

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

SUMAYA GIAROLA CECILIO

ADEQUAÇÃO CULTURAL:
ETAPA COMPLEMENTAR À TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS
EM SAÚDE

Belo Horizonte
2016

SUMAYA GIAROLA CECILIO

ADEQUAÇÃO CULTURAL:

**ETAPA COMPLEMENTAR À TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS
EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- EE/UFMG, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação em Saúde
Orientadora: Prof.^a Dra. Heloísa de Carvalho Torres
Coorientadora: Prof.^a Dra. Adriana Silvina Pagano

Belo Horizonte

2016

Cecilio, Sumaya Giarola.
C388a Adequação cultural [manuscrito]: etapa complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde. / Sumaya Giarola Cecilio. - - Belo Horizonte: 2016.
110f.: il.
Orientador: Heloísa de Carvalho Torres.
Coorientador: Adriana Silvina Pagano.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Educação em Saúde. 2. Diabetes Mellitus. 3. Protocolos Clínicos. 4. Pessoal de Saúde/educação. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Torres, Heloísa de Carvalho. II. Pagano, Adriana Silvina. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 590

DEDICATÓRIA

Se eu não desisti, se eu não fraquejei, se estou aqui, é por vocês,
queridos pais.

Obrigada por acreditarem em mim e
nos meus sonhos.

A vocês, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

À *Professora e orientadora, Heloísa Torres*,
por sempre esperar e exigir o melhor de mim e, conseqüentemente, me impulsionar para o crescimento profissional e pessoal. Minha gratidão pela confiança, incentivo diário e oportunidade ímpar de aprendizado e qualificação.

À *Professora e coorientadora, Adriana Pagano*,
pela confiança, orientação constante e excelência profissional.

À *Professora, Ilka Reis*,
por ser sempre disposta a ensinar. Obrigada pelos trabalhos conjuntos e competência profissional.

Ao *NUGEAS*,
por integralizar amizade, respeito e profissionalismo em um só núcleo. Aos **seus pesquisadores mestrando, doutorando e bolsistas**, por aliarem trabalho e companheirismo. São tantos os que por aqui passam e contribuem, os levarei para sempre em forma de gratidão.

Aos *alunos do LETRA – Laboratório Experimental de Tradução da UFMG*,
pelos trabalhos realizados de maneira interdisciplinar e oportunidade de aprendizado.

Aos *usuários do Serviço de Saúde de Belo Horizonte*,
por serem fonte diária de aprendizado pessoal e por contribuírem para o bem da comunidade.
Ao *corpo docente da Escola de Enfermagem*, pela oportunidade de aprendizado.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*,
por me agraciar com uma bolsa de estudos e permitir que a pesquisa se torne o meu trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus,

por me proporcionar oportunidade única de aprendizado e aperfeiçoamento pessoal. Obrigada, Senhor, por tudo. E perdoa-me os momentos de fraqueza e questionamentos.

À minha mãe, Perpétua,

por ser fonte de inspiração e constante apoio. Obrigada por sempre me dizer: “*vá em frente*”, “*tudo dará certo*” e “*estarei sempre com você*”. A vida é um eterno aprendizado e você é, sem dúvida, minha melhor professora.

Ao meu pai, Aroldo,

por me incentivar a crescer, por me ensinar a ser um ser humano honrado e moral ainda que a vida apresente suas adversidades. Por me encorajar a ser quem eu sou e me orgulhar disso. Obrigada, por seus conselhos, por nossas conversas, por seu amor e por sua amizade tão rica para mim.

À minha irmã, Samyra,

por seu carinho desmedido e por acreditar em mim, em alguns momentos, mais do que eu mesma. Em você, na sua inteligência e determinação, é que me espelho constantemente.

Ao Diego,

por me apoiar, incentivar e me motivar nos momentos mais difíceis. Por alegrar meus dias, por me distrair em meio aos cansaços físicos e mentais. Por ser amigo e por ser amor.

A todos os familiares,

pelas palavras de incentivo e presença amável.

Aos amigos de Belo Horizonte e São João Del-Rei,

que são grandes em número e em carinho, por tornarem a caminhada mais suave. Às *companheiras de casa*, por compartilharem a saudade da terra natal e pela amizade.

*“Crê e trabalha,
esforça-te no bem e espera com paciência.”*

Francisco Cândido Xavier

RESUMO

Esta dissertação apresenta um estudo orientado para o desenvolvimento de uma etapa metodológica complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde, denominada Adequação Cultural, e evidencia sua viabilidade por meio de sua implementação no instrumento Protocolo Mudança de Comportamento traduzido e adaptado no NUGEAS/EE/UFGM. Trinta usuários de Unidades Básicas de Saúde da Regional Leste de Belo Horizonte com Diabetes Mellitus tipo 2 que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, a saber, não ter complicações crônicas relacionadas ao diabetes tais como retinopatia, nefropatia, cardiopatias e neuropatias, foram contatados para aplicação do instrumento por meio de testes face a face em suas respectivas residências. As aplicações foram realizadas por profissionais da área da Saúde que realizaram contato prévio via telefone com os usuários para agendar os pré-testes. Além do aplicador, a sessão contou com a presença de observadores que registraram por escrito as dificuldades dos usuários em compreender e responder as perguntas, bem como dos aplicadores em realiza-las. Foi desenvolvido um ciclo de resolução dos problemas de compreensão dos usuários entrevistados, com vistas a considerar as percepções e opiniões dos respondentes e dos profissionais aplicadores do instrumento, indicando discrepâncias nas respostas obtidas, implementado até que não fossem mais relatadas dificuldades e as respostas fossem consideradas adequadas. Todas as aplicações do instrumento foram gravadas e transcritas e procedeu-se à análise de conteúdo, a qual contou com a participação de profissionais da Linguística Aplicada e da Estatística Aplicada para a discussão da resolução dos problemas de compreensão dos respondentes relativos a três aspectos principais da adaptação do instrumento: Conceitos Abstratos; Uso de léxico não habitual ao público alvo; Interpretação incorreta ou dificuldade de assimilação. Foi construído um banco de dados para registro de dificuldades para cada questão do instrumento, em suas diferentes versões. Os dados foram submetidos a uma análise por frequência relativa simples por meio do programa STATA Versão 12.0. Foram realizados seis encontros interdisciplinares e foram necessárias três versões diferentes do instrumento até se considerar como sanados os principais problemas de compreensão, resultando, assim, na versão adequada culturalmente. O perfil dos respondentes compreendeu brasileiros, adultos, sendo 74% idosos, em sua maioria do sexo feminino (70%), residentes em Belo Horizonte - MG. Cerca de 44,4% conviviam com a condição crônica do diabetes há cinco anos ou menos e no âmbito da renda mensal, obteve-se: 43,3% (1 a 2 salários/mês); 26,6% (2 a 4 salários/mês) e 10% (5 salários/mês). Observou-se que a maioria dos usuários, 53,3% não possuía instrução formal ou possuía ensino fundamental incompleto e que somente 6,6% estudaram até o nível superior completo. A frequência relativa às dificuldades registradas no banco de dados revelou uma melhora significativa na frequência de dúvidas e dificuldades para responder. Questões com até 55% de dúvida inicial atingiram 0% na escala de frequência após os ajustes concebidos na terceira versão adequada culturalmente. A adequação cultural mostrou-se uma metodologia eficaz a ser desenvolvida concomitante a fase consagrada dos pré-testes, uma vez que propicia respostas mais fidedignas dos usuários selecionados para compor a amostra da população alvo.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Diabetes *Mellitus*. Protocolo. Tradução.

ABSTRACT

This thesis presents a guided study to the development of a complementary methodological stage to the translation and an adaptation of instruments in health called *Adequação Cultural* (Cultural Adequacy). Its feasibility is evidenced through its implementation in the instrument *Protocolo Mudança de Comportamento* (Behavior Change Protocol), translated and adapted at the NUGEAS/EE/UFMG. Thirty users of the East Regional's Health Basic Units of Belo Horizonte carrying type 2 diabetes mellitus were contacted to participate in the study. They matched the study criteria for not showing chronic complications related to the disease such as retinopathy, nephropathy, cardiopathies, and neuropathies. Therefore, the instrument was applied to them through face-to-face tests carried out in their own households. The applications were carried out by healthcare professionals who previously phoned the users in order to schedule the pre-tests. Besides the applicators, there were observers annotating the difficulties the users demonstrated in understanding and answering the questions, as well as the difficulties of the applicators in asking them. A cycle to solve the difficulties expressed by the interviewees was developed, aiming to consider the perceptions and opinions of both respondents and applicators of the instrument. It indicated a distinction in the responses obtained. Thus, it was implemented that difficulties were no longer reported and the responses were considered adequate. All the applications were recorded and transcribed. Therefore, the next step was the content analysis which had the participation of professionals from the Applied Linguistics and Applied Statistics field in order to discuss the resolution for the respondents' understanding difficulties related to three main aspects of the instrument adaptation. Abstract Concepts; Use of non-habitual lexicon to the target audience; improper interpretation or difficulty of assimilation. A database was developed to register the difficulties according to every question of the instrument in its distinct versions. Data was submitted through an analysis by simple relative frequency using the software STATA Version 12.0. Six interdisciplinary encounters were performed and three different versions of the instrument were needed until a solution to the main comprehension problems was found. The respondents' profile consisted of Brazilians, adults, being 74% elderly, mostly women (70%), residing in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. Around 44.4% lived with the diabetes chronic condition for five years or less, and regarding their monthly income: 43.3% (1 to 2 wages/month); 26.6% (2 to 4 wages/month) and 10% (5 wages/month). It was observed that most of the users, 53.3% did not have formal instruction or did not finish elementary school, and only 6.6% fully achieved college level. The frequency related to the difficulties registered in the database revealed a significant improvement in the frequency of doubts and difficulties in answering the questions. Questions with up to 55% of initial doubt reached 0% in the frequency scale after the adjustments designed in the third version, which is culturally adequate. The cultural adequacy was proven to be an efficient methodology to be developed concomitantly with the phase dedicated to the pre-tests because it provides the study with more reliable answers from the users selected to integrate the target population's sample.

Keywords: Education in Health. Diabetes Mellitus. Protocols. Translations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Equivalências entre a versão de origem e a de destino em quatro áreas definidas por Beaton et al (2000).	21
FIGURA 2- Processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos em saúde. Adaptado de Ramada-Rodilla (2013).....	25
FIGURA 3- O ciclo do empoderamento.....	24
FIGURA 4- Etapas Protocolo Mudança de Comportamento.....	39
FIGURA 5- Etapa de adequação cultural – complementar à tradução e adaptação.....	46
FIGURA 6- Fluxograma para sistematização da etapa de adequação cultural a partir da versão final traduzida e adaptada do Protocolo Mudança de Comportamento.....	47
FIGURA 7- Percurso da adequação cultural do Protocolo Mudança de Comportamento.....	53
QUADRO 1- Equivalências segundo Herdman (1998).....	23
QUADRO 2- Componentes das possibilidades de erros em pesquisas com perguntas e respostas.....	31
QUADRO 3 - Modificações realizadas nas estruturas das questões do Protocolo Mudança de Comportamento após a execução da etapa de adequação cultural.....	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Percentual de entrevistados que apresentaram dificuldades de entendimento e de profissionais que apresentaram dificuldade de aplicação segundo a questão do instrumento e sua versão.....	54
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivo Específico	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Tradução e Adaptação Cultural de Instrumentos em Saúde	20
3.2	Metodologia de tradução e adaptação de instrumentos: uma discussão vigente	27
3.3	Educação em Saúde e Práticas Educativas Empoderadoras	34
3.4	Protocolo Mudança de Comportamento: um guia para o empoderamento	38
4	MÉTODO	45
4.1	Delineamento do Estudo	45
4.2	Local do Estudo	45
4.3	Amostra	45
4.5	Descrição do Procedimento	46
4.5	Análise dos Dados	49
4.6	Aspectos Éticos	50
5	RESULTADOS	52
6	DISCUSSÃO	61
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES	76
	ANEXOS	108

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

A tradução e adaptação cultural de instrumentos constituem prática corrente nas ciências da Saúde e está pautada por metodologia padrão adotada em diversos países, apresentando algumas variações no que diz respeito aos seus procedimentos. Uma das metodologias amplamente adotadas é a descrita em Beaton et al (2000), a qual consiste em cinco etapas: tradução inicial por dois tradutores independentes (*forward translation by two independent translators*), síntese da tradução (*synthesis of the translations*), retrotradução (*back translation*), avaliação por comitê de juízes (*expert committee review*), pré-testes (*pretesting*) e, quando aplicável, validação (*validation*) (HERDMAN, 1998; SANTO et al., 2015).

Entretanto, alguns estudos alertam para a insuficiência dessa metodologia, apontando limitações. Dentre os principais questionamentos levantados, encontra-se o papel da retrotradução (*back translation*), avaliada como uma das principais etapas do processo. Estudos recentes têm discutido a imprecisão da produtividade atribuída à retrotradução, e conferido um papel mais destacado à avaliação pelo comitê de juízes e os pré-testes do instrumento traduzido em amostras da população alvo (EPSTEIN; MIYUKI; GUILLEMIN, 2015; EPSTEIN et al., 2015; PAGANO, 2015), sobretudo quando os instrumentos traduzidos são aplicados em populações desfavorecidas social e economicamente (ROSAL, CARBONE, GOINS, 2003; PELLEGRINO et al., 2014).

A etapa de pré-testes (*pretesting*) em particular é apontada como apresentando problemas ao não contemplar uma sistematização sensível de resolução dos problemas encontrados. Na maioria das vezes, as modificações sugeridas pelo Comitê de Juízes perante as dificuldades apresentadas pela população alvo são consideradas somente se 15% ou mais dos participantes apresentarem dificuldades de compreensão, assim como proposto por Ciconelli et al (1999) e reproduzido nos estudos de Costa et al (2015), Pellegrino et al (2014), Ramada-Rodilla; Serra-Pujadas; Delclós (2013), Conrad et al (2015), entre outros.

Com a intenção de orientar os métodos de adaptação de instrumentos para uso em populações etnicamente diversificadas, autores discutem a necessidade de os respondentes compreenderem de fato os itens do instrumento traduzido para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados. Mas, apenas observar que esses sujeitos não entenderam a questão não é suficiente: é preciso encontrar uma solução para o problema (COLLINS, 2003; STEWART et al., 2012).

Dentre as justificativas para os problemas de compreensão relacionados à aplicação dos instrumentos traduzidos, estão problemas relativos a uma interação espontânea entre entrevistador e entrevistado, isto é, usuários e profissionais da área da Saúde. Os profissionais da área da Saúde, em geral, conduzem a interação com base no texto dos questionários traduzidos conforme publicados como resultados dos estudos que realizaram sua tradução e adaptação cultural, sem levar em consideração que a natureza da interação falada é diferente daquela da escrita. Isso remete à necessidade de se contemplar as especificidades da língua escrita e da língua falada no próprio processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos, para que o texto consolidado ao final desse processo e validado nos pré-testes esteja o mais pronto possível para ser encenado na interação falada entre usuário e profissional da saúde (PAGANO, 2015).

A linguagem falada dispõe de recursos linguísticos que promovem a interação fluida entre falantes, uma maior empatia e, muitas das vezes, completam e esclarecem o sentido da comunicação. Quando a adaptação cultural está mais pautada pela linguagem escrita, o profissional que conduz a aplicação de um instrumento deve estar atento às possibilidades de fazer escolhas linguísticas mais adequadas à população alvo (PAGANO, 2015). Isso demanda uma maior sensibilidade para aspectos linguísticos da prática profissional. Além disso, uma forma de se contornar os problemas decorrentes da interação falada é propiciar a produção de textos traduzidos e adaptados culturalmente mais próximos da linguagem falada. Nesse sentido, a proposta desta dissertação de se adicionar uma etapa complementar - denominada adequação cultural – justifica-se pelo seu potencial de resolução de problemas de compreensão sem fazer com que o profissional que conduz a aplicação seja o responsável pela reformulação de questões, o que poderia levar a mudanças no instrumento que envolvam o afastamento dos objetivos do instrumento original.

Para se implementar a adequação cultural, foi utilizada uma teoria abrangente da linguagem que permite uma análise sensível das funções gramaticais em diferentes contextos de uso- a teoria linguística sistêmico-funcional (LSF). A LSF estuda a utilização da língua em seus diferentes contextos sócio-semióticos, considerando aspectos interativos e comunicativos. A LSF está interessada em como a língua funciona em sociedade e como as escolhas léxico-gramaticais estão atreladas a diferentes contextos sociais e culturais (HALLIDAY, 2005; SAYÃO, 2011; PAGANO, 2015).

Dessa forma, a tradução e adaptação cultural de instrumentos demandam uma avaliação mais acurada dos parâmetros de cada tipo de texto, assim como reflexões e

reformulações no sentido de se garantir as equivalências entre o texto original e o traduzido, além de resguardar uma adequação cultural (PAGANO, 2015).

A adequação cultural de um instrumento visa produzir um texto que possa ser utilizado na cultura alvo de modo a se estabelecer a interação entre pesquisador e usuário, de forma tão espontânea e natural como o faz o instrumento original em sua respectiva cultura. Sob a perspectiva da linguística sistêmico funcional, a tradução é um trabalho que objetiva atingir as equivalências das funções gramaticais em contextos análogos, ou seja, proporcionar um texto traduzido para a população alvo com aplicabilidade e funcionalidade análogas ao do texto original (PAGANO, 2015).

Essa visão de tradução demanda, por um lado, que o tradutor possua expertise como analista de textos e desenvolva sua percepção do contexto na língua-fonte para emular um contexto na língua-alvo (PAGANO, 2015). Por outro, que o profissional da saúde participe ativamente no trabalho de tradução, por meio de um trabalho interdisciplinar.

Nesse sentido, um trabalho interdisciplinar de pesquisadores das Ciências da Saúde, da Estatística e da Linguística Aplicada possibilitou o desenvolvimento de uma etapa complementar na metodologia de tradução e adaptação cultural, considerando os problemas e recomendações relatados na literatura, ensejando uma adequação às instituições sociais da cultura-alvo por meio de testes sensíveis aos problemas de compreensão, denominada de adequação cultural.

De tal forma, o objetivo da presente dissertação é apresentar um estudo orientado para o desenvolvimento de uma etapa metodológica complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde, denominada Adequação Cultural, e evidenciar sua viabilidade por meio de sua implementação no processo tradutório do instrumento Protocolo Mudança de Comportamento (ANDERSON; FUNNEL, 2010), traduzido e adaptado no NUGEAS/EE/UFMG.

2. Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Apresentar um procedimento complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde, denominado adequação cultural.

2.2 Objetivo Específico

- Evidenciar a viabilidade do procedimento de adequação cultural por meio de sua aplicação no Protocolo Mudança de Comportamento para seu uso no contexto cultural brasileiro por meio da realização de pré-testes em uma amostra da população alvo.

3. Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Tradução e Adaptação Cultural de Instrumentos em Saúde

O Protocolo Mudança de Comportamento foi originalmente desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Michigan – USA, os quais são integrados ao desenvolvimento de programas educativos voltados para o autocuidado da condição crônica do diabetes e para a mudança de comportamento. De tal forma, realizou-se o processo de tradução do presente instrumento, com o intuito de utilizá-lo junto à população brasileira de usuários com diabetes, tendo como semelhante à origem, os propósitos de sua aplicação (CHAVES, 2014).

Ainda não existe um consenso em relação ao melhor método a ser seguido em estudos que visam traduzir e adaptar instrumentos, podendo existir variações de acordo com cada pesquisador e autor (BEATON et al, 2000; EPSTEIN; MIYUKI; GUILLEMIN, 2015; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA,1997).

