendo mais adequado à descrição do problema de saúde.

No item 2 a preferência ficou com o termo “lesão” em lugar de “ferimento”. A escolha deu-se em função de, segundo a tradutora, o termo “lesão” ser bem mais utilizado, embora para ela não haja diferenças significativas entre as duas nomenclaturas.

A respeito da eleição da nomenclatura no item 5, a mesma indicou que o termo correto para o problema de saúde era “ossificação heterotópica”, conforme a T1, e não o apontado pela T2, “ossificação heterotípica do osso”, sendo esta uma tradução literal do problema de saúde.

Com relação à descrição dos problemas de saúde, a grande maioria dos itens na síntese sofreu algum tipo de variação entre as versões T1 e T2. Segundo a tradutora da T12, a variação se deu em uma tentativa de ajustamento da concordância semântica, de forma que

ficasse mais claro, e não por erro das traduções. Manifestou, também, a preferência pela T1 na grande maioria dos itens.

Dessa forma, no item 3, referente a espasticidade, a tradutora manifestou preferência pelo termo “movimentos musculares espasmódicos” como melhor tradução para “*jerky muscle movements*” em função de, segundo ela, a escala estar repleta de termos científicos, sendo mais adequada a manutenção, mas indicou que também poderia ser utilizada a descrição “movimentos musculares bruscos”.

Na descrição do item 5, ossificação heterotópica, a tradução mais indicada, segundo a tradutora da síntese, para o termo “*warmth*”, foi “calor”, e não “aquecimento” como sugerido pela T2.

No item sobre diabetes mellitus, o termo “níveis de açúcar”, indicado pela T2, foi mais bem aceito do que “leveis de açúcar”, já que não temos, no Brasil, o costume de utilizar essa nomenclatura, sendo, portanto, uma tradução literal do termo “*sugar levels*”.

No item relativo à dor crônica, o termo “dores maçantes” foi escolhido pela tradutora para a expressão “*dull aches*” com a justificativa de desconhecer a expressão “dores surdas”.

Na descrição para a eleição da pontuação, bem como na definição da pontuação “0”, ambas as tradutoras T1 e T2 optaram, respectivamente, pelas variações de experimentar e vivenciar. No entanto, a tradutora da síntese escolheu uma terceira nomenclatura, vivenciar, com a justificativa de que os problemas de saúde têm um impacto presencial na vida das pessoas, portanto, eles vivenciam. A tradutora justificou, ainda, que o termo é mais compreendido e usado no Brasil.

Após a elaboração das traduções, bem como da síntese das documentações, a versão final foi encaminhada para outros dois tradutores. Estes, por sua vez, foram responsáveis pela conversão de volta ao idioma original da escala, em inglês. Dessa forma, erros conceituais grotescos poderiam ser identificados. Assim sendo, foram convidados dois tradutores de naturalidade norte-americana para a elaboração da BT1 e BT2, conforme mencionado anteriormente. A versão original e as duas traduções realizadas podem ser visualizadas no Quadro 2. Dessa forma, podem ser comparadas e exploradas. Todas as discordâncias estão grifadas para melhor identificação.

Quadro 2 - Comparativo entre a versão original e as *back translations* 1 e 2 da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*

VERSÃO ORIGINAL	BACKTRANSLATION 1 (BT1)	BACKTRANSLATION 2 (BT2)
The Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)	Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)	Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)
1. Pressure sore(s) These develop as a skin rash or redness and progress to an infected sore. Also called skin ulcers, bedsores, and decubitus ulcers.	1. Pressure sore(s) Such wounds develop as skin rashes or redness. They progress to infections. They are also known as skin ulcers, bedsores, and decubitus ulcers.	1. Pressure wound(s) Such wounds develop as a cutaneous eruption or redness and progress into infected wounds. Also called skin ulcers, pressure sores and decubitus ulcers.
2. Injury caused by loss of sensation Injury may occur because of a lack of sensation, such as burns from carrying hot liquids in the lap or sitting too close to a heater or fire.	2. Injury caused by loss of sensation Injuries can occur due to a lack of sensitivity, such as burns from placing hot liquids on the lap or from sitting too close to a heater or fireplace.	2. Injury caused by loss of sensation The injury may occur due to a lack of sensitivity, such as burns by transporting hot liquids on the lap or sitting too close to a heater or fireplace.
3. Muscle spasms (spasticity) Spasticity refers to <u>uncontrolled</u> , jerky muscle movements, such as uncontrolled muscle twitch or spasm. Often spasticity increases with infection or some kind of restriction, like a tight shoe or belt.	3. Muscle spasms (spasticity) Spasticity refers to <u>twitching</u> , uncontrolled muscle movements, such as uncontrolled muscle contractions or spasms. Generally, spasms increase with infection or with restrictions like tight shoes or belts.	3. Muscle spasms (spasticity) Spasticity refers to <u>spasmodic</u> muscle movements, uncontrolled, such as uncontrolled muscle contraction or spasms. Usually the spasticity increases with the infection or with some kind of restriction, such as tight shoes or belt.
4. Contractures A contracture is a limitation in range of motion caused by a shortening of the soft tissue around a joint, such as an elbow or hip. This occurs when a joint cannot move frequently enough through its range of motion. Pain often accompanies this problem.	4. Contractures A contracture is a limitation in range of movement caused by the shortening of the soft tissues around a joint, such as the hip or elbow. Contracture occurs when the joint cannot move often enough through its range of motion. Pain usually accompanies this problem.	4. Contractures The contracture is a limitation in the amplitude of movement caused by the shortening of soft tissues around a joint; such as an elbow or hip. This occurs when the linkage may not move with sufficient frequency through its range of motion. This problem is usually accompanied by pain.
5. Heterotopic bone ossification This is an overgrowth of bone, often occurring after a fracture. Early signs include a loss of range of motion, local swelling and <u>warmth at the area to the touch</u> . This condition must be diagnosed by a physician.	5. Heterotopic ossification Heterotopic ossification is an overgrowth of bone that usually occurs after a fracture. Early symptoms include loss of range of motion, swelling and the <u>sensation of heat in the affected area</u> . A doctor should diagnose this condition.	5. Heterotopic ossification This is the exaggerated growth of bone that usually occurs after a fracture. The first symptoms include the loss of range of motion, <u>swelling and local heat in area of touch</u> . This condition must be diagnosed by a physician.
6. Diabetes mellitus Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. Symptoms include frequent urination and excessive thirst. This condition is diagnosed by a physician.	6. Diabetes mellitus Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. Its symptoms include frequent urination and excessive thirst. A doctor must diagnose this condition.	6. Diabetes mellitus Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. The symptoms include frequent urination and excessive thirst. This condition is diagnosed by a physician.
7. Bladder dysfunction Incontinence, bladder or kidney stones, kidney problems, urine leakage and urine back up are all	7. Bladder dysfunction Incontinence, kidney stones, renal problems, urine loss and the return of urine are all symptoms	7. Bladder dysfunction Incontinence, stones in the kidneys or bladder, kidney problems, loss and return of urine are all symptoms of

symptoms of bladder dysfunction. <u>NOTE</u> : There is a separate item for urinary tract infections.	of bladder dysfunction. Please note: there is a separate item for urinary tract infections.	bladder dysfunction. Note: There is a separate item for urinary tract infections.
8. Bowel dysfunction Diarrhea, constipation, "accidents," and associated problems are signs of bowel dysfunction.	8. Bowel dysfunction Diarrhea, constipation, "accidents," and associated problems are all signs of bowel dysfunction.	8. Bowel dysfunction Diarrhea, constipation, "accidents" and associated problems are signs of bowel dysfunction.
9. Urinary tract infections This includes infections such as cystitis and pseudomonas. Symptoms include pain when urinating, a burning sensation throughout the body, blood in the urine and cloudy urine.	9. Urinary tract infections This diagnosis presents infections as cystitis pseudomonas. Symptoms include painful urination, burning sensation in the body, blood in urine, and cloudy urine.	9. Urinary tract infection This condition presents infections such as cystitis and pseudomonas. The symptoms include: pain while urinating, burning sensation in the body, blood in the urine as well as cloudy urine.
10. Sexual dysfunction This includes dissatisfaction with <u>sexual functioning</u> . Causes for dissatisfaction can be decreased sensation, changes in body image, difficulty in movement, and problems with bowel or bladder, like infections.	10. Sexual dysfunction This includes dissatisfaction with <u>sexual activity</u> . The causes for dissatisfaction may be: decrease in sensitivity, changes in body image, loss of mobility, bladder or bowel problems, as well as infections.	10. Sexual dysfunction This includes dissatisfaction with <u>sexual activity</u> . The causes for dissatisfaction can be: the reduction of sensitivity, changes in body image, movement difficulty, intestinal problems or bladder infections.
11. Autonomic dysreflexia Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, results from interference in the body's temperature regulating systems. Symptoms of dysreflexia include sudden rises in blood pressure and sweating, <u>skin blotches</u> , <u>goose bumps</u> , pupil dilation and headache. It can also occur as the body's response to pain where an individual doesn't experience sensation.	11. Autonomic dysreflexia Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, results from an interference in the systems which regulate body temperature. The symptoms of hyperreflexia include a sudden increase in blood pressure and sweating, <u>skin patches</u> , <u>chills</u> , pupil dilation, and headaches. Hyperreflexia can also occur as the body's response to pain in which the individual does not experience the sensation.	11. Autonomic dysreflexia Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, resulting from interference in regulating systems of body temperature. The symptoms of dysreflexia include sudden increase in blood pressure and sweating, <u>dark spots on the skin</u> , <u>chills</u> , pupil dilation and headache. A symptom where the individual does not experience sensitivity can also occur as the body's response to the pain.
12. Postural hypotension This involves a strong <u>sensation</u> of <u>lightheadedness</u> following a change in position. It is caused by a sudden drop in blood pressure.	12. Postural hypotension Hypotension involves a strong <u>sensation</u> of <u>dizziness</u> after changing position. A sudden drop in arterial pressure causes it.	12. Postural hypotension This is a strong <u>feeling</u> of <u>dizziness</u> after a change in position. It is caused by sudden drop in blood pressure.
13. Circulatory problems Circulatory problems involve the swelling of veins, feet or the occurrence of blood clots.	13. Circulatory problems Circulatory problems involve swollen veins and feet or the occurrence of blood clots.	13. Circulatory problems Circulatory Problems involve swelling of veins, feet or occurrence of blood clots.
14. Respiratory problems Symptoms of respiratory infections or problems include difficulty in breathing and increased secretions.	14. Respiratory problems The symptoms of infection or respiratory problems include difficulty breathing and an increase in secretions.	14. Respiratory problems The symptoms of infection or respiratory problems include difficulty breathing and increased secretions.
15. Chronic pain This is usually experienced as chronic tingling, burning or dull aches. It may occur in an area that has little to no <u>feeling</u> .	15. Chronic pain This generally presents as chronic tingling, burning, or dull pain. Such pain can occur in an area with little or no <u>sensitivity</u> .	15. Chronic pain It is usually presented by chronic tingling, burning and dull pain. It can occur in an area that has little or no <u>sensitivity</u> .
16. Joint and muscle pain This includes pain in specific muscle groups or joints. People who must overuse a particular	16. Muscle and joint pain This includes pain in specific muscle groups or joints. People who overload one specific muscle	16. Pain in joints and muscles This includes pain in specific muscle groups or in the joints. People that overwhelm a specific muscle group,

muscle group, such as shoulder muscles, or who put too much strain on their joints are at risk of developing pain..	group, such as the shoulders, or who apply heavy pressure to their joints risk developing such pain.	such as the shoulder muscles, or who apply too much pressure on the joints, are at risk of developing pain.
For the following 16 health problems, please rate how much each one affected your activities and independence in the last 3 months. If you have not experienced a secondary condition in the last 3 months or if it is an insignificant problem for you, please circle “0.” Use the following scale to rate each of the secondary conditions.	For the following 16 health problems, please rate how much each one affected your activities and independence in the last 3 months. If you have not experienced a secondary condition in the last 3 months or if it is an insignificant problem for you, please circle “0.” Use the following scale to rate each of the secondary conditions.	For the following 16 health problems, please rate how much each one affected your activities and independence in the last 3 months. If you have not experienced a secondary condition in the last 3 months or if it is an insignificant problem for you, please circle “0.” Use the following scale to rate each of the secondary conditions.
0 = NOT experienced in the last 3 months or is an insignificant problem. 1 = MILD or INFREQUENT problem. 2 = MODERATE or OCCASIONAL problem. 3 = SIGNIFICANT or CHRONIC problem.	0 = Problem NOT experienced in the last 3 months or insignificant. 1 = LIGHT or INFREQUENT problem. 2 = MODERATE or OCCASIONAL problem. 3 = SIGNIFICANT or CHRONIC problem.	0 = Problem NOT experienced in the past 3 months or insignificant. 1 = Problem MILD or NOT FREQUENT. 2 = Problem MODERATE or OCCASIONAL. 3 = Problem SIGNIFICANT or CHRONIC.

Fonte: Elaboração do próprio autor

Quanto ao nome dos problemas de saúde, observa-se que não houve mudanças significativas entre a versão original e as traduzidas, de forma que apenas três denominações, 18,75%, sofreram variações. No primeiro item, correspondente a “*pressure sores(s)*”, na escala original o tradutor que originou a BT2 optou pela nomenclatura “*pressure wound(s)*”, que é um termo mais utilizado para “feridas”, e não “úlceras”.

No item 5, denominado “*heterotopic bone ossification*”, na escala original os tradutores da BT1 e BT2 optaram pelo termo “*heterotopic ossification*”, mais utilizado em estudos científicos, mas que corresponde ao que a tradutora original referiu.

Para o item 16, o termo “*joint and muscle pain*” indicado na versão original foi traduzido de duas maneiras diferentes na BT1 e na BT2, “*muscle and joint pain*”, e “*pain in joints and muscles*” respectivamente. Observa-se que a diferença se refere somente à ordem da frase.

Na descrição dos itens, poucas mudanças merecem destaque, não havendo nenhuma discordância entre as versões. As diferenças se deveram à utilização de palavras e expressões sinônimas como “*feeling*” e “*sensitivity*”; “*warmth at the area to the touch*” e “*sensation of heat in the affected área*”; “*twitching*” e “*spasmodic*”; “*skin blotches*” e “*skin patches*”; “*goose bumps*” e “*chills*”; “*dizziness*” e “*lightheadedness*”.

No item 10, relativo à sexualidade, uma diferença foi observada. O termo usado pela autora da escala era “*sexual functioning*”, enquanto os tradutores das *back translations* escolheram o termo “*sexual activity*”. Observando a T1, foi considerado como tradução a expressão “funcionamento sexual”. A tradutora da T2, por sua vez, indicou o termo como sendo “desempenho sexual”. Para compor a síntese a tradutora da T12 elegeu como correto o termo “atividade sexual”. Percebe-se, portanto, que houve uma falha na síntese desse quesito resultando na *back translation* como “*sexual ativity*”. No Brasil as três expressões têm significados diferentes.

5.1.2. Revisão pelo Comitê de Juízes

Com relação ao comitê de juízes, este foi formulado com a intenção de se obter uma variedade de experiências profissionais que contribuíssem para a elaboração deste estudo. Sendo assim, foram recrutadas cinco enfermeiras, das quais três doutoras em Enfermagem, e duas mestres em Enfermagem, conforme apresentado a seguir:

- *Juiz 1: M.D.C.M, doutora em enfermagem, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), vice-coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica da UFC (NUPEN/UFC). Apresenta artigos publicados na área de enfermagem neurológica, especialmente lesão medular. Foi orientadora de trabalhos de conclusão de curso envolvendo lesão medular e condições secundárias, participou de bancas de dissertação de mestrado envolvendo tradução e adaptação de instrumentos.*
- *Juiz 2: J.V, doutora em enfermagem, professora do Departamento de Enfermagem da UFC, membro pesquisador do NUPEN/UFC. Possui experiência assistencial de 6 anos com pessoas com lesão medular, bem como artigos e livro publicados na área. Tem experiência com pesquisa metodológica, sendo autora de trabalhos visando a tradução, adaptação e validação de instrumentos de mensuração em saúde*
- *Juiz 3: J. F. V, doutora em enfermagem, professora do Departamento de Enfermagem da UFC. Possui experiência com estudos metodológicos, tendo sido membro de bancas examinadoras de dissertações de mestrado e tese de doutorado na área de tradução, adaptação e validação de instrumentos de mensuração em saúde.*

- *Juiz 4: D.C. de O, mestre em cuidados clínicos em saúde e enfermagem, membro pesquisador do NUPEN/UFC, trabalha há mais de 10 anos na assistência direta ao paciente com lesão medular em um hospital de reabilitação de Fortaleza-CE, tem experiência em pesquisa em enfermagem neurológica, possuindo artigos publicados na área.*
- *Juiz 5: P.A.M.R, mestre em enfermagem, membro pesquisador do NUPEN/UFC. Possui experiência com pesquisa em enfermagem neurológica, mais especificamente lesão medular, possui artigos publicados na área. Trabalhou em sua dissertação de mestrado com tradução e adaptação de instrumentos de mensuração em saúde.*

Dessa forma, os juízes avaliaram 19 itens da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* (incluindo título, descrição e pontuação) em relação a seis critérios: Ortografia, Vocabulário, Gramática, Idiomática, Experimental e Conceitual. Ou seja, cada item pertencente ao questionário foi avaliado em seis critérios por cinco juízes.

O juiz elegeu apenas uma das quatro categorias de resposta para a avaliação da tradução de cada item:

- **TMA**=Tradução Muito Adequada
- **TA**=Tradução Adequada
- **TCI**=Tradução com Inadequações
- **TTI**=Tradução Totalmente Inadequada

Para a verificação de similaridade entre as respostas utilizou-se o Coeficiente de Kappa, mais conhecido como Análise de Concordância. Tradicionalmente, o coeficiente de Kappa é usado para a mensuração da concordância quando as respostas são categóricas, ou seja, em dados nominais. Essa medida tem como valor limite máximo o 1, representando total concordância. Por outro lado, os valores próximos e até abaixo de 0 indicam nenhuma concordância, ou que a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. Um eventual valor de Kappa menor que zero, negativo, sugere que a concordância encontrada foi menor do aquela esperada por acaso, e portanto, seu valor não tem interpretação como intensidade de discordância. Para a atual pesquisa considerou-se um nível de significância de 5% (ou seja $\alpha = 0,05$).

O coeficiente de *Kappa* é estimado como:

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

onde:

P_o = Proporção de concordância observadas

P_e = Proporção de concordância esperadas

$$P_o = \frac{A + D}{A + B + C + D} \quad P_e = \frac{[(A + B)(A + C)] + [(C + D)(B + D)]}{(A + B + C + D)^2}$$

Por meio do coeficiente *Kappa* é possível elaborar um teste de hipótese para avaliar a significância do índice calculado. Quando a hipótese nula (H_0) for aceita, *Kappa* é igual a 0, o que indica concordância nula. Caso contrário, quando se rejeita a hipótese nula, ele é maior que zero. Sugere-se a seguinte interpretação para os valores do Coeficiente de *Kappa*:

Tabela 1- Escala de concordância para os valores de *Kappa*

Categoria	Kappa	Concordância
1	<0,00	Nenhum
2	0,00 - 0,20	Fraca
3	0,21 - 0,40	Tolerável
4	0,41 - 0,60	Regular
5	0,61 - 0,80	Boa
6	0,81 - 0,99	Ótima
7	1,00	Perfeita

Fonte: Kundel e Polansky (2003)

Assim sendo, a Tabela 2 mostra as informações relativas à distribuição de respostas iguais entre os juízes para os itens do questionário. Exceto na idiomática, os juízes classificaram como sendo TMA 7 dos 19 itens, isto é, 36,8% em todos os critérios, em relação à idiomática a porcentagem foi de 31,6% dos itens como TMA. Sendo mais flexível e adotando que TMA e TA produzem efeitos semelhantes para a adequada tradução neste estudo, os percentuais aumentam significativamente em todos os critérios, com destaque para a ortografia, onde 68,4% dos itens foram classificados como adequados (TMA ou TA, juntos).

Tabela 2 – Distribuição das respostas em TMA e/ou TA para os quesitos ortografia, vocabulário, gramática, idiomática, experimental e conceitual.

Critério	% TMA	% TMA ou TA
Ortografia	36,8	68,4
Vocabulário	36,8	57,9
Gramática	36,8	63,2
Idiomática	31,6	47,4
Experimental	36,8	57,9
Conceitual	36,8	52,6

Fonte: Dados do pesquisador

Na Tabela 3 nota-se que na avaliação ortográfica a escala TMA (Tradução Muito Adequada) foi a predominante entre os avaliadores, cuja média de porcentagem foi de 81% entre os 5 juízes, seguida da TA (Tradução Adequada) cuja média foi de 13,2%; em terceiro, a TCI (Tradução com Inadequações), 7,4%; e, por último, a TTI (Tradução Totalmente Inadequada) com apenas uma escolha. Na avaliação vocabulário, as médias obtidas foram de 76,8%, 11,6%, 13,2% e 5,3%, respectivamente. Na gramática a ordenação se manteve e as médias foram 77,9%, 10,5%, 10,5% e 5,3%, respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição das avaliações dos itens pelos juízes quanto a equivalência semântica da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*

Crítérios da avaliação	Código	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4		Juiz 5		Média na %
		n	%									
Ortografia	TMA	16	84,2	12	63,2	16	84,2	18	94,7	15	78,9	81,1
	TA			5	26,3	1	5,3	1	5,3	3	15,8	10,5
	TCI	3	15,8	2	10,5	1	5,3			1	5,3	7,4
	TTI					1	5,3					1,1
Vocabulário	TMA	13	68,4	12	63,2	16	84,2	17	89,5	15	78,9	76,8
	TA	2	10,5	5	26,3	1	5,3	2	10,5	1	5,3	11,6
	TCI	4	21,1	2	10,5	1	5,3			3	15,8	10,5
	TTI					1	5,3					1,1
Gramática	TMA	15	78,9	12	63,2	16	84,2	16	84,2	15	78,9	77,9

TA	1	5,3	5	26,3	1	5,3	1	5,3	2	10,5	10,5
TCI	3	15,8	2	10,5	1	5,3	2	10,5	2	10,5	10,5
TTI					1	5,3					1,1

Nota: TMA=tradução muito adequada TA=tradução adequada TCI=tradução com inadequações TTI=tradução totalmente inadequada.