Entretanto, no Brasil, observa-se que a metodologia mais seguida vai de encontro à proposta de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), a qual foi revista no ano 2000 e vem sendo seguida nos dias atuais. Esses autores discutem que a adaptação de instrumentos se faz necessária em regiões com diferentes culturas e idiomas, ajustando, assim, palavras e termos aos contextos culturais de destino. Em países com realidades culturais diversificadas como o Brasil, o uso de terminologias coloquiais que são típicas para uma determinada região, podem não ser bem compreendidas em outra.

Para tanto, as recomendações de Beaton et al (2000) para tradução e adaptação de instrumentos compreende etapas com metodologias bem definidas, conforme a Figura 1 abaixo.

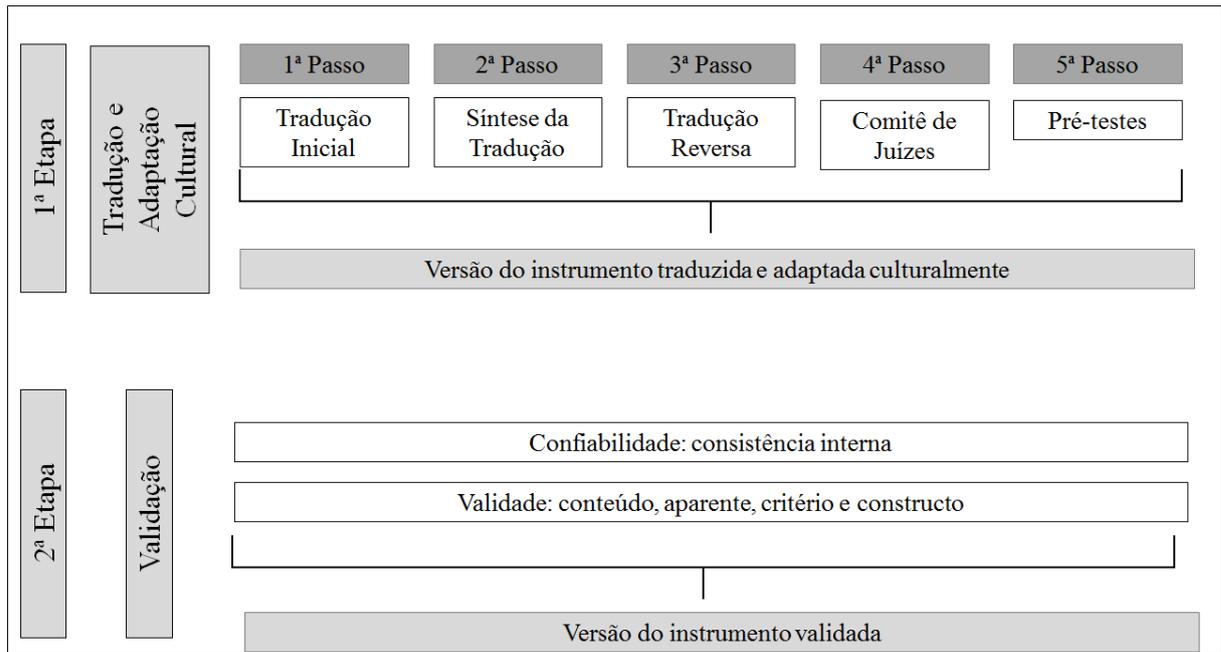


Figura 1- Processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos em saúde

Fonte: Adaptado de Ramada-Rodilla; Serra-Pujadas; Delclós, 2013

No que diz respeito à primeira etapa, tradução e adaptação cultural, têm-se cinco passos, a saber (BEATON et al., 2000):

1ª Etapa:

Tradução Inicial: O primeiro passo é realizar a tradução inicial do instrumento, a qual deve ser executada por pelo menos dois tradutores independentes e bilíngues, sendo nativos da língua de destino. Dessa forma, as traduções podem ser comparadas e discrepâncias discutidas. Os perfis dos tradutores, preferencialmente, devem ser:

- ✓ Tradutor 1: deve ser experto no tema que o instrumento se propõe a abordar, tendo assim, uma perspectiva mais específica das questões a serem traduzidas. No caso, um tradutor com prática clínica;
- ✓ Tradutor 2: não deve ter atuação sobre os conceitos do estudo, de modo que sua tradução reflita a linguagem utilizada usualmente pela população.

Síntese da Tradução: Os dois tradutores e um observador se reúnem e discutem os resultados encontrados nas duas traduções, as quais serão nomeadas de T-1 e T-2. De tal forma, uma versão síntese (T1-2) das duas traduções será construída a partir de uma revisão das traduções que será realizada doze vezes até se atingir a versão consensual (T-12).

Tradução Reversa (*back-translation*): Trabalhada a partir da versão T-12, a tradução reversa consiste em realizar a tradução dos itens do instrumento de volta à língua de origem. Esse processo visa analisar se a tradução inicial reflete realmente os conceitos e objetivos do instrumento original, gerando duas versões (BT1 e BT2). Por meio desta etapa é possível verificar a equivalência da tradução, destacando inconsistências ou erros conceituais.

Ainda assim, em uma revisão realizada por Epstein et al (2015), os autores apontaram que não há evidência que justifique a tradução reversa, sugerindo assim, que esta etapa poderia ser omitida do processo tradutório. Foi realizado um estudo experimental com o objetivo de testar a verdadeira contribuição da tradução reversa e do Comitê de Juízes na adaptação cultural de instrumentos. O estudo concluiu que a tradução reversa tem um peso menor para avaliação das propriedades do instrumento, enquanto o comitê tem uma maior carga de contribuição.

Comitê de Juízes: A composição do comitê de juízes é crucial para adquirir a equivalência entre a versão original e a traduzida. A composição mínima do comitê compreende metodólogos, profissionais da área da Saúde, profissionais com formação em linguística e os tradutores. Além disso, para garantir a precisão do conteúdo, os juízes devem ser especialistas bilíngues com conhecimento em tradução e adaptação de instrumentos.

Os autores do instrumento original devem estar em contato constante com o Comitê de Juízes, a fim de esclarecer eventuais dúvidas e aprovarem as modificações sugeridas.

A função do comitê é consolidar todas as versões do instrumento e desenvolver o que seria considerada a versão final do instrumento a ser testada nos testes em campo. O comitê irá, portanto, rever todas as traduções e chegar a um consenso sobre qualquer discrepância, avaliando as equivalências. O material a ser disponibilizado para a comissão inclui o instrumento original e cada uma das versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1, BT2), juntamente com os relatórios gerados para cada versão.

A revisão de literatura realizada sobre a consecução das equivalências entre o instrumento original e o traduzido durante o processo de adaptação cultural de instrumentos, apresentou algumas diferenças entre autores. Beaton et al (2000) consideram a necessidade de se contemplar quatro áreas de equivalências: semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

Entretanto, Herdman, Fox-Rushby, Badia (1997, 1998) propõem um modelo de avaliação das equivalências definido por meio de seis tipos: conceitual, de item, semântica, operacional, mensuração e funcional. A principal distinção entre os dois grupos de autores está na apreciação da pertinência dos conceitos e domínios do instrumento antes de se iniciar o processo tradutório, denominado de equivalência conceitual. Ainda, o modelo do grupo de

Herdman prescreve que se avalie os itens do instrumento e as possibilidades de adequação dos mesmos para a população a que se destina, para então iniciar a avaliação das equivalências semânticas por meio das etapas de tradução. Em seguida, avalia-se a pertinência de aspectos operacionais (tais como: aplicação e número de questões); e por fim, as propriedades psicométricas do instrumento são avaliadas por meio da equivalência de mensuração e funcional (REICHEINHEM; MORAES, 2007).

Alguns autores que trabalharam no conceito de equivalência contribuíram para a definição de três abordagens sugeridas por Herdman, Fox-Rushby, Badia (1997, 1998): absolutista; relativista e universalista. Vários estudos que trabalham com adaptação cultural seguem a abordagem universalista, que considera que a cultura da pessoa interfere na maneira como ela responde à pergunta (BRISLIN, 1976; HARACHI et al, 2006;).

A abordagem universalista de Herdman, Fox-Rushby, Badia (1997, 1998) foi sistematizada conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1- Equivalências segundo Herdman, Fox-Rushby, Badia (1997, 1998)

Aspecto Avaliado	Estratégia para avaliação
Equivalência conceitual	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo • Discussão com especialistas • Discussão com população-alvo
Equivalência de itens	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão com especialistas • Discussão com população-alvo
Equivalência semântica	<ul style="list-style-type: none"> • Traduções • Retro traduções • Avaliação da equivalência semântica entre as retro traduções e o original • Discussão com população-alvo • Discussão com especialistas para ajustes finais • Pré-teste da versão
Equivalência operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do: <ul style="list-style-type: none"> - Veículo e formato das questões/instruções. - Cenário de administração.

	<ul style="list-style-type: none"> - Modo de aplicação. - Modo de categorização.
Equivalência mensuração	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos psicométricos - Enfoque 1: Avaliação de validade dimensional e adequação de itens componentes. - Enfoque 2: Avaliação de confiabilidade. - Enfoque 3: Avaliação de validade de construto e validade de critério
Equivalência funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Dada pelas equivalências identificadas nas demais etapas de avaliação

Fonte: Adaptado de Reichenheim e Moraes (2007)

Por sua vez, Beaton et al (2000) nos trazem uma perspectiva mais prática para avaliação das equivalências, uma vez que parte da decisão de se traduzir o instrumento e avaliar as equivalências entre o instrumento traduzido e o de origem durante os passos de tradução e adaptação, por meio de uma metodologia sistematizada.

A Figura 2 descreve detalhadamente as quatro áreas de equivalência sugeridas por Beaton et al (2000).

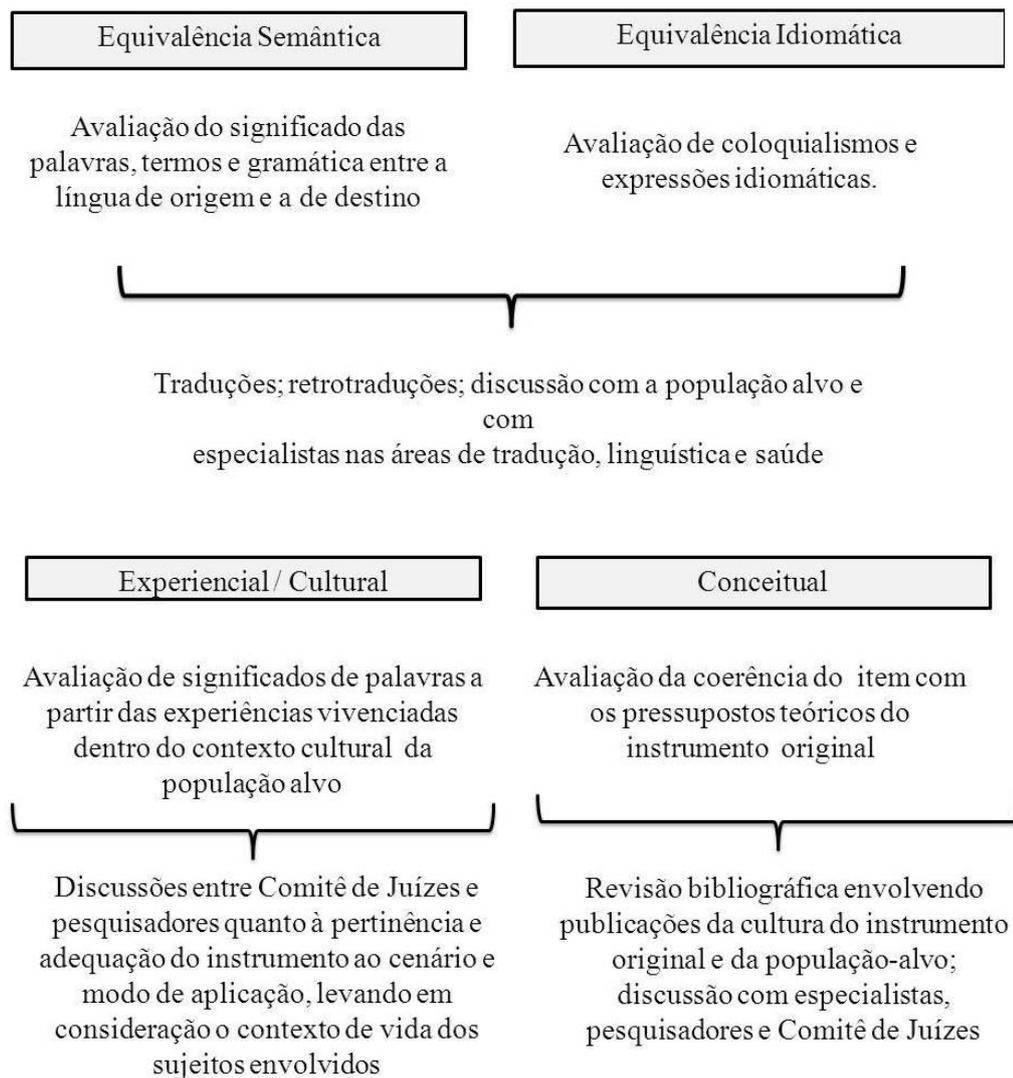


Figura 2- Equivalências entre a versão de origem e a de destino em quatro áreas definidas por Beaton et al (2000)

Fonte: Elaborado pela autora para fins deste estudo

Pré-testes: A fase final do processo de adaptação cultural é o pré-teste. Consiste em um teste de campo com a população alvo utilizando a versão pré-final do instrumento. É preconizado que o número amostral seja entre 30 e 40 pessoas. Cada participante responde às questões do instrumento e, ao final, deve ser questionado sobre o entendimento daquela questão para ele, cabendo ao pesquisador analisar o significado dos itens para os respondentes, bem como as respostas.

Segundo Beaton et al (2000), isso garante que a versão adaptada está garantindo a equivalência em uma situação de aplicação. Ainda, o autor sugere que a distribuição das respostas seja examinada para analisar a alta proporção de perdas e respostas individuais.

É preciso que os critérios de inclusão e exclusão da amostra estejam bem definidos, bem como o modo que ocorrerá o recrutamento desses participantes. Ao final, um relatório deve ser gerado com o objetivo de identificar as questões que geraram dificuldade de compreensão ou as opções de respostas. É recomendado que ocorra a revisão de qualquer pergunta do instrumento se ao menos 15% dos participantes encontrarem dificuldades em responder (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS, 2013; CICONELLI, 1999).

Ainda, Beaton et al (2000) destacam que embora, esta fase forneça indicações úteis sobre como a pessoa interpreta os itens do questionário, os padrões de validade de construto e confiabilidade ainda devem ser avaliados.

Versão- Final: A fase final do processo de adaptação ocorre quando todos os relatórios são entregues pelo pesquisador principal aos membros do Comitê de Juízes e estes verificam se as etapas recomendadas foram seguidas, como uma espécie de auditoria do processo. Uma vez concluída a avaliação, o comitê irá processar uma das três decisões: i) aprovado; ii) exige clarificações; iii) não aprovado. No caso da segunda resposta, os pesquisadores deverão rever a etapa problemática.

Segunda Etapa:

Validação: A partir da versão traduzida e adaptada culturalmente, a literatura traz que é necessário garantir a preservação de suas propriedades psicométricas, justificando a validação para o idioma de destino. Para que o instrumento seja considerado válido, deve reunir as seguintes características: i) ser confiável e capaz de medir sem erros; ii) ser capaz de medir e detectar mudanças, tanto entre indivíduos diferentes e entre o mesmo por meio do passar do tempo; iii) ser simples, viável e bem aceito pela população a que se destina; iv) ser adequado para medir o fenômeno que se pretende medir; v) refletir a teoria do que se pretende medir. Logo, a confiabilidade determina a capacidade de medir fielmente e a validade a capacidade de medir com precisão o fenômeno pesquisado (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS, 2013).

Ainda, a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento visa verificar se as características do instrumento original foram mantidas e se apresenta *performance* semelhante ao original (BEATON et al, 2000; GUILLEMIN et al., 1993).

Confiabilidade: mensura-se a confiabilidade por meio da análise de três dimensões: i) consistência interna; ii) confiabilidade intra-observador ou testes e re-testes; iii) confiabilidade inter-observador.

Validade: determina-se a validade por meio de diferentes dimensões: i) aparente (avaliada por especialistas que examinam se a técnica de mensuração empregada, de forma a verificar se ela mede o que é proposto); ii) conteúdo (avaliar se o instrumento abrange os tópicos definidos como relevantes para as dimensões analisadas – avaliação empírica por juízes e especialistas); iii) critério (avalia o desempenho esperado do construto em relação a outras variáveis identificadas por meio de critérios significativos); iv) constructo (avaliação dos escores das questões em diferentes situações).

As etapas de confiabilidade e validade envolvem testes estatísticos específicos e encontram variações na literatura, cabendo ao pesquisador determinar qual o melhor método para análise.

Entretanto, cumpre destacar que esta não é parte integrante de todos os instrumentos que são objeto de tradução e adaptação cultural. As Ciências da Saúde não elaboram ou traduzem apenas instrumentos que visam mensurar alguma variável específica. Todavia, esse fato não o exclui da necessidade de ser testado na população alvo e avaliado pelo Comitê de Juízes (COLLINS, 2003; ROSAL; GOINS; CORTES, 2004).

3.2 Metodologia de tradução e adaptação de instrumentos: uma discussão vigente

A Linguística Sistêmico-Funcional (LSF) é uma abordagem ao estudo da linguagem que está centrada no sentido de “função”; isso porque considera a gramática em termos de como ela é usada para produzir significados. Essa proposta é *sistêmico-funcional* porque concebe a língua como uma rede de sistemas interligados da qual o falante faz uso (base funcional) para produzir significados (base semântica) em situações de comunicação. De tal modo, a língua deixa de ser um simples sistema regulado por regras e passa a ser estudada de um ponto de vista sócio-semiótico, considerando-a como um sistema de produção de

significados. Assim, aquilo que interessa ao linguista sistêmico é analisar quais escolhas linguísticas foram feitas em um determinado contexto de comunicação e como essas escolhas produzem significados (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2014; SANTOS, 2014).

Assim sendo, para a LSF, não existe a distinção de categorias gramaticais certas ou erradas, uma vez que toda categoria de linguagem é considerada coerente dentro de seu contexto de uso, uma vez que realiza funções fundamentais para os significados que os interlocutores estão construindo na sua interação (PAGANO, 2015).

De acordo com a teoria sistêmico-funcional (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2014), a linguagem, seja ela falada ou escrita, se desenvolve num *contexto de situação* modelado por aspectos que dizem respeito ao tópico da fala, os seus participantes e a forma como a interação tem lugar entre eles. O *contexto de situação* está imbricado no *contexto de cultura*.

Sabemos que cada região possui marcas linguísticas, cada grupo adquire vocabulários que o caracterizam e cada ambiente sociocultural determina o nível da linguagem a ser empregado. O vocabulário, a sintaxe, a pronúncia e até a entoação variam segundo esse nível [...] Um professor não usará um mesmo discurso, ou um mesmo nível de fala, para colegas e para alunos, assim como nenhum advogado utiliza o mesmo nível de fala com seus familiares e no seu escritório com seus clientes e colegas de trabalho. Tudo isso influencia a fala e a escrita [...] (CASANGRANDE, 2010, p.728).

Quando um texto é traduzido, o pesquisador precisa levar em consideração o *contexto de situação* na cultura fonte, onde o instrumento foi originariamente desenvolvido, e as características do *contexto de situação* na cultura alvo, na qual o texto traduzido será utilizado.