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Na análise do Coeficiente de Kappa para os itens da semântica (ortografia, vocabulário e gramática), os resultados obtidos estão dispostos nas Tabelas 4,5 e 6 a seguir, descritos adiante.

Tabela 4 - Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência semântica – ortografia, segundo a estatística Kappa (κ)

Juízes	1		2		3		4		5	
	k	%	K	%	K	%	K	%	k	%
1			0,184	63,2	0,069	73,7	0,219*	84,2*	-0,127	63,2
2					0,062	57,9	0,050	63,2	-0,043	52,6
3							0,208	84,2	-0,137	63,2
4									-0,080	73,7
5										

*Resultado significativo, cujo p-valor foi menor que 0,05

Fonte: dados gerados pelo pesquisador

Tabela 5 - Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência semântica - vocabulário, segundo a estatística Kappa (κ).

Juízes	1		2		3		4		5	
	k	%	K	%	k	%	K	%	k	%
1			0,289	63,2	0,224	68,4	0,022	63,2	-0,125	52,6
2					0,062	57,9	-0,034	57,9	-0,118	47,4
3							0,563*	89,5*	-0,137	63,2
4									-0,096	68,4
5										

*Resultado significativo, cujo p-valor foi menor que 0,05

Fonte: dados gerados pelo pesquisador

Tabela 6 - Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência semântica - gramática, segundo a estatística Kappa (κ).

Juízes	1		2		3		4		5	
	k	%	K	%	k	%	K	%	k	%
1			0,106	57,9	0,026	68,4	0,500*	84,2*	-0,039	63,2
2					0,062	57,9	0,050	57,9	-0,024	52,6
3							0,441*	84,2*	-0,137	63,2

TTI

1 5,3

1 5,3 2,1

Nota: TMA=tradução muito adequada TA=tradução adequada TCI=tradução com inadequações TTI=tradução totalmente inadequada.

Fonte: dados gerados pelo pesquisador

Nota-se que na avaliação idiomática a pontuação referente a TMA (Tradução Muito Adequada) foi a mais predominante entre os avaliadores, cuja média de porcentagem foi de 72,6% entre os 5 juízes, seguida da TCI (Tradução Com Inadequações), 14,7%; em terceiro, a TA (Tradução Adequada), 10,5%; e, por último, a TTI (Tradução Totalmente Inadequada), com apenas uma escolha. Na avaliação experimental as médias de TMA, TA, TCI e TTI foram de 76,8%, 11,6%, 7,4%, e 4,2%, respectivamente. Ao passo que na análise conceitual as médias para TMA, TA, TCI, e TTI foram de 77,9%, 8,4%, 11,6% e 2,1%, respectivamente.

Quando verificada a concordância entre os juízes por meio do Coeficiente de Kappa, os seguintes dados foram verificados para os itens equivalência idiomática, experimental e conceitual.

Tabela 8 - Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência idiomática, segundo a estatística Kappa (κ)

Juízes	1		2		3		4		5	
	k	%	K	%	k	%	k	%	K	%
1			0,230	68,4	0,083	63,2	0,273	63,2	-0,180	47,4
2					0,214	68,4	0,377*	68,4*	-0,062	52,6
3							0,321*	68,4*	0,197	68,4
4									-0,124	47,4
5										

*Resultado significativo, cujo p-valor foi menor que 0,05

Fonte: dados gerados pelo pesquisador

Tabela 9 - Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência experimental, segundo a estatística Kappa(κ)

Juízes	1		2		3		4		5	
	k	%	K	%	k	%	k	%	K	%
1			0,022	63,2	0,349*	73,7*	0,326*	73,7*	-0,036	52,6
2					-0,015	63,2	0,415*	78,9*	-0,140	52,6
3							0,280*	73,7*	0,214	68,4
4									0,070	63,2
5										

*Resultado significativo, cujo p-valor foi menor que 0,05

Fonte: dados gerados pelo pesquisador

Tabela 10 - Concordância entre os juízes na avaliação da equivalência conceitual, segundo a estatística Kappa(κ)

Juízes	1		2		3		4		5	
	k	%	K	%	k	%	k	%	k	%
1			-0,152	68,4	0,017	68,4	0,089	63,2	-0,143	57,9
2					0,009	68,4	0,367*	73,7*	-0,109	57,9
3							0,164	63,2	0,219	68,4
4									-0,075	52,6
5										

*Resultado significativo, cujo p-valor foi menor que 0,05

Fonte: dados gerados pelo pesquisador

Na Tabela 8 observa-se o coeficiente Kappa (κ) e o percentual de concordância entre os juízes quanto ao critério equivalência idiomática. Os dados mostram concordância tolerável entre o juiz 4 e os juízes 2 e 3, significativa ao nível de 5%, onde 68% dos itens foram iguais em respostas. Nas demais comparações entre juízes há quantidade razoável em porcentagem de concordância.

Na Tabela 9 apresentam-se os dados quanto ao critério equivalência experimental. Nota-se que houve concordância tolerável entre o juiz 4 e os juízes 1, 2 e 3, com porcentagem de concordância de, pelo menos, 73,7%. Entre os juízes 1 e 3 houve concordância tolerável com porcentagem de, aproximadamente, 74% de similaridade entre os itens. Nas demais comparações entre juízes há quantidade razoável em porcentagem de concordância.

Para a Tabela 10, referente ao critério equivalência conceitual, percebe-se concordância tolerável entre os juízes 2 e 4, onde 74% dos itens foram iguais em respostas. Nas demais comparações entre juízes há quantidade razoável em porcentagem de concordância, porém essas semelhanças já eram esperadas e não foram significativas.

Com o objetivo de melhor avaliar as respostas dos juízes quanto ao nível de concordância para cada um dos seis critérios, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação Intraclasse. Dessa forma foi possível perceber se o padrão de escolha das categorias foram as mesmas entre os juízes.

O Coeficiente de Correlação Intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient* - ICC) é uma das ferramentas estatísticas mais utilizadas para a mensuração da confiabilidade de medidas. O ICC é adequado para mensurar a homogeneidade de duas ou mais medidas e é interpretado como a proporção da variabilidade total atribuída ao objeto medido (SHROUT; FLEISS, 1979).

Dessa forma, ao calcular o Coeficiente de Correlação Intraclasse obteve-se o seguinte resultado:

Tabela 11 - Nível de concordância entre os juízes segundo o índice de correlação intraclasse

Critério	Correlação	P-Valor	Concordam?
Ortografia	0,521	0,014	Sim
Vocabulário	0,505	0,018	Sim
Gramática	0,573	0,007	Sim
Idiomática	0,416	0,058	Sim
Experimental	0,458	0,038	Sim
Conceitual	0,291	0,151	Não

Fonte: Dados do pesquisador

Na Tabela 11 observa-se que cinco dos seis itens avaliados foram significativos: Ortografia, Vocabulário, Gramática, Idiomática e Experimental. Na mesma tabela é informado o valor da correlação, que, quanto mais próximo de 1 melhor. Ou seja, nesses critérios os juízes obtiveram padrões similares de respostas ao questionário. Com relação à equivalência conceitual não houve concordância entre os juízes, o que indica padrões diferentes de resposta e divergências.

Diante dos resultados que evidenciaram a discordância dos juízes em relação à adequação da tradução proposta tentou-se uniformizar as sugestões indicadas por eles através de uma reunião presencial. Toda a reunião foi gravada para que a pesquisadora, ao realizar as modificações da escala para compor a versão pré-final, não perdesse nenhum dado. Assim sendo, algumas considerações foram sugeridas e serão mostradas no Quadro 3 e discutidas adiante.

Quadro 3 - Comparativo entre a versão traduzida e a versão pré-final da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*

SÍNTESE (T12)	VERSÃO PRÉ-FINAL
----------------------	-------------------------

<u>Escala de Condições Secundárias da Lesão Medular (SCI-SCS)</u>	<u>The Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS) – Versão Traduzida</u>
<p><u>1.Ferida(s) por pressão</u> Tais <u>feridas</u> se desenvolvem como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlceras de pele, escaras ou úlceras de decúbito.</p>	<p><u>1.Úlcera(s) por pressão</u> Tais <u>úlceras</u> desenvolvem-se como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlceras de pele, escaras ou úlceras de decúbito.</p>
<p><u>2.Lesão causada por perda de sensibilidade</u> A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou <u>estar sentado muito perto de um aquecedor ou lareira.</u></p>	<p><u>2. Lesão causada por perda de sensibilidade</u> A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou <u>estar próximo de fonte de fogo ou calor.</u></p>
<p><u>3.Espamos Musculares (espasticidade)</u> A espasticidade se refere a movimentos musculares <u>espasmódicos, não controlados</u>, como a contração muscular descontrolada ou espasmos. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de restrição, como sapato apertado ou cinto.</p>	<p><u>3. Espamos musculares (espasticidade)</u> A espasticidade refere-se a movimentos musculares <u>bruscos, involuntários</u>, como a contração muscular descontrolada ou espasmo. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de limitação, como sapato ou cinto apertado.</p>
<p><u>4.Contraturas</u> A contratura é uma limitação na <u>amplitude de movimentação</u> causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação; como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando <u>a articulação não pode se mover com a frequência suficiente através da sua amplitude de movimentação.</u> Tal problema é geralmente <u>seguido</u> de dor.</p>	<p><u>4. Contraturas</u> A contratura é uma limitação na <u>amplitude de movimento</u> causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação, como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando <u>a articulação frequentemente não se movimenta o suficiente em relação a sua amplitude de movimento.</u> Tal problema é geralmente <u>acompanhado</u> de dor.</p>
<p><u>5.Ossificação Heterotópica</u> Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e <u>calor local em área de toque.</u> Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.</p>	<p><u>5. Ossificação Heterotópica</u> Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e <u>calor local ao toque.</u> Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.</p>
<p><u>6.Diabetes Mellitus</u> A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.</p>	<p><u>6. Diabetes mellitus</u> A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.</p>
<p><u>7.Disfunção da Bexiga</u> Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e <u>retorno de urina</u> são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.</p>	<p><u>7. Disfunção da bexiga</u> Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e <u>refluxo urinário</u>, são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.</p>
<p><u>8.Disfunção Intestinal</u> <u>Diarréia</u>, constipação, “acidentes” e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.</p>	<p><u>8. Disfunção intestinal</u> <u>Diarreia</u>, constipação, “acidentes” e problemas associados, são sinais de disfunção intestinal.</p>
<p><u>9.Infecção do trato urinário</u> Este quadro apresenta infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.</p>	<p><u>9. Infecção do trato urinário</u> Este quadro inclui infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.</p>
<p><u>10.Disfunção Sexual</u> Esta inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, e problemas intestinais ou na bexiga, como infecções.</p>	<p><u>10. Disfunção sexual</u> Esta inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, problemas intestinais ou na bexiga como infecções.</p>

<p>11. Disreflexia Autonômica A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e <u>dor de cabeça</u>. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor na qual o indivíduo não vivencia a sensibilidade.</p>	<p>11. Disreflexia Autonômica A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e <u>cefaleia</u>. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor quando o indivíduo não vivencia a sensibilidade.</p>
<p>12. Hipotensão Postural Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.</p>	<p>12. Hipotensão postural Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.</p>
<p>13. Problemas Circulatórios Problemas circulatórios envolvem <u>inchaço das veias</u>, <u>pés</u> ou ocorrência de <u>coágulos sanguíneos</u>.</p>	<p>13. Problemas circulatórios Problemas circulatórios envolvem <u>edemas em membros inferiores</u> ou <u>trombos</u>.</p>
<p>14. Problemas Respiratórios Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.</p>	<p>14. Problemas Respiratórios Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.</p>
<p>15. Dor crônica É geralmente <u>apresentada</u> por formigamento crônico, queimação ou <u>dores maçantes</u>. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>	<p>15. Dor crônica É geralmente <u>vivenciada</u> por formigamento crônico, queimação, <u>dor em sensação de peso</u> ou <u>dor surda</u>. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>
<p>16. Dor nas articulações e músculos Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores.</p>	<p>16. Dor nas articulações e músculos Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores.</p>
<p>Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você ainda não vivenciou alguma condição secundária <u>neste período</u> ou se o problema for insignificante para você, favor circular “0”. Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias</p>	<p>Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você não vivenciou alguma condição secundária <u>nos últimos três meses</u> ou se o problema for insignificante pra você, favor circular “0”. Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias.</p>
<p>0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO</p>	<p>0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO</p>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Todas as modificações realizadas estão grifadas para melhor identificação e só foram possíveis com concordância de no mínimo 80% dos juízes em reunião. Assim, observa-se que não houve mudanças nos itens 6, 12, 14, bem como na descrição da pontuação da escala.

Com relação ao título sugerido pela T12, “escala de condições secundárias da lesão medular”, os juízes comentaram que a tradução do título da escala poderia resultar em

problemas legais com os direitos autorais. Assim sendo foi recomendado que o título da escala permanecesse em inglês com o acréscimo da informação “versão traduzida”.

No primeiro item, relativo ao problema de saúde “ferida(s) por pressão”, o juiz 5 sugeriu a mudança do termo “feridas” para “úlceras”, por acreditar que assim a equivalência experimental ficaria melhor avaliada. Ao discutir o item no encontro presencial todos os demais juízes concordaram com a mudança sugerida, embora ressaltassem que em termos conceituais as duas expressões não estavam em discordância.

Quando avaliado o item “lesão causada por perda de sensibilidade” o juiz 3 referiu que a exemplificação “estar sentado muito perto de um aquecedor ou lareira” deveria ser retirada, pois não se adequava à experiência climática da população em que seria aplicado o instrumento. Os juízes 4 e 5 sugeriram modificar a exemplificação por “estar sentado perto de fonte de fogo ou calor”, já que em outras regiões do país existe essa realidade, ficando mais claro para a população em geral.

Com relação ao item 3, “espasmos musculares”, o juiz 4 apresentou a sugestão de que o adjetivo “apertado” na descrição do item deveria ir para o fim da frase. O juiz 1 sugeriu a substituição do termo “espasmódicos” por “involuntários” e “restrição” por “limitação”.

Para o item 4, relativo ao problema de saúde “contraturas”, os juízes 1 e 4 apresentaram como sugestão a substituição do termo “movimentação” para “movimento,” de forma que o termo ficasse “amplitude de movimento”, mais utilizado por especialistas da área. O juiz 1 sugeriu, ainda, mudanças semânticas, de ordenação da frase, com o acordo dos demais. Após as mudanças a frase foi modificada para “isso ocorre quando uma articulação frequentemente não se movimenta o suficiente em relação à sua amplitude de movimento”.

Para o item “ossificação heterotópica” a mudança sugerida foi a substituição da frase “...inchaço e calor local em área de toque” para “...inchaço e calor local ao toque”, visando à adequação semântica.

Na avaliação da “disfunção da bexiga” o juiz 2 sugeriu que o termo “retorno de urina” fosse modificado para “refluxo urinário”, por ser mais utilizado na prática. A sugestão foi acatada pelos demais.

Para o item 8, “disfunção intestinal”, todos os juízes concordaram que o termo “diarreia” deveria vir sem o acento, segundo o Novo Acordo Ortográfico. O juiz 3 sugeriu, ainda, a mudança do termo “acidentes” para “incontinência fecal”, entretanto os demais juízes não concordaram com a sugestão, alegando que na prática clínica de lesão medular o termo “acidentes” é bastante utilizado, sendo de fácil entendimento para os pacientes.

No item sobre “infecção do trato urinário” o juiz 5 referiu que os termos “cistite” e “pseudomonas” eram de difícil entendimento para os pacientes, entretanto eles estão presentes na escala original que se apresenta toda com termos científicos. Os demais juízes decidiram, portanto, manter as palavras. Quando avaliado o item 10, a modificação sugerida foi a troca do termo “além de” para “como”, visando à adaptação semântica e conceitual. Já quanto ao termo “atividade sexual”, referido em detrimento a “funcionamento sexual” utilizado na escala original, os juízes optaram por manter conforme a síntese, uma vez que o motivo para a insatisfação compreendida pelos pacientes se relaciona muito mais a atividade sexual em si do que ao aspecto fisiológico.

Para o item 11, “disreflexia autotômica”, o juiz 1 sugeriu a mudança da expressão “...resposta do organismo à dor na qual o indivíduo não vivencia a sensibilidade” para “...resposta do organismo à dor quando o indivíduo não vivencia a sensibilidade”, pois desta forma a equivalência gramatical ficaria melhor avaliada.

Quanto ao item 13, “problemas circulatórios”, quatro dos juízes relataram dificuldades na interpretação do item. O juiz 4 propôs acrescentar a expressão “edemas de membros inferiores ou trombos” em substituição ao termo “inchaço das veias, pés ou ocorrência de coágulos sanguíneos”, tendo sido feita a modificação.

Quando avaliado o item sobre “dor crônica”, a expressão “dores maçantes” foi questionada por 80% dos juízes. Na reunião foi proposta a substituição pelos termos que caracterizassem melhor a dor referida na prática pelos pacientes, como “dor em sensação de peso ou dor surda”.

Na descrição da escala o termo “neste período” foi substituído por “nos últimos 3 meses” para concordar melhor com a escala original, bem como manter a equivalência semântica.

Após a adequação da tradução com as modificações indicadas pelos juízes, a versão pré-final foi formulada para ser aplicada na população-alvo, ou seja, nas pessoas com lesão medular traumática. Os dados relativos a essa fase caracterizam o pré-teste e serão melhor explorados adiante.

5.1.3. Pré-teste da Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale- Versão traduzida

Na fase do pré-teste buscou-se a melhor equivalência entre a versão original e a traduzida, de forma que pudesse ser avaliada a compreensão pela população-alvo. Dessa forma, a versão pré-final da escala foi aplicada em 30 pessoas com lesão medular traumática

de maneira que fossem avaliados cada item quanto a clareza, pertinência e relevância. Vale ressaltar que todos os participantes estavam na fase crônica da lesão medular, ou seja, após os seis primeiros meses do evento traumático.

Com intuito de se conhecer melhor a população estudada foram colhidos também dados sociodemográficos através da aplicação de um instrumento já utilizado pelo NUPEN/DENF/UFC (Anexo C), assim como alguns dados clínicos da lesão medular que serão melhor explorados adiante.

Tabela 12 - Características sociodemográficas das pessoas com lesão medular traumática.

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	20	66,7
Feminino	10	33,3
Idade		
20 a 25	7	23,3
26 a 29	6	20,0
30 a 39	7	23,3
40 a 49	8	26,7
50 a 60	2	6,7
Média: 33,8 anos		
Desvio Padrão: 10,3 anos		
Estado Civil		
Solteiro	14	46,7
Casado ou União estável	15	50,0
Separado ou divorciado	1	3,3
Viúvo	0	0,0
Procedência		
Interior do estado	3	10,0
Capital	27	90,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	6	20,0
Ensino fundamental completo	4	13,3
Médio incompleto	4	13,3
Médio completo	15	50,0
Superior incompleto	0	0,0
Superior completo	0	0,0
Pós-Graduação	1	3,3
Trabalha		
Sim	12	40,0
Não	18	60,0
Aposentado		
Sim	26	86,7
Não	4	13,3
Renda própria (Salário Mínimo)		
1 a 2	27	90,0

Mais de 2 a 5	3	10,0	
Renda família (Salário Mínimo)			
1 a 2	21	70,0	
Mais de 2 a 5	8	26,7	
Mais de 5	1	3,3	
Utiliza o sistema único de saúde			Fonte
Sim	27	90,0	:
Não	3	10,0	Dado

pesquisador s do

Os dados evidenciados na Tabela 12 mostram que 66,7% dos entrevistados são do sexo masculino, com idade média de 33, 8 anos (DP de 10,3) e procedência de Fortaleza (90%). Em relação ao estado civil, houve uma predominância de casados, 50%, e solteiros, 46,7%.

Quanto à escolaridade, a grande maioria, 50%, já havia terminado o ensino médio. Houve também presença de pessoas com instrução mais baixa, ensino fundamental completo (13,3%), e incompleto (20%), e ensino médio incompleto (13,3%) e pessoas com instrução de nível superior (3,3%).

Quanto à ocupação observa-se que a grande maioria dos entrevistados eram aposentados (86,7%) em função de suas limitações físicas, sendo que 60% não exerciam nenhuma outra atividade laboral.

Na renda própria, observa-se que 90% recebiam de um a dois salários, e 10% de dois até cinco salários. A renda familiar, por sua vez, manteve-se em sua maior parte de um a dois salários mínimos, 63,3%. Em relação à assistência em saúde, grande parte dos entrevistados (90%) utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 13 - Características clínicas das pessoas com lesão medular traumática.

Características clínicas	n	%
Tipo de lesão		
Paraplegia	27	90,0
Tetraplegia	3	10,0
Causa da lesão		
Arma de fogo	13	43,4
Queda de altura	3	10,0
Atropelamento	3	10,0
Acidentes de trânsito	6	20,0
Outros	5	16,6
ASIA		
Lesão completa	11	36,7

Lesão incompleta	19	63,3
Tempo de lesão medular		
+ de 6 meses a 2 anos	2	6,7
+ de 2 a 5 anos	8	26,7
+ de 5 anos	20	66,7
Reabilitação		
Sim	28	93,3
Não	2	6,7

Fonte: Dados do pesquisador

Na Tabela 13 observa-se que houve preponderância de pessoas com paraplegia (90%) em relação à tetraplegia (10%). Com relação à causa do acidente, observou-se um maior predomínio dos acidentes por arma de fogo, 43,4%; acidentes de trânsito, incluindo os automobilísticos e motociclísticos, 20,0%; quedas de altura, 10,0%; atropelamentos, 10%; e os listados na categoria outros, que incluiu os acidentes por arma branca, erro cirúrgico e violência interpessoal, 16,6%.

Com relação à classificação adotada pela ASIA, 63,3% mostrou-se como lesão incompleta, enquanto 36,7% tiveram uma lesão do tipo completa. Com relação ao tempo de lesão a grande maioria dos participantes estava com mais de cinco anos de lesão, 66,7%, e fizeram algum tipo de reabilitação 93,3%.

Embora este trabalho não tenha como foco principal a quantificação das condições secundárias dos pacientes aos quais foi aplicado o pré-teste, mas sim a adequação da tradução, optou-se por discorrer brevemente como se deu o resultado da aplicação da escala na versão pré-final. Posteriormente serão mostrados os aspectos levantados pelos pacientes para a melhor adaptação do instrumento, conforme a Tabela 14.

Tabela 14 - Respostas dos pacientes à *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* –Versão traduzida (SCI-SCS).

		Problema insignificante (0)	Problema leve (1)	Problema moderado (2)	Problema significativa (3)	Total
1. Úlceras por pressão	n	23	3	1	3	30
	%	76,7	10,0	3,3	10,0	100,0
2. Lesão causada por perda de sensibilidade	n	19	8	1	2	30
	%	63,3	26,7	3,3	6,7	100,0
3. Espasmos musculares (espasticidade)	n	8	6	5	11	30
	%	26,7	20,0	16,7	36,7	100,0
4. Contraturas	n	20	0	4	6	30
	%	66,7	0,0	13,3	20,0	100,0
5. Ossificação Heterotópica	n	26	2	1	1	30
	%	86,7	6,7	3,3	3,3	100,0
6. Diabetes mellitus	n	28	0	0	2	30
	%	93,3	0,0	0,0	6,7	100,0
7. Disfunção da bexiga	n	15	6	5	4	30
	%	50,0	20,0	16,7	13,3	100,0
8. Disfunção intestinal	n	15	6	7	2	30
	%	50,0	20,0	23,3	6,7	100,0
9. Infecção do trato urinário	n	15	7	7	1	30
	%	50,0	23,3	23,3	3,3	100,0
10. Disfunção sexual	n	20	3	3	4	30
	%	66,7	10,0	10,0	13,3	100,0
11. Disreflexia Autonômica	n	21	5	3	1	30
	%	70,0	16,7	10,0	3,3	100,0
12. Hipotensão postural	n	19	6	4	1	30
	%	63,3	20,0	13,3	3,3	100,0
13. Problemas circulatórios	n	13	9	3	5	30
	%	43,3	30,0	10,0	16,7	100,0

14. Problemas Respiratórios	n	21	6	1	2	30
	%	70,0	20,0	3,3	6,7	100,0
15. Dor crônica	n	12	3	2	13	30
	%	40,0	10,0	6,7	43,3	100,0
16. Dor nas articulações e músculos	n	8	10	5	7	30
	%	26,7	33,3	16,7	23,3	100,0

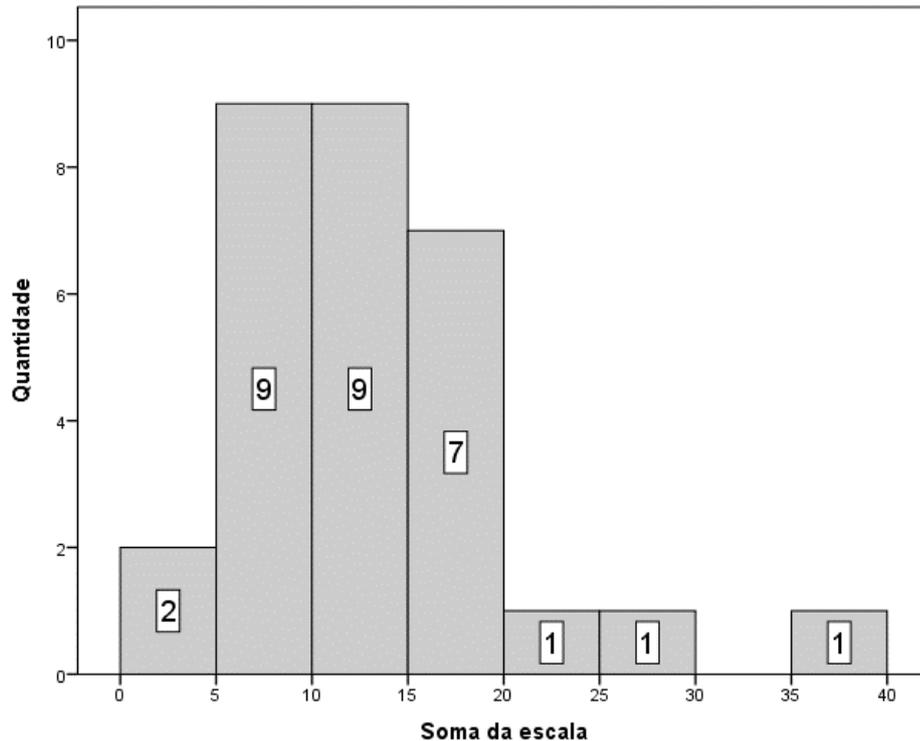
Fonte: Dados do pesquisador

A Tabela 14 mostra a prevalência das condições secundárias em função da pontuação atribuída pelos pacientes (problema insignificante, leve, moderado ou significativo). A gradação de cor evidencia onde estão as maiores (cores mais escuras), e as menores (cores mais claras) prevalências. Os problemas que mais tiveram significado para as pessoas com lesão medular, obtendo pontuação 3, foram: dor crônica (43,3%), espamos musculares (36,7%), contraturas (20%), problemas circulatórios (16,7%), disfunção na bexiga (13,3%), disfunção sexual (13,3%), dor nas articulações e músculos (23,3%), e úlceras por pressão (10%).

Todas as condições secundárias constantes na escala tiveram representatividade na amostra estudada. Entretanto, observou-se baixa prevalência de Diabetes Melittus, com apenas dois pacientes, e de ossificação heterotópica, com a presença em quatro pessoas.

Com relação à pontuação total da escala, observa-se o Gráfico abaixo:

Gráfico 01 - Histograma do total do paciente na escala *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* – Versão traduzida (SCI-SCS)



Fonte: Dados do pesquisador.

Conforme explicitado anteriormente, a pontuação total da escala pode variar de 0, quando não há envolvimento com problemas secundários, a 48, quando há a presença significativa de condições secundárias à lesão medular. Nesse estudo obteve-se variação de 3 a 38 pontos na pontuação total da escala. Houve predomínio de pessoas obtendo entre 5 e 10 pontos no total (9 pessoas), e entre 10 e 15 pontos (9 pessoas). A média ficou em 12,6 pontos (desvio padrão de $\pm 7,3$).

Com relação à clareza e às sugestões ofertadas pelos pacientes no momento da aplicação do pré teste, algumas considerações merecem destaque e serão discutidas adiante. Todas as sugestões foram encaminhadas novamente ao comitê de juízes para que pudessem discutir sobre a modificação.

Dos 16 títulos constantes na escala apenas um foi passível de dúvidas e sugestões pelos pacientes. No item 1, o termo escara, constante na descrição do problema de saúde, foi melhor compreendido por quatro dos pacientes. Estes sugeriram que o termo ficasse no título. Entretanto, após análise dos juízes, optou-se por manter o título original e o termo “escaras” na descrição.

No item de “contraturas” houve dificuldade na compreensão de 23,3% da amostra, necessitando de exemplo para clarificação do item. Dessa forma, optou-se por acrescentar o texto: “exemplo: não conseguir estender a perna ou os braços com facilidade”.

Para o item sobre “infecção do trato urinário” os termos “cistite” e “pseudomonas” foram questionados por nove pessoas. Ao encaminhar o achado ao comitê de juízes novamente a sugestão foi modificar para “com infecções na bexiga e nos rins”.

Com relação ao item “disreflexia autonômica”, três pessoas não compreenderam os termos “cefaleia” e “sudorese”, sendo necessária a substituição por “dor de cabeça” e “muito suor”, respectivamente. Para o item sobre “hipotensão postural” foi necessário um exemplo para deixar o item mais compreensível para sete pessoas, sendo sugerido “como quando passa da cama para a cadeira de rodas”.

Para o item 13, problemas circulatórios, o termo “edema de membros inferiores” gerou dúvidas em três pessoas, sendo substituído por “inchaço nas pernas”. E para o item sobre “dor nas articulações e músculos” foi necessário uma exemplificação para sete pessoas, sendo acrescentado o termo “Exemplo: dor no cotovelo, ombro ou costas”.

Dessa forma, após a aplicação do pré-teste foram realizadas modificações em seis itens da escala, sendo estas: três acréscimos de exemplificações e três modificações de termos por sinônimos.

5.1.4. Validação de conteúdo da Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale- Versão traduzida

Na fase de validação de conteúdo a escala foi encaminhada a um grupo de especialistas da área de lesão medular com a finalidade de ter seu conteúdo melhor explorado por pessoas da área estudada. Compuseram a amostra 17 profissionais, sendo 15 do sexo feminino (88,2%), e dois do sexo masculino (11,8%). Quanto à atuação profissional, 88,2% estavam na assistência, 35,3% no ensino, e 64,7% na pesquisa. Em relação à titulação, todos os especialistas possuíam pós-graduação, sendo três doutores, seis mestres e os demais especialistas. O tempo médio de experiência na área da lesão medular, seja assistencial ou na pesquisa, foi de 9,1 anos.

Cada especialista recebeu um formulário contendo os dados de interesse do estudo para serem avaliados. Para os três primeiros critérios compreensão, relação e relevância com condições secundárias das pessoas com lesão medular, os especialistas responderam “sim” ou “não”; para o grau de relevância foi utilizada uma escala na forma *likert* com pontuação de 1 (irrelevante) a 4 (muito relevante).

Quadro 4 - Respostas dos especialistas com relação aos critérios compreensão, relação e relevância.

Item	Compreensão		Relação		Relevância	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	%	%	%	%	%	%
Título	100	0	100	0	100	0
Úlceras por pressão	100	0	100	0	100	0
Lesão causada por perda de sensibilidade	94,1	5,9	100	0	100	0
Espasticidade	100	0	100	0	100	0
Contraturas	100	0	100	0	100	0
Ossificação Heterotópica	100	0	100	0	100	0
Diabetes	70,6	29,4	29,4	70,6	29,4	70,6
Disfunção da bexiga	100	0	100	0	100	0
Disfunção intestinal	100	0	100	0	100	0
Infecção do trato urinário	94,1	5,9	100	0	94,1	5,9
Disfunção sexual	100	0	100	0	100	0
Disreflexia Autonômica	100	0	100	0	100	0
Hipotensão postural	100	0	100	0	100	0
Problemas circulatórios	100	0	100	0	94,1	5,9
Problemas respiratórios	100	0	100	0	100	0
Dor crônica	94,1	5,9	100	0	100	0
Dor nas articulações e músculos	100	0	100	0	100	0
Descrição	100	0	100	0	100	0
Esquema de pontuação	100	0	100	0	100	0

Fonte: Dados dos pesquisador

Percebe-se que a grande maioria dos itens foi bem avaliada, recebendo resposta “sim” por grande parte dos juízes. Apenas o item relativo ao problema de saúde Diabetes recebeu avaliações ruins nos itens compreensão por 29,4% dos especialistas, relação com as condições secundárias por 70,6%, e relevância por 70,6% dos profissionais.

Quanto ao critério grau de relevância, há forte concentração das informações nas categorias relevante e muito relevante. Exceção para o item Diabetes, onde os especialistas optaram mais pelas escolhas irrelevante e pouco relevante, e problemas circulatórios e respiratórios, onde 5,9% optaram pela categoria pouco relevante, conforme evidenciado no Quadro 5.

Quadro 5 - Respostas dos especialistas com relação ao critério grau de relevância.

Item	Grau de Relevância			
	Irrelevante	Pouco Relevante	Relevante	Muito Relevante
	%	%	%	%

Título	0	0	29,4	70,6
Úlceras por pressão	0	0	11,8	88,2
Lesão causada por perda de sensibilidade	0	0	23,5	76,5
Espasticidade	0	0	23,5	76,5
Contraturas	0	0	17,6	82,4
Ossificação Heterotópica	0	0	47,1	52,9
Diabetes	35,3	47,1	11,8	5,9
Disfunção da bexiga	0	0	11,8	88,2
Disfunção intestinal	0	0	11,8	88,2
Infecção do trato urinário	0	0	11,8	88,2
Disfunção sexual	0	0	11,8	88,2
Disreflexia Autonômica	0	0	17,6	82,4
Hipotensão postural	0	0	29,4	70,6
Problemas circulatórios	0	5,9	23,5	70,6
Problemas respiratórios	0	5,9	35,3	58,8
Dor crônica	0	0	17,6	82,4
Dor nas articulações e músculos	0	0	23,5	76,5
Descrição	0	0	23,5	76,5
Esquema de pontuação	0	0	17,6	82,4

Fonte: Dados do pesquisador

Com o dado relativo ao grau de relevância foi possível calcular o índice de validação de conteúdo (IVC), definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes, ou seja, relevante ou muito relevante.

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Quanto mais próximo do valor 1, maior o grau de concordância. Na Tabela 15 observa-se o cálculo do IVC para cada item. O item Diabetes é destacado como o menor índice entre os critérios.

Tabela 15 - Índice de Validade de Conteúdo para os critérios compreensão, relação, relevância e grau de relevância.

Item	Compreensão	Relação	Relevância	Grau de Relevância
Título	1,0	1,0	1,0	1,0
Úlceras por pressão	1,0	1,0	1,0	1,0
Lesão causada por perda de sensibilidade	0,94	1,0	1,0	1,0
Espasticidade	1,0	1,0	1,0	1,0

Contraturas	1,0	1,0	1,0	1,0
Ossificação Heterotópica	1,0	1,0	1,0	1,0
Diabetes	0,71	0,30	0,30	0,18
Disfunção da bexiga	1,0	1,0	1,0	1,0
Disfunção intestinal	1,0	1,0	1,0	1,0
Infecção do trato urinário	0,94	1,0	0,94	1,0
Disfunção sexual	1,0	1,0	1,0	1,0
Disreflexia Autonômica	1,0	1,0	1,0	1,0
Hipotensão postural	1,0	1,0	1,0	1,0
Problemas circulatórios	1,0	1,0	0,94	0,94
Problemas respiratórios	1,0	1,0	1,0	0,94
Dor crônica	0,94	1,0	1,0	1,0
Dor nas articulações e músculos	1,0	1,0	1,0	1,0
Descrição	1,0	1,0	1,0	1,0
Esquema de pontuação	1,0	1,0	1,0	1,0

Fonte: Dados do pesquisador

Com relação à análise do instrumento como um todo, optou-se por realizar uma média dos valores de cada item dividido pelo número de itens avaliados. Conforme apresentado na equação:

$$IVC \text{ total} = \frac{\text{Soma dos IVCs individualmente}}{\text{Número de itens avaliados}}$$

Dessa forma, o IVC total da escala ficou em 0,95, indicando que o instrumento é satisfatório para medir o que se propõe.

Ainda com o objetivo de mensurar as respostas dos juízes quanto ao nível de concordância para cada um dos critérios avaliados procedeu-se à avaliação do Kappa e do Índice de Correlação Intraclasse, de forma a se verificar se o padrão de escolha das categorias são as mesmas entre os juízes.

Assim sendo, na Tabela 16 nota-se que ambos os testes foram significativos nessa etapa, ou seja, os juízes concordaram nas respostas para cada critério, o que evidencia consistência na avaliação do constructo utilizado na pesquisa. Além disso, a concordância se dá nas opções positivas. Destaca-se o critério relação e relevância com os maiores índices de Kappa e correlação.

Tabela 16 - Nível de concordância entre os especialistas na etapa de validação de conteúdo

Critério	Medida Intra-Classe		Kappa	
	Correlação	P-Valor	Valor	P-Valor
Compreensão	0,739	<0,001	0,135	<0,001
Relação	0,974	<0,001	0,675	<0,001

Relevância	0,961	<0,001	0,571	<0,001
Grau de relevância	0,937	<0,001	0,096	<0,001

Fonte: Dados do pesquisador

Dessa forma entende-se que o instrumento teve, no geral, bons indicadores de concordância pelos especialistas em todos os testes realizados para a validação de conteúdo.

Visando, ainda, a uma melhor adaptação do instrumento foi realizada uma reunião presencial, quando os especialistas puderam relatar suas incertezas em relação à escala, bem como sugerir adequações. Assim sendo, foram propostas modificações em três itens da escala.

No item sobre “disfunção sexual” os especialistas relataram que o maior problema resultante da lesão medular é a disfunção erétil, e que esta não se encontra na descrição do problema de saúde, devendo ser acrescentada. Já para “disreflexia autonômica”, o termo “manchas na pele” resultou em dúvidas pelos especialistas, tendo sido sugerida a substituição por “vermelhidão”. Em “dor crônica” houve modificação através da substituição do termo “dor surda”, considerado como tradução literal, por “dor neuropática”. Os especialistas, reiterando o resultado obtido no cálculo do IVC, também questionaram a permanência do item “Diabetes Mellitus” na escala, uma vez que embora essa doença tenha maior prevalência nas pessoas com lesão medular, não resulta de uma complicação diretamente relacionada ao trauma, mas de outros distúrbios associados.

Dessa forma, a escala foi adaptada e todas as discordâncias foram esclarecidas na fase de validação de conteúdo pelo comitê de especialistas.

6 DISCUSSÃO

Em face aos resultados encontrados, considera-se importante a discussão de alguns aspectos: o processo de adaptação transcultural; os achados relevantes do pré-teste envolvendo perfil socioeconômico e aplicação da escala traduzida; e a validação de conteúdo.

Quanto ao processo de tradução e adaptação da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* (SCI-SCS) para a cultura do Brasil, observou-se que se trata de uma metodologia bastante rigorosa, dada a necessidade de criação de um instrumento consistente que possa ser utilizado para avaliação de pacientes com lesão medular. Um número significativo de instrumentos de avaliação de saúde tem sido desenvolvido e utilizado na prática de enfermagem, entretanto muitos não estão disponíveis em todos os países por não estarem traduzidos. Conforme afirmam Malloy-Diniz *et al.* (2010), o processo de tradução

deve ser minucioso, não cabendo somente a tradução literal de cada item, pois determinados termos podem ter diferentes significados, abrangências e conotações, inerentes a cada idioma e cultura. A ausência de rigor no processo pode induzir resultados tendenciosos, além de trazer possíveis problemas como a divergência entre a tradução e a versão original, o que torna o uso instrumento inadequado. Assim sendo, o presente estudo optou por seguir o modelo indicado por Beaton *et al.* (2007), por ter seus passos descritos de forma detalhada e justificada, atendendo aos objetivos deste estudo.

Apesar de muitos estudos enfocarem a metodologia de Beaton *et al.* (2007) para tradução e adaptação de instrumentos originalmente construídos em outros contextos, existe outros protocolos que são utilizados para o mesmo fim. Costa *et al.* (2014), por exemplo, optaram por seguir o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT), que tem como fases tradução, reconciliação, retrotradução, comparação das etapas com a original pelos autores, revisores independentes, processo final de revisão e pré-teste. Muitas fases envolvidas são comuns nos dois protocolos, cabendo apenas algumas mudanças. Já em estudos como o de Bueno *et al.* (2013), os autores, apesar de terem utilizado Beaton *et al.* (2000) como norteador do processo de tradução, optaram por realizar algumas adaptações, como a inclusão de quatro tradutores na etapa inicial.

Para a tradução inicial da documentação neste estudo observou-se a importância de se dispor de pelo menos duas versões traduzidas, uma realizada por profissional da área, e outra por um “tradutor leigo”, obtendo, assim, duas visões diferentes de um mesmo instrumento. Na síntese das traduções a utilização de uma terceira tradutora foi fundamental, uma vez que ela pôde observar as diferenças em consonância com a versão original e eleger a melhor das traduções. A experiência da tradutora com pesquisa e o fato de ela já ter atuado em países da língua nativa também foi bastante relevante, uma vez que ela buscou manter a tradução semelhante à ideia original do instrumento, assim como em estudos como o de Oliveira, Guirardello e Lopes (2012).