Com a expansão teórica da LSF, é possível analisar o texto como resultado da produção de significado (texto materializado no papel) e o seu processo de produção de significado (desdobramento do texto – sua face dialógica). Assim, é possível não apenas entender opções de tradução mais amplas, como também ampliar o entendimento da tradução como operação entre contextos (FIGUEREDO, 2011).

Como Halliday (1978) explica, a linguagem oscila conforme a nossa face de comunicação em determinada situação (com quem estamos falando e o que estamos fazendo enquanto falamos). Esta variável de contexto de situação recebe o nome de campo e engloba tanto do domínio experiencial (a experiência humana como objeto de fala), como a atividade sócio-semiótica na qual estamos inseridos, podendo ser ação ou reflexão (PAGANO, 2015).

Halliday e Matthiessen (2014) dividem os oito processos sócio-semióticos em dois grupos, o primeiro em fazer e o segundo em significar: (1) semiotiza significados

relacionados com o comportamento humano, com o agir. Nesse sentido, a língua é usada para facilitar a execução de uma atividade, ele é composto pelo processo sócio-semiótico fazer; (2) abarca os demais processos sócio-semióticos, ele é caracterizado por constituir uma situação onde significados são criados. São elas: fazer; habilitar outros a fazerem coisas (instruções); recomendar (aconselhamento); explorar (argumentação); explicar algo; relatar experiências; recriar fatos e; compartilhar (experiências e valores) (PAGANO, 2015). No caso do Protocolo Mudança de Comportamento, ele se enquadra no processo sócio semiótico relatar, por ser um questionário dialógico aplicado no contexto entrevista.

A linguagem também varia de acordo com os papéis assumidos nas interações com os outros e são também variáveis relacionadas ao contexto de situação as que dizem respeito ao meio (escrito e falado); ao canal (fônico, gráfico, eletrônico); ao modo retórico (argumentativo, descritivo, narrativo, instrucional); à divisão de tarefas entre a linguagem e outros sistemas semióticos (imagem e som); à orientação da linguagem para o campo; e ao turno ou modo da interação (monológico ou dialógico) (PAGANO, 2015).

Além de seguir uma metodologia consagrada na literatura, o pesquisador envolvido em processos tradutórios deve se sensibilizar com os aspectos da linguagem peculiares ao processo de garantia da compreensão da população alvo. Dentre esses aspectos, estão as diferenças entre a língua escrita e a língua falada, os contextos de cultura e de situação, que são fatores presentes na aplicação de instrumentos que visam à condução de entrevistas (PAGANO, 2015).

Dizer que a escrita é formal, complexa, enquanto a fala é informal e simples não é o suficiente, pois, como afirma (Koch 1995, p.68- 9), “há uma escrita informal que se aproxima da fala e uma fala formal que se aproxima da escrita, dependendo da situação comunicativa” (CASANGRANDE, 2010, p.728).

Ferregueti e Rodrigues (2015) se embasam em Halliday e Matthiessen (2014) para diferenciarem língua escrita e língua falada. Muitas pessoas consideram que um mesmo texto pode ser construído de forma falada e/ou escrita, sendo a principal diferença entre os dois o grau de formalidade empregado. Entretanto, na verdade, fala e escrita são meios utilizados para construir diferentes tipos de texto, sendo que as suas diferenças não são medidas em termos de formalidade ou prestígio. O que as distingue são as suas funções: a fala atua como construtora de significado no processo (acontecimento), enquanto a escrita gera o significado em forma de produto (existência).

Halliday e Matthiessen (2014) argumentam que a língua escrita, ou seja, textos escritos são estruturados e previsíveis, uma vez que só temos acesso à sua versão final. Nós não temos acesso ao seu processo de produção e nem às várias revisões pelas quais ele passa, nas quais partes são reescritas, mudadas de lugar e/ou cortadas, até que se chegue ao produto final. Em contrapartida, o texto falado é construído à medida que uma ou mais pessoas falam e, por isso, apresenta hesitações, reformulações e, inclusive, inconsistências ou “erros”, que não podem ser revisados e editados no final (FERREGUETTI; RODRIGUES, 2015).

Na fala, existe uma interação entre os interlocutores e isso envolve entonação, gestos e expressões que podem acrescentar mais sentidos ao que está sendo dito. A língua falada envolve características como a repetição, fragmentação e informalidade, as quais não são exclusivas da fala, mas que acabam sendo mais evidenciadas nesse âmbito (PAGANO, 2015).

Nesse sentido, a etapa de adequação cultural de instrumentos traduzidos se atenta em discutir os aspectos da língua falada e escrita previamente à versão final do instrumento, de forma a garantir uma padronização do produto a ser gerado. Como o Protocolo Mudança de Comportamento é um texto escrito que será trabalhado em forma de texto falado, para a sua produção de significados ser coerente com os objetivos inicialmente propostos, ele deve atender às necessidades de compreensão dos interlocutores envolvidos.

A fala não pode e não consegue ser estandardizada por um conjunto de regras gerais assim como a escrita, o que vem a tornar a aplicação de um instrumento dialógico, tal como o Protocolo Mudança de Comportamento, uma ação que dispense um envolvimento com a cultural local da população de destino.

Podemos considerar que a tradução e adaptação de instrumentos constituem uma retextualização, a partir do momento em que o pesquisador produz um novo texto a partir de um texto-base (BENFICA, 2013).

O processo de retextualização é a produção de um novo texto a partir de um ou mais textos-base, podendo ser: de texto oral para texto oral; de texto oral para texto escrito; de texto escrito para texto escrito; de texto multimodal para texto oral; de texto multimodal para texto escrito; de texto não verbal para texto escrito, dentre outras (BENFICA, 2013).

Em situações de traduções e adaptações culturais, o pesquisador lida com uma retextualização de um *texto escrito* para um *texto escrito*:

O termo “retextualização” foi empregado por Neuza Travaglia (1993), quando realizava um estudo de tradução de uma língua para a outra. A autora compreende a tradução como produção de um —mesmo/novo texto, isto é, como —processo de retextualização de um segmento linguístico (um texto) numa língua diferente daquela em que foi concebido (TRAVAGLIA, 1993, p. 63 apud BENFICA, 2013, p.28)

Problemas de compreensão vêm sendo relatados na literatura ainda que todas as etapas de tradução e adaptação cultural tenham sido seguidas e ainda que a validade e confiabilidade tenham sido mensuradas. Estudo traz que pesquisadores comprometidos com a saúde de populações com baixo nível de escolaridade podem identificar métodos culturalmente mais apropriados para a condução de tradução e adaptação de instrumentos, garantindo, assim, uma melhor participação desses sujeitos nas pesquisas (ALONZO, 2011).

Um aspecto problemático é o fato de os comitês serem formados predominantemente por profissionais da área da Saúde, o que limita a avaliação ao ponto de vista desses profissionais, sendo desejável a participação de profissionais de outras áreas, bem como de membros da população alvo (EPSTEIN, 2014).

Além disso, em populações desfavorecidas socialmente e etnicamente diversificadas, como é o caso de uma grande parcela da população brasileira, é preciso que os pesquisadores sejam engajados em metodologias tradutórias que antecipem os problemas de compreensão, com itens de fácil entendimento, palavras e terminologias contextualizadas (ROSAL; CARBONE; GOINS, 2003).

Porém, ainda são poucos os estudos brasileiros que se atentam em conhecer a raiz dos problemas de compreensão. Apenas a observação de que os respondentes não conseguem entender de maneira precisa a questão e, portanto, não geraram respostas condizentes com os objetivos da pesquisa, não ajuda a identificar a razão pela qual ela não pode ser respondida (COLLINS, 2003).

Outro fator que merece ser alvo de aprimoramento é a etapa dos pré-testes. Na maioria das vezes, as modificações dos itens do instrumento traduzido são consideradas somente se 15% ou mais dos participantes apresentarem dificuldades de compreensão, assim como proposto por Ciconelli et al (1999) e reproduzido nos estudos de Costa et al (2015), Pellegrino et al (2014), Ramada-Rodilla et al (2013), Conrad et al (2015), entre outros.

Collins (2003) reuniu algumas discussões vigentes na literatura acerca dos principais problemas envolvidos em pesquisas que são realizadas por meio de instrumentos são aplicados face a face em uma interação dialógica. A autora os agrupou em duas categorias, conforme Quadro 2 abaixo:

Quadro 2- Componentes das possibilidades de erros na aplicação de instrumentos que são aplicados face a face em uma interação dialógica

Problemas com as questões	Problemas com os entrevistadores
Mal interpretadas/ Respondentes interpretam as questões de diferentes maneiras ou interpretam da mesma forma, entretanto, de maneira diferente ao entrevistador.	Entrevistadores podem não ler as perguntas da mesma forma como foram formuladas.
Sentenças formuladas de forma complexa/ Não podem ser respondidas, quer seja no todo, quer seja parcialmente.	Relacionamento entrevistador-entrevistado pode não ocorrer da mesma forma com todos (etnia, idade, sexo)
Respondentes podem não estar dispostos ou serem incapazes de gerar respostas.	Registro inadequado das respostas.

Fonte: Elaborado pela autora para fins deste estudo e baseado em Collins (2003)

A segunda categoria – problemas com os entrevistadores- sustenta a necessidade das metodologias de tradução e adaptação de instrumentos considerarem o treinamento dos aplicadores dos instrumentos, de modo a evitar um uso desuniforme e garantir uma maior confiabilidade dos dados gerados.

O objetivo de instrumentos dialógicos, tais como o Protocolo Mudança de Comportamento, é conseguir respostas interessantes dos entrevistados, cabendo ao pesquisador garantir que os respondentes entendam de fato a questão e, ainda, que os entrevistadores realizem as perguntas da mesma forma para todos, garantindo resultados fidedignos. No caso, modelos de tradução e adaptação de instrumentos devem garantir que (COLLINS, 2003):

- Todos os entrevistados compreendam as questões de forma coerente;
- As perguntas peçam informações sobre as quais os entrevistados consigam refletir e recuperar na memória;
- Independente dos contextos, as perguntas sejam compreendidas.

Autora discute que os entrevistados geralmente se apresentam dispostos em responder às questões dos instrumentos e querem ser gentis, e assim, muitas vezes, respondem às perguntas ainda que não entendam seu cerne. De tal modo, a questão-chave para o pesquisador é verificar se há mal-entendidos, interpretações inconsistentes, contextos específicos e assim por diante (COLLINS, 2003).

De forma semelhante, Coster e Mancini (2015) trazem a realização de pré-testes de um instrumento traduzido e adaptado por meio de uma metodologia em que tanto o entrevistador, quanto o entrevistado, puderam expressar diretamente os itens que julgaram confusos ou difíceis de serem respondidos. Os autores especificam que:

pode ser solicitado a um pai que preencha uma medida sobre as habilidades de vida diária de seu filho. Após a leitura de cada questão, o entrevistador solicita ao pai que fale em voz alta como compreendeu cada item e qual seria a resposta apropriada considerando seu filho. Dessa forma, o entrevistador pode dizer imediatamente se o pai achou o item confuso, se não entendeu alguma palavra ou se não consegue decidir qual a resposta mais apropriada. Ao ouvir cuidadosamente ao pai, o entrevistador pode ser capaz de identificar maneiras para melhorar a linguagem. A equipe de tradução pode aplicar duas ou três entrevistas, fazer as alterações necessárias, e então aplicar mais duas ou três entrevistas para se certificar de que as alterações corrigiram os problemas (COSTER; MANCINI, 2015. Pag. 54).

Coster e Mancini (2015) enfocam os componentes das possibilidades de erros e problemas na compreensão, sugerindo reaplicações cíclicas do instrumento ao passo em que as alterações sejam realizadas, assim como proposta na etapa de adequação cultural.

A literatura oferece uma gama de procedimentos que podem ser seguidos para adaptar culturalmente instrumentos e questionários (SCHWEIZER, 2010). Entretanto, ainda assim, metodologias de adaptação cultural de instrumentos continuam a avançar e a buscar novos caminhos para a complexidade existente no processo de comunicação entre profissionais e usuários, quando mediados por instrumentos (DAOUK-OYRY; MCDOWAL, 2013).

Ainda que desdobramentos cognitivos sejam realizados, o instrumento para ser funcional precisa estar adequado às instâncias culturais da população alvo, sendo passível de ser aplicado em contextos desfavoráveis e ser compreendido com facilidade e fluidez semelhantes à de um texto falado e informal.

Dessa forma, a adequação cultural tenta aproximar o processo tradutório o mais próximo possível da heterogeneidade da população-alvo, por meio de uma tradução que aproxime o texto falado do texto escrito, considerando as variações linguísticas, os aspectos sociais e históricos, promovendo a compreensão em situações de texto e de discurso.

Nessa perspectiva, a adequação cultural é descrita como o processo de garantia da plena funcionalidade de um instrumento para sua utilização em uma população específica, adotando uma perspectiva interdisciplinar para a resolução de problemas decorrentes do uso da linguagem registrados, quando da aplicação teste do instrumento junto à população alvo. A necessidade de garantir a *adequação cultural* emerge diante das dificuldades observadas

nas etapas de tradução e adaptação cultural, não somente aquelas apontadas na retrotradução e avaliação pelo comitê de juízes, mas também e, sobretudo, aquelas relativas à compreensão do instrumento pela população alvo: um fator que intervém na funcionalidade do instrumento e compromete sua utilização bem-sucedida para os fins que foi desenhado.

A adequação cultural visa produzir um texto que possa ser usado na cultura a que se destina para facilitar a interação entre os interlocutores, que, no caso do Protocolo Mudança de Comportamento, são profissionais da área da Saúde e usuários. Uma interação facilitada e que ocorra de forma tão espontânea e natural como o previsto na elaboração do instrumento original.

Sob a perspectiva da linguística sistêmico-funcional, a tradução é uma operação que visa a se atingir equivalência de funções gramaticais em contextos análogos (HALLIDAY, 1992), isto é, produzir um texto-alvo no qual “as formas linguísticas operem na língua alvo com efeito análogo, num contexto de situação análogo, àquele das formas linguísticas na língua fonte” (HALLIDAY, 2005, p. 9) (PAGANO, 2015, p. 33)

Para a execução dessa abordagem junto aos processos tradutórios de instrumentos em saúde, é preciso que o tradutor possua expertise como analista de textos, de forma a perceber o contexto da situação presente na língua-fonte para igualar um contexto de situação na língua-alvo.

De tal forma, a inovação em parcerias interdisciplinares com profissionais da Linguística Aplicada, que visem complementar a percepção dos profissionais da área da Saúde sobre os aspectos da linguagem, podem vir a enriquecer a metodologia de tradução e adaptação de instrumentos em saúde, favorecendo a comunicação entre profissionais e usuários e potencializando a coleta de dados da pesquisa.

3.3 Educação em Saúde e Práticas Educativas Empoderadoras

Durante algum tempo, o conceito de saúde se manteve atrelado simplesmente à ausência de uma morbidade. Entretanto, com a evolução das discussões no meio científico, a definição de saúde passou a ser, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o completo bem-estar físico, psíquico e social. A Carta de Ottawa (1986) define alguns pré-requisitos para um indivíduo conseguir ser saudável: ter condições de abrigo e segurança, ter acesso a uma alimentação saudável, uma condição socioeconômica viável e um ecossistema estável, viver com equilíbrio e paz, além de integrar uma sociedade com justiça social (BACKES et al., 2009).

Saúde é configurada, portanto, como algo positivo e que engloba alguns determinantes tais como recursos pessoais, sociais e capacidade física. O campo de responsabilidades perpassa os níveis governamentais e políticos, exigindo também, uma atuação persistente do indivíduo, o qual deve reconhecer o comprometimento em ter um estilo de vida saudável para atingir o bem-estar. Nesse contexto, para se atingir esse estado, é necessário aprender a satisfazer suas necessidades, identificar e solucionar problemas e, sobretudo, desenvolver habilidades para se cuidar (BACKES et al., 2009).

Neste cenário, a educação em saúde vem compreender o processo de cuidado com a saúde em forma de ação, atuando de maneira a prevenir complicações e incentivar aspectos saudáveis, promovendo qualidade de vida às pessoas. Nas últimas décadas, a sistematização de práticas educativas, em especial nos aspectos das condições crônicas, tais como o diabetes Mellitus tipo 2, adquiriu novas perspectivas. Ações que anteriormente eram realizadas e compreendidas como transmissão de informações em saúde vêm sendo questionadas e tendo limitações em suas evidências científicas. Práticas educativas que promovem a reflexão dos usuários, o pensamento crítico e que são elaboradas com o intuito de alcançar a mudança de comportamento vêm apresentando resultados convincentes (SALCI; MACENO; ROZZA, 2013)

Hoje, as práticas educativas são consideradas como um conjunto de práticas educativas que envolvem a participação ativa do usuário do serviço de Saúde, em um processo de corresponsabilização com a sua saúde, objetivando mudar o comportamento por meio da conscientização para uma vida saudável (SALCI; MACENO; ROZZA, 2013).

A abordagem do empoderamento subsidia os conceitos supracitados e se apresenta como uma metodologia educativa propícia para o desenvolvimento de práticas educativas que sustentam teorias de autonomia, corresponsabilização e mudança comportamental (ZOFFMANN; KIRKEVOLD, 2012).

O conceito de empoderamento vem atrelado a definições de cunho individual (teoria da auto eficácia) e coletivo (teorias de desenvolvimento da comunidade e freirianas). A partir dessas perspectivas, o empoderamento é apresentado como um processo pelo qual indivíduos e grupos conseguem identificar seus próprios interesses e os meios para resolução de problemas, em uma base que o empoderamento é desenvolvido e não concedido por outrem (SPENCER, 2014).

Assim, o empoderamento em saúde tem sido descrito como uma possibilidade para conscientização individual e coletiva, acarretando em mudanças nas condições sociais que

afetam negativamente a saúde (KLEBA; WENDAUSEN, 2009; SPENCER, 2014; LOPES, 2015).

Entre os estudiosos sobre o conceito de empoderamento, é consenso que este não é algo fornecido ou ofertado a indivíduos ou grupos de pessoas e sim um processo em que as pessoas empoderam a si mesmas a partir do conhecimento. Profissionais da área da Saúde podem atuar como agentes externos com vistas a incentivar ações que sustentem o processo do empoderamento, em uma relação de corresponsabilidade e não de tutela (KLEBA; WENDAUSEN, 2009; LOPES, 2015).

O cuidado torna-se então uma colaboração entre iguais: profissionais da área da Saúde trazem o conhecimento e a experiência sobre a condição do diabetes, assim como as diretrizes para tratamento, e os usuários dos centros de Saúde garantem os conhecimentos empíricos sobre o viver com a condição, sobre as suas necessidades pessoais e possibilidades de tratamento (ANDERSON; FUNNELL, 2011; MANTWILL et al., 2015).

Por meio desse processo, os usuários do serviço de Saúde renunciam aos seus estados de sujeição às vontades e orientações alheias e passam a ser sujeitos ativos, que buscam melhorias para o cuidar de si, com mais autonomia e autodeterminação, assumindo a direção de sua vida (SPENCER, 2014).

Usuários que participam de práticas educativas empoderadoras se sentem capazes de expressar suas necessidades, apresentar suas preocupações e desenvolver habilidades para se assumirem como responsáveis no cuidado com a saúde, encontrando, assim, o caminho do meio entre as escolhas e consequências. Empoderamento é um processo quando propõe intervenções educativas cuja finalidade é aumentar as habilidades dos indivíduos em pensar criticamente e agir com autonomia, e é um resultado, quando melhora de fato o autocuidado, motiva a mudança de comportamento e promove o bem estar (ANDERSON; FUNNELL, 2011; ZOFFMANN; KIRKEVOLD, 2012; SPENCER, 2014).