Na maioria das vezes, neste estudo, a versão da tradução realizada pela profissional de saúde foi a mais bem aceita para compor a síntese, por ser mais fiel à linguagem do instrumento original, uma vez que este apresenta muito termos científicos, de difícil tradução para a profissional que não é da área da saúde. A terceira tradutora, responsável por compor a síntese, mostrou-se de suma importância, por ser mediadora do processo de tradução e ter vasta experiência com traduções. Destaca-se, ainda, o fato de ela ser professora de português-ínglês, o que ajudou na melhor construção das frases em termos gramaticais. A mesma importância atribuída a essa fase de síntese foi dada no estudo de Joyce Miná Albuquerque Coelho

Valera *et al.* (2014). Os autores destacaram que a comparação entre as duas versões produzidas facilita a tradução conceitual e literária simultaneamente, garantindo o melhor significado para as palavras.

Como seguimento ao protocolo de tradução foram realizadas duas retrotraduções do instrumento por pessoas de língua nativa inglesa e com fluência em português. Nessa etapa os erros conceituais de tradução são identificados. Neste estudo, embora muitas vezes a versão traduzida e as *back translations* aparentem ser diferentes, vê-se com frequência a utilização de palavras sinônimas, não havendo mudanças significativas. Isso aponta para uma boa realização das etapas anteriores, conforme também observado por Bueno *et al.* (2013). Nas considerações de seu estudo, Costa *et al.* (2014) relataram que a colaboração de mais de um tradutor bilíngue nessa fase de retrotradução também é de grande relevância para minimizar divergências e facilitar a identificação de erros no processo de tradução.

Na fase da revisão pelo comitê de juízes cinco profissionais da saúde, com domínio da língua inglesa, foram convidados a compor uma banca variada, com a presença de profissionais com experiência tanto em lesão medular como em cuidados clínicos, além de familiaridade com a metodologia do estudo. O número e a composição dos juízes nessa etapa apresentam variações nos estudos utilizando a mesma metodologia. Bueno *et al.* (2013) contaram com o número de três especialistas para compor o comitê, todos profissionais na área do instrumento que pretendiam avaliar. Já no estudo de Machado, Souto e Freire (2014), para traduzir um questionário de qualidade de vida para pacientes com esclerose múltipla, quatro profissionais foram selecionados, sendo dois especialistas da área (reumatologia e clínico) e dois tradutores. O número de cinco juízes, adotado neste estudo mostrou-se extremamente satisfatório, uma vez que os dados puderam ser melhor explorados. A presença de pessoas familiarizadas com estudos metodológicos também revelou-se importante, uma vez que puderam compartilhar suas experiências positivas em estudos semelhantes.

Os dados foram analisados de acordo com um formulário entregue aos juízes e apontaram para uma concordância como tradução adequada ou muito adequada em mais de 50% dos itens em todos os quesitos avaliados pelos juízes, exceto idiomática, que teve 47,4%. Ao calcular o Índice de Concordância Intraclasse, entretanto, obteve-se concordância em cinco dos seis itens verificados pelos juízes. Na avaliação do Kappa os resultados apontaram para concordância entre as respostas dos juízes variando entre razoável, regular e tolerável. Portanto, assim como descrito em outros estudos, optou-se por realizar um encontro entre os profissionais de forma que as divergências fossem identificadas.

Para discussão dos dados foi realizada uma reunião presencial em que os profissionais puderam discutir suas incertezas e expressaram as suas opiniões quanto à tradução do instrumento. Tal momento mostrou-se de fundamental relevância para a escolha de um consenso para cada item. Vale ressaltar que as mudanças realizadas nessa etapa receberam aprovação por parte de 100% dos especialistas no encontro presencial. Estudos apontam que o consenso de 80% dos profissionais já é suficiente (OLIVEIRA; GUIRARDELLO; LOPES, 2012).

Após a análise dos juízes, 12 dos 19 itens avaliados pelos profissionais sofreram alguma mudança, correspondendo a 63,1%. Embora seja um número grande de itens modificados observa-se que houve aprimoramento da escala traduzida alterando apenas as estruturas das frases ou utilizando sinônimos. Tais ajustes estão previstos nos trabalhos de tradução e adaptação cultural para garantir a validade de conteúdo do instrumento original (COSTA *et al.*, 2014). A reunião do comitê de especialistas, assim como para Viana, Guillardello e Madruga (2010) mostrou-se um momento de rica discussão sobre o instrumento em si e sobre a adequabilidade de cada item para o contexto brasileiro, incluindo uma linguagem clara e acessível. Ao serem questionados sobre a relevância da escala para uso em pacientes com lesão medular todos relataram ser importante para a enfermagem. Alguns citaram maior facilidade em traçar melhor um panorama de condições presentes na avaliação do paciente, enquanto outros destacaram a contribuição para se estabelecer um plano de cuidados.

De posse da escala no seu formato traduzido, esta foi aplicada no público-alvo, pessoas com lesão medular traumática. Na operacionalização do pré-teste o número da amostra foi de 30 pacientes. Para tal momento Beaton *et al.* (2007) recomenda em torno de 30 a 40 integrantes. Para o objetivo deste estudo a amostra de 30 pacientes mostrou-se satisfatória, uma vez que mesmo se tratando de pessoas de diferentes classes sociais foi possível identificar uma repetição nas sugestões apontadas. Salienta-se, também, a dificuldade em se dispor de um número maior de indivíduos com lesão medular na fase crônica da doença, uma vez que já se encontram em seus domicílios e estes, muitas vezes, são locais de difícil acesso.

Na etapa de pré-teste o instrumento é aplicado para que se possa verificar sua aceitação e compreensão por parte do público-alvo em relação ao instrumento como um todo e cada item separadamente. Nessa fase não são recomendadas análises psicométricas, tais como a validade do constructo e sua confiabilidade. O intuito é a adaptação do instrumento,

de forma que ele se mantenha compreensível na realidade cultural do país (FREITAS *et al.*, 2014).

Para tanto, a escala foi aplicada integralmente e todas as dúvidas, incertezas ou sugestões foram extraídas a fim de se compor uma versão mais compreensível aos pacientes com lesão medular. Assim sendo, ao final foram feitas modificações em seis itens da escala, sendo: três acréscimos de exemplificações e três modificações de termos por sinônimos que fossem mais claros. Sobre o assunto, no estudo realizado por Assumpção (2014), o acréscimo de exemplos também foi necessário para aumentar a compreensão do instrumento pelos pacientes. Segundo a autora, a adição de informação em detrimento da retirada de termos facilita melhor o entendimento, ao passo que o instrumento permanece com as propriedades do original. Ao final do processo pôde-se formular a versão pré-final de forma compreensível aos pacientes e, na sequência, foi feita a análise de conteúdo pelos especialistas da área.

Embora não seja o objetivo principal desta pesquisa, a discussão dos dados sociodemográficos da população estudada no pré-teste é relevante por ser um fator facilitador para a compreensão dos achados desta investigação. Assim sendo, observou-se na amostra investigada um maior percentual de pessoas do sexo masculino (66,7%). Esse dado já era esperado, uma vez que diversos estudos apontam para a maior prevalência de eventos traumáticos em homens (COSTA *et al.*, 2010; MORAIS, *et al.*, 2013; BERNARDI, 2014). Esse fato é muitas vezes atribuído à maior exposição desse gênero aos fatores facilitadores, como abuso de drogas, álcool, acidentes automobilísticos, violência interpessoal, prática de esportes de risco, entre outros.

Em contrapartida, tem-se observado um número crescente de pessoas do sexo feminino com lesão medular. No estudo realizado por Brito *et al.* (2011), com 87 prontuários, observou-se a prevalência de 18,4% de pessoas do sexo feminino. Moraes *et al.* (2013), que revisaram 321 prontuários, viram que a prevalência foi um pouco superior, sendo 28% do sexo feminino. Nesta investigação o número de mulheres foi de 33,3% das pessoas entrevistadas. Embora o número limitado da amostra possa ter interferido na prevalência do gênero, o dado aponta para uma necessidade de se investigar as causas dos eventos traumáticos nas mulheres, bem como o impacto resultante.

Quanto à idade média das pessoas entrevistadas, este estudo evidenciou a ocorrência da lesão em pessoas jovens, com média de 33,8 anos. O dado corrobora estudos como o de Custódio *et al.* (2009) que, ao investigarem 208 pacientes, encontraram uma idade média de 35,3 anos. Dado semelhante foi evidenciado no estudo de Silva *et al.* (2012) com 228 prontuários, embora a investigação não tenha mostrado a idade média dos participantes, a Joyce Miná Albuquerque Coelho

faixa etária de 20 a 31 anos foi prevalente (42,1%), seguida da faixa de 31 a 42 anos (27,6%), reiterando que a ocorrência em jovens adultos do sexo masculino é comum na lesão medular. Em estudos internacionais o mesmo panorama é encontrado para a idade dos pacientes. Pirouzmand (2010) avaliou a epidemiologia do trauma durante uma década em um hospital do Canadá e encontrou nos seus dados uma idade média de 33 anos. Das múltiplas formas de incapacidades que podem atingir o ser humano, a LMT se configura uma das mais dramáticas, por atingir indivíduos justamente em uma fase ativa da vida, causando graves limitações e sendo responsável por grande impacto social (BRUNOZI *et al.*, 2011).

Quanto ao estado civil, observaram-se números semelhantes de pessoas solteiras (46,7%), e casadas (50%), sendo apenas um dos participantes divorciado. Algo parecido foi identificado por Costa *et al.* (2010), com a prevalência de 40,3% de solteiros e igual número de casados. Os autores destacaram, ainda, que anos atrás o perfil da lesão para o estado civil era outro, com um grande número de divorciados e poucas pessoas casadas. Entretanto, sabe-se que a LMT, embora afete diversos aspectos da vida, inclusive o sexual, não torna o indivíduo incapaz de manter um relacionamento estável.

Quando se observa o quesito escolaridade, vê-se que a amostra revelou-se heterogênea, com pessoas desde o nível fundamental incompleto até a pós-graduação, com destaque para a maior prevalência de pessoas com nível médio completo (50%). Esse dado é importante por mostrar que a lesão medular é uma condição que afeta todas as classes sociais, desde pessoas com alta escolaridade até aquelas que têm baixa ou nenhuma instrução. O encontrado nesta investigação discorda, em parte, dos achados de diversos autores brasileiros que destacam a baixa escolaridade como de maior ocorrência na lesão medular (BRUNOZI *et al.*, 2011; SANTIAGO *et al.*, 2012). No estudo de Costa *et al.* (2010), por exemplo, os autores identificaram baixa escolaridade na amostra analisada, destacando, ainda, que este quesito pode ser um dos fatores que contribuem para a ocorrência de lesões traumáticas, por ser um entrave na compreensão de orientações de campanhas de comportamento. O dado pode evidenciar que o perfil do TRM no país pode estar sofrendo variações, embora essas divergências também possam ter sido influenciadas pelas características e condições regionais.

Em relação à ocupação dos participantes, a maioria não trabalhava (60%). Embora a idade indique que os participantes estavam na fase economicamente ativa, 86,7% eram aposentados pela sua deficiência. Esse dado é pertinente, pois mostra que a LMT é responsável por trazer, também, forte impacto na economia do país. Além disso, a falta de ocupação dos participantes é preocupante, uma vez que autores como Brunozi *et al.* (2011) Joyce Miná Albuquerque Coelho

indicam que pacientes jovens, empregados, demonstram melhor reinserção social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Outro dado que merece destaque diz respeito à assistência à saúde dessa população. Os achados evidenciam que 90% dos estudados recorriam ao Sistema Único de Saúde como fonte de assistência primária, enquanto 73,3% não possuíam qualquer outro tipo de subsídio privado de saúde. O dado mostra mais uma vez o impacto da LMT no país, sendo responsável não apenas por limitações pessoais e familiares, mas também repercutindo em um grave problema de saúde pública.

Com relação aos aspectos clínicos da lesão medular, este estudo encontrou resultado concordante com a literatura. As principais causas apontadas como desencadeadoras do evento traumático foram: acidentes por arma de fogo, 43,4%; acidentes de trânsito, 20,0%; quedas de altura, 10,0%; atropelamentos, 10%; e os listados na categoria outros que incluiu os acidentes por arma branca, erro cirúrgico e violência interpessoal, 16,6%. As mesmas causas são verificadas em muitos estudos, embora o padrão de distribuição sofra variações dependendo das características de cada local.

No estudo de Carvalho *et al.* (2014), realizado com 62 pessoas com lesão medular em nível hospitalar e domiciliar, os resultados encontrados foram semelhantes ao deste estudo. A Perfuração por Arma de Fogo (PAF) representou a maioria das causas dos eventos traumáticos (38,7%), com a presença ainda de quedas, acidentes automobilísticos e atropelamentos. Garanhan *et al.* (2009), por sua vez, apontam o acidente automotivo (44,4%) como o principal agente causal da lesão medular, seguido de PAF (22,2%), reiterando a ocorrência de variações nas distribuições. No cenário internacional, as três maiores causas de traumatismos da coluna vertebral também são os acidentes de carro, a violência e as quedas. O primeiro tem prevalência maior na América do Norte e na Austrália, enquanto o último é mais comum em países da Europa Ocidental e na China, onde a população atingida é mais idosa (LEE *et al.*, 2014; NING *et al.*, 2011).

Com relação ao tipo de lesão, a maioria dos participantes apresentava paraplegia (90%). Embora fosse esperado um número maior de paraplegias em detrimento das tetraplegias, a frequência neste estudo se mostrou acima da encontrada na literatura para o Brasil (CUSTÓDIO *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2010; NOGUEIRA *et al.*, 2013). Já em estudos epidemiológicos como o de Ning *et al.* (2011), realizado com uma amostra de 869 pacientes, a tetraplegia foi a condição de maior ocorrência na China, totalizando 71,5% dos casos. Esse fato de elevada incidência de tetraplegias na China está relacionado, muitas vezes, aos acidentes de mergulho nos trabalhadores de cultivo de ostras. No Brasil, existem poucos

Joyce Miná Albuquerque Coelho

dados epidemiológicos da lesão medular. O que se vê com mais frequência são estudos com amostra reduzida ou estudos de levantamento, o que dificulta a realização de um panorama da enfermidade. Quanto à classificação da ASIA, 36,7% dos entrevistados tiveram lesão completa, enquanto a maioria (63,3%) possuía lesão incompleta, concordando com dados como o de Santos *et al.* (2014), que evidenciaram a presença da lesão incompleta em 75% dos pacientes. Conhecer a condição de saúde dos pacientes entrevistados, para o objetivo deste estudo, é de suma importância, visto que contribui diretamente para a ocorrência de eventos secundários ao trauma medular.

Outro dado de bastante relevância diz respeito ao tempo de permanência em programas de reabilitação. Espera-se que pessoas submetidas a um programa de reabilitação tenham mais condições de cuidar de si e, assim, evitar ou detectar precocemente algumas complicações advindas da enfermidade (RABEH; CALIRI, 2010). Assim sendo, no estudo em questão 93,3% dos entrevistados estiveram em programas de reabilitação em uma média de 4,8 anos, o que pode contribuir para uma frequência menor de problemas secundários ao trauma.

Embora o objetivo principal do pré-teste da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*- versão traduzida não seja identificar os problemas secundários à lesão medular presentes na amostra consultada, com a aplicação do instrumento foi possível, também, estabelecer um panorama dos principais agravos encontrados. Sendo assim, os problemas que mais tiveram significado para as pessoas com lesão medular foram: úlceras por pressão, espasmos musculares, contraturas, disfunção da bexiga, disfunção sexual, problemas circulatórios, dor crônica, e dor nas articulações e nos músculos. Condições como Diabetes Mellitus, e ossificação heterotópica, por sua vez, representaram um problema insignificante para 93,3%, e 86,7% dos entrevistados, respectivamente.

Na aplicação da escala por Kalpakjian *et al.* (2007) os autores encontraram resultados concordantes. Dentre os problemas com maior significado na amostra investigada destacaram-se: dor crônica, dor nas articulações e nos músculos, disfunção sexual e espasmos musculares. Entre os menos prevalentes ficou também o Diabetes Mellitus e a ossificação heterotópica com pontuação de condição insignificante para 87,7% e 89,2%, respectivamente.

Sobre a ocorrência de Diabetes Mellitus e sua relação com a lesão medular poucos estudos são encontrados na literatura e, quando existem, deixam lacunas quanto aos fatores que possam relacionar as duas patologias. Tais estudos indicam que a diabetes pode estar associada à lesão medular de forma indireta, resultando em mais ocorrências de fatores de risco. Sobre esses aspectos, Lavela *et al.* (2006) buscaram examinar a prevalência da diabetes,

os cuidados, as complicações e as características de pessoas com lesão ou desordem na medula espinhal em um grupo de 3.737 pessoas, constatando que a incidência de diabetes foi três vezes maior nesse grupo do que na população em geral. Para os autores os motivos estão entre o aumento de complicações cardiovasculares, bem como obesidade, inatividade física, e os fatores dietéticos, ressaltando, ainda, a importância em se avaliar essa condição e, assim, gerenciar e controlar o diabetes e suas implicações.

O estudo realizado por Banerjea *et al.* (2006) também desperta para a maior prevalência de diabetes em pessoas com lesão medular comparativamente às pessoas da mesma idade sem comprometimento medular, atribuindo o fato às desordens metabólicas, obesidade, estilo de vida sedentarismo e maior ocorrência de hipertensão, destacando a necessidade de investir em gestão de cuidados em saúde para essa população.

Em relação à ocorrência de ossificação heterotópica na população estudada, o resultado encontra-se, em parte, concordante com a literatura, que afirma que embora a ossificação heterotópica seja uma complicação da lesão medular, a frequência fica em torno de 5% a 50%, dependendo do tipo de estudo e dos métodos diagnósticos utilizados (COELHO e BERALDO, 2009).

Tais resultados são importantes, pois apontam para as necessidades presentes em pessoas com lesão medular, proporcionando maior subsídio para a elaboração de cuidados específicos para esse grupo. Sendo assim, destaca-se a relevância de instrumentos de investigação, como escalas, na assistência ao paciente vítima de traumatismo medular. Ao falar sobre o uso de tais instrumentos Barros *et al.* (2013) destacam, ainda, que estes permitem a utilização de uma linguagem comum aos profissionais de saúde, fornecendo informações objetivas para a tomada de decisões e, principalmente, para a prescrição de cuidados individualizados de acordo com a necessidade de cada pessoa.

Com o objetivo de dispor de uma escala com bons índices de confiabilidade, buscou-se, também, após todas as etapas de tradução e adaptação do instrumento, a validação de conteúdo. De acordo com Alexandre e Coluci (2011), a avaliação de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novas medidas porque representa uma oportunidade de associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Isto é, avalia o grau em que cada elemento de um instrumento é relevante e representativo dentro de um determinado universo (POLIT; BECK, 2006). Entretanto, existem controvérsias na literatura quanto ao conceito e à utilização da validação de conteúdo para mensuração de instrumentos na área da saúde.

Para Beckstead (2009), a fase de validação de conteúdo tem sido contestada, uma vez que se utiliza a percepção de uma pequena amostra de *experts* sobre determinado assunto, não devendo, segundo o autor, ser considerada uma validação. O autor completa que os enfermeiros devem abandonar o termo “validação de conteúdo” e, em vez disso, falar sobre questões como clareza do domínio e adequação do domínio ao conteúdo. Entretanto, em nenhum momento da revisão realizada pelo pesquisador foi sugerida outra forma mais adequada de avaliação dos aspectos relacionados à representatividade dos itens.

No julgamento de Delgado-Rico, Carretero-Dios e Ruch (2012) o processo de validação de conteúdo leva a uma melhoria dos itens criados tanto em relação aos aspectos de escrita como da relevância ou representatividade dos itens. Ainda para os autores, as formas utilizadas para a aferição da validade de conteúdo têm sido mencionadas como limitações para a utilização dessa etapa na adaptação de instrumentos, uma vez que apresentam uma estimativa alta na avaliação dos itens. Entretanto, entende-se que a chave para a superação desse entrave está na seleção adequada dos especialistas. O julgamento dos itens não pode se basear apenas nas análises empíricas dos itens, mas também em uma discussão aprofundada das respostas dos especialistas. Assim sendo, a decisão sobre os itens não deve ser baseada apenas em um dado específico, mas também no melhor julgamento dos pesquisadores.

Para a validação de conteúdo neste estudo optou-se por utilizar uma amostra grande de especialistas, uma vez que entende-se que a percepção de uma pequena parcela de profissionais não pode garantir a validade de determinado instrumento (BECKSTEAD, 2009). Sendo assim, utilizou-se o número de 17 profissionais, todos com experiência em lesão medular, seja assistencial, seja na pesquisa. Os mesmos aspectos foram considerados por Delgado-Rico, Carretero-Dios e Ruch (2012), que elegeram uma amostra de 18 juízes para essa etapa. Já para Gélinas, Fillion e Puntilo (2009) um grupo de 17 especialistas foram recrutados para a etapa de validação de conteúdo. Os autores afirmam que a opinião de *experts* é um aspecto bastante relevante no desenvolvimento de instrumentos de medidas.

Em relação aos resultados encontrados utilizou-se como ferramentas de avaliação o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente Kappa, a fim de se dispor de pelo menos duas ferramentas de comparação. Como resultado final, a escala apresentou bons índices de validade com IVC total de 0,95. Polit e Beck (2006) apresentam três formas que podem ser utilizadas para esse cálculo do IVC total. Uma é definida como a “média das proporções dos itens considerados relevantes”. A outra é a “média dos valores dos itens calculados separadamente pelo número de itens da avaliação”. Finalmente, a última forma seria dividir “o número total de itens considerados relevantes pelo número total de itens”. Os

autores completam dizendo que os pesquisadores devem descrever como realizaram o cálculo. Neste estudo optou-se por fazer uma média dos resultados.

O item com menores valores de concordância nos dois testes realizados foi o Diabetes Mellitus. Os especialistas argumentaram que esse agravo não pertence à categoria das condições secundárias à lesão medular de forma direta, mas é resultado de outros agravos. Entretanto, decidiu-se manter o item inicialmente e, posteriormente, proceder com testes mais aprimorados para o discernimento sobre a permanência do item.

A reunião de especialistas, realizada nessa etapa, mostrou-se de grande validade, uma vez que propiciou a avaliação do conteúdo da escala não apenas por inferências estatísticas, mas também por uma ampla discussão de todos os aspectos do instrumento.

Assim, a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* teve seus aspectos explorados em detalhes através de rigoroso processo de tradução e adaptação do conteúdo ao contexto brasileiro. Conforme recomendado pela literatura, o instrumento ainda deve passar por outras etapas de validação antes de se tornar disponível para uso em pessoas com lesão medular no Brasil.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, que objetivou traduzir e adaptar culturalmente a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCS-SCI)* para o contexto brasileiro, pode-se concluir que:

A escala passou por um rigoroso processo de tradução e adaptação de forma que mantivesse suas características originais, mas fosse compreendida pelos profissionais de saúde e pelos pacientes brasileiros. A versão em português do instrumento encontra-se adequada em termos semânticos, idiomáticos, experimentais e conceituais, de forma que possa facilmente ser aplicada para avaliar as condições secundárias presentes em pessoas com lesão medular.

O instrumento, após processo de tradução, teve sua validação de conteúdo verificada por um comitê composto por 17 especialistas da área de lesão medular. Observou-se um Índice de Validação de Conteúdo de 0,95, que indica boa concordância dos especialistas em termos de relevância dos itens da escala. O problema de saúde Diabetes Mellitus foi o que recebeu menor pontuação nos quesitos avaliados, indicando a necessidade de serem feitos outros testes estatísticos para julgar a sua permanência na escala.

A reunião realizada com o comitê de juízes, bem como com os especialistas mostrou-se extremamente relevante para a adaptação da escala, uma vez que o conhecimento dos profissionais, tanto em termos assistenciais como de pesquisa, tornou o instrumento mais conciso para avaliar o que se propõe.

Quanto ao perfil dos pacientes do pré-teste, viu-se que a prevalência da lesão medular em adultos jovens do sexo masculino continua sendo predominante no país. Quanto à etiologia da lesão, destacaram-se os acidentes por arma de fogo e os automobilísticos. Em relação ao tipo da lesão, a maior ocorrência foi de paraplegia, como já esperado para a realidade do país. Na aplicação da escala as condições secundárias que mais se destacaram foram: dor crônica, espasmos musculares, dor nas articulações e músculos, contraturas, disfunção na bexiga, disfunção sexual, e úlceras por pressão. Conhecer essa problemática dos pacientes, com atenção para os problemas que mais comprometem sua qualidade de vida, apresenta-se como importante instrumento para o planejamento de cuidados e a promoção da saúde.

Com este estudo os profissionais da saúde disporão de uma escala para avaliação de saúde que também possibilita o planejamento de intervenções e a avaliação de cuidados.

Trata-se de uma tecnologia à qual se pode recorrer como auxílio na assistência e na ampliação do conhecimento da comunidade científica acerca de um tema emergente e ainda pouco explorado nos programas de pós-graduação do país.

Para os pacientes de LM este estudo possibilita um caminho para a detecção precoce de alterações, limitações e potencialidades, facilitando o desenvolvimento de um programa de reabilitação. Desperta o autoconhecimento em relação aos problemas enfrentados e favorece a promoção da saúde dessas pessoas.

A lesão medular, por ser uma condição grave, incapacitante, responsável por distúrbios tanto físicos como emocionais, compromete a vida da pessoa. Além do dano primário, com problemas motores e sensitivos, o traumatismo traz consigo diversas condições secundárias que limitam as atividades de vida diária e, muitas vezes, são responsáveis por complicações graves. Neste sentido, têm-se empreendido diversos esforços para proporcionar uma melhor qualidade de vida, reinserção social e melhorar o sentido de vida das pessoas vítimas de traumatismos medulares, tanto em termos assistenciais como no ensino e na pesquisa.

Em face aos problemas secundários que a LM acarreta, vê-se a importância da utilização de instrumentos que visem à identificação, à classificação e ao cuidado com agravos decorrentes da lesão medular. Entretanto, esses instrumentos, quando existem, não são específicos para pessoas com traumatismo medular e deixam lacunas quanto à identificação das condições secundárias. Pensando nisso optou-se por traduzir e adaptar para a cultura brasileira a *Spinal Cord Injury Secondary Condition Scale*. Concluiu-se que os objetivos foram integralmente alcançados.

No desenvolvimento desta pesquisa algumas dificuldades foram enfrentadas, mas estas não comprometeram o bom andamento do estudo. A pesquisa, na sua fase de pré-teste, foi realizada no domicílio dos doentes. Muitas vezes o acesso aos pacientes foi difícil e envolveu riscos, dada a localização de suas casas na periferia da Capital, principalmente em locais com altos índices de violência. As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos pacientes. Outra dificuldade enfrentada neste estudo foi a disponibilidade de pessoas especialistas em lesão medular para compor o comitê de validação de conteúdo. Foram enviados 28 convites, entretanto somente 17 pessoas responderam ao instrumento. Mesmo assim, foi possível cumprir os objetivos propostos em consonância com as recomendações indicadas na literatura para estudos metodológicos.

Entende-se que o instrumento necessita de mais aprofundamento com a verificação de validade do constructo. Tal etapa será desenvolvida em continuidade a este

Joyce Miná Albuquerque Coelho

estudo com o objetivo de se dispor de uma escala consistente para utilização no país, a fim de preencher as lacunas identificadas. Desta forma se obterá pela primeira vez um instrumento específico para avaliação das condições secundárias de saúde das pessoas com lesão medular no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, p.3061-3068, 2011.

AMARAL, M. T. M. P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 573-580, 2009.

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION. Spinal Cord Outcomes Partnership Endeavor Atlanta (US): American Spinal Injury Association; 2013. Disponível em: http://www.scope-sci.org/index_files/SCOPE_ClinicalTrialsTable_8.5-14_2013_08_13.pdf Acesso em: 24 out. 2013.

ANDRADE, L. T. de; ARAÚJO, E. G.; ANDRADE, K. da P. A.; SOUZA, D. R. P.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2013.

ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J.L.P.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 59-66, 2007.

ASSIS, G. M.; FARO, A. C. M. Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000100041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2013.

ASSIS, G. M.; MOSER, A. D. de L. Laserterapia em úlceras por pressão: limitações para avaliação de resposta em pessoas com lesão medular. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000300035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2013.

ASSUMPSÃO, F. S. N. **Adaptação transcultural e propriedades de medida do life-h 3.1-brasil para avaliação da participação social em hemiparéticos**. 94f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Minas Gerais, 2014.

BAASCH, A. K. M. **Sexualidade na Lesão Medular**. 267f Dissertação (Mestrado) - Universidade do estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.tede.udesc.br/tdebusca/arquivo.php?codArquivo=1648>. Acesso em: 30 Out. 2013.

BANERJEA, R.; SAMBAMORTHI, S. WEAVER, F.; MANEY, M.; POGACH, L. M. FINDLEY, T. Risk of stroke, heart attack, and diabetes complications among veterans with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 89, p. 1448-1453, Aug., 2008.

BARROS, M. A. de; SOUSA, S. de M. A. de; COSTA, A. L. B.; ROSA, L. de S.; AZEVEDO, P. R.; RABELO, P. P. C. Avaliação do risco e prevenção de úlcera por pressão em pacientes com lesão medular. **Rev Pesq Saúde**, v. 14, n. 1, p. 49-54, 2013.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcomes measures**. Institute for Work & Health, 2007.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 20, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECKSTEAD, J. W. Content Validity is naught. **International Journal of Nursing Studies**. v.46, p. 1274-1283, 2009.

BELL, J. **Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BERNARDI, D. M. Epidemiologic profile of surgery for spinomedullary injury at a referral hospital in a country town of brazil. **Coluna/Columna**. v. 13, n. 2, p. 136-138, 2014.

BERTO, C. D.; BARRETO, D. B. M. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 174-183, 2011.

BORGES, A. M. F.; BRIGNOL, P.; SCHOELLER, S. D.; BONETTI, A. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 28 out.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**– 3. ed. Brasília, DF, 2010.

BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. da C.; MARINHO, S. C.; DUARTE, T. B. Epidemiological evaluation of victims of spinal cord injury. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 5, Oct. 2011.

BROWN, R.; DIMARCO, A. F. Respiratory Dysfunction and Management in Spinal Cord Injury. **Respiratory care** [internet], v. 51, n.8, p. 853-870, 2006. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/content/51/8/853.full.pdf+html>. Acesso em: 28 out. 2013.

BRUNOZI, A. E.; SILVA, A. C.; GONÇALVES, L. F.; VERONEZI, R. J. B. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Rev. Neurocienc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.139-144, 2011.

BUENO, M.; COSTA, P.; OLIVEIRA, A. A. S.; CARDOSO, R.; KIMURA, A.F. tradução e adaptação do premature infant pain profile para a língua portuguesa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 29-35, 2013.

CAMPOS, R. R.; MIRANDA, M. D. C.; CARVALHO, Z. M. de F.; VALL, J. Sintomas depressivos em pessoas com lesão medular traumática crônica. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 3, p. 433-438, 2013.

CATZ, A.; ITZKOVICH, M.; AGRANOV, E.; RING, H.; TAMIR, A. SCIM – Spinal Cord Independence Measure: A new disability scale for patients with spinal cord lesions. **Spinal Cord.**, v. 35, n. 12, p. 850-856, 1997.

CARVALHO, Z.M. de F.; DARDER, J. J. T.; REIS, P. A. M.; MAGALHÃES, S. R.; MANIVA, S. J. C. de F. Experiencing a traumatic spinal cord injury – Analysis on the view of the theory of Watson’s transpersonal caring. **Journal of Biomedical Science na Engineering**, v. 6, n. 1, p. 14-20, 2013.

CARVALHO, Z. M. F.; MACHADO, W. G, FAÇANHA, D. M. A.; MAGALHÃES, S. R.; RODRIGUES, A. S. R.; BRITO, A. M. C. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 148-158, 2014.

CARVALHO, Z. M. de F.; MACHADO, W. G.; NUNEZ, A. J. H.; MULET, F. V. F.; SEGURA, C. M. SILVA, D. M.; LIMA, M. B. Necesidad de ayuda de las personas parapléjicas: estudio basado em la teoria clínica de Ernestine Wiedenbach. **Enfermería Integral**, v. 101, n.1, p.3-9, 2013.

CARVALHO, Z. M. de F.; DAMASCENO, M. M. C.; MORAES, P. de O. F.; STUDART, R. M.; BRITO, A. M. C. E. Estrategias del Coping utilizadas por los parapléjicos y sus familiares. **Enfermería Integral**, v.79, n. 1, p. 8-12, 2007.

CAVALCANTE, K. M. H.; CARVALHO, Z. M. de F.; GARCIA, Z.M. de F. Diagnósticos de enfermagem aplicáveis à pessoas com paraplegia em fase inicial de reabilitação domiciliar. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 2, p. 238-247, 2013

CAVALCANTE, K. M. H.; CARVALHO, Z. M. de F.; BARBOSA, I. V.; ROLIM, G. A. Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 27-35, 2008.

COELHO, C. V. C.; BERALDO, P. S. S. Risk factors of heterotopic ossification in traumatic spinal cord injury. **Arq Neuropsiquiatr** , v. 26, n. 2-B, p. 382-387, 2009.

COSTA, R. C.; CALIRI, M. H. L.; COSATA, L. S.; GAMBA, M. A. Fatores Associados à Ocorrência de Úlcera Por Pressão em Lesados Medulares. **Rev. Neurocienc.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 60-68, 2013.

COSTA, V. S. P.; OLIVEIRA, L. D.; OYAMA, C. M.; AZUMA, C. S.; MELO, M. R. A. C.; COSTA FILHO, R. M. Profile of Patients with Spinal Cord Injury Treated by Physical

Therapy Services of Higher Education Clinics in Londrina. **Ciênc. Biol. Saúde**. v. 12, n. 2, p. 39-44, 2010.

COSTA, Z. M. S. S. e; PINTO, R. de M. C.; MENDONÇA, T. M. da S. SILVA, C. H. M. da. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa dos domínios Distúrbios do Sono e Distúrbios da Vigília do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p.1391-1401, jul, 2014.

COURA, A. S.; FRANÇA, I. S. X de; ENDERS, B. C.; BARBOSA, M. L.; SOUZA, J. R. S. Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo [online], v.20, n.1, p.1-9 20(1):[09 telas], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2013.

CUSTÓDIO, N. R. O.; CARNEIRO, M. R.; FERES C. C.; LIMA, G. H. S.; JUBÉ, M. R. R.; WATANABE, L. E.; SALIBA, L. G. R. S. O.; DAHER S.; GARCIA, A. C. F. Spinal cord injury in Dr. Henrique Santillo Rehabilitation and Readaptation Center (CRER-GO). **Coluna/Columna**. v. 8, n.3, p.265-268, 2009.

DANTAS, D.; AMARO, J.; SILVA, P.; MARGALHO, P.; LAÍNS, J. Avaliação da recuperação funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, v. 22, n. 2, p. 20-27, 2012.

DELGADO-RICO, E.; CARRETERO-DIOS, H.; RUCH, B. Content Validity evidences in test development: an applied perspective. **Int J Clin Health Psychol**, v. 12, n. 3, p.449-460, 2012.

EDOKPOLO, L. U.; STAVRIS, K. B.; FOSTER, H. E. Intermittent Catheterization and Recurrent Urinary Tract Infection in Spinal Cord Injury. **Top. Spinal Cord Inj. Rehabil.**, v.18, n.2, p.187-192, 2012.

FAVA, J. E. Traumatismo raquimedular: **características clínicas e epidemiológicas de pacientes atendidos em hospital de alta complexidade em campo grande - mato grosso do sul**. 66 f. Dissertação (Mestre) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011. Disponível em: <<https://sistemas.ufms.br/sigpos/portal/trabalhos/download/223/cursoId:89>>. Acesso em: 20 set. 2013.

FONTE, N. Cuidado Urológico do Paciente com Lesão da Medula Espinhal. **J. Wound Ostomy Continence Nurs.** v. 35, n. 3, p. 323-331, 2008. Disponível em: <http://www.fisioterapia.com/public/files/artigo/D481Ed01.pdf>. Acesso em: 28 out. 2013.

FLECK, M. P. A; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. dos; PIZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. dos; PIZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS (*WHOQOL-100*). **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FLICK, U. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FRANCA, I. S. X. de; COURA, A. S.; FRANÇA, E. G. de; BASÍLIO, N. N. V.; SOUTO, R. Q. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2013.

FRANCA, I. S. X.; COURA, A. S.; SOUSA, F. S. de; ALMEIDA, P. C. de; PAGLIUCA, L. M. F. Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2013.

FREITAS, N. O.; CALTRAN, M. P.; DANTAS, R. A. S.; ROSSI, L. A. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. v.48, n.1, p.25-33, 2014.

GARANHANI, M. R.; FERREIRA, A. M. D. M. SILVA, C. K. da; LASCOVSKI, L.; MOREIRA, M. D.; COSTA, V. de S. P. da. Perfil sociodemográfico dos indivíduos com lesão medular atendidos no ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 48-52, dez. 2009.

GÉLINAS, C.; FILLION, L; PUNTILLO, K. A. Item selection and content validity of Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. **Journal of Advanced Nursing**. v. 65, n. 1, p. 203-216, 2009.

GIANOTTEN, W. L.; BENDER, J. L.; POST, M. W. M.; Hoing, M. Training in sexology for medical and paramedical professionals: a model for the rehabilitation setting. **Sexual and Relationship Therapy**. v. 21, n. 1, p. 303-317, 2006.

HINO, P.; CIOSAK, S. I.; FONSECA, R. M. G. S da; EGRY, E. Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo. v.43, n.1, p. 1156-1167, 2009.

KALPAKJIAN C. Z.; SCENZA, W. M.; FORCHHEIMER, M. B.; TOUSSAIT, L. L. Preliminary Reliability and Validity of a Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale. **J. Spinal Cord Med**. v.30, n.1 p. 131-139, 2007.

KUNDEL, H. L.; POLANSKY, M. Measurement of Observer Agreement. **Radiology**. v. 228, n. 2, p. 303-8, 2003. Disponível em: <http://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/radiol.2282011860>. Acesso em: 04 nov. 2014.

LANDIS, J. R; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**. v. 33, p. 159–174, 1977.

LAVELA, S. L.; WEAVER, F. M.; GOLDSTEIN, B.; CHEN, K.; MISKEVICS, S.; RAJAN, S.; GATER, D. R. Diabetes Mellitus in individuals with Spinal Cord Injury or Disorder. **J Spinal Cord Med**. v. 29, p. 387-395, 2006.

LEAL, J. C. **Efeitos da imersão, inclinação, mudança postural e cinta abdominal sobre os volumes pulmonares e pressão inspiratória nasal de pacientes com lesão medular alta.** 130f. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Programa de pós-graduação em ciências médicas, Brasília, 2009.

LEE, B. B.; CRIPPS, R. A.; FITZHARRIS, M.; WING, P. C. The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. **Spinal cord.** v. 52, p. 110-116, 2014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research.** v. 35, p. 382-385, 1986.

MACHADO, R. I. L.; SOUTO, L. M.; FREIRE, E. A. M. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa (Brasil) do Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ). **Rev Bras Reumatol.** v. 54, n. 2, p.95-101, 2014.

MALLOY-DINIZ, L. F.; MATTOS, M. LEITE, W. B.; ABREU, N. COUTINHO, G.; PAULA, J. J. de; TAVARES, H.; VASCONCELOS, A. G.; FUENTES, D. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiviness Scale (BIS-11) para a aplicação em adultos brasileiros. **J Bras Psiquiatr.** v. 59, n. 3, p. 99-105, 2010.

MASRI, R.; KELLER, A. Chronic pain following spinal cord injury. **Adv. Exp. Med. Biol.** [internet]. v.760, p.74-88, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560294/pdf/nihms433033.pdf>. Acesso em: 28 out 2013.

MATEUS, S. R. M. **Determinação dos Valores de Referência das Pressões respiratórias estáticas máximas na lesão medular traumática.** 108f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MIGUEL, M.; KRAYCHETE, D. C. Dor no paciente com lesão medular: uma revisão. **Rev. Bras. Anesthesiol.** Campinas, v. 59, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2013.

MORAIS, D. F.; SPOTTI, A. R.; COHEN, M. I.; MUSSI, S. E.; MELO NETO, J. S. de; TOGNOLA, W. A. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna,** São Paulo, v. 12, n. 2, 2013.

NEVES, P. F de S. **Alterações vasculares periféricas após lesão medular.** 11f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar, Porto, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53363/2/Tese%20mestrado%20final.pdf>. Acesso em: 28 out. 2013.

NING, G. Z.; YU, T. Q.; FENG, S. Q.; ZHOU, X. H.; BAN, D. X.; LIU, Y.; JIAO, X. X. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Tianjin, China. **Spinal Cord.** v. 49, n. 3, p. 386-390, 2011.

NOGUEIRA, P. C.; RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. **Rev Esc Enferm USP.** v. 47, n. 3, p. 607-614, 2013.

OLIVEIRA, L. D. R.; GUIRARDELLO, E. B.; LOPES, M. H. B. M. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do Gaudenz-Fragebogen. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 3, p. 565-572, 2012.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 182f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**. v.33, n. Esp., p. 191-206, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

PIROUZMAND, F. Epidemiological trends of spine and spinal cord injuries in the largest Canadian adult trauma center from 1986 to 2006. **J Neurosurg Spine** v. 12, p. 131–140, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique e recommendations. **Research in nursing & health**. v. 29, p. 489-497, 2006.

RABEH, S. A. N.; NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L. Funcionamento intestinal e a relação com a independência funcional de indivíduos com lesão medular. *Coluna/columna*, v. 12, n. 2, p. 153-156, 2013.

RABEH, S. A. N.; CALIRE, M. H. L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinal. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.23, n.3, p. 321-327, 2010.

RABEH, S. A. N.; CALIRE, M. H. L.; HAAS, V. J. Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma. **Ver. Acta Fisiátrica**, Riberão Preto, v. 16, n. 4, p. 173-178, 2009.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JUCÁ, S.S.H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P.P.N.; BATTISTELLA, L.R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICHARDS, J. S.; WAITES, K.; CHEN, Y. Y.; KOGOS, S.; SCHMITT, M. M. The Epidemiology of Secondary Conditions Following Spinal Cord Injury. **Top Spinal Cord Inj. Rehabil**. v. 10, n.1, p. 15-29, 2004.