Nos dias atuais, o empoderamento está incorporado como uma abordagem para apoiar o autocuidado em diabetes, desenvolvido por meio de práticas educativas em saúde e com o objetivo final de controlar a glicemia, peso, padrões alimentícios, atividades físicas e bem estar físico e psíquico (LYNCH; EGEDE, 2011; ZOFFMANN; KIRKEVOLD, 2012; HERNÁNDEZ-JIMÉNEZ et al, 2014).

Geralmente, envolve práticas não convencionais de ensino e aprendizagem que desenvolvem a criticidade e reflexão, tais como interlocuções coletivas, intervenção telefônica, visita domiciliar e consultas individualizadas (SPENCER, 2014; MANTWILL et al, 2015).

Os profissionais da área da Saúde envolvidos nessas práticas devem saber avaliar as crenças e valores dos usuários, respeitando os conhecimentos prévios e os incentivando a mudar o comportamento. A iniciativa para a mudança comportamental sempre irá partir do próprio indivíduo, o qual deve passar por um processo de avaliação e reflexão sobre suas ações em saúde e quais são os potenciais efeitos a curto, médio e longo prazo. O profissional de saúde o ajuda a refletir e a (re)descobrir suas habilidades para cuidar de si (SCAMBLER; NEWTON; ASIMAKOPOULOU, 2014; SPENCER, 2014).

Outro enfoque importante é a regra de não infantilizar os usuários ou tratá-los como incapazes de resolver seus próprios problemas, necessitados sempre de uma figura externa. Isso demanda, por parte dos profissionais da área da Saúde, mover e re (fazer) relações mais horizontais, tornando-as flexíveis, dialógicas e reflexivas (KLEBA; WENDAUSEN, 2009; LOPES, 2015).

Em suma, entende-se empoderamento em diabetes como uma abordagem centrada no usuário, a qual objetiva o autocuidado por meio da reflexão e autonomia. Esta abordagem parte da resolução de problemas para concretização de um plano de metas, o qual será sempre estabelecido pelo usuário em parceria com o profissional da área da Saúde. Valoriza-se não apenas a conquista de bons exames clínicos, mas, sobretudo, a experiência do indivíduo em conseguir ser autônomo, reflexivo e agente de sua própria saúde (MANTWILL et al, 2015). A Figura 3 exemplifica de maneira lúdica os conceitos acima discutidos.

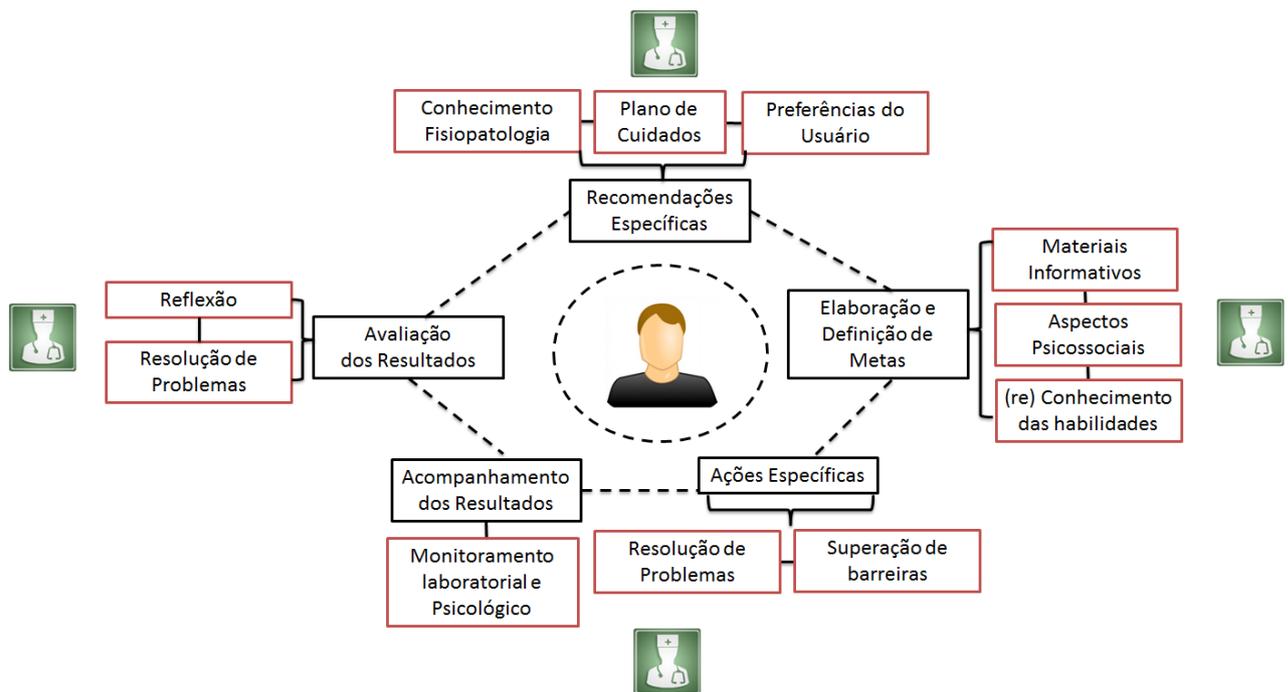


Figura 3- O ciclo do empoderamento

Fonte: Elaborado pela autora e baseado em Mantwill et al (2015)

3.4 Protocolo Mudança de Comportamento: um guia para o empoderamento

O uso de instrumentos na área da Saúde consegue mediar decisões sobre o cuidar, opções de tratamento, manejo clínico e, ainda, no planejamento e sistematização de intervenções educativas. Com o crescente interesse em renovar as práticas de cuidado à saúde, pesquisadores e instituições de ensino têm investido no desenvolvimento de instrumentos importantes para a prática clínica, sejam eles com o intuito de avaliar ou guiar intervenções, mensurar qualidade de vida, condições de saúde, elementos emocionais e sociais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

No âmbito da condição do diabetes, os instrumentos podem vir a auxiliar na condução e sistematização de práticas educativas empoderadoras que visam o autocuidado do usuário (ROSAL; GOINS; CORTES, 2004; PEÑA-PURCELL; BOGGESS, 2013; ROSAL et al, 2011; STEWART et al, 2012).

O Protocolo Mudança de Comportamento (*Behavior Change Protocol*) foi elaborado com o intuito de guiar tais práticas educativas e torná-las exequíveis, independente do contexto em que possam vir a ocorrer. Sua utilização viabiliza e potencializa os processos

educacionais embasados no empoderamento, possibilitando que o usuário reconheça a necessidade da mudança de comportamento (ANDERSON ; FUNNEL, 2002; FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007; TANG et al., 2010).

Originalmente elaborado por pesquisadores da Universidade de Michigan, Estados Unidos, tem a finalidade de auxiliar os profissionais da área da Saúde que objetivam desenvolver intervenções educativas pautadas na abordagem do empoderamento. Ao longo dos últimos anos, vem sendo utilizado em diversos programas educativos, os quais apresentam resultados exitosos, uma vez que os seus participantes conseguem melhora nos aspectos clínicos e emocionais relacionados ao tratamento do diabetes (ANDERSON; FUNNEL, 2002; FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007; TANG et al., 2010).

É um instrumento composto por 31 questões abertas, divididas em cinco passos: 1- definição do problema; 2- identificação e abordagem dos sentimentos; 3- definição de metas; 4- elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente); 5- Avaliação e experiência do usuário sobre o plano de cuidados (ANDERSON; FUNNEL, 2002; FUNNELL; ANDERSON, 2004; FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007).

A Figura 4 introduz algumas das ações que o profissional da área da Saúde deve desenvolver em cada passo do instrumento.

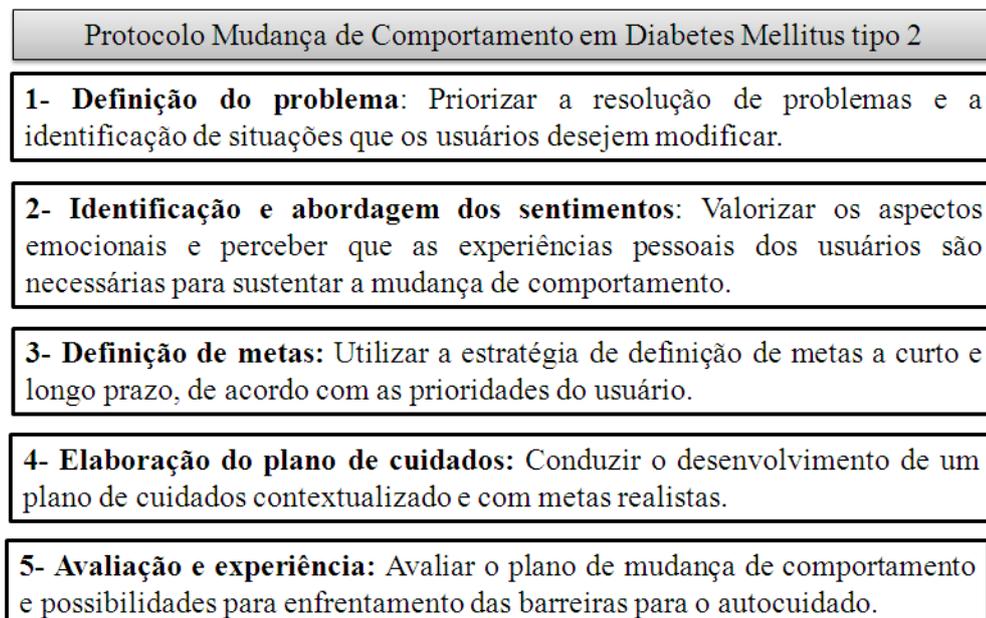


Figura 4- Etapas Protocolo Mudança de Comportamento

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo

O instrumento acima mencionado objetiva ajudar os usuários a identificar e a desenvolver um plano para a mudança de comportamento. As questões seguem uma sequência lógica e sustentam a identificação de problemas, a busca por soluções e a avaliação dos resultados obtidos. Entretanto, como a abordagem do empoderamento é uma abordagem de cuidado e não uma técnica que deva ser rigorosamente seguida, as questões não precisam ser realizadas em um contexto rígido. O profissional aplicador pode modificar a ordem dos questionamentos de acordo com a sua interação com o usuário, ou ainda, deixar de realizar algum deles. Durante a sua aplicação, haverá momentos em que o profissional deverá fornecer algumas informações sobre a fisiopatologia do diabetes, esclarecer alguma dúvida do usuário, para em seguida prosseguir com a discussão sobre o autocuidado e as mudanças comportamentais pretendidas (ANDERSON; FUNNELL, 2002, 2011).

Para alguns usuários, o Protocolo Mudança de Comportamento servirá de subsídio para o aprendizado, em uma oportunidade de esclarecer as dúvidas sobre como realizar decisões informadas e se tornarem familiares com a mudança comportamental. Para outros, o protocolo será o impulso para o estabelecimento de metas e planos de ações (ANDERSON; FUNNELL, 2002).

É importante esclarecer que este instrumento é uma ferramenta educativa que pode ser utilizada tanto em intervenções grupais, quanto em abordagens individualizadas (FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007).

Intervenções educativas que utilizam o Protocolo Mudança de Comportamento consideram como princípios gerais para sua aplicação os seguintes pontos:

- ❖ A realidade do cuidado com a condição do diabetes envolve a consciência de que 98% dos cuidados são de responsabilidade do próprio usuário, afinal, esse está no centro do controle das tomadas de decisão no tratamento e cuidado com a saúde (TANG et al., 2010);
- ❖ O principal papel dos profissionais envolvidos é promover práticas educativas e acompanhamento contínuo a esse usuário, permitindo que ele realize decisões informadas sobre sua saúde, considerando os aspectos clínicos, psicossociais e emocionais (SCAMBLER; NEWTON; ASIMAKOPOULOU, 2014);
- ❖ Usuários com a condição do diabetes tem uma maior probabilidade de realizar e manter mudanças comportamentais se essas forem elencadas por eles próprios (MANTWILL et al, 2015).

A proposta de dado instrumento representa uma significativa mudança na relação tradicionalmente desenvolvida entre os profissionais e os usuários, uma vez que requer uma modificação nos papéis de ambas as partes. Os usuários devem entender que os cuidados diários só podem ser realizados por eles próprios e que o profissional irá atuar como um parceiro desse processo (GOLDMAN et al., 2013; HERNÁNDEZ-JIMÉNEZ et al., 2014).

Tradicionalmente, entende-se como sucesso no tratamento da condição do diabetes a capacidade de seguir a prescrição médica e nutricional. Entretanto, esta abordagem não vem garantindo resultados positivos nos cuidados em saúde. Uma prescrição que não é adaptada para entender as particularidades do usuário, suas prioridades, metas, recursos, aspectos culturais e estilo de vida, não pode ser considerada um plano de cuidados (FUNNELL; ANDERSON, 2004)

A construção de um plano de cuidados se inicia no momento em que o usuário consegue refletir qual aspecto do autocuidado se apresenta como o nó crítico para o sucesso do tratamento. A primeira etapa do protocolo, “*definição do problema*”, possibilita que o usuário priorize qual ponto deseja trabalhar primeiro, uma vez que ele expõe sua principal dificuldade para a realização de seu autocuidado (ANDERSON; FUNNEL, 2002; KING et al., 2010).

Outro aspecto que passa a ser valorizado nesse cenário diz respeito à valorização dos sentimentos. Em suma, viver com diabetes é viver em busca de sentidos para sua condição, é ter a necessidade de adotar um posicionamento em relação ao seu cuidar e ter uma postura mais autônoma e reflexiva diante de seus empasses. A prática de autocuidado é um longo passo a passo, o qual necessita ser avaliado constantemente e regado com doses diárias de motivação. É necessário tentar equilibrar os sentimentos associados, harmonizando os polos negativos e positivos, a fim de que a percepção sobre a saúde não culmine em um cuidar contraproducente (AHOLA; GROOP, 2013; MULVANEY, 2009; RAAIJMAKERS et al., 2013).

Alguns profissionais se sentem desconfortáveis em abordar os aspectos emocionais e, algumas vezes, optam por não o fazer. Contudo, discutir os sentimentos associados ao tratamento da condição do diabetes pode motivar os usuários a refletir sobre as mudanças comportamentais necessárias e podem clarear os passos para a solução do problema. Geralmente, os sentimentos associados à condição são um misto de raiva, revolta, tristeza e descontentamento. Quando expostos, ainda que negativos, esses sentimentos podem representar o impulso necessário para a ação (FUNNELL; ANDERSON, 2004; FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007).

Por isso, a segunda etapa do protocolo nomeada “*identificação e abordagem dos sentimentos*” visa realizar perguntas que causem essa inquietação nos usuários (NICOLUCCI et al., 2013).

Por conseguinte, as etapas “*definição de metas*” e “*elaboração do plano de cuidados para conquista da (s) meta (s) (Meu Plano Inteligente)*” destinam-se a conduzir o usuário a refletir sobre o que pode ser modificado em sua rotina de cuidados com vistas ao seu bem-estar e como sistematizar as ações, por meio da definição de metas a curto e longo prazo. Os esforços educacionais baseados no empoderamento são desenhados para desenvolver a autonomia dos usuários, uma vez que esses irão elencar suas prioridades, necessidades e realizar suas próprias escolhas (SPENCER, 2014).

É neste momento em que se inicia, entre profissional e usuário, uma relação de parceria e de corresponsabilização pelo cuidar. A definição das metas que apoiarão o plano de cuidados dos usuários é diretamente dependente das histórias de vida dos usuários, dos seus conhecimentos prévios sobre sua condição e de suas expectativas perante o tratamento. Logo, as metas partem do desejo íntimo de cada usuário e são apoiadas pelos profissionais da área da Saúde (TANG et al., 2011).

De tal forma, o plano de cuidados engloba a variedade de ações que podem ser realizadas pelo usuário, as barreiras que possam vir a surgir e os recursos que podem ser utilizados como maneira de ajudá-los no processo (MULVANEY, 2009).

Naturalmente algumas barreiras poderão surgir, as quais deverão ser especificamente abordadas. A capacidade de os usuários resolverem esses problemas e lidarem com o estresse relacionado à sua condição deve ser realçada. Os conceitos de autonomia e culpabilização devem ser muito bem trabalhados. Deve haver um equilíbrio entre ser autônomo para cuidar da saúde e o ato de culpar fatores externos, como problemas com familiares, recursos financeiros e sociedade (SCAMBLER; NEWTON; ASIMAKOPOULOU, 2014; SPENCER, 2014).

Neste cenário, o protocolo destaca também a participação dos pares, com a finalidade de construir redes de apoio. A atuação de companheiros, familiares e amigos próximos têm impacto positivo no tratamento. Companheiros que se dispõem a dar apoio, acompanhar as práticas de atividade física e ter uma alimentação regrada, ajudam a promover melhores resultados a partir do momento que incentivam e acompanham uma vida saudável (GOLDMAN et al., 2013).

Em programas formais de educação em saúde que utilizam a abordagem do empoderamento e o Protocolo Mudança de Comportamento, os familiares e amigos próximos

são convidados a participarem dos momentos de educação e construção do plano de cuidados (FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007).

Como última etapa, o protocolo traz a “avaliação e experiência do usuário sobre o plano de cuidados”. O objetivo desta etapa é promover a reflexão sobre as escolhas realizadas e os caminhos seguidos. Avaliar as metas atingidas e as que ainda serão atingidas é importante para que o usuário monitore a efetividade de suas escolhas e possa, caso necessário, reescrever a sua história (FUNNELL; ANDERSON, 2004)

4. Método

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que tem como foco o desenvolvimento, a avaliação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas.

Pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG, em parceria com o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras e o Laboratório de Bioestatística do Instituto de Ciências Exatas, ambos da UFMG, vêm discutindo a metodologia de processos tradutórios nos últimos anos com o objetivo de não apenas relacionar conteúdos, mas, sobretudo, aprofundar os conhecimentos na área de tradução e adaptação de instrumentos em saúde e propor como metodologia complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde, a adequação cultural.

O objetivo deste método é contribuir com a metodologia para tradução e adaptação de instrumentos empregada na literatura. O foco maior é gerar a equivalência semântica e experiencial entre a versão traduzida do instrumento e a de origem, por meio da adequação cultural. A abordagem utilizada é qualitativa e o referencial teórico adotado é o proposto por Beaton et al (2000) para tradução e adaptação de instrumentos.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no ano de 2014, em quatro Centros de Saúde de Belo Horizonte- MG, pertencentes ao Distrito Sanitário Leste, o qual tem parceria com o NUGEAS e a Universidade Federal de Minas Gerais, em participação de práticas educativas pautadas no empoderamento e na mudança comportamental de usuários com a condição do diabetes.

4.3 Amostra

Para a realização da Adequação Cultural do Protocolo Mudança de Comportamento, foram contatados trinta usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, a saber: ausência de complicações crônicas relacionadas ao diabetes (neuropatias, nefropatias, retinopatias, cardiopatias, entre outras). Assim, a amostra configurase como sendo de conveniência.

Todos já continham dados relacionados às variáveis categóricas (sexo, idade, grau de escolaridade, tempo com a doença e renda mensal) registrados em banco de dados específico pertencentes ao NUGEAS.

4.5 Descrição do Procedimento

A adequação cultural configura-se como uma etapa metodológica realizada junto à tradução e adaptação cultural de instrumentos, mais especificamente na última fase de dado processo, por meio de pré-testes. A Figura 5 exemplifica a ordem das etapas seguidas na condução do presente estudo.