SANTIAGO, L. M. de M.; BARBOSA, L. C. dos S.; GUERRA, R. O.; MELO, F. R. L. V. de. Sociodemographic and clinical aspects of men with traumatic spinal cord injury in an urban center in northeast Brazil. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 3, p. 137-142, Set/Dez 2012.

SANTOS, J. M.; CUNHA, A. C e; MATIAS, C.; COELHO, M. M. Influência da Idade na Evolução Funcional de Doentes com Sequelas de Traumatismo Vertebro-Medular. **Rev. da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**. v. 25, n.1, p. 25-28, 2014.

SAUNDERS, L. L.; KRAUSE, J. S.; ACUNA, J. Association of race, socioeconomic status, and health care access with pressure ulcers after spinal cord injury. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** v.93, n.6, p. 972-7, 2012.

SCHOELLER, S. D.; BITENCOURT, R. N.; LEOPARDI, M. T; PIRES, D. P de; ZANINI, M. T. B. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** (internet), v.14, n.1, p. 95-103, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>. Acesso em: 04 nov. 2013.

SEEKINS, T.; RAVESLOOT, C. Secondary Conditions Experienced by Adults with Injury-Related Disabilities in Montana. **Top Spinal Cord Inj. Rehabil.** v.6, n.1, p.43-53, 2000.

SHIN, J. C.; GOO, H. R.; YU, S. J.; KIM, D. H.; YOON, S.Y. Depression and quality of life in patients within the first 6 months after the spinal cord injury. *Ann Rehabil Med.* v. 36, n.1, p. 119-125, 2012.

SHROUT, P.E.; FLEISS, J. L. Intraclass correlations: Uses in assessing reliability. **Psychological Bulletin.** v. 86, n. 2, p. 420-428, 1979.

SILVA, G. R. F. da; NETA, D. S. R.; LEITE, I. R. L.; BRANDÃO, E. C. B.; SOARES, L. S. Tecnologias nas ações em enfermagem: utilização de escalas/testes. **Rev Enferm UFPI**, v. 1, n. 1, p. 71-76, 2012.

SILVA, G. A da; Schoeller, S. D.; GELBCKE, F. L.; CARVALHO, Z. M. F.; SILVA, E. M. J. P. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional – MIF. **Texto & Contexto Enfermagem** [internet], 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425249025>>. Acesso em: 25 out. 2013.

SILVA, K. L. da. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2013.

SILVA, R. de A. **Condições de funcionalidade de pessoas com lesão medular fundamentadas no índice de Barthel** : proposta de intervenção de enfermagem. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2011.

SODEN, R. J.; WALSH, J.; MIDDLETON, J. W.; CRAVEN, M. L.; RUTKOWSKI, S.; YEO, J. D. Causes of death after spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 38, p. 604-610, 2000.

STUDART, R. M. B.; CARVALHO, Z. M. de F.; MELO, E. m; LOPES, M. V. de O.; BARBOSA, I. V. A escala de Waterlow aplicada em pessoas com lesão medular. **Avances en Enfermería.** v. 29, n.2, p. 247-254, 2011.

STUDART, R. M. B.; MELO, E. M.; LOPES, M. V de O.; BARBOSA, I. V.; CARVALHO, Z. M. de F. Tecnologia de enfermagem na prevenção da ulcera por pressao em pessoas com

lesão medular. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.3, p.494-500, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a13.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013.

TEIXEIRA, M. J.; PAIVA, W. S.; ASSIS, M. S.; FONOFF, E. T.; BOR-SENG-SHU, E.; CECON, A. D. Neuropathic pain in patients with spinal cord injury: report of 213 patients. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 9a, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2013000900600&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2013.

THOMÉ, B. I.; BORGUI, I. S.; BERARDI, J.; MOSER, A. D. L.; ASSIS, G. M. Fisioterapia na reeducação do intestino neurogênico como resultado de uma lesão medular. *Ter Man*, v. 10, n. 47, p. 19-27, 2012.

VALERA, G. G.; CAREZZATO, N. L.; VALE, F. A. C.; HORTENSE, P. Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in Advanced Dementia– PAINAD. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n.3, p.462-468, 2014.

VALL, J; BRAGA, V. A. B. Dor pós-lesão medular: aspectos funcionais e sociais. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 404- 410, 2005.

VALL, J. COSTA, C. M de C; PEREIRA, L. F.; FRIESEN, T. T. Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in individuals with spinal cord injury. **Arq. Neuropsiquiatr.**, [internet], v. 69, n.3, p. 513-518, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755132>. Acesso em: 20 set. 2013.

VERA, R. S. **Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular**. 220 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

VIANA H. B.; GUIRARDELLO, E. B.; MADRUGA, V. A. Tradução e adaptação cultural da escala askas – aging sexual knowledge and attitudes scale em idosos brasileiros. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 238-245, 2010.

VICTOR, J. F; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. de. Adaptação transcultural para o Brasil da *Exercise Benefits/Barriers Scale* (EBBS) para aplicação em idosos: uma avaliação semântica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2852-2860, dez 2008.

WATERLOW J. Pressure sores: a risk assessment card. **Nurs. Times**. n. 81, p. 49-55, 1985.

APÊNDICE A – TRADUÇÃO 1 (T1)

1. Dados de caracterização do tradutor:

Nome: S.E.R. Idade: 25 Ocupação: Enfermeira

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Fortaleza - CE

Realiza trabalhos de traduções de documentos rotineiramente? (X)Sim ()Não

2. Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)

Escala de Lesão Medular de Condições Secundárias (ELMCS)

Problema de Saúde	Descrição	Classificação
Ferida(s) por pressão	Esta(s) desenvolvem-se como erupção cutânea e vermelhidão e progridem para uma ferida infectada. Também chamada de úlcera de pele, escaras e úlceras de decúbito.	
Lesão causada por perda de sensibilidade	A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estando sentado muito perto do aquecedor ou lareira.	
Espasmos musculares (espasticidade)	Espasticidade se refere aos movimentos musculares espasmódicos, não controlados, como a contração muscular descontrolada ou espasmos. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com alguma restrição, como sapato apertado ou cinto.	
Contraturas	Contratura é uma limitação na amplitude de movimentação causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação, como o cotovelo e o quadril. Isso ocorre quando a articulação não pode se mover com a frequência suficiente através da sua amplitude de movimentação. A dor geralmente acompanha esse problema.	
Ossificação Heterotópica	Este é um crescimento excessivo do osso, geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e calor local em área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.	
Diabetes mellitus	Diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Essa condição é diagnosticada por um médico.	
Disfunção da bexiga	Incontinência, bexiga ou pedra nos rins, problemas renais, perda e retorno de urina são todos os sintomas da disfunção da bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.	
Disfunção intestinal	Diarréia, constipação, “acidentes” e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.	
Infecção do trato urinário	Isto inclui infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina e urina turva.	
Disfunção sexual	Isto inclui a insatisfação com o funcionamento sexual. As causas para a insatisfação pode ser a diminuição da sensação, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, e problemas intestinais ou na bexiga, como infecções.	
Disreflexia Autonômica	Disreflexia autonômica, às vezes chamadas de hiperreflexia, resulta da interferência em sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da	

	Disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dores de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo a dor na qual o indivíduo não experimenta a sensação propriamente dita.	
Hipotensão postural	Trata-se de uma forte sensação de tontura após mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.	
Problemas circulatórios	Problemas circulatórios envolvem inchaço das veias, pés ou a ocorrência de coágulos sanguíneos.	
Problemas Respiratórios	Os sintomas da infecção respiratória ou problemas incluem dificuldades de respirar e aumento das secreções.	
Dor crônica	Este é geralmente experienciado como formigamento crônico, queimação ou dores maçantes. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.	
Dor nas articulações e músculos	Isto inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, estão em risco de desenvolver dor.	

Para os seguintes 16 problemas de saúde, por favor classifique o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência desde os últimos 3 meses. Se você ainda não experienciou alguma condição secundária nos últimos 3 meses ou se o problema for insignificante para você, por favor circule "0". Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias

<p>0 = NÃO experienciei nos últimos 3 meses ou é um problema insignificante. 1 = Problema LEVE ou INFREQUENTE 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO</p>
--

APÊNDICE B – TRADUÇÃO 2 (T2)

1. Dados de caracterização do tradutor:

Nome: S.E.S. Idade: 25 Ocupação: Jornalista

Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Crato

Realiza trabalhos de traduções de documentos rotineiramente? (X)Sim ()Não

2. Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)

Escala de Condições Secundárias da Lesão Medular (SCI-SCS)

Problema de saúde	Descrição	Avaliação
Ferida de pressão	Desenvolvem-se como uma assadura de pele ou vermelhidão e progride para uma ferida infectada. Também é chamada de úlcera de pele, escaras e úlceras de decúbito.	
Ferimento causado pela perda de sensibilidade	Ferimento pode ocorrer devido a falta de sensibilidade, como em queimaduras causadas por transportar líquidos quentes no colo ou por sentar muito próximo a um aquecedor ou fogo.	
Espasmos musculares (espasticidade)	Espasticidade se refere a incontrolláveis, irregulares movimentos musculares, como contração muscular descontrolada ou espasmo. Geralmente, a espasticidade cresce com infecções ou algum tipo de restrição, como sapato ou cinto apertado.	
Contraturas	Uma contratura é a limitação na amplitude do movimento causada pela redução do tecido mole em torno de uma articulação, como um cotovelo ou o quadril. Isso ocorre quando uma articulação não pode ser movida com a frequência necessária para a amplitude de seu movimento. Dor frequentemente acompanha esse problema.	
Ossificação heterotípica do osso	Crescimento exagerado do osso, ocorre geralmente depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem uma perda da amplitude do movimento, inchaço e aquecimento local na área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.	
Diabetes mellitus	Diabetes é um problema que resulta da irregularidade dos níveis de açúcar no sangue. Sintomas incluem urinação frequente e sede excessiva. Essa condição é diagnosticada por um médico.	
Disfunção da bexiga	Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas de rins, vazamento de urina e acúmulo de urina são todos os sintomas da disfunção de bexiga. NOTA: Há um item separado para infecções do trato urinário.	
Disfunção intestinal	Diarréia, contipação, “acidentes”, e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.	
Infecção do trato urinário	Isso inclui infecções como cistite e pseudomas. Sintomas incluem dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina e urina turva.	
Disfunção sexual	Isso inclui insatisfação com o desempenho sexual. As sausas para a insatisfação podem ser a redução da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimento e problemas com intestino ou bexiga, como infecções.	
Disreflexia autônoma	Disreflexia autônoma, algumas vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência no sistema de regulação de temperatura do corpo. Sintomas de disreflexia incluem aumentos bruscos da pressão arterial e transpiração,	

	manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Também pode ocorrer como resposta do organismo a dor quando o indivíduo não vivencia a sensação.	
Hipotensão postural	Isso envolve uma forte sensação de vertigens, que se segue a uma mudança de posição. É causada por uma queda abrupta da pressão sanguínea.	
Problemas circulatórios	Problemas circulatórios envolvem o inchaço das veias, pés ou a ocorrência de coágulos sanguíneos.	
Problemas respiratórios	Sintomas de infecções respiratórias ou problemas que incluem dificuldade de respirar e aumento de secreções.	
Dor crônica	Isso é geralmente experimentado como formigamento crônico, queimação ou dores surdas. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.	
Dores nas articulações e músculos	Inclui dores em um grupo de músculos ou articulações específico. Pessoas que fazem o uso excessivo de um particular grupo de músculos, como músculos dos ombros, ou quem faz muito esforço em suas articulações correm riscos de desenvolver dores.	

Para os 16 problemas de saúde a seguir, por favor avalie o quanto cada um afetaram suas atividades e independência nos últimos 3 meses. Se você não experimentou uma condição secundária nos últimos 3 meses ou se isso é um problema insignificante para você, por favor circule o "0". Use a escala a seguir para avaliar cada uma das condições secundárias.

0 = NÃO experimentei nos últimos 3 meses ou é um problema insignificante 1 = Problema LEVE ou INFREQUENTE 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO
--

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRADUTORES

Prezado (a) Senhor (a),

Sou Joyce Miná Albuquerque Coelho, enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado: “Tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*”, e venho por meio deste lhe convidar para participar da pesquisa na qualidade de tradutor.

Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O estudo tem como objetivos, Geral: Traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Específicos: Descrever a amostra quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas; Verificar a validade de conteúdo da escala no contexto do Brasil.

Caso aceite participar da pesquisa, o(a) senhor(a) receberá um instrumento para ser realizado a tradução, a escala original, bem como instruções de como proceder a tradução ou tradução reversa (*back-translations*) da escala de acordo o protocolo deste estudo.

Para sua maior segurança, sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a). As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a elaboração da dissertação do mestrado, bem como a divulgação junto à comunidade científica.

Sua participação neste estudo é livre e exigirá, além de sua disponibilidade de tempo para traduzir, um encontro com o pesquisador para que possamos juntos discutir e fazer uma síntese de sua apreciação da escala.

Asseguro que o(a) senhor(a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também, retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando a pesquisadora por meio do endereço: Rua Tertuliano Sales, 567. Apartamento 102. Bairro: Vila União. Telefone: 3227.9901.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também poderá ser consultado sobre o projeto pelo endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, _____anos, RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014.

Joyce Miná Albuquerque Coelho
Pesquisadora Responsável

Assinatura do(a) tradutor(a)

APÊNDICE D - MODELO DE RELATÓRIO PARA TRADUTORES**CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRADUÇÃO DO DOCUMENTO**

Houve alguma dificuldade na tradução do documento? ()Sim ()Não. Qual?

Você ficou em dúvida em algum termo no momento da tradução? ()Sim ()Não. Qual/Quais?

Existem termos que poderiam ser traduzidos de outra forma mantendo o mesmo sentido? () Sim () Não. Quais? De que forma?

Você gostaria de fazer alguma outra consideração sobre a tradução do documento? ()Sim ()Não. Qual?

APÊNDICE E – SÍNTESE DAS TRADUÇÕES 1 E 2 (T12)

1. Dados de caracterização do tradutor:

Nome (Iniciais): J. A.R.A

Idade: 50 Ocupação: Professora e tradutora

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Paracuru- CE

Realiza trabalhos de traduções de documentos rotineiramente? (X)Sim ()Não

2. Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)

Escala de Condições Secundárias da lesão Medular (SCI-SCS)

Problema de Saúde	Descrição	Classificação
Ferida(s) por pressão	Tais feridas se desenvolvem como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlceras de pele, escaras e úlceras de decúbito.	
Lesão causada por perda de sensibilidade	A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estar sentado muito perto de um aquecedor ou lareira.	
Espasmos musculares (espasticidade)	A espasticidade se refere a movimentos musculares espasmódicos, não controlados, como a contração muscular descontrolada ou espasmos. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de restrição, como sapato apertado ou cinto.	
Contraturas	A contratura é uma limitação na amplitude de movimentação causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação; como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando a articulação não pode se mover com a frequência suficiente através da sua amplitude de movimentação. Tal problema é geralmente seguido de dor.	
Ossificação Heterotópica	Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e calor local em área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.	
Diabetes mellitus	A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.	
Disfunção da bexiga	Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e retorno de urina são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.	
Disfunção intestinal	Diarréia, constipação, “acidentes” e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.	
Infecção do trato urinário	Este quadro apresenta infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.	
Disfunção sexual	Esta inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, e problemas intestinais	

	ou na bexiga como infecções.	
Disreflexia Autonômica	A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor na qual o indivíduo não vivencia a sensibilidade.	
Hipotensão postural	Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.	
Problemas circulatórios	Problemas circulatórios envolvem inchaço das veias, pés ou ocorrência de coágulos sanguíneos.	
Problemas Respiratórios	Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.	
Dor crônica	É geralmente apresentada por formigamento crônico, queimação ou dores maçantes. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.	
Dor nas articulações e músculos	Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores.	
<p>Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você ainda não vivenciou alguma condição secundária neste período ou se o problema for insignificante para você, favor circular "0". Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias</p>		
<p>0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO</p>		

APÊNDICE F - MODELO DE RELATÓRIO PARA TRADUTOR DA SÍNTESE

Houve alguma dificuldade na síntese do documento? ()Sim ()Não. Qual?

Você ficou em dúvida na melhor tradução de algum termo no momento da síntese?

()Sim ()Não. Qual/Quais?

Você gostaria de fazer alguma outra consideração sobre a tradução/síntese do documento?

()Sim ()Não. Qual?

APÊNDICE G – BACK-TRANSLATION 1 (BT1)

1. Dados de caracterização do tradutor:

Nome (Iniciais): J.A.C Idade:27 Ocupação: Tradutor/ Estudante.
 Nacionalidade: Norte Americano (EUA) Naturalidade: Raleigh EUA
 Realiza trabalhos de traduções de documentos rotineiramente? (X)Sim ()Não

2. Escala traduzida

Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCISCS)

Health Problem	Description	Classification
Pressure sore (s)	Such wounds develop as skin rashes or redness. They progress to infections. They are also known as skin ulcers, bedsores, and decubitus ulcers.	
Injury caused by loss of sensation	Injuries can occur due to a lack of sensitivity, such as burns from placing hot liquids on the lap or from sitting too close to a heater or fireplace.	
Muscle spasms (spasticity)	Spasticity refers to twitching, uncontrolled muscle movements, such as uncontrolled muscle contractions or spasms. Generally, spasms increase with infection or with restrictions like tight shoes or belts.	
Contractures	A contracture is a limitation in range of movement caused by the shortening of the soft tissues around a joint, such as the hip or elbow. Contracture occurs when the joint cannot move often enough through its range of motion. Pain usually accompanies this problem.	
Heterotopic ossification	Heterotopic ossification is an overgrowth of bone that usually occurs after a fracture. Early symptoms include loss of range of motion, swelling and the sensation of heat in the affected area. A doctor should diagnose this condition.	
Diabetes mellitus	Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. Its symptoms include frequent urination and excessive thirst. A doctor must diagnose this condition.	
Bladder dysfunction	Incontinence, kidney stones, renal problems, urine loss and the return of urine are all symptoms of bladder dysfunction. Please note: there is a separate item for urinary tract infections.	
Bowel dysfunction	Diarrhea, constipation, “accidents,” and associated problems are all signs of bowel dysfunction.	
Urinary tract infections	This diagnosis presents infections as cystitis pseudomonas. Symptoms include painful urination, burning sensation in the body, blood in urine, and cloudy urine.	
Sexual dysfunction	This includes dissatisfaction with sexual activity. The causes for dissatisfaction may be: decrease in sensitivity, changes in body image, loss of mobility, bladder or bowel problems, as well as infections.	
Autonomic dysreflexia	Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, results from an interference in the systems which regulate body temperature. The symptoms of hyperreflexia include a sudden increase	

	in blood pressure and sweating, skin patches, chills, pupil dilation, and headaches. Hyperreflexia can also occur as the body's response to pain in which the individual does not experience the sensation.	
Postural hypotension	Hypotension involves a strong sensation of dizziness after changing position. A sudden drop in arterial pressure causes it.	
Circulatory problems	Circulatory problems involve swollen veins and feet or the occurrence of blood clots.	
Respiratory problems	The symptoms of infection or respiratory problems include difficulty breathing and an increase in secretions.	
Chronic pain	This generally presents as chronic tingling, burning, or dull pain. Such pain can occur in an area with little or no sensitivity.	
Muscle and joint pain	This includes pain in specific muscle groups or joints. People who overload one specific muscle group, such as the shoulders, or who apply heavy pressure to their joints risk developing such pain.	
<p>0 = Problem NOT experienced in the last 3 months or insignificant. 1 = LIGHT or INFREQUENT problem. 2 = MODERATE or OCCASIONAL problem. 3 = SIGNIFICANT or CHRONIC problem.</p>		

APÊNDICE H – BACK TRANSLATION 2 (BT2)

1. Dados de caracterização do tradutor:

Nome (Iniciais): D. M. P. Idade:43 Ocupação: Tradutor
 Nacionalidade: Norte Americano (EUA) Naturalidade: Plymouth, MA
 Realiza trabalhos de traduções de documentos rotineiramente? (X)Sim ()Não

2. Escala traduzida

Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)

Health Problem	Description	Classification
Pressure wound(s)	Such wounds develop as a cutaneous eruption or redness and progress into infected wounds. Also called skin ulcers, pressure sores and decubitus ulcers.	
Injury caused by loss of sensation	The injury may occur due to a lack of sensitivity, such as burns by transporting hot liquids on the lap or sitting too close to a heater or fireplace.	
Muscle spasms (spasticity)	Spasticity refers to spasmodic muscle movements, uncontrolled, such as uncontrolled muscle contraction or spasms. Usually the spasticity increases with the infection or with some kind of restriction, such as tight shoes or belt.	
Contractures	The contracture is a limitation in the amplitude of movement caused by the shortening of soft tissues around a joint; such as an elbow or hip. This occurs when the linkage may not move with sufficient frequency through its range of motion. This problem is usually accompanied by pain.	
Heterotropic Ossification	This is the exaggerated growth of bone that usually occurs after a fracture. The first symptoms include the loss of range of motion, swelling and local heat in area of touch. This condition must be diagnosed by a physician.	
Diabetes mellitus	Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. The symptoms include frequent urination and excessive thirst. This condition is diagnosed by a physician.	
Bladder Dysfunction	Incontinence, stones in the kidneys or bladder, kidney problems, loss and return of urine are all symptoms of bladder dysfunction. Note: There is a separate item for urinary tract infections.	
Bowel Dysfunction	Diarrhea, constipation, "accidents" and associated problems are signs of bowel dysfunction.	
Urinary tract Infection	This condition presents infections such as cystitis and pseudomonas. The symptoms include: pain while urinating, burning sensation in the body, blood in the urine as well as cloudy urine.	
Sexual dysfunction	This includes dissatisfaction with sexual activity. The causes for dissatisfaction can be: the reduction of sensitivity, changes in body image, movement difficulty, intestinal problems or bladder infections.	
Autonomic Dysreflexia	Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, resulting from interference in regulating systems of body temperature. The symptoms of dysreflexia include sudden increase in blood pressure and sweating, dark spots on the skin, chills, pupil dilation and headache. A symptom where the	

	individual does not experience sensitivity can also occur as the body's response to the pain.	
Postural Hypotension	This is a strong feeling of dizziness after a change in position. It is caused by sudden drop in blood pressure.	
Circulatory Problems	Circulatory Problems involve swelling of veins, feet or occurrence of blood clots.	
Respiratory Problems	The symptoms of infection or respiratory problems include difficulty breathing and increased secretions.	
Chronic Pain	It is usually presented by chronic tingling, burning and dull pain. It can occur in an area that has little or no sensitivity.	
Pain in joints and muscles	This includes pain in specific muscle groups or in the joints. People that overwhelm a specific muscle group, such as the shoulder muscles, or who apply too much pressure on the joints, are at risk of developing pain.	
<p>0 = Problem - NOT experienced in the past 3 months or insignificant. 1 = Problem - MILD or NOT FREQUENT. 2 = Problem - MODERATE or OCCASIONAL. 3 = Problem - SIGNIFICANT or CHRONIC.</p>		

APÊNDICE I - CARTA-CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS

Prezado(a) Sr.(a),

Estou desenvolvendo no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará um estudo intitulado “Tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*”, sob orientação da professora Dr^a. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho. Este estudo justifica-se pelo fato de que esta escala ainda não está disponível no idioma português, logo acredita-se que a tradução e adaptação cultural de um instrumento dessa natureza poderá ser um caminho para obtenção de intervenções mais eficiente visando o bem-estar das pessoas com lesão medular, na medida em que irá identificar as condições secundárias ao trauma medular.