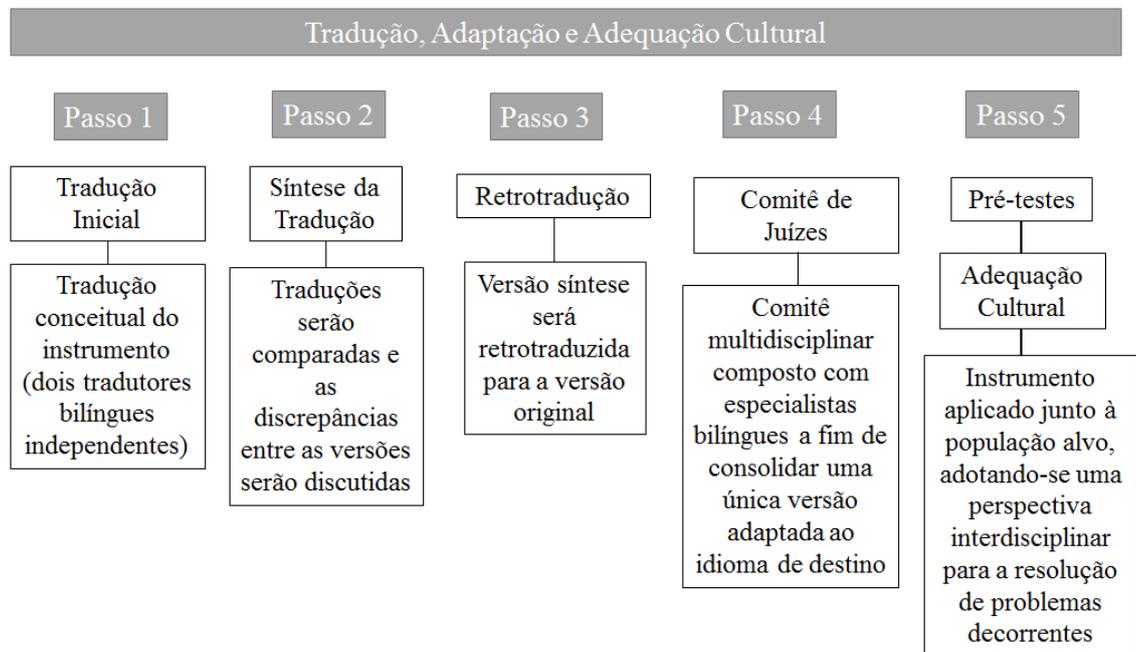


Figura 5- Etapa de adequação cultural – completar à tradução e adaptação

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo

Tal proposta foi implementada a partir do Protocolo Mudança de Comportamento, resultado da tradução do *Behavior Change Protocol* de acordo com as recomendações internacionais (CHAVES, 2014). As etapas do estudo foram sistematizadas conforme fluxograma:

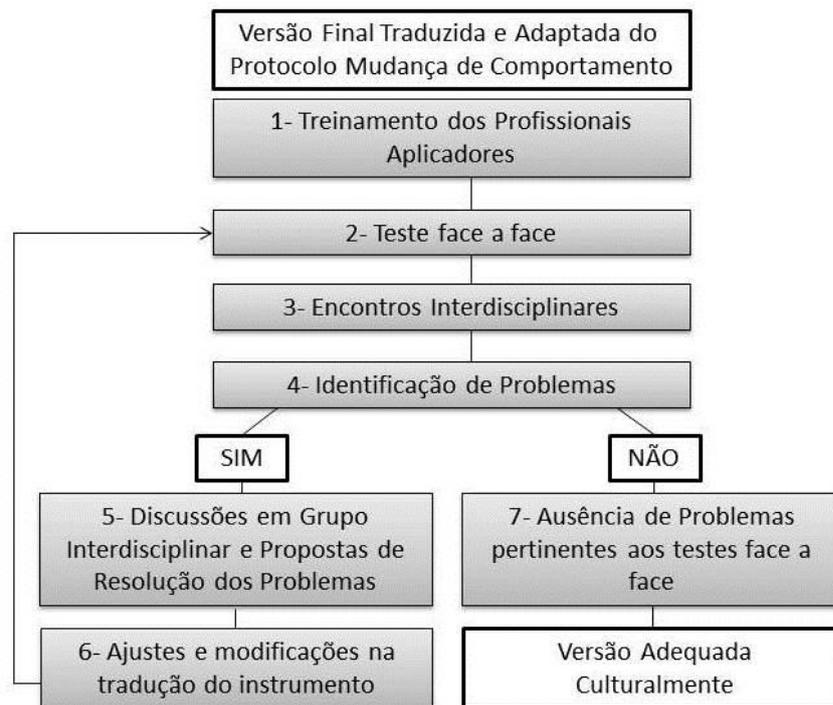


Figura 6- Fluxograma para sistematização da etapa de adequação cultural a partir da versão final traduzida e adaptada do Protocolo Mudança de Comportamento

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo

O objetivo foi desenvolver um ciclo de resolução dos problemas de compreensão da população, com vistas a considerar as percepções e opiniões dos respondentes e dos profissionais aplicadores do instrumento, indicando discrepâncias nas respostas obtidas até que não fossem mais relatadas dificuldades e essas fossem consideradas adequadas. A cada problema encontrado no protocolo, ajustes foram realizados e colocados em prova por meio dos testes face a face.

Cada uma das etapas realizadas conforme fluxograma foi descrita de maneira detalhada:

1) Treinamento dos Profissionais Aplicadores: Foram recrutados oito profissionais da área da Saúde para comporem o time de aplicadores do Protocolo Mudança de Comportamento, pertencentes ao Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde, graduados em nutrição e enfermagem, com curso complementar em estatística. Os aplicadores receberam um treinamento concernente aos objetivos do protocolo e a sua base teórica.

2) Testes face a face: Foi selecionada uma amostra da população alvo composta por trinta indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 e características sócio demográficas heterogêneas. Todos já haviam participado anteriormente de ações desenvolvidas em saúde por um programa educativo e continham dados previamente registrados em banco de dados específico.

Para cada indivíduo, foi agendado um teste face a face, realizado em sua residência pelos aplicadores treinados. O tempo para aplicação do instrumento variou de 20 e 40 minutos e todos os encontros foram gravados por meio de gravadores de áudio. Ressalta-se que os testes face a face foram realizados em conjunto, um aplicador e um ou mais graduandos em enfermagem, com a finalidade de potencializar as observações. O aplicador se mantinha atento às dificuldades encontradas em como realizar as perguntas do protocolo e os graduandos assumiam o papel de observadores, registrando as dificuldades dos entrevistados no momento de compreender e responder às questões, bem como detalhes do contexto de vida de cada um.

Foi construído um banco de dados com a finalidade de descrever as dificuldades relatadas pelos aplicadores em cada questão do protocolo (realização da pergunta), bem como a percepção dos observadores acerca das dificuldades dos respondentes (compreensão da pergunta). À medida que novas versões do instrumento foram geradas (a partir da modificação de itens do instrumento traduzido), novas versões do banco de dados também foram desenvolvidas.

3) Encontros Interdisciplinares: Sequente aos testes face a face, encontros interdisciplinares com a participação de especialistas em Linguística Aplicada, Enfermagem, Nutrição e Estatística, quatro mestrandas em Enfermagem, uma graduanda com formação em Letras e quatro graduandas do curso de Enfermagem, todos afiliados à Universidade Federal de Minas Gerais, eram realizados mediante metodologia participativa e problematizadora, partindo das próprias experiências e conhecimentos dos aplicadores e suas observações relacionadas ao entendimento dos indivíduos, para examinar os problemas encontrados.

Totalizados em seis e realizados no período de abril a junho de 2014, todos os encontros foram registrados por meio de gravações de áudio, assim como os comentários e sugestões dos aplicadores para elaboração da metodologia do processo de adequação cultural do protocolo.

4) Identificação de Problemas: A partir dos testes face a face realizados, foi feita a reformulação dos itens do instrumento questionados, realizada durante as discussões dos

encontros interdisciplinares. A versão corrigida foi testada novamente na população-alvo, até que todos os problemas fossem resolvidos.

5) Discussões em Grupo Interdisciplinar e Propostas de Resolução de Problemas:

As discussões realizadas permitiram identificar problemas relacionados à dificuldade de interpretação das questões e do vocabulário específico do protocolo vivenciadas pelos indivíduos que o responderam e observadas pelos aplicadores. Os argumentos foram abordados por painel para que cada um dos aplicadores e demais membros do comitê interdisciplinar pudessem externar suas opiniões e conhecimentos.

6) Ajustes e Modificações na Tradução do Instrumento: A cada problema identificado, melhorias foram sugeridas e alterações de cunho semântico, idiomático e cultural realizados. A partir de uma nova versão do protocolo, novos testes foram realizados, numa estrutura cíclica.

De tal forma, a partir do momento em que não foram mais detectados problemas na aplicação do Protocolo Mudança de Comportamento, os testes face a face foram dados por encerrados e os encontros interdisciplinares como suficientes, resultando, assim, na versão adequada culturalmente do instrumento em questão.

4.5 Análise dos Dados

Análise de Conteúdo: Como um dos principais objetivos da pesquisa era verificar a compreensão do respondente com relação à pergunta, transcrições dos testes face a face foram realizadas, uma vez que essas evidências eram imprescindíveis para a análise. As transcrições foram realizadas por enfermeiras e nutricionistas, mestrandas ou doutorandas, pelo programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em conjunto com alunos de iniciação científica e assistência à pesquisa da mesma instituição.

Os nomes dos respondentes não foram revelados, por questões éticas, ficando, portanto, somente as iniciais dos mesmos e o registro de data e hora. De tal forma, os problemas de compreensão dos respondentes puderam ser categorizados em três grupos: Conceitos Abstratos; Uso de léxico não habitual ao público alvo; Interpretação incorreta ou dificuldade de assimilação.

Análise dos Diários de Campo: as anotações do diário de campo foram todas analisadas pela pesquisadora, que apresentava continuamente aos membros do comitê interdisciplinar as observações e informações relevantes acerca das dúvidas apresentadas no momento dos testes face a face e as percepções dos aplicadores e observadores quanto ao processo de perguntas e respostas do Protocolo Mudança de Comportamento.

A análise foi feita, portanto, em conjunto, por meio de metodologia participativa e problematizadora. As observações realizadas pelos aplicadores a respeito das dificuldades dos usuários foram consideradas como problemas em potencial e serviram como subsídio para as propostas de melhorias e alterações no Protocolo de Mudança de Comportamento.

Análise de Frequência Relativa (%): As dificuldades discriminadas no banco de dados puderam ser analisadas por frequência relativa simples, uma vez que foram registradas com “sim” e “não” e uma aba específica para descrição das dificuldades. O programa STATA Versão 12.0 foi utilizado.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo seguiu as recomendações de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução 466/12. Foi primeiramente encaminhado à Câmara da Universidade Federal de Minas Gerais, com sequente envio à Plataforma Brasil, o qual obteve parecer positivo sob o número: 41225015.0.0000.5149 (CAAE).

5. Resultados

5. RESULTADOS

O perfil dos sujeitos participantes da etapa de adequação cultural realizada por meio dos pré-testes - trinta indivíduos com diabetes tipo 2 – compreendeu brasileiros, adultos, sendo 74% idosos (60 anos ou mais), em sua maioria do sexo feminino (70%), residentes em Belo Horizonte - MG. Cerca de 44,4% conviviam com a condição crônica do diabetes há cinco anos ou menos e no âmbito da renda mensal, obteve-se: 43,3% (1 a 2 salários/mês); 26,6% (2 a 4 salários/mês) e 10% (5 salários/mês). Observou-se que a maioria dos usuários (53,3%) não possuía instrução formal ou possuía ensino fundamental incompleto e que somente 6,6% estudaram até o nível superior completo.

Ao todo, foram realizadas trinta aplicações do protocolo, divididas em três momentos:

- **1ª versão do instrumento:** Partiu-se da 1ª versão do protocolo traduzida e adaptada culturalmente para a população brasileira e foram realizadas nove aplicações por meio dos testes face a face. Em seguida, o comitê interdisciplinar se reuniu para discutir os problemas encontrados e propor melhorias, resultando na 2ª versão do instrumento.
- **2ª versão do instrumento:** Em seguida, quatorze testes face a face foram realizados, onde mais problemas foram realçados. Assim, o comitê interdisciplinar realizou modificações no instrumento e gerou a 3ª versão.
- **3ª versão do instrumento:** Aplicada a mais sete usuários, não apresentando mais dificuldades de compreensão pela população alvo ou problemas para a realização das perguntas.

Foram realizados seis encontros interdisciplinares e foram necessárias três versões diferentes do Protocolo Mudança de Comportamento até se considerar como suficientes, resultando, assim, na versão adequada culturalmente do Protocolo Mudança de Comportamento. A Figura 7 esclarece o percurso adotado.

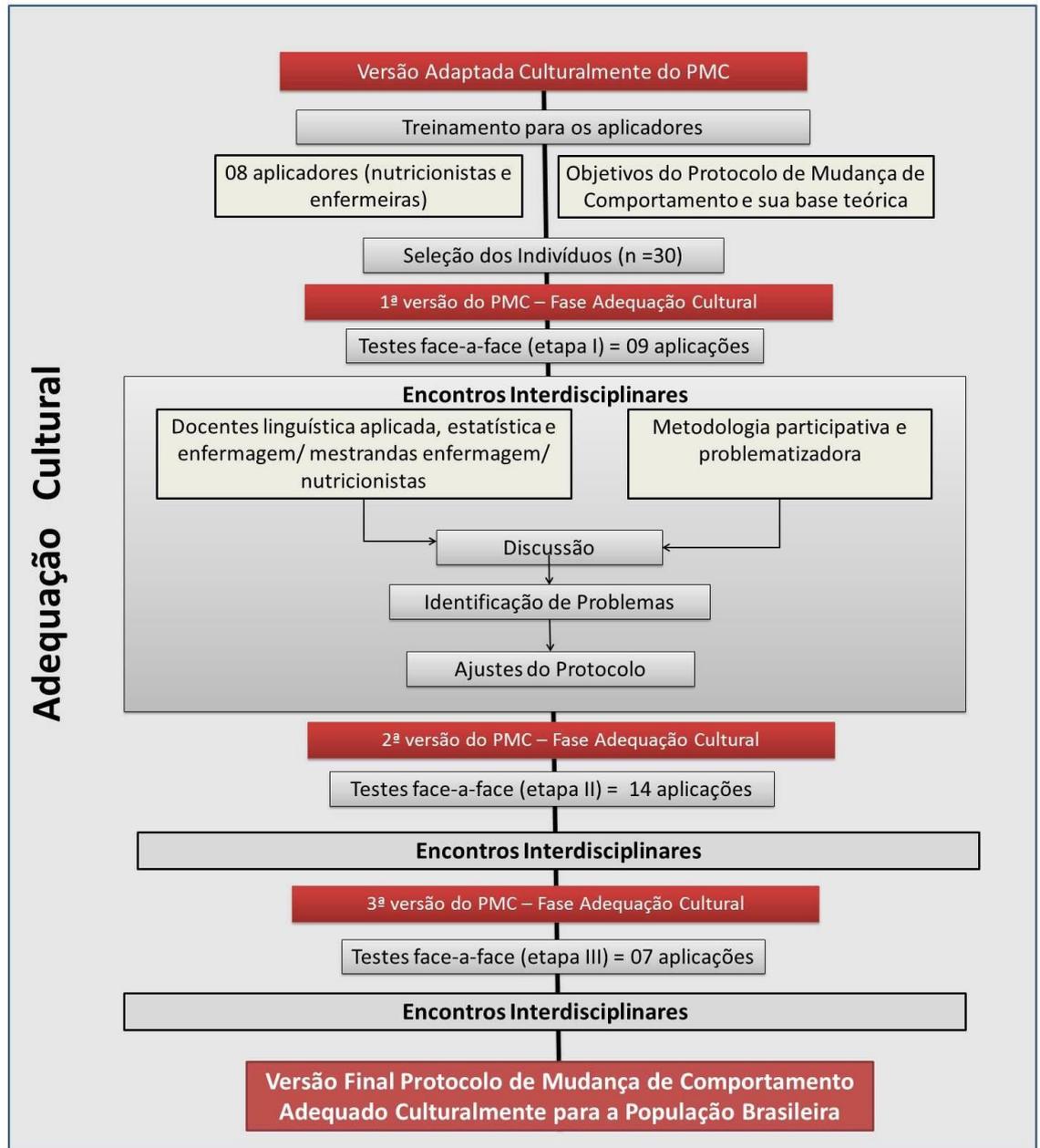


Figura 7- Percurso da adequação cultural do Protocolo Mudança de Comportamento

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo

De acordo com o registro das dificuldades de compreensão realizado na fase dos testes face a face, foi possível construir um banco de dados contendo as dificuldades de compreensão dos profissionais que aplicaram o instrumento e dos entrevistados que o responderam, de acordo com as três diferentes versões do protocolo. Destaca-se a observação sobre o anexo Meu Plano Inteligente, o qual não apresentou nenhuma dificuldade de compreensão por parte dos respondentes desde a sua primeira aplicação. Assim, foi possível

comparar o percentual de dificuldades para realizar e responder as perguntas em cada versão apenas de 25 questões do protocolo, conforme apresentado na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Percentual de entrevistados que apresentaram dificuldades de entendimento e de profissionais que apresentaram dificuldade de aplicação segundo a questão do instrumento e sua versão

Questão	Versão 1		Versão 2		Versão 3	
	Entrevistado (n=9)	Profissional (n=9)	Entrevistado (n=14)	Profissional (n=14)	Entrevistado (n=7)	Profissional (n=7)
Q1	3 (33%)	0 (0%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q2	4 (44%)	0 (0%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q3	3 (33%)	1 (11%)	1 (7%)	3 (21%)	0 (0%)	1 (14%)
Q4	3 (33%)	5 (55%)	3 (21%)	3 (21%)	0 (0%)	0 (0%)
Q5	4 (44%)	0 (0%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q6	3 (33%)	0 (0%)	2 (14%)	2 (14%)	0 (0%)	2 (28%)
Q7	4 (44%)	0 (0%)	2 (14%)	3 (21%)	0 (0%)	0 (0%)
Q8	4 (44%)	3 (33%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q9	4 (44%)	2 (22%)	7 (50%)	7 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Q10	3 (33%)	0 (0%)	1 (7%)	3 (21%)	0 (0%)	0 (0%)
Q11	3 (33%)	3 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q12	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q13	4 (44%)	1 (11%)	2 (14%)	2 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
Q14	3 (33%)	1 (11%)	5 (35%)	2 (14%)	0 (0%)	1 (14%)
Q15	5 (55%)	2 (22%)	3 (21%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q16	4 (44%)	2 (22%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q17	3 (33%)	2 (22%)	3 (21%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q18	3 (33%)	2 (22%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	1 (14%)
Q19	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q20	4 (44%)	2 (22%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q21	4 (44%)	1 (11%)	5 (35%)	2 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
Q22	0 (0%)	1 (11%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q23	4 (44%)	1 (11%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q24	0 (0%)	1 (11%)	2 (14%)	3 (21%)	0 (0%)	1 (14%)
Q25	3 (33%)	1 (11%)	2 (14%)	2 (14%)	0 (0%)	1 (14%)

Os principais problemas encontrados e que justificaram o desenvolvimento de versões diferentes do protocolo foram agrupados conforme as seguintes categorias:

Interpretação incorreta ou dificuldade de assimilação: Houve a necessidade de se ajustarem questões que requeriam que o usuário atribuísse uma nota ou dado quantitativo adotando-se expressões qualificadoras. Por exemplo: o comando “Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas à sua saúde”, foi reformulado por um

enunciado no qual o respondente, em vez de atribuir um valor quantitativo, devia escolher uma de diversas opções numa ordem decrescente de importância: “a) É muito importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?; b) É importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?; c) É “mais ou menos” importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?; d) Não é importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?”. Analogamente, o comando “Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta” foi reformulado por “Como você vê sua confiança para alcançar a (s) sua (s) meta (s): a) Sinto-me muito confiante; b) Sinto-me confiante; c) Sinto-me mais ou menos confiante; d) Não me sinto confiante”. Este exemplo mostra a importância de se testar o questionário junto ao público-alvo na etapa de adequação cultural, de forma a complementar a etapa de modificações sugerida pelo Comitê de Juízes, os quais não tinham apontado maiores problemas com as escalas numéricas inicialmente usadas na tradução do instrumento.

Para sanar problemas de ambiguidade, algumas questões tiveram de ser mais explicitadas, como é o caso de: “Tem alguma pessoa que possa ajudá-lo? ”, que foi reformulada por “Tem alguma pessoa que possa ajudá-lo a conquistar as suas metas? ”.

Uso de léxico não habitual para o público-alvo: palavras como “metas”, “planos de cuidados” e “escolhas” revelaram-se itens que os usuários não utilizam no seu dia-a-dia, ou seja, esses termos eram frequentemente usados em momentos que o profissional de saúde estava conversando sobre a saúde do usuário durante as visitas domiciliares ou grupos operativos, mas fora dessa situação, esses itens lexicais eram esquecidos pelos respondentes. Fez-se necessário que os aplicadores recorressem a exemplos corriqueiros para situar o usuário nas perguntas do protocolo em que tais termos apareceriam: “meta” foi explicado como algo que os indivíduos gostariam de alcançar, os seus objetivos relacionados aos cuidados com o diabetes e com a própria saúde. “Plano de cuidados” foi exemplificado como o passo a passo para alcançar os objetivos de cada um, a “receita” diária que cada um deveria construir e seguir para ter uma boa saúde. Já o termo “escolhas” foi exemplificado como a rotina dos indivíduos; o que cada um fazia durante o dia; qual alimento escolhia para se alimentar; se praticavam atividade física ou não; se faziam o que acreditavam ser o melhor para a própria saúde.

Outra forma que os profissionais de saúde encontraram para construir uma situação para que os usuários pudessem recordar os termos que eles tinham dificuldade de compreensão foi relembrar momentos de educação em saúde vivenciados pela população alvo, bem como grupos operativos e visitas domiciliares, onde tais termos já haviam sido explorados. Ao

passo em que o conteúdo aprendido pelas práticas educativas era lembrado, construía-se um consenso a respeito das questões em que dadas terminologias eram empreendidas. De tal forma, obtinham-se respostas congruentes às perguntas.

Conceitos Abstratos: Discutir algo que não faça parte ainda do cotidiano dos indivíduos e que não seja de cunho material gerou dificuldades de assimilação aos entrevistados. Um exemplo são comportamentos e sentimentos que o Protocolo demanda que o usuário verbalize. Na primeira versão do instrumento, um dos itens solicitava ao usuário que falasse de seus sentimentos por meio da seguinte pergunta: “O que você acha de ter diabetes?”. Os sujeitos respondiam, utilizando qualificações como “ruim” ou “bom”, Assim, o usuário não falava dos seus sentimentos, mas expressava qual era o seu ponto de vista sobre ter diabetes. Para que o entrevistado falasse sobre seus sentimentos, a pergunta foi reformulada para: “Qual (quais) é (são) seu (s) sentimento (s) sobre o diabetes? No entanto, uma terceira e última versão foi necessária, pois os aplicadores perceberam que o entrevistado somente apontava o sentimento e não explicava o porquê de tal emoção. A pergunta foi modificada para: “Como você se sente com essa situação de ter de cuidar da sua saúde ? ”. É interessante destacar que a opção de substituir a palavra “diabetes” por “saúde” foi resultado das discussões entre o comitê interdisciplinar, visando considerar o cuidado global com a saúde e não apenas um único aspecto fisiológico.

As mudanças descritas acima expressam o quanto os instrumentos usados na área das Ciências da Saúde podem ser considerados textos híbridos, pois mesmo sendo originalmente produzidos de maneira escrita, quando aplicados, tais instrumentos acabam sendo utilizados de maneira falada. Em outras palavras, o instrumento que foi construído para ser lido torna-se um texto com características da linguagem falada. Portanto, tal hibridez pode prejudicar a compreensão do instrumento tanto por parte do usuário, que pode ter dificuldade para entender e distinguir essa diferença de meio escrito e falado, quanto por parte do profissional da área das ciências da Saúde, que pode ter dificuldade de aplicar o instrumento por não saber como lidar as mudanças que precisam ser feitas do meio escrito para o falado.

O Quadro 3 exemplifica as principais alterações realizadas no Protocolo Mudança de Comportamento após a execução da etapa de adequação cultural.

Quadro 3- Modificações realizadas nas estruturas das questões do Protocolo Mudança de Comportamento após a execução da etapa de adequação cultural

Versão Traduzida e Adaptada Culturalmente	Problemas Registrados na Aplicação do Instrumento	Proposta de Resolução pelo Comitê Interdisciplinar
<i>Q04- O que você acha de ter diabetes?</i>	Os sujeitos respondiam utilizando qualificações como “ruim” ou “bom”, pois no português brasileiro quando o processo mental “acha” é usado, a opinião do ouvinte é requerida.	<i>Como você se sente com essa situação de ter de cuidar da sua saúde?</i>
<i>Q05- Você se sente [insira o(s) sentimento (s) identificado (s) pelo paciente] porque [insira o(s) significado (s) desse (s) sentimento (s) para a vida do paciente]</i>	O profissional aplicador se sentia inseguro para realizar esse questionamento, uma vez que a estrutura da questão era extensa e confusa.	<i>Você se sente assim (inserir os sentimentos expostos pelo usuário) por quê?</i>
<i>Q09- Que opções você tem para te ajudar a conquistar as suas metas?</i>	Uso do léxico “metas” não era habitual para os usuários respondentes, os quais se sentiam inseguros quanto à pergunta e não conseguiam reformular uma resposta concreta.	<i>Os profissionais aplicadores recorreram a exemplos corriqueiros para situar o usuário nas perguntas do protocolo: “meta” foi explicado como algo que os indivíduos gostariam de alcançar, os seus objetivos relacionados aos cuidados com a própria saúde e a condição do diabetes.</i>
<i>Q11- Tem alguma pessoa que possa te ajudar?</i>	Os usuários respondentes não entendiam qual o sentido da questão, sendo necessário	<i>Tem alguma pessoa que possa te ajudar a alcançar as suas metas?</i>

	especificar seu propósito com a palavra “metas”.	
<i>Q13- Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?</i>	Uso do léxico “escolhas” não era habitual para os usuários respondentes, que se sentiam inseguros quanto à pergunta e formulação da resposta.	<i>Os profissionais aplicadores padronizaram a exemplificação de “escolhas” como a rotina dos usuários respondentes; o que cada um fazia durante o dia; qual alimento escolhia para se alimentar; se praticavam atividade física ou não; se faziam o que acreditavam ser o melhor para a própria saúde.</i>
<i>Q13- Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?</i>	As palavras “vantagens” e “desvantagens” geraram dúvida para os usuários respondentes, uma vez que muitos alegaram não conhecer os respectivos significados.	<i>Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Qual o lado bom e o lado ruim de cada uma delas?</i>
<i>Q15- Vamos montar seu plano de cuidados.</i>	Uso do léxico “plano de cuidados” não era habitual para os usuários respondentes, os quais se sentiram inseguros quanto à formulação da resposta.	<i>Os profissionais aplicadores padronizaram a exemplificação de “plano de cuidados” como o passo a passo para alcançar os objetivos e metas de cada um, a “receita” diária que cada um gostaria de construir e seguir para ter uma boa saúde.</i>

<p><i>Q17- Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas a sua saúde.</i></p>	<p>Os usuários respondentes não conseguiam compreender a relação entre a escala numérica de 1 a 10 com a importância de superar as dificuldades relacionadas à própria saúde.</p>	<p><i>Você acha que:</i></p> <p><i>“a) É muito importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?;</i></p> <p><i>b) É importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?;</i></p> <p><i>c) É “mais ou menos” importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?;</i></p> <p><i>d) Não é importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?”.</i></p>
<p><i>Q18- Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta.</i></p>	<p>Os usuários respondentes não conseguiam compreender a relação entre a escala numérica de 1 a 10 com a confiança em alcançar as metas estabelecidas.</p>	<p><i>“Como você vê sua confiança para alcançar a (s) sua (s) meta (s):</i></p> <p><i>a) Sinto-me muito confiante;</i></p> <p><i>b) Sinto-me confiante;</i></p> <p><i>c) Sinto-me mais ou menos confiante;</i></p> <p><i>d) Não me sinto confiante”.</i></p>

Fonte: Elaborado pela autora para fins deste estudo

6. Discussão

6. DISCUSSÃO

Considerando os aspectos problemáticos relatados na literatura e as discussões sobre a importância de os pesquisadores envolvidos em trabalhos de adaptação de instrumentos considerarem as especificidades existentes entre os contextos de cultura e de situação da população alvo, além dos aspectos da linguagem escrita e falada, por meio de parcerias interdisciplinares com profissionais da Linguística Aplicada, desenvolveu-se como escopo deste trabalho apresentar como proposta complementar à consagrada na literatura a etapa denominada de adequação cultural.

Entende-se como adequação cultural o processo de garantir a plena funcionalidade de um instrumento para sua utilização em uma população específica, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar para a resolução de problemas decorrentes do uso da linguagem registrados quando da aplicação teste do instrumento junto à população alvo.

A necessidade de se garantir a adequação cultural emerge diante das dificuldades observadas na tradução e adaptação cultural, especificamente na fase de testes junto à população alvo, mas também e, sobretudo, aquelas relativas à compreensão do instrumento pela população-alvo: um fator que intervém na funcionalidade do instrumento e compromete sua utilização bem-sucedida para os fins para os quais foi desenhado (PAGANO, 2015).

Autores apontam a necessidade de instrumentos traduzidos estarem o mais próximo possível da realidade da população a que se destina, incorporando coloquialismos e palavras de fácil entendimento (EPSTEIN, 2014; ROSAL, 2011; ALONZO, 2011). É importante destacar que as etapas tradicionalmente seguidas (tradução, síntese da tradução, retrotradução, avaliação pelo comitê de juízes, pré-testes) também preconizam as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial da tradução. Entretanto, a adequação cultural tenta deixar a versão adaptada do instrumento a mais próxima possível dos termos nativos da população e dos coloquialismos, atentando-se para o seu nível sociocultural.

Quando um texto é traduzido, o pesquisador precisa levar em consideração o *contexto de situação* na cultura fonte, onde o instrumento foi originariamente desenvolvido, e as características do *contexto de situação* na cultura alvo, na qual o texto traduzido será utilizado. No presente estudo, a adequação cultural se atentou em desenvolver um contexto de situação análogo ao da cultura fonte, local onde o instrumento tem aplicabilidade satisfatória e resultados positivos (PAGANO, 2015).

Por meio da adequação cultural, foi possível perceber todos os estratos linguísticos do contexto da língua portuguesa, adequando o texto de acordo com expressões, fonologias, gramática, semântica e cultura da população alvo.

Por meio da Teoria Linguística Sistêmico Funcional, foi possível analisar o texto como produto da produção de significado (Protocolo Mudança de Comportamento) e o seu processo de produção de significado (desdobramento instrumento– sua face dialógica). Assim, foi possível não apenas entender opções de tradução mais amplas, como também ampliar o entendimento da tradução como operação entre contextos (FIGUEREDO, 2011).

Optar pelos aspectos discutidos na Teoria Linguística Sistêmico Funcional como forma de resolver os problemas provenientes da comunicação, por meio de um trabalho interdisciplinar, apresentou-se como uma opção viável e efetiva para garantir a compreensão das questões do instrumento traduzido pela população alvo.

O Protocolo Mudança de Comportamento é um instrumento em forma de texto escrito, entretanto, que será utilizado em forma de texto oral. A fala não pode e não consegue ser padronizada por um conjunto de regras gerais assim como a escrita, o que vem a tornar a aplicação desse instrumento uma ação que dispense um envolvimento com a cultura local da população de destino. Apesar disso, a sua aplicação não pode ser realizada de maneira subjetiva pelo profissional aplicador – com modificações aleatórias no momento da aplicação. A adequação cultural atenta-se para essa questão e trabalha o texto de forma que ele se apresente o mais fluido e espontâneo possível, ainda que no formato escrito (PAGANO, 2015).

Dentre os aspectos que justificam o desenvolvimento de uma etapa complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde está o fato de os Comitês de Juízes serem formados predominantemente por profissionais da área da Saúde, o que limita a avaliação ao ponto de vista desses profissionais, sendo desejável a participação de profissionais de outras áreas, bem como de membros da população-alvo (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2014; PELLEGRINO et al, 2014).

No estudo de Martins et al (2015), o instrumento *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* foi traduzido e adaptado para o português de Portugal. Após as traduções, o instrumento foi avaliado por um comitê de juízes composto por uma professora de Linguística e três enfermeiras (uma perita em metodologias de validação de escalas, uma investigadora sobre o escopo que o instrumento aborda e uma mestra em cuidados paliativos). Ao comitê, foi exposto o objetivo da participação de cada membro e foi solicitado que avaliassem as equivalências entre a versão original e a traduzida. Entretanto, nota-se apenas a presença de

profissionais com nível superior e a ausência de pessoas com os perfis aos quais o instrumento é destinado.

Ribeiro et al (2015) traduziram e adaptaram o *Mother-Generated Index* para a cultura brasileira por meio da metodologia proposta por Beaton et al (2000) e, semelhantemente à Martins et al (2015), realizaram a etapa do Comitê de Juízes apenas com especialistas linguistas, acadêmicas da área da saúde e demais professores com doutoramento concluído.

Conforme posto na literatura, a fase final do processo de adaptação é realizada por meio dos pré-testes e tem como objetivo avaliar a qualidade da tradução e adaptação do instrumento, além da aplicabilidade cultural desse. É preconizado que o número de respondentes seja entre 30 e 40 sujeitos, com diferentes níveis de ensino e, no caso de questionários autoaplicáveis, que os mesmos saibam ler e compreender o que leem. Após a aplicação, os sujeitos são convidados a comentar sobre qualquer aspecto que tenha sido difícil de entender. Ao final, é realizado um relatório com a finalidade de obter um consenso para a versão final traduzida do instrumento (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS, 2013; BEATON, 2000).

Na maioria das vezes, as modificações são consideradas somente se 15% ou mais dos participantes apresentarem dificuldades de compreensão, assim como proposto por Ciconelli et al (1999) e reproduzido nos estudos de Costa et al (2015), Pellegrino et al (2014), Ramada-Rodilla (2013), Conrad et al (2015), entre outros.

Costa et al (2015) realizou os pré-testes do processo tradutório do instrumento *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L'Atenció Primària* junto a 35 profissionais médicos e 35 profissionais enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde em uma determinada região da cidade de São Paulo. Cada participante recebeu uma versão impressa do instrumento, na qual redigiram suas dúvidas sobre as questões. A possibilidade de revisão das questões foi considerada se 15% ou mais dos participantes apresentassem dúvidas de compreensão.

No estudo de Ciconelli et al (1999), os pré-testes referentes à adaptação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida -SF 36 foram realizados com 20 pacientes com artrite reumatoide selecionados aleatoriamente. Os questionários foram aplicados aos participantes com o acréscimo da opção de resposta “não aplicável”, que tinha como finalidade identificar questões que não fossem compreendidas pela população. Aquelas questões que apresentaram um índice maior que 15% de respostas “não aplicável” foram selecionadas para discussão e alteração de seus itens. Após modificação, uma nova versão do instrumento foi testada com mais 20 pacientes, sendo a equivalência cultural testada

novamente, até que nenhuma outra questão apresentasse um índice de respostas “não aplicável” maior que 15%.

Contrariamente à proposta de Ciconelli et al (1999), na adequação cultural, propõe-se desenvolver um ciclo de resolução dos problemas de compreensão da população até que a plena inteligibilidade seja atingida. A cada problema encontrado no instrumento, ajustes são realizados e avaliados por meio dos testes face a face, independente do quantitativo de dúvidas.

A principal contribuição da adequação cultural para o processo tradutório são os resultados dos testes face a face e atuação cíclica do comitê interdisciplinar, uma vez que os resultados são dependentes dos sujeitos da pesquisa e, enquanto os problemas relacionados à compreensão dos indivíduos não forem saturados, o processo não é concluído. Afinal, o foco de todo processo tradutório é a compreensão plena pela população-alvo.

Além disso, a maioria das recomendações traz a avaliação pelo Comitê de Juízes como único momento. São poucos os estudos que quebram esta regra e instauram um comitê mais presente. O papel do comitê é crucial para rever todas as traduções, tomar decisões críticas, chegar a um consenso sobre qualquer discrepância e consolidar todas as versões do instrumento (SANTO et al, 2015).

Na adequação cultural, apresenta-se como proposta o comitê interdisciplinar cíclico: enquanto a população alvo continuar apresentando dificuldades de compreensão, os termos e palavras conflitantes continuarão sendo discutidos pela equipe interdisciplinar e testados após cada reformulação, até que se saturem os problemas. Assim, a presença dos especialistas e profissionais inseridos no contexto da população alvo é constante.

O comitê interdisciplinar da adequação cultural do Protocolo Mudança de Comportamento foi composto não somente de tradutores e doutores em Linguística Aplicada, mas também por enfermeiros e nutricionistas com vínculo contínuo junto à população alvo e pertencentes a um mesmo centro de pesquisa, os quais, pautados em teorias problematizadoras e dialógicas, refletiram sobre o uso da linguagem em diferentes contextos e assumiram o papel de aplicadores do protocolo, que traziam as dúvidas e dificuldades dos usuários entrevistados nas suas multiplicidades.

A interdisciplinaridade é um meio de integrar os conhecimentos e métodos em prol da resolução de problemas (CLARK; WALLACE, 2015). Alves, Magalhães e Pagano (2000) destacam a importância da interdisciplinaridade para o processo de tradução. Segundo os autores, dialogar com outras ciências e conhecimentos é uma possibilidade de aprendizagem

para ambas as áreas do conhecimento e não restringe o processo tradutório a um conjunto de aspectos isolados e pouco produtivos.

Nesse processo, a atuação dos especialistas em Linguística Aplicada na fase de adequação cultural foi essencial, uma vez que puderam auxiliar na resolução dos problemas de compreensão da população, esclarecendo os possíveis usos das palavras e termos que poderiam ser substituídos aos da tradução sem que se alterasse o sentido original dos itens do instrumento. A atuação da Estatística foi imperativa para conduzir as discussões acerca da etapa de validação no que se refere às propriedades psicométricas de um instrumento e para constatação de que não é necessário realizá-la nesse estudo.

É importante ressaltar que a etapa de adequação cultural não substitui nenhuma etapa preconizada e sim as complementa. Não são todos os instrumentos que demandam a realização da validação por meio de cálculos estatísticos, uma vez que instrumentos que tem como escopo guiar intervenções em saúde, subsidiar manejos clínicos ou simplesmente informar, não mensuram variáveis.