Sendo assim, o estudo tem como objetivo traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. O estudo contará com todas as etapas metodológicas exigidas neste processo. Deste modo, gostaria de convidá-lo(a) a colaborar como especialista na avaliação do referido estudo, através do Instrumento de Avaliação dos Especialistas. Enfatizo que a sua colaboração é voluntária e sua identidade será mantida em sigilo. Lembro também que você poderá desistir de participar do estudo quando lhe for conveniente.

Solicito a devolução do documento de avaliação o mais breve possível, isto é, 20 (vinte) dias após o recebimento do mesmo. Caso manifeste a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o material para avaliação da escala traduzida.

Gostaríamos, se possível, que o Sr. (a) indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Certa de contar com a sua colaboração, desde já, apresento votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Joyce Miná Albuquerque Coelho
Enfermeira – COREN: 309.949
Universidade Federal do Ceará
Mestranda em Enfermagem

APÊNDICE J – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE PARA OS JUÍZES – FASE DE ADAPTAÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

1. IDENTIFICAÇÃO Juiz nº. _____

Nome: _____ Idade: _____

Local _____ de _____ Trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: 1 () Assistência 2 () Ensino 3 () Pesquisa 4 () Consultoria

Conhecimento da língua inglesa: 1 () Básico 2 () Intermediário 3 () Avançado

2. QUALIFICAÇÃO

Formação/ Graduação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____

3. PESQUISA NA ÁREA DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU LESÃO MEDULAR?

() Sim. Cite o tema dos trabalhos mais significantes ou mais atuais.

() Não.

4. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ASSISTENCIAL COM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR.

() Sim.

Qual?

() Não

5. EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO NA ÁREA DE ENFERMAGEM?

() Sim.

Qual?

() Não

INSTRUMENTO DE PESQUISA DE OPINIÃO DOS JUÍZES

1- Qual a sua opinião sobre a versão traduzida da escala?

() Excelente () Bom () Regular () Insuficiente

2- Você acredita que os enfermeiros brasileiros terão interesse e facilidade para utilizar a versão traduzida do escala em nossa realidade?

() Sim () Não

3- Você já utilizou algum instrumento de mensuração direcionado à Condições secundárias da lesão medular?

() Sim,

Qual: _____

() Não

4- Você considera a versão brasileira da escala em questão relevante para o uso em condições secundárias da lesão medular?

() Sim

() Não

Justifique sua resposta:

INSTRUMENTO DE ADAPTAÇÃO PELOS JUÍZES COM ITENS E ORIENTAÇÕES PARA A ANÁLISE DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA, IDIOMÁTICA, CULTURAL E CONCEITUAL

INSTRUMENTO DE ADAPTAÇÃO PELOS JUÍZES

Caro Juiz,

Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* do seu idioma original (inglês) para nosso idioma local (português do Brasil), solicitamos sua contribuição nesta etapa de adaptação da versão brasileira, em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item dos índices (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes às equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

TMA=tradução muito adequada **TA**= tradução adequada **TCI**=tradução com inadequações **TTI**=tradução totalmente inadequada

ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------

(Português)	ORIGINAL (Inglês)				
Escala de Lesão Medular de Condições Secundárias (ELMCS)	The Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p>	As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI	A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI	A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI
Modificações sugeridas:					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

	(Inglês)				
<p>Problema de Saúde: Ferida(s) por pressão</p> <p>Descrição: Tais feridas desenvolvem-se como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlcera de pele, escaras e úlceras de decúbito.</p>	<p>Health problem: Pressure sore(s)</p> <p>Description: These develop as a skin rash or redness and progress to an infected sore. Also called skin ulcers, bedsores, and decubitus ulcers.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

		(Inglês)			
<p>Problema de Saúde: Lesão causada por perda de sensibilidade</p> <p>Descrição: A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estar sentado muito perto de um aquecedor ou lareira.</p>	<p>Health Problem: Injury caused by loss of sensation</p> <p>Description: Injury may occur because of a lack of sensation, such as burns from carrying hot liquids in the lap or sitting too close to a heater or fire.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

	(Inglês)				
<p>Problema de Saúde: Espasmos musculares (espasticidade) Descrição: A espasticidade refere-se a movimentos musculares espasmódicos, não controlados, como a contração muscular descontrolada ou espasmos. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de restrição, como sapato apertado ou cinto.</p>	<p>Health Problem: Muscle spasms (spasticity) Description: Spasticity refers to uncontrolled, jerky muscle movements, such as uncontrolled muscle twitch or spasm. Often spasticity increases with infection or some kind of restriction, like a tight shoe or belt.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

	(Inglês)				
<p>Problema de Saúde: Contraturas Descrição: A contratura é uma limitação na amplitude de movimentação causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação; como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando a articulação não pode se mover com a frequência suficiente através da sua amplitude de movimentação. Tal problema é geralmente seguido de dor.</p>	<p>Health Problem: Contractures Description: A contracture is a limitation in range of motion caused by a shortening of the soft tissue around a joint, such as an elbow or hip. This occurs when a joint cannot move frequently enough through its range of motion. Pain often accompanies this problem.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALENCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALENCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALENCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALENCIA CONCEITUAL

	(Inglês)				
<p>Problema de Saúde: Ossificação Heterotópica Descrição: Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e calor local em área de toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.</p>	<p>Health Problem: Heterotopic bone ossification Description: This is an overgrowth of bone, often occurring after a fracture. Early signs include a loss of range of motion, local swelling and warmth at the area to the touch. This condition must be diagnosed by a physician.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

		(Inglês)			
<p>Problema de Saúde: Diabetes mellitus</p> <p>Descrição: A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.</p>	<p>Health Problem: Diabetes mellitus</p> <p>Description: Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. Symptoms include frequent urination and excessive thirst. This condition is diagnosed by a physician.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
Modificações sugeridas:					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

		(Inglês)			
<p>Problema de Saúde: Disfunção da bexiga Descrição: Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e retorno de urina são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.</p>	<p>Health Problem: Bladder dysfunction Description: Incontinence, bladder or kidney stones, kidney problems, urine leakage and urine back up are all symptoms of bladder dysfunction. <u>NOTE:</u> There is a separate item for urinary tract infections.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

		(Inglês)			
<p>Problema de Saúde: Disfunção intestinal Descrição: Diarréia, constipação, “acidentes” e problemas associados são sinais de disfunção intestinal.</p>	<p>Health Problem: Bowel dysfunction Description: Diarrhea, constipation, “accidents,” and associated problems are signs of bowel dysfunction.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

		(Inglês)			
<p>Problema de Saúde: Infecção do trato urinário Descrição: Este quadro apresenta infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.</p>	<p>Health Problem: Urinary tract infectious Description: This includes infections such as cystitis and pseudomonas. Symptoms include pain when urinating, a burning sensation throughout the body, blood in the urine and cloudy urine.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

		(Inglês)			
<p>Problema de Saúde: Disfunção sexual</p> <p>Descrição: Este inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, e problemas intestinais ou na bexiga além de infecções.</p>	<p>Health Problem: Sexual dysfunction</p> <p>Description: This includes dissatisfaction with sexual functioning.</p> <p>Causes for dissatisfaction can be decreased sensation, changes in body image, difficulty in movement, and problems with bowel or bladder, like infections.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

	(Inglês)				
<p>Problema de Saúde: Disreflexia Autonômica</p> <p>Descrição: A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor na qual o indivíduo não vivencia a sensibilidade.</p>	<p>Health Problem: Autonomic dysreflexia</p> <p>Description: Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, results from interference in the body's temperature regulating systems. Symptoms of dysreflexia include sudden rises in blood pressure and sweating, skin blotches, goose bumps, pupil dilation and headache. It can also occur as the body's response to pain where an individual doesn't experience sensation.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)	ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)	1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

<p>Problema de Saúde: Hipotensão postural</p> <p>Descrição: Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.</p>	<p>Health Problem: Postural hypotension</p> <p>Description: This involves a strong sensation of lightheadedness following a change in position. It is caused by a sudden drop in blood pressure.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)</p>	<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)</p>	<p>1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA</p>	<p>2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA</p>	<p>3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL</p>	<p>4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL</p>

<p>Problema de Saúde: Problemas circulatorios Descrição: Problemas circulatorios envolvem inchaço das veias, pés ou ocorrência de coágulos sanguíneos.</p>	<p>Health Problem: Circulatory problems Description: Circulatory problems involve the swelling of veins, feet or the occurrence of blood clots.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)</p>	<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)</p>	<p>1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA</p>	<p>2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA</p>	<p>3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL</p>	<p>4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL</p>

<p>Problema de Saúde: Problemas Respiratórios</p> <p>Descrição: Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.</p>	<p>Health Problem: Respiratory problems</p> <p>Description: Symptoms of respiratory infections or problems include difficulty in breathing and increased secretions</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)</p>	<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)</p>	<p>1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA</p>	<p>2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA</p>	<p>3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL</p>	<p>4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL</p>

<p>Problema de Saúde: Dor crônica Descrição: É geralmente apresentada por formigamento crônico, queimação ou dores maçantes. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>	<p>Health Problem: Chronic pain Description: This is usually experienced as chronic tingling, burning or dull aches. It may occur in an area that has little to no feeling.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)</p>	<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)</p>	<p>1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA</p>	<p>2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA</p>	<p>3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL</p>	<p>4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL</p>

<p>Problema de Saúde: Dor nas articulações e músculos</p> <p>Descrição: Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores.</p>	<p>Health Problem: Joint and muscle pain</p> <p>Description: This includes pain in specific muscle groups or joints. People who must overuse a particular muscle group, such as the shoulder muscles, or who put too much strain on their joints are at risk of developing pain.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p> <p>1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)</p>	<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)</p>	<p>1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA</p>	<p>2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA</p>	<p>3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL</p>	<p>4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL</p>

<p>Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você ainda não vivenciou alguma condição secundária neste período ou se o problema for insignificante para você, favor circular "0". Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias</p>	<p>For the following 16 health problems, please rate how much each one affected your activities and independence in the last 3 months. If you have not experienced a secondary condition in the last 3 months or if it is an insignificant problem for you, please circle "0." Use the following scale to rate each of the secondary conditions.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? <input type="checkbox"/> TMA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					
<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO T12 (Português)</p>	<p>ITEM DO ÍNDICE VERSÃO ORIGINAL (Inglês)</p>	<p>1.EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA</p>	<p>2.EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA</p>	<p>3.EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL</p>	<p>4.EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL</p>

<p>0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO</p>	<p>0 = NOT experienced in the last 3 months or is an insignificant problem. 1 = MILD or INFREQUENT problem. 2 = MODERATE or OCCASIONAL problem. 3 = SIGNIFICANT or CHRONIC problem.</p>	<p>1.1.A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.2.O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI 1.3.A versão traduzida está gramaticalmente correta? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução desse item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (pessoas com lesão medular)? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>	<p>A tradução deste item apresenta paravras com significados conceituais equivalentes a versão original da escala? ()TMA ()TA ()TCI ()TTI</p>
<p>Modificações sugeridas:</p>					

APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUIZ

Prezado (a) Senhor (a),

Sou Joyce Miná Albuquerque Coelho, enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado: “Tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*”, e venho por meio deste lhe convidar para participar da pesquisa na qualidade de juiz.

Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O estudo tem como objetivos: Geral: Traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Específicos: Descrever a amostra quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas; Verificar a validade de conteúdo da escala no contexto do Brasil.

Caso aceite participar da pesquisa, o (a) senhor (a) receberá um instrumento com a versão original da escala e a sua versão traduzida para ser avaliado em relação as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, que estão conceituados no instrumento. Será entregue um instrumento de avaliação, no qual o (a) senhor (a) irá analisar cada equivalência e justificar sua opinião. Serão, também, disponibilizadas todas as versões traduzidas, realizadas nas etapas anteriores do estudo.

Informo, ainda, que sua participação neste estudo é voluntária e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para traduzir e adaptar o conteúdo da escala, um encontro com o pesquisador e o comitê de especialistas, composto por cinco profissionais da área da saúde, em um único encontro, para que possamos juntos discutir e fazer uma versão pré-final da escala.

Para sua maior segurança, sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a). As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a elaboração da dissertação do mestrado, bem como a divulgação dos resultados junto à comunidade científica.

Asseguro que o(a) senhor(a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também, retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando a pesquisadora por meio do endereço: Rua Tertuliano Sales, 567. Apartamento 102. Bairro: Vila União. Telefone: 3227.9901.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também poderá ser consultado sobre o projeto pelo endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, _____ anos,
RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo.
Fortaleza, ____/ ____/ de 2014.

Joyce Miná Albuquerque Coelho
Pesquisadora Responsável

Assinatura do(a) juiz (a)

**APÊNDICE L – VERSÃO PRÉ-FINAL DA SPINAL CORD INJURY SECONDARY
CONDITIONS SCALE**

The Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS) – Versão Traduzida

Problema de Saúde	Descrição	Classificação
Úlcera(s) por pressão	Tais úlceras desenvolvem-se como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlceras de pele, escaras ou úlceras de decúbito.	
Lesão causada por perda de sensibilidade	A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estar próximo de fonte de fogo ou calor.	
Espamos musculares (espasticidade)	A espasticidade refere-se a movimentos musculares bruscos, involuntários, como a contração muscular descontrolada ou espasmo. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de limitação, como sapato ou cinto apertado.	
Contraturas	A contratura é uma limitação na amplitude de movimento causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação, como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando a articulação frequentemente não se movimenta o suficiente em relação a sua amplitude de movimento. Tal problema é geralmente acompanhado de dor.	
Ossificação Heterotópica	Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e calor local ao toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.	
Diabetes mellitus	A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.	
Disfunção da bexiga	Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e refluxo urinário, são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.	
Disfunção intestinal	Diarreia, constipação, “acidentes” e problemas associados, são sinais de disfunção intestinal.	
Infecção do trato urinário	Este quadro inclui infecções como cistite e pseudomonas. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.	
Disfunção sexual	Este inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, problemas intestinais ou na bexiga como infecções.	
Disreflexia Autonômica	A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial	

	e sudorese, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e cefaleia. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor quando o indivíduo não vivencia a sensibilidade.	
Hipotensão postural	Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. É causada pela queda súbita da pressão arterial.	
Problemas circulatórios	Problemas circulatórios envolvem edemas em membros inferiores ou trombos.	
Problemas Respiratórios	Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.	
Dor crônica	É geralmente vivenciada por formigamento crônico, queimação, dor em sensação de peso ou dor surda. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.	
Dor nas articulações e músculos	Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores.	
Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você não vivenciou alguma condição secundária nos últimos três meses ou se o problema for insignificante pra você, favor circular "0". Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias.		
0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO		

APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES

Estou convidando o (a) senhor (a) para participar como voluntário de uma pesquisa que será desenvolvida sob a responsabilidade da enfermeira Joyce Miná Albuquerque Coelho. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Informo ainda, que:

- Neste estudo, pretende-se avaliar uma escala de condições secundárias na lesão medular, utilizada em outros países, que ajudará profissionais da saúde brasileiros, em especial enfermeiros, a cuidar melhor das pessoas com lesão medular. Sua participação neste estudo é livre.
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos desta pesquisa, que são traduzir e adaptar uma escala de lesão medular, utilizada em outros países, para o contexto da população brasileira, desta forma poderá ajudar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, na melhor avaliação da saúde dos pacientes. (Geral: Traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Específicos: Fazer a equivalência transcultural da tradução por meio da avaliação do nível de concordância dos juízes; verificar a confiabilidade da escala mediante pré-teste; verificar a validade de conteúdo da Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale no contexto do Brasil)
- A aplicação do questionário tem como benefício o fato de que poderemos identificar e avaliar melhor os principais problemas secundários da lesão medular, bem como o quanto eles afetam a sua vida, não havendo, portanto, nenhum risco para o senhor(a).
- Nesse sentido, solicito sua colaboração na participação deste estudo. Os dados obtidos serão divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.
- O(a) senhor(a) terá acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- O preenchimento do formulário será realizado pelo próprio participante ou pelo pesquisador, se o participante tiver com alguma impossibilidade física de responder, e a duração deste preenchimento será em média de 30 min.
- O(a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a);
- O(a) participante não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Joyce Miná Albuquerque Coelho

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua: Tertuliano Sales, 567. Vila União

Telefone: 32279901

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC- Rua: Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone: 33668344.

Eu _____, ____ anos,
RG _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que estou
participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer
perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que
responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia
assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do(a) voluntário(a)

Assinatura da testemunha

Joyce Miná Albuquerque Coelho
Pesquisadora Responsável

**APÊNDICE N – CARTA CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS – FASE DE
VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO****CARTA CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS**

Caro Especialista,

Sou Joyce Miná Albuquerque Coelho, aluna do curso de Mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou realizando a tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo de um instrumento denominado *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)*. A realidade linguística e cultural do meio onde foi criada a escala, originalmente no idioma em inglês, constitui o principal motivo para o processo de tradução e validação. Inicialmente gostaria de apresentar brevemente ao Sr(a) o instrumento.

A *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)* foi desenvolvida por Kalpakjian *et al.* (2006), sendo composta por 16 itens representando problemas nas áreas da pele, do sistema musculoesquelético, da dor, dos tratos intestinal e vesical, do sistema cardiovascular e da sexualidade. Incluindo, portanto, o domínio físico da lesão medular. A escala utiliza uma estratificação ordinal de quatro pontos para cada item, variando de 0 (problema não limitante) a 3 (problema significativo). Os escores totais vão, portanto de 0 a 48 pontos e são derivados da soma das classificações de cada item. Valores mais altos indicam maiores problemas globais com as condições secundárias.

Esta escala teve como origem um instrumento utilizado para avaliar condições secundárias associadas à deficiência crônica em geral e seu impacto em vários domínios da vida, o *Secondary Conditions Questionnaire (SCQ)*. O SCQ foi desenvolvido por Seekins em 1990 e é composto por 40 itens classificados para o grau em que limitam as atividades de vida diária ou a independência. Apesar de ser uma escala abrangente, a justificativa para formular uma versão abreviada do questionário primário, adaptado para lesão medular, relacionou-se ao fato de que a não especificidade do SCQ, limita sua utilização na investigação dos pacientes com lesão medular, já que aborda domínios não vivenciados por eles. (KALPAKJIAN *et al.*, 2006).

O estudo de validação preliminar da SCI-SCS aconteceu mediante a aplicação da escala em cinco momentos diferentes durante um estudo maior referente a um programa de intervenção em promoção da saúde na lesão medular, caracterizando um estudo longitudinal. A aplicação no tempo 1 correspondeu a linha de base, primeiro contato com as pessoas com lesão medular, o tempo 2 foi referente à aplicação após uma estratégia de promoção da saúde, o tempo 3 com quatro meses de acompanhamento, o tempo 4 correspondeu a aplicação em um ano de acompanhamento e o tempo 5 foi relativo à dois anos de seguimento. A amostra utilizada na aplicação do instrumento foi decrescente em função da perda de pacientes ao longo do projeto de intervenção e consistiu em 65, 55, 45, 42 e 35 pessoas com lesão medular do tempo 1 ao 5, respectivamente.