A literatura estabelece que a etapa de validação visa considerar: o instrumento ser capaz de medir sem erros; de medir de acordo com as variações do tempo e perfis dos indivíduos; ser simples, viável e aceito pelos participantes; ser adequado para medir o fenômeno pretendido e, refletir a teoria do fenômeno ou conceito que está sendo medido. Todas essas características estão relacionadas com duas propriedades: confiabilidade e validade. Para mensurar essas propriedades, medidas estatísticas são calculadas, como o coeficiente alfa de Cronbach, o coeficiente de Correlação ou o índice Kappa de Cohen, a depender sempre das características do instrumento (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS, 2013). Entretanto, o Protocolo Mudança de Comportamento é um instrumento aberto, de cunho qualitativo e que não visa medir variáveis, não sendo, portanto, passível de validação.

Todavia, aqueles instrumentos que demandam validação e, caso optem por realizar a etapa de adequação cultural, poderão ter resultados mais fidedignos relativos à etapa de validação, uma vez que o instrumento estará mais próximo das especificidades da população de destino. A principal distinção entre estas duas fases é que a análise dos testes face a face é focada nas respostas obtidas na aplicação do instrumento, objetivando clarear ao máximo o entendimento para o entrevistado, garantindo que ele entenda a pergunta de fato, repercutindo, conseqüentemente, nas respostas dadas. Por outro lado, a validação é focada unicamente nas respostas obtidas na aplicação de um instrumento que visa medir algum fenômeno (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS, 2013).

Estudos demonstram a relação existente entre os dados sociodemográficos e o gerenciamento do autocuidado, conhecimento e atitudes do usuário perante a condição do diabetes. Autores discutem que o nível de escolaridade e a renda familiar influenciam diretamente no acesso às informações e aprendizagem (TORRES; PACE; STRADIOTO, 2010; RODRIGUES et.al., 2012). O perfil da população alvo se mostrou determinante para as considerações do comitê interdisciplinar e para o número de versões revisadas do instrumento. Em uma população com baixa escolaridade e baixo nível de instrução formal, espera-se encontrar dificuldade para interpretar e compreender textos, bem como um vocabulário pouco vasto, o que vem a justificar a necessidade em se modificar palavras como: “metas”, “planos de cuidados”, “escolhas”, “vantagens” e “desvantagens” (ALONZO, 2011).

No estudo de Rosal (2003), a autora discute as questões sociais como um ponto primordial a ser considerado pelos pesquisadores envolvidos em processos tradutórios, ressaltando que as nuances do vocabulário utilizado pela população alvo é determinante para adquirir a equivalência experiencial dos instrumentos. Ainda, a autora utiliza a técnica de entrevistas cognitivas para garantir a plena compreensão dos respondentes.

Entrevistas cognitivas foram desenvolvidas para diminuir a ocorrência de dúvidas e dificuldade de compreensão das perguntas realizadas por meio de questionários de pesquisas, impactando, conseqüentemente, em respostas com conteúdos mais coerentes e precisas. Entrevistas cognitivas englobam a verbalização dos sentimentos, pensamentos e interpretações variadas sobre as questões do instrumento. O uso de entrevistas cognitivas está cada vez mais reconhecido como uma valiosa etapa no processo de criação e tradução de instrumentos. Essa técnica já foi utilizada, por exemplo, em pesquisas envolvendo populações com baixa renda para adaptar instrumentos a serem utilizados junto a mulheres afro americanas (ROSAL; CABORNE; GOINS, 2003).

Em particular, a entrevista cognitiva nos permite explorar os componentes individuais do processo de perguntas e respostas: compreensão, de recuperação, de julgamento e de resposta. Diversas abordagens já foram descritas na literatura para condução de entrevistas cognitivas, entretanto, duas são mais utilizadas. Por meio da abordagem “*fale em voz alta*”, o respondente é convidado a expressar verbalmente a sua opinião sobre a pergunta e sobre o seu processo de resposta. A outra alternativa é a utilização da técnica de “*sondagem*”, que consiste em realizar a pergunta da pesquisa e em seguida sondar o respondente sobre a sua resposta e o assunto.

Collins (2003) traz a entrevista cognitiva como uma ferramenta de diagnóstico a ser utilizada nos pré-testes de instrumentos de pesquisa, tais como questionários. Ela se concentra

principalmente no questionário, em vez do processo da pesquisa, prestando atenção explícita aos processos que os entrevistados usam para responder as perguntas do questionário e, portanto, permite modificar itens do instrumento a partir da identificação de problemas evidentes. É qualitativa e flexível na natureza de análise, sendo uma etapa complementar e não substituta dos testes de campo tradicionais.

Para a adequação cultural, optou-se em seguir as considerações que a entrevista cognitiva apresenta, tais como a importância de se atentar às perguntas do questionário, mas, sobretudo, às respostas, considerando os problemas encontrados independente de sua frequência de aparição. Ainda, Collins (2003) apresenta justificativas para alteração de itens tanto por parte do respondente, quanto por parte do entrevistador.

A adequação cultural se atenta às dificuldades dos aplicadores em realizar as questões, bem como a maneira como realizam as perguntas, justificando, assim, o treinamento prévio dos mesmos.

O teste face a face propicia a contextualização da realidade dos indivíduos, uma vez que é realizado nas respectivas residências, permitindo ao aplicador inserir-se na realidade do outro e aprimorar sua concepção de educar em saúde e promover o autocuidado. Além disso, é novo na literatura a presença de dois profissionais nos momentos dos testes face a face, sobretudo, quando um deles tem o papel de observador. Ter um sujeito específico para auxiliar as discussões sobre as dificuldades percebidas pelo aplicador e para observar de fato o contexto da população alvo gera contribuições importantes e propostas de melhorias condizentes à realidade socioeconômica e cultural.

Com isso, a partir da adequação cultural do instrumento do presente estudo, observaram-se melhorias na compreensão e respostas mais fidedignas dos usuários selecionados para compor a amostra da população alvo. A frequência relativa às dificuldades registradas nos bancos de dados revelou uma melhora significativa na frequência de dúvidas e dificuldades para responder. Questões com até 55% de dúvida inicial atingiram 0% na escala de frequência após os ajustes concebidos na terceira versão adequada culturalmente.

A construção do fluxograma para sistematização da etapa de adequação cultural em por objetivo ser um espelho para a condução desta metodologia em qualquer instrumento, independentemente de seu conteúdo ser para manejo clínico ou quantificador de alguma variável. Atenta-se como limitações deste estudo o fato de ter sido realizado a partir de somente um instrumento. Por isso, justifica-se a continuidade dessa proposta para maiores discussões e comparações de resultados.

7. Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs descrever a metodologia de adequação cultural do Protocolo Mudança de Comportamento, a qual visou garantir a plena funcionalidade do instrumento para sua utilização em uma população específica, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar para a resolução de problemas decorrentes do uso da linguagem registrados quando da aplicação deste do instrumento junto à população alvo.

O sucesso de uma pesquisa que envolve tradução de instrumentos em saúde demanda a atenção a uma série de fatores que, muitas vezes, são desconhecidos para o pesquisador das Ciências da Saúde, o que intervém em consonância de trabalhos interdisciplinares.

A adequação cultural é uma proposta inovadora a ser aplicada em trabalhos de tradução e adaptação cultural de instrumentos na área da Saúde, sobretudo por considerar o trabalho interdisciplinar com a Linguística Aplicada e Estatística. Trata-se de uma metodologia sensível aos problemas de compreensão e visa à resolução consensual das dificuldades por meio de encontros interdisciplinares compostos pelos aplicadores treinados, profissionais da área da Saúde e especialistas em processos tradutórios engajados em garantir a plena aplicabilidade de instrumentos traduzidos.

Ainda que a adequação cultural seja considerada laboriosa, mostrou-se uma metodologia eficaz e essencial a ser desenvolvida como etapa complementar à consagrada dos pré-testes, uma vez que propicia respostas mais fidedignas dos respondentes e condizentes com os objetivos da pesquisa.

Para os estudos tradutórios, essa dissertação sugere que seus pesquisadores conheçam e desenvolvam suas percepções sobre as variáveis envolvidas nos textos escritos e falados e como essas podem interferir na compreensão da população a que se destina. A tradução e adaptação de instrumentos demandam avaliações e observações mais apuradas dos parâmetros de cada tipo de texto, assim como reflexões e reformulações com vistas a garantir a adequação cultural.

REFERÊNCIAS

- AHOLA, A. J.; GROOP, P. H. Barriers to self-management of diabetes. **Diabetic medicine**, v. 30, p. 413–420, 2013.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ALONZO, K.T.D. Avaliação e revisão de questionários para uso entre imigrantes latinos com baixos níveis de alfabetização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1-11, 2011.
- ALVES, F. Um modelo didático do processo tradutório: a integração de estratégias de tradução. In: ALVES, F., MAGALHÃES, C. PAGANO, A. **Traduzir com autonomia**. São Paulo: Contexto, 2000.
- ANDERSON, R.M.; FUNNEL, M.M. Using the Empowerment Approach to Help Patients Change Behavior. **Practical Psychology for Diabetes Clinicians**, p. 3–11, 2002.
- ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. Patient Empowerment: From revolution to evolution, treatment strategies. **Treatment Strategies Diabetes**, 2011.
- BACKES, M.T.S.; ROSA, L.M.; FERNANDES, G.C.M.; BECKER, S.G.; MEIRELLES, B.H.S.; SANTOS, S.M.A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p: 111-7, 2009.
- BEATON. D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B.. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.
- BENFICA, M.F.M.B. **Atividades de retextualização em livros didáticos de português: estudo dos aspectos linguístico-discursivos dos gêneros implicados**. 2013. 170f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos)- Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2013.
- BRISLIN, R.W. Comparative research methodology: cross-cultural studies. **International Journal of Psychology**, v. 11, n. 3, p.215-29, 1976.
- CASAGRANDE, F. C. G. **Lingua Falada e Lingua Escrita: Uma Proposta Didática Para as Aulas de Língua Portuguesa**. In: VIII SEMINÁRIO DE PESQUISA EM CIÊNCIAS HUMANAS, 2010, Londrina. ANAIS DO VIII SEMINÁRIO DE PESQUISA EM CIÊNCIAS HUMANAS. LONDRINA: EDUEL, v. VIII. p. 724-736, 2010.
- CHAVES, F.A. **Tradução e adaptação cultural do “BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL” para a língua portuguesa-brasil**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, p. 143–150, 1999.

CLARK, S.G.; WALLACE, R.L. Integration and interdisciplinarity: concepts, frameworks, and education. **Policy Sciences**, v. 48, n. 2, p 233-25, 2015.

COLLINS, D. Pretesting survey instruments : An overview of cognitive methods. **Quality of Life Research**, v. 12, p. 229–238, 2003.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde Construction of measurement instruments in the area of health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015.

CONRAD, C.; CHAMLIAN, T.R.; OGASOWARA, M.S.; PINTO, M.A.G.S.; MASIERO, D. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the Prosthesis Evaluation Questionnaire. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 14, n. 2, p. 110-14, 2015.

COSTA, G.D.; SOUZA, R.A.; YAMASHITA, C.H.; PINHIRO, J.C.F.; ALAVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 49, n. 2, p. 298-308, 2015.

COSTER, W.J.; MANCINI, M.C. Recomendações para a tradução e adaptação. **Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, v.26, n. 1, p. 50-7, 2015.

DAOUK-OYRY, L.; MCDOWAL, A. Using Cognitive Interviewing for the Semantic Enhancement of Multilingual Versions of Personality Questionnaires. **Journal of Personality Assessment**, v, 95, n. 4, p. 407-416, 2013.

EPSTEIN, J.; MIYUKI, R.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 435–441, 2015.

EPSTEIN, J.; OSBORNE, R.H.; ELSWORTH, G.R.; BEATON, D.E.; GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire : experimental study showed expert committee , not back-translation , added value. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 360–369, 2015.

FERREGUETTI, K.; RODRIGUES, J. Transcrição de dados verbais. In: TORRES, H.C.; REIS, I.A.; PAGANO, A.S. **O empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde**. Belo Horizonte, FAE/UFMG, 2015, p. 01-250.

FIGUEREDO, G. P. **Introdução ao perfil metafuncional do português brasileiro: contribuições para os estudos multilíngues**. 2011. 383f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos)- Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.

FUNNELL, M.M.; ANDERSON, R.M. Empowerment and Self-Management of Diabetes. **Clinical Diabetes**, v. 22, n. 3, p. 123–127, 2004.

FUNNELL, MM; TANG, TS; ANDERSON, RM. From DSME to DSMS : Developing Empowerment-Based Diabetes Self-Management Support. **Diabetes Spectrum**, v. 20, n. 4, p. 221–226, 2007.

GOLDMAN, M.L.; GHOROB, A.; EYRE, S.L.; BODENHEIMER, T. How do peer coaches improve diabetes care for low-income patients? **The Diabetes Educator**, v. 39, n. 6, p. 800–809, 2013.

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

HALLIDAY, M. A. K. **Language as social semiotic: the social interpretation of language and meaning**. Baltimore: University Park Press, 1978.

HALLIDAY, M. A. K. Linguistics and Machine Translation: STUF - Language Typology and Universals. In: HALLIDAY, M. A. K. (Ed.). **Computational and quantitative studies**. London: Continuum, 2005.

HALLIDAY, M. A. K.; MATTHIESSEN, C. M. I. M. **Halliday's introduction to functional grammar**. 4. ed. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge, 2014.

HARACHI, T.W.; CHOI, Y.; ABBOTT, R.D.; CATALANO, R.F.; BLIESNER, S.L. Examining equivalence of concepts and measures in diverse samples. **Prevention Science**, v. 7, n. 4, p. 359-68, 2006.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: the universalist approach. **Quality Life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-35, 1998.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.;BADIA, X. “Equivalence” and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality Life Research**, v. 6, p. 237–247, 1997.

HERNÁNDEZ-JIMÉNEZ, S.; GARCIA-ULLOA, C., MEHTA, R.; AGUILAR-SALINAS, C.A.; KERSHENOBICH-STALNIKOWITZ D. Innovative Models for the Empowerment of Patients with Type 2 Diabetes : The CAIPaDi Program. **Recent Patents on Endocrine Metabolic & Immune Drug Discovery**. , v. 8, n. 3, p.202-9, 2014.

KING, D.K. et al. Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. **Diabetes Care**, v. 33, n. 4, p. 751–753, 2010.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento : processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 4, p. 733–743, 2009.

KOCH, I. V. *A inter-ação pela linguagem*. São Paulo: Contexto, 1992.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento : a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 486–500, 2015.

- LYNCH, C.P.; EGEDE, L.E. Optimizing diabetes self-care in low literacy and minority populations-problem-solving, empowerment, peer support and technology-based approaches. **Journal of General Internal Medicine**, v. 26, n. 9, p. 953–955, 2011.
- MANTWILL, S.; FIORDELLI, M.; LUDOLPH, R.; SCHULZ, P.J. EMPOWER-support of patient empowerment by an intelligent self-management pathway for patients: study protocol. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 15, n. 1, p. 1–7, 2015.
- MARTINS, A.R.; PINTO, S.; CALDEIRA, S.; PIMENTEL, F.L. Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. ser. IV, n. 4, pp. 89-97, 2015.
- MULVANEY, S.A. Improving Patient Problem Solving to Reduce Barriers to Diabetes Self Management. **Clinical Diabetes**, v. 27, n. 3, p. 99-103, 2009.
- NICOLUCCI, A. et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, v. 30, p. 767–777, 2013.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Carta de Ottawa. 1986. In: Brasil. **Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1999.
- OSINAGA, V.L.M. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares**. 2004. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto.
- PAGANO, A.S. A linguagem na construção das práticas educativas nas Ciências da Saúde. In: TORRES, H.C.; REIS, I.A.; PAGANO, A.S. **O empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde**. Belo Horizonte, FALE/UFMG, 2015, p. 01-250.
- PELLEGRINO, L.A.; ORTOLAN, E.V.P.; MAGALHAES, C.S.; VIANA, A.A.; NARAYANAN, U.G. Brazilian Portuguese translation and cross-cultural adaptation of the “Caregiver Priorities and Child Health Index of Life with Disabilities” (CPCHILD) questionnaire. **BMC Pediatrics**, v. 14, p. 30, 2014.
- PEÑA-PURCELL, N.C.; BOGGESS, M.M. An Application of a Diabetes Knowledge Scale for Low-Literate Hispanic/Latinos. **Health promotion practice**, v. 15, n. 2, p. 252-62, 2013.
- RAMADA-RODILLA, J.M.; SERRA-PUJADAS, C.; DELCLÓS-CLANCHET, G.L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud Pública Mexico**, v. 55, n. 1, p. 57-66, 2013.
- RAAIJMAKERS, L.G.; HAMERS, F.J.M.; MARTENS, M.K.; BAGCHUS, C.; VRIES, N.K.; KREMERS, SPJ. Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2013.

- REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n. 4, p. 665-673, 2007.
- RIBEIRO, S.G., et al. Translation and cultural adaptation of the Mother-Generated Index into Brazilian Portuguese: A postnatal quality of life study. **Midwifery**, v. 31, n. 7, p. 735-41, 2015.
- ROSAL, M.C. et al. Randomized trial of a literacy-sensitive, culturally tailored diabetes self-management intervention for low-income Latinos: Latinos en control. **Diabetes Care**, v. 34, n. 4, p. 838–844, 2011.
- ROSAL, M.C.; CARBONE, E.T.; GOINS, K.V. Use of Cognitive Interviewing to Adapt Measurement Instruments for Low-Literate Hispanics. **The Diabetes Educator**, v. 29, n. 6, p. 1006–1017, 2003.
- ROSAL, M.C.; GOINS, K.V.; CORTES, D.E. Views and preferences of low-literate Hispanics regarding diabetes education: results of formative research. **Health education & behavior**, v. 31, p. 388–405, 2004.
- SALCI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.G. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & contexto**, v. 22, n. 1, p. 224–230, 2013.
- SANTO, R.M.; RIBEIRO-FERREIRA, F.; ALVES, M.R.; EPSTEIN, J.; NOVAES, P. Enhancing the cross-cultural adaptation and validation process: linguistic and psychometric testing of the Brazilian–Portuguese version of a self-report measure for dry eye. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 370–378, 2015.
- SANTOS, Z.B. A Linguística Sistêmico-Funcional: algumas considerações. **Soletras Revista**. n. 28, v. 2, p. 165-181, 2014.
- SAYÃO, J. **O jornalismo literário e as falas de seus entrevistados: um estudo da linguística sistêmico funcional**. São Paulo: PUC-SP. 2011. 148f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, São Paulo, 2011.
- SCAMBLER, S.; NEWTON, P.; ASIMAKOPOULOU, K. The context of empowerment and self-care within the field of diabetes. **Health (London)**, v., 18, n. 6, p. 545-560, 2014.
- SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.E.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.
- SPENCER, G. Young people and health: towards a new conceptual framework for understanding empowerment. **Health (London)**, v. 18, n. 1, p. 3–22, 2014.
- STEWART, A. L.; THRASHER, A.D.; GOLDBERG, J.; SHEA, J.A. A Framework for Understanding Modifications to Measures for Diverse Populations. **Journal of Aging and Health**, v. 24, p. 992–1017, 2012.

TANG, T.S.; FUNNELL, M.M.; BROWN, M.B.; KURLANDER, J.E. Self-management support in “real-world” settings: An empowerment-based intervention. **Patient Education and Counseling**, v. 79, n. 2, p. 178–184, 2010.

TORRES, H. C.; PACE, A.E.; STRADIOTO, M. A. Análise sócio-demográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.15,n.1, p.48-54, 2010

TORRES, H.C.; PEREIRA, F.R.L.; ALEXANDRE, L.R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2011.