A escala evidenciou boa confiabilidade interna (0,76) e as condições secundárias apontadas como mais presentes no estudo em questão foram: dor crônica, mialgias e disfunções sexuais (KALPAKJIAN *et al.*, 2006).

A autora da escala destaca, ainda, que escalas deste tipo não tem o objetivo de substituir por completo o exame clínico, ressaltando a importância de avaliar de forma individual cada pessoa, mas destaca o valor na pesquisa, como um índice resumo, para se fazer comparações entre amostras, assim como buscar associações de condições secundárias a outros fatores funcionais. No estudo de validação em questão, ela serviu de base como medida de avaliação das estratégias de promoção da saúde implementadas.

Por ter sido criada nos Estados Unidos da América, no idioma Inglês, a utilização da escala no Brasil só seria possível após tradução e adaptação transcultural. Sendo assim, seguiu-se os passos propostos por Beaton *et al.* (2006), incluindo tradução por dois tradutores independentes, síntese das traduções, tradução reversa ao idioma original por dois outros

tradutores (*back translation*), avaliação por um comitê de especialistas e pré-teste da versão produzida em 30 pessoas com lesão medular.

Após todos esses passos, estou enviando para o Sr(a) a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale- Versão traduzida*, para iniciar a validação de conteúdo. Gostaria de saber, considerando a vasta experiência do Sr(a) com lesão medular, o quão essa escala é representativa para a população a qual se destina. Para tanto, encaminho um instrumento que deverá ser preenchido conforme instruções que se segue e, posteriormente, será agendada uma reunião para discussão.

Antecipo meu agradecimento quanto a sua colaboração nesse processo e estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Muito obrigada.

JOYCE MINÁ ALBUQUERQUE COELHO

Mestranda

em

Enfermagem

	ITENS DA ESCALA	Este item lhe parece claro e compreensivo?	Este item está relacionado às Condições Secundárias das Pessoas com Lesão Medular?	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância deste item?	COMENTÁRIOS
--	-----------------	--	--	--	---------------------------------------	-------------

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELOS JUÍZES

Juíz No: _____

Formação Básica: _____

Titulação: _____

Experiência com Estudos sobre Lesão Medular: _____

Experiência com a Assistência em Neurologia/Lesão Medular: _____

Experiência anterior com validação de escalas: 1. Sim 2. Não

Ocupação Atual: 1. Assistência 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

Local de Trabalho: _____

Para cada um dos itens a serem avaliados, responda as questões a seguir com um “X” no quadro correspondente. Caso haja alguma consideração a ser feita, favor escrever no espaço reservado.

APÊNDICE O – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELOS ESPECIALISTAS

Título	<i>SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE (SCI-SCS) – VERSÃO TRADUZIDA</i>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
1	<p>Problema de saúde: Úlceras por pressão</p> <p>Descrição: Tais úlceras se desenvolvem como ferimentos na pele ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também são chamadas de escaras, úlceras de pele ou úlceras de decúbito.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
2	<p>Problema de saúde: Lesão causada por perda de sensibilidade</p> <p>Descrição: A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estar próximo de fonte de fogo ou calor.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
3	<p>Problema de saúde: Espamos musculares (espasticidade)</p> <p>Descrição: A espasticidade refere-se a movimentos musculares bruscos, involuntários, como a contração muscular descontrolada ou espasmo. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de limitação, como sapato ou cinto apertado.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
4	<p>Problema de saúde: Contraturas</p> <p>Descrição: A contratura é uma limitação na amplitude de movimento causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação, como cotovelo ou quadril. Isso ocorre</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	

	quando a articulação frequentemente não se movimenta o suficiente em relação a sua amplitude de movimento. Exemplo: não conseguir estender a perna ou os braços com facilidade. Tal problema é geralmente acompanhado de dor.					
5	Problema de saúde: Ossificação Heterotópica Descrição: Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e calor local ao toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.()Muito Relevante	
6	Problema de saúde: Diabetes mellitus Descrição: A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.()Muito Relevante	
7	Problema de saúde: Disfunção da bexiga Descrição: Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e refluxo urinário, são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.()Muito Relevante	
8	Problema de saúde: Disfunção intestinal Descrição: Diarreia, constipação, “acidentes” e problemas associados, são sinais de disfunção intestinal.	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.()Muito Relevante	

9	<p>Problema de saúde: Infecção do trato urinário</p> <p>Descrição: Este quadro inclui infecções como na bexiga e nos rins. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante</p>	
10	<p>Problema de saúde: Disfunção sexual</p> <p>Descrição: Esta inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: a diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, problemas intestinais ou na bexiga como infecções.</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante</p>	
11	<p>Problema de saúde: Disreflexia Autonômica</p> <p>Descrição: A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial, muito suor, manchas na pele, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor quando o indivíduo não vivencia a sensibilidade.</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante</p>	
12	<p>Problema de saúde: Hipotensão postural</p> <p>Descrição: Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. Exemplo: como quando passa da cama para a cadeira de rodas. É causada pela queda súbita da pressão arterial.</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM 2. ()NÃO</p>	<p>1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante</p>	

13	<p>Problema de saúde: Problemas circulatórios</p> <p>Descrição: Problemas circulatórios envolvem inchaço nas pernas ou trombos.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
14	<p>Problema de saúde: Problemas Respiratórios</p> <p>Descrição: Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
15	<p>Problema de saúde: Dor crônica</p> <p>Descrição: É geralmente vivenciada por formigamento crônico, queimação, dor em sensação de peso ou dor surda. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
16	<p>Problema de saúde: Dor nas articulações e músculos</p> <p>Descrição: Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores. Exemplo: dor no cotovelo, ombros ou nas costas.</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	
	<p>Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você não vivenciou alguma condição secundária nos últimos três meses ou se o problema for insignificante pra você, favor circular "0". Utilize a seguinte escala para classificar cada</p>	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1. ()SIM 2. ()NÃO	1.()Irrelevante 2.()Pouco Relevante 3.()Relevante 4.() Muito Relevante	

	uma das condições secundárias.					
	<p>0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante.</p> <p>1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE.</p> <p>2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL.</p> <p>3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO</p>	<p>1. ()SIM</p> <p>2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM</p> <p>2. ()NÃO</p>	<p>1. ()SIM</p> <p>2. ()NÃO</p>	<p>1.()Irrelevante</p> <p>2.()Pouco Relevante</p> <p>3.()Relevante</p> <p>4.() Muito Relevante</p>	

**APÊNDICE P – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
ESPECIALISTAS – FASE DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTA

Prezado (a) Senhor (a),

Sou Joyce Miná Albuquerque Coelho, enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado: “Tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*”, e venho por meio deste lhe convidar para participar da pesquisa na qualidade de especialista.

Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O estudo tem como objetivos: Geral: Traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil a *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Específicos: Fazer a equivalência transcultural da tradução por meio da avaliação do nível de concordância dos juízes; Verificar a confiabilidade da escala mediante pré-teste; Verificar a validade de conteúdo da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale* no contexto do Brasil.

Caso aceite participar da pesquisa, o (a) senhor (a) receberá um instrumento com a versão traduzida da escala, o (a) senhor (a) irá analisar cada item quanto à relevância.

Informo, ainda, que sua participação neste estudo é voluntária e exigirá sua disponibilidade de tempo para preencher os dados do questionário. Para sua maior segurança, sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a). As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a elaboração da dissertação do mestrado, bem como a divulgação dos resultados junto à comunidade científica.

Asseguro que o(a) senhor(a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também, retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando a pesquisadora por meio do endereço: Rua Tertuliano Sales, 567. Apartamento 102. Bairro: Vila União. Telefone: 3227.9901.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também poderá ser consultado sobre o projeto pelo endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo. Fortaleza, ____/____/ de 2014.

Joyce Miná Albuquerque Coelho
Pesquisadora Responsável

Assinatura do(a) especialista

APÊNDICE Q – VERSÃO APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE- VERSÃO TRADUZIDA

The Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS) – Versão Traduzida

Problema de Saúde	Descrição	Classificação
Úlcera(s) por pressão	Tais úlceras desenvolvem-se como erupção cutânea ou vermelhidão e progridem para feridas infectadas. Também chamadas de úlceras de pele, escaras ou úlceras de decúbito.	
Lesão causada por perda de sensibilidade	A lesão pode ocorrer devido à falta de sensibilidade, como queimaduras por transportar líquidos quentes no colo ou estar próximo de fonte de fogo ou calor.	
Espasmos musculares (espasticidade)	A espasticidade refere-se a movimentos musculares bruscos, involuntários, como a contração muscular descontrolada ou espasmo. Geralmente a espasticidade aumenta com a infecção ou com algum tipo de limitação, como sapato ou cinto apertado.	
Contraturas	A contratura é uma limitação na amplitude de movimento causada pelo encurtamento dos tecidos moles em torno de uma articulação, como cotovelo ou quadril. Isso ocorre quando a articulação frequentemente não se movimenta o suficiente em relação a sua amplitude de movimento. Exemplo: não conseguir estender as pernas ou os braços com facilidade. Tal problema é geralmente acompanhado de dor.	
Ossificação Heterotópica	Trata-se do crescimento exagerado do osso que geralmente ocorre depois de uma fratura. Os primeiros sintomas incluem a perda da amplitude do movimento, inchaço e calor local ao toque. Essa condição deve ser diagnosticada por um médico.	
Diabetes mellitus	A diabetes é um problema resultante das irregularidades dos níveis de açúcar no sangue. Os sintomas incluem micção frequente e sede excessiva. Tal condição é diagnosticada por um médico.	
Disfunção da bexiga	Incontinência, pedras nos rins ou na bexiga, problemas renais, perda e refluxo urinário, são todos sintomas da disfunção na bexiga. Nota: Existe um item separado para infecções do trato urinário.	
Disfunção intestinal	Diarreia, constipação, “acidentes” e problemas associados, são sinais de disfunção intestinal.	
Infecção do trato urinário	Este quadro inclui infecções como na bexiga e rins. Os sintomas incluem: dor ao urinar, sensação de queimação pelo corpo, sangue na urina bem como urina turva.	
Disfunção sexual	Este inclui a insatisfação com a atividade sexual. As causas para a insatisfação podem ser: disfunção erétil, diminuição da sensibilidade, mudanças na imagem corporal, dificuldade de movimentação, problemas intestinais ou na bexiga como infecções.	
Disreflexia Autonômica	A disreflexia autonômica, às vezes chamada de hiperreflexia, resulta da interferência nos sistemas de regulação da temperatura do corpo. Os sintomas da disreflexia incluem aumento súbito da pressão arterial, muito suor, vermelhidão, arrepios, dilatação da pupila e dor de cabeça. Pode também ocorrer como resposta do organismo à dor quando o indivíduo não vivencia a	

	sensibilidade.	
Hipotensão postural	Trata-se de uma forte sensação de tontura após a mudança de posição. Exemplo: quando passa da cama para a cadeira de rodas. É causada pela queda súbita da pressão arterial.	
Problemas circulatórios	Problemas circulatórios envolvem inchaço nas pernas ou trombos.	
Problemas Respiratórios	Os sintomas da infecção ou problemas respiratórios incluem dificuldades ao respirar e aumento das secreções.	
Dor crônica	É geralmente vivenciada por formigamento crônico, queimação, dor em sensação de peso ou dor neuropática. Pode ocorrer em uma área que tem pouca ou nenhuma sensibilidade.	
Dor nas articulações e músculos	Esta inclui a dor em grupos musculares específicos ou nas articulações. Pessoas que sobrecarregam um grupo muscular específico, como os músculos do ombro, ou que aplicam muita pressão sobre as articulações, correm risco de desenvolver dores. Exemplo: dor no cotovelo, ombros ou costas.	
Para os 16 problemas de saúde que seguem, favor classificar o quanto cada um tem afetado suas atividades e sua independência nos últimos 3 meses. Se você não vivenciou alguma condição secundária nos últimos três meses ou se o problema for insignificante pra você, favor circular "0". Utilize a seguinte escala para classificar cada uma das condições secundárias.		
0 = Problema NÃO vivenciado nos últimos 3 meses ou insignificante. 1 = Problema LEVE ou NÃO FREQUENTE. 2 = Problema MODERADO ou OCASIONAL. 3 = Problema SIGNIFICANTE ou CRÔNICO		

**ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA O USO DA SPINAL CORD INJURY
SECONDARY CONDITIONS SCALE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dear Dr. Claire Z. Kalpakjian,

I'm a nurse, Post-Doctorate in Nursing and Professor in the Program of Post-Graduate Nursing at Federal University of Ceará in Fortaleza, Brazil. My thematic area is "care for people with spinal cord injury" and I'm supervising Ms. Joyce Miná Albuquerque Coelho the Master in Nursing. She would like to translate, to perform cultural adaptation to Portuguese of Brazil and to validate the *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*. Her dissertation Project is entitled "Translation, cultural adaptation to portuguese of Brazil and to validate the *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*".

We request your permission to proceed with the proposed.

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho 16 / 09 / 2013
(Signature) date

Joyce Miná Albuquerque Coelho 16 / 09 / 2013
(Signature) date

Position and full address of Professor

Post-Doc in Nursing from University of Lisbon – Portugal
PhD in Nursing from Federal University of Ceará – Fortaleza – Brazil
Professor Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho
Rua Efésio, 453 apto 1303/B Luciano Cavalcante
Fortaleza- Ceará-Brasil

Position and full address of Investigator

Nurse
Joyce Miná Albuquerque Coelho
Rua Tertuliano Sales, 567 Apto 102, Vila União
Fortaleza – Ceará – Brasil

Permission is hereby granted to transcultural translation and validation *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*, for use in the research described above.

Claire Z. Kalpakjian 9 / 10 / 2013
Dr. Claire Z. Kalpakjian date

ANEXO B – SPINAL CORD INJURY SECONDARY CONDITIONS SCALE (SCI-SCS)

The Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale (SCI-SCS)

Health problem	Description	Rating
Pressure sore(s)	These develop as a skin rash or redness and progress to an infected sore. Also called skin ulcers, bedsores, and decubitus ulcers.	0 1 2 3
Injury caused by loss of sensation	Injury may occur because of a lack of sensation, such as burns from carrying hot liquids in the lap or sitting too close to a heater or fire.	0 1 2 3
Muscle spasms (spasticity)	Spasticity refers to uncontrolled, jerky muscle movements, such as uncontrolled muscle twitch or spasm. Often spasticity increases with infection or some kind of restriction, like a tight shoe or belt.	0 1 2 3
Contractures	A contracture is a limitation in range of motion caused by a shortening of the soft tissue around a joint, such as an elbow or hip. This occurs when a joint cannot move frequently enough through its range of motion. Pain often accompanies this problem.	0 1 2 3
Heterotopic bone ossification	This is an overgrowth of bone, often occurring after a fracture. Early signs include a loss of range of motion, local swelling and warmth at the area to the touch. This condition must be diagnosed by a physician.	0 1 2 3
Diabetes mellitus	Diabetes is a problem resulting from irregularities in blood sugar levels. Symptoms include frequent urination and excessive thirst. This condition is diagnosed by a physician.	0 1 2 3
Bladder dysfunction	Incontinence, bladder or kidney stones, kidney problems, urine leakage and urine back up are all symptoms of bladder dysfunction. <u>NOTE:</u> There is a separate item for urinary tract infections.	0 1 2 3
Bowel dysfunction	Diarrhea, constipation, “accidents,” and associated problems are signs of bowel dysfunction.	0 1 2 3
Urinary tract infections	This includes infections such as cystitis and pseudomonas. Symptoms include pain when urinating, a burning sensation throughout the body, blood in the urine and cloudy urine.	0 1 2 3
Sexual dysfunction	This includes dissatisfaction with sexual functioning. Causes for dissatisfaction can be decreased sensation, changes in body image, difficulty in movement, and problems with bowel or bladder, like infections.	0 1 2 3
Autonomic dysreflexia	Autonomic dysreflexia, sometimes called hyperreflexia, results from interference in the body’s temperature regulating systems. Symptoms of dysreflexia include sudden rises in blood pressure and sweating, skin blotches, goose bumps, pupil dilation and headache. It can also occur as the body’s response to pain where an individual doesn’t experience sensation.	0 1 2 3

Postural hypotension	This involves a strong sensation of lightheadedness following a change in position. It is caused by a sudden drop in blood pressure.	0 1 2 3
Circulatory problems	Circulatory problems involve the swelling of veins, feet or the occurrence of blood clots.	0 1 2 3
Respiratory problems	Symptoms of respiratory infections or problems include difficulty in breathing and increased secretions.	0 1 2 3
Chronic pain	This is usually experienced as chronic tingling, burning or dull aches. It may occur in an area that has little to no feeling.	0 1 2 3
Joint and muscle pain	This includes pain in specific muscle groups or joints. People who must overuse a particular muscle group, such as shoulder muscles, or who put too much strain on their joints are at risk of developing pain.	0 1 2 3

For the following 16 health problems, please rate how much each one affected your activities and independence in the last 3 months. If you have not experienced a secondary condition in the last 3 months or if it is an insignificant problem for you, please circle "0." Use the following scale to rate each of the secondary conditions.

0 = NOT experienced in the last 3 months or is an insignificant problem.

1 = MILD or INFREQUENT problem.

2 = MODERATE or OCCASIONAL problem.

3 = SIGNIFICANT or CHRONIC problem.

Fonte: Kalpakjian *et al.* (2007).

ANEXO C - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem



NUPEN – Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica
Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza-CE
CEP: 60430-160 Fone: (85) 3366 8455 Fax: (85) 3366 8451

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados de Identificação:

Nome do paciente(Iniciais): _____
Idade: _____ anos.
Sexo: M () F ()
Estado Civil: Solteiro () Casado ou União estável () Separado ou divorciado () Viúvo ()
Procedência: Interior do Estado () Capital () Outros Estados ou País ()
Qual: _____
Naturalidade: _____
Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto
() Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-Graduação ()
Religião: Sim () Não () Qual? _____
Trabalho: Sim () Não ()
Ocupação/Profissão: _____
Aposentado: _____
Estudante: _____
Renda própria (Salário Mínimo): _____
Renda familiar (Salário Mínimo): _____
Utiliza o Sistema Único de Saúde: Sim () Não ()

Dados Clínicos:

Causa da Lesão: Arma de fogo () Queda de altura () Acidentes de trânsito () Atropelamento () Outros ():

Nível da Lesão: _____
Tipo de lesão : Paraplegia () Tetraplegia ()
ASIA: Lesão completa () Lesão incompleta ()
Tempo de Lesão Medular: 1 semana a 6 meses () + de 6 meses a 2 anos () + de 2 a 5 anos ()
+ de 5 anos ()
Realizou reabilitação: () não () sim, Onde? _____
Quanto tempo? _____

Fortaleza, ____/____/20____

Assinatura do entrevistador

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA SPINAL CORD INJURY
SECONDARY CONDITIONS SCALE

Pesquisador: Joyce Miná Albuquerque Coelho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27074114.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 562.694

Data da Relatoria: 20/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado orientado pela professora Zuila Maria de Figueiredo Carvalho e caracterizado como um estudo metodológico para realizar a tradução e a adaptação cultural da escala Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale do inglês para o português. Para o processo de tradução e adaptação transcultural da escala, optou-se pelas diretrizes sugeridas por Beaton et al. (2007): Tradução Inicial; Síntese das traduções; Tradução de volta ao idioma original ou back-translation; Revisão por um comitê de especialistas e Pré-Teste. Na etapa de tradução inicial, duas traduções independentes serão produzidas por tradutores brasileiros, bilíngues, com domínio da língua inglesa e perfis diferentes. Os dois tradutores entregarão, além da sua versão concluída (T1 ou T2), um relatório escrito, incluindo os termos em que houve dificuldades ou incertezas, bem como a justificativa para a escolha final e as opções de tradução disponíveis. Na etapa de síntese das traduções, uma terceira pessoa, imparcial, atuará como mediadora nas discussões sobre as diferenças de conversão. Trabalhando a partir da escala original, bem como a primeira versão do tradutor (T1) e o segundo tradutor (T2), uma síntese destas traduções será produzida, resultando em uma tradução comum (T-12). Na etapa de back-translation, duas pessoas bilíngües, nativos no idioma de origem (língua materna -inglês) do instrumento e fluência na língua alvo (português) traduzirão a versão T12 de volta para a língua original de forma cega. Na etapa de revisão por um

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 562.694

sujeitos do pré-teste; orçamento com financiamento da FUNCAP em forma de bolsa do mestrado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 20 de Março de 2014

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO E: ATESTADO DE REVISÃO VERNACULAR

Atestado de Revisão Vernacular

Atesto à coordenação do departamento de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), que a dissertação “Tradução e adaptação transcultural da *Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale*”, de Joyce Miná Albuquerque Coelho, foi por mim revisada sob o aspecto vernacular.

Fortaleza, 03 de fevereiro de 2015.



Maria Luísa Vaz Costa

Revisora de textos

Licenciada em Letras pela Universidade de Fortaleza- Unifor

RG1022189 SSPCE

Telefones: 32541203 e 88381203 / 98225647.