TRAVAGLIA, N. (1993). A Tradução numa Perspectiva Textual. Tese de Doutorado, USP, (digitado), 315.p. TRAVAGLIA, N. G. *Tradução retextualização: tradução numa perspectiva textual*. Uberlândia: Edufu, 2003. *apud* BENFICA, M.F.M.B. **Atividades de retextualização em livros didáticos de português: estudo dos aspectos linguístico-discursivos dos gêneros implicados**. 2013. 170f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos)- Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2013.

WILLIS, G., MILLER, K. (2011). Cross-cultural cognitive interviewing: Seeking comparability and enhancing understanding. **Field Methods**, 2011.

ZOFFMANN, V.; KIRKEVOLD, M. Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care: A Guided Self-Determination Intervention. **Qualitative Health Research**, v. 22, p. 103–118, 2012.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO PROTOCOLO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO: DESENVOLVIMENTO DE UMA METODOLOGIA DE ADEQUAÇÃO CULTURAL” que será desenvolvida pela enfermeira SUMAYA GIAROLA CECILIO para conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem e é orientada pela Prof^a. Dr^a. Heloísa de Carvalho Torres docente da Universidade Federal de Minas Gerais e coorientada pela Prof^a. Dr^a. Adriana Silvina Pagano. O objetivo da pesquisa é propor a metodologia utilizada na adequação cultural do Protocolo de Mudança de Comportamento, destinado à promoção do autocuidado em diabetes, para seu uso em populações para as quais não foi originalmente desenvolvido. Caso haja algum problema às acadêmicas de enfermagem do projeto e a pesquisadora estarão à disposição para o esclarecimento de dúvidas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a autorizar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, espera-se que a divulgação de seus resultados favoreça discussões e aprimoramento do programa educativo para o acompanhamento a pacientes com DM2. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, (*nome do participante*) declaro que fui devidamente esclarecido (a) e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof.^a. Dr^a. Heloísa de Carvalho Torres.

Data: __/__/__ Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Sumaya Giarola Cecilio, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data __/__/__ Assinatura do pesquisador coordenador

CONTATOS:

Prof. Dra. Heloísa de Carvalho Torres - Universidade Federal de Minas Gerais – Departamento de Enfermagem Aplicada/ENA, fone: (031) 3409-9850. E-mail: helois.ufmg@gmail.com

Sumaya Giarola Cecilio – Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Email: sumayagc@ufmg.br

Comitê de ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte: Avenida Afonso Pena, 2336 – 9º andar Bairro Funcionários – Belo Horizonte-MG. Cep 30130-007 Telefone: 3277-7768 Email: coep@pbh.gob.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901 coep@prpq.ufmg.br telefax 31 3409-4592

APÊNDICE B- PROTOCOLO MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Protocolo de Mudança de Comportamento
<p><u><i>1º Passo: Definição do problema</i></u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual é a sua maior dificuldade para cuidar da sua saúde? 2. Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia a dia. 3. Dê exemplo (s) de uma situação que ocorreu com você por causa dessa dificuldade. <p><u><i>2º Passo: Identificação e abordagem dos sentimentos</i></u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Como você se sente com essa situação de ter de cuidar da sua saúde? 5. Você sente [inserir o (s) sentimento (s) exposto (s) pelo usuário] por quê? <p><u><i>3º Passo: Definição de metas</i></u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. O que você quer fazer para melhorar a sua saúde? 7. Como você pode mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor? 8. Como você espera que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano? 9. Que opções você tem para te ajudar a conquistar sua (s) meta (s)? 10. O que você acha que pode atrapalhar a conquista da (s) sua (s) meta (s)? 11. Tem alguma pessoa que possa lhe ajudar a alcançar a (s) sua (s) meta (s)? 12. Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Qual o lado bom e o lado ruim de cada uma delas? 13. O que pode acontecer se você não se cuidar? 14. Vamos montar o seu plano de cuidados. <p><u><i>4º Passo: Elaboração do plano de cuidados para conquista da (s) meta (s) (Meu Plano Inteligente)</i></u></p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Você está disposto a seguir o plano de cuidados para superar as dificuldades de que você falou? 16. Você acha que: <ol style="list-style-type: none"> a) É muito importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde. b) É importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde. c) É “mais ou menos” importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde. d) Não é importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde. 17. Como você vê sua confiança para alcançar a(s) sua(s) meta(s)?

- a) Me sinto muito confiante.
 - b) Me sinto confiante.
 - c) Me sinto mais ou menos confiante.
 - d) Me sinto confiante
18. Que passo (s) você pode dar para alcançar a (s) sua (s) meta (s)?
19. E o que de fato você vai fazer para alcançar a (s) sua (s) meta (s)?
20. Quando você vai começar?

5º passo: Avaliação e experiência do paciente sobre o plano de cuidados

- 21. Como foi seguir o plano?
- 22. O que você aprendeu com essa experiência?
- 23. Que dificuldades você teve para seguir o plano?
- 24. O que você faria diferente da próxima vez?
- 25. Você terminou o plano, e agora, o que você vai fazer?

Meu Plano Inteligente

Plano de cuidados e metas

1. **Motivação:** O que é mais importante para você trabalhar primeiro? De 0 a 10, quanto isso é importante para você?
2. **Especificação:** O que você vai fazer? Onde você vai fazer? Quando você vai fazer?
3. **Esforço:** Por quanto tempo você vai fazer? Com qual frequência você vai fazer isso?
4. **Alcance:** Quais dificuldades você espera encontrar? Se sim, como você vai superar essas dificuldades?
De 0 a 10, quanto você acha que está confiante de que pode completar este plano?
5. **Importância:** Como esses passos vão te ajudar a alcançar a (s) sua(s) meta(s)?
6. **Tempo:** Por quanto tempo você vai seguir este plano?

APÊNDICE C – PRODUTOS DO MESTRADO

Nº	ESPECIFICAÇÃO	STATUS
1	ADEQUAÇÃO CULTURAL: UMA NOVA METODOLOGIA COMPLEMENTAR A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE	Aguardando parecer da banca de defesa da dissertação.
2	TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL PARA O CONTEXTO CULTURAL BRASILEIRO	Enviado à revista Texto & Contexto Enfermagem. Qualis: A2
3	IDENTIFICANDO BARREIRAS E CUMPRIMENTO DE METAS PARA PRÁTICA DE AUTOCUIDADO EM PESSOA COM DIABETES TIPO 2	Publicado na Revista COGITARE Enfermagem no Volume 20, N. 4 Qualis: B2
4	MAPA DE CONVERSAÇÃO EM DIABETES: ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	Aceito para publicação na Revista REME no ano 2016. Qualis: B2
5	ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM DO VIVER COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	Aceito para publicação na Revista RENE no ano 2016. Qualis: B2
6	ANÁLISE DE DADOS NÃO ESTRUTURADOS – MINERAÇÃO DE TEXTOS	Capítulo publicado no livro: Empoderamento do Pesquisador nas Ciências da Saúde. Editora FALE/UFMG. 2015.
7	ANÁLISE DE DADOS NÃO ESTRUTURADOS COLETADOS DE GRAVAÇÕES DE ÁUDIO E VÍDEO	Capítulo publicado no livro: Empoderamento do Pesquisador nas Ciências da Saúde. Editora FALE/UFMG. 2015.
8	BOAS PRÁTICAS PARA A PESQUISA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE	Capítulo publicado no livro: Empoderamento do Pesquisador nas Ciências da Saúde. Editora FALE/UFMG. 2015.

APÊNDICE D

Tradução e Adaptação do *Behavior Change Protocol* para o Contexto Cultural Brasileiro

Translation and cross cultural adaptation of the *Behavior Change Protocol* for the Brazilian Cultural Context

Traducción y adaptación del *Behavior Change Protocol* para el Contexto Cultural Brasileño

RESUMO

OBJETIVO: Traduzir e adaptar o *Behavior Change Protocol* para seu uso no contexto cultural brasileiro. **METODO:** A equivalência conceitual e de itens precedeu às etapas de tradução inicial, síntese da tradução, retrotradução e obtenção de uma versão consolidada submetida a um Comitê de Juízes composto por 11 profissionais da área da Saúde e da Linguística Aplicada, que examinaram a versão traduzida do instrumento e o original para fins de equivalência semântica, idiomática, conceitual e experiencial. **RESULTADOS:** As reformulações na versão traduzida foram realizadas com o objetivo de garantir a clareza na compreensão pela população alvo e se atingir a validade de face do protocolo. **CONCLUSÃO:** A versão traduzida, nomeada Protocolo de Mudança de Comportamento, contemplou os critérios de equivalência entre o instrumento original e o traduzido, possibilitando seu uso em práticas educativas.

DESCRITORES: Diabetes Mellitus; Protocolos; Traduções; Educação em Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To translate and cross-culturally adapt the *Behavior Change Protocol* for use within the Brazilian cultural context. **METHOD:** Conceptual and item equivalence was assessed prior to forward translation, reconciliation, back-translation and submission to an expert committee of 11 healthcare and language professionals who examined the translated version and the original instrument in terms of semantic, idiomatic, conceptual and experiential equivalence. **RESULTS:** The final version was drafted drawing on suggestions by healthcare and language professionals in order to ensure the target population's understanding and to attain the protocol's face validity. **CONCLUSION:** The translated

version, titled *Protocolo de Mudança de Comportamento*, fully met equivalence criteria and proved adequate for use in educational practices for diabetes care.

DESCRIPTORS: Diabetes Mellitus; Protocols; Translating; Health Education.

RESUMEN

OBJETIVO: Traducir y adaptar el *Behavior Change Protocol* para su uso en el contexto cultural brasileño. **METODO:** Se examinó primeramente la equivalencia conceptual y de para luego procederse a la traducción inicial, síntesis de la traducción, retrotraducción y la obtención de una versión consolidada presentada a un Comité de Jueces compuesto por 11 profesionales del área de Salud y de Lingüística Aplicada, que compararon la versión traducida y el instrumento original en relación a su equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial. **RESULTADOS:** Las reformulaciones del texto traducido fueron basadas en las sugerencias de los especialistas, lingüistas aplicados y profesionales del área de la salud, con el objetivo de asegurar su clara comprensión por parte del público al cual será destinado y la validez facial del protocolo. **CONCLUSIÓN:** La versión traducida, llamada *Protocolo de Cambio de Comportamiento*, contempla los criterios de equivalencia entre el instrumento original y el traducido, posibilitando su uso futuro en prácticas educativas sobre diabetes.

DESCRIPTORES: Diabetes Mellitus; Protocolos; Traducción; Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a abordagem da prática educativa no âmbito da condição do Diabetes Mellitus deixou de priorizar o repasse de informação e passou a valorizar o empoderamento do usuário do serviço de Saúde, incentivando-o a assumir a responsabilidade por seu próprio cuidado e, assim, a reduzir os riscos de complicações e a aumentar sua qualidade de vida. Essas práticas educativas buscam considerar os aspectos comportamentais, psicossociais e clínicos do usuário com diabetes.^{1,2}

Nessa perspectiva, especialistas da Universidade de Michigan/ EUA realizaram a elaboração e adaptação do instrumento *Behavior Change Protocol* que se destina a auxiliar os profissionais da área da Saúde a conduzirem práticas educativas que priorizem o empoderamento do usuário e promovam a construção reflexiva do autocuidado, visando à mudança de comportamento. É formado por 31 itens organizados em cinco passos para a mudança de comportamento e um anexo denominado de “I-SMART”, e tem sido utilizado em

outros países, onde foram demonstrados resultados positivos na modificação das atitudes, mudança de comportamento e melhora do controle metabólico.³

Faz-se imperativo mencionar que dentre os instrumentos disponíveis na literatura não foi encontrado outro instrumento que pudesse contemplar os mesmos objetivos propostos pelo *Behavior Change Protocol*, uma vez que esse instrumento valoriza a natureza do problema, os sentimentos relacionados às barreiras do autocuidado e as possibilidades de enfrentamento.³

Dada a necessidade de se disponibilizar aos profissionais da área da Saúde um instrumento a ser utilizado em práticas educativas pela abordagem do empoderamento em diabetes, a Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras e o Laboratório de Bioestatística, ambos da UFMG, traduziram e adaptaram o *Behavior Change Protocol* para a sua aplicação no contexto cultural brasileiro.

O objetivo do estudo foi realizar a tradução e adaptação cultural do *Behavior Change Protocol* para a cultura brasileira, atendendo-se os critérios de equivalência entre o instrumento original e o traduzido – Protocolo Mudança de Comportamento.

MÉTODOS

O processo de tradução e adaptação cultural foi precedido pela solicitação de autorização para a utilização do *Behavior Change Protocol*, a qual foi concedida pelo autor principal.³

Previamente às etapas de tradução, os pesquisadores buscaram avaliar a equivalência conceitual e de itens, onde os conceitos relacionados ao diabetes foram explorados com o intuito de verificar se as etapas do instrumento eram relevantes ao contexto cultural brasileiro. Foi realizada uma ampla revisão bibliográfica acerca dos instrumentos disponíveis na literatura e encontros interdisciplinares com profissionais da área da Saúde, Linguística Aplicada e integrantes do Núcleo de Gestão, Educação e Avaliação em Saúde, para discutir e avaliar o instrumento. Em seguida, foram realizadas as etapas preconizadas na literatura: Tradução inicial; Síntese da Tradução; Retrotradução (*back-translation*); e Avaliação por Comitê de Juízes.^{4,5}

Tradução Inicial, Síntese da Tradução e Retrotradução

A tradução inicial do instrumento foi realizada de forma independente por duas tradutoras bilíngues do Laboratório Experimental de Tradução da FALE/UFMG, originando as versões T1 e T2. Na segunda etapa, as duas versões (T1 e T2) foram consolidadas em (T1-2). A síntese da tradução teve como foco encontrar consenso quanto à tradução dos trechos em que houve divergência nas escolhas das tradutoras.

A versão (T1-2) foi submetida à apreciação de um terceiro tradutor doutor na área de Linguística Aplicada e Tradução. O principal foco dessa revisão foi o refinamento linguístico da síntese das traduções, tendo sido sugeridas alterações na formulação de algumas perguntas e trocas de algumas palavras, à exceção da terminologia técnica. As mudanças sugeridas foram analisadas pelas tradutoras e implementadas quando comprovada a necessidade de alteração. A síntese da tradução foi revisada onze vezes até um consenso que gerou a versão final (T12).

As retrotraduções ou *back-translations* (BT) foram realizadas e comparadas por outros dois profissionais especialistas em Linguística Aplicada e Tradução da FALE/UFMG, com a finalidade de verificar a existência de divergência entre ambas, o que revelaria a necessidade de reformular a tradução de alguns trechos. As divergências com o texto original foram discutidas e resolvidas, dando origem à versão em português (T13). Essa versão foi submetida ao Comitê de Juízes para a comparação, que se fundamentou nas análises de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

Avaliação pelo Comitê de Juízes

O Comitê de Juízes atuou de maneira presencial e foi composto por equipe interdisciplinar de 11 profissionais com domínio da língua inglesa, especialistas em programas educativos para a construção do autocuidado em Diabetes Mellitus (5 enfermeiras e 1 nutricionista) e por profissionais que atuavam na atenção primária (1 enfermeira e 1 fisioterapeuta) e na área da Linguística Aplicada (3 bacharéis especialistas em tradução).

O Comitê teve como objetivo assegurar que a versão final fosse compreensível e cumprisse com os requisitos de equivalência semântica (gramática e vocabulário), experiencial (experiências vivenciadas dentro do contexto cultural da sociedade brasileira), idiomática (uso de coloquialismos, expressões e palavras que são utilizadas frequentemente pela população brasileira) e a conceitual (que representa a coerência do item com os pressupostos teóricos do instrumento original). Para avaliação das equivalências, o Comitê de Juízes seguiu os conceitos sugeridos na literatura por Epstein, Santo e Guillemín (2014).

As diferentes versões traduzidas foram disponibilizadas juntamente com um instrumento de avaliação, que indagava aos juízes sobre seu entendimento de cada item em

relação aos passos do protocolo. O objetivo foi avaliar a clareza e a compreensão do instrumento traduzido. O instrumento de avaliação preenchido pelos juízes continha as seguintes questões: “Você acha que essa pergunta ou afirmação é relevante para o protocolo?”; “Você tem dificuldade para entender essa questão?”; “As potenciais respostas podem ser claras e de fácil entendimento?”; “Como você falaria/ expressaria isso, caso tenha dúvidas?”; “Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?”.

No momento em que houve discordância da tradução de alguma palavra ou termo, foram realizadas discussões até a obtenção de um consenso sobre a tradução, elegendo-se a opção mais apropriada e a que gerava significado análogo aquele expresso no instrumento original, sem comprometer a compreensão pela população a que se destinava.

As modificações realizadas e as suas justificativas foram gravadas e transcritas pelas pesquisadoras e, como resultado dessa etapa, obteve-se a primeira versão consensual na língua portuguesa do Brasil, a qual se denominou de versão final – T-14. Essa etapa resultou na validade de face do protocolo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob o parecer nº 0024041020309A. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As etapas de tradução e adaptação contribuíram para a consolidação de uma versão consensual do protocolo em português brasileiro, denominado Protocolo de Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus. A versão final foi baseada nas sugestões dos especialistas, linguistas aplicados e profissionais da área da Saúde com o objetivo de melhorar a clareza e a interpretação para a população.

As equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial do instrumento foram avaliadas durante a reunião do Comitê de Juízes. A comparação entre a versão consolidada após retrotradução e a versão original resultou em alguns ajustes culturais e linguísticos que tiveram o intuito de garantir o melhor refinamento do instrumento quanto à compreensibilidade e a validade de face. A versão final obtida após avaliação pelo Comitê de Juízes está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Versão final (T-14) do Protocolo de Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus. Belo Horizonte, 2015.

Original	Final
<p><i>Behavior Change Protocol - 5-step behavioral goal-setting process</i></p> <p><u><i>Step one: define the problem</i></u></p> <p><i>1. What is the hardest thing about caring for diabetes for you?</i></p> <p><i>2. Please tell me more about that.</i></p> <p><i>3. Are there some specific examples you can give me.</i></p> <p><u><i>Step two: recognize your feelings</i></u></p> <p><i>4. What are your thoughts about this?</i></p> <p><i>5. Are you feeling (insert feeling) because (insert meaning)</i></p> <p><u><i>Step three: choose a goal</i></u></p> <p><i>6. What do you want?</i></p> <p><i>7. How would this situation have to change for you to feel better about it?</i></p> <p><i>8. Where would you like to be regarding this situation in (specific time, e.g., 1 month, 3</i></p>	<p>Protocolo de Mudança de Comportamento</p> <p>1º Passo: Definição do problema</p> <p>1. Qual é a sua maior dificuldade para controlar o diabetes?</p> <p>2. Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia a dia.</p> <p>3. Dê exemplo(s) de uma situação que aconteceu com você por causa dessa dificuldade.</p> <p>2º Passo: Identificação e abordagem dos sentimentos</p> <p>4. O que você acha de ter diabetes?</p> <p>5. Você se sente... [insira o(s) sentimento(s) identificado(s) pelo paciente] por que... [insira o(s) significado(s) desse(s) sentimento(s) para vida do paciente].</p> <p>3º Passo: Definição de metas</p> <p>6. O que você quer fazer para melhorar a sua saúde?</p> <p>7. Como você pode mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor?</p> <p>8. Como você espera que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1</p>

<p><i>month, 1 year)?</i></p> <p>9. <i>What are your options?</i></p> <p>10. <i>What are barriers for you?</i></p> <p>11. <i>Who could help you?</i></p> <p>12. <i>What are the costs and benefits for each of your choices?</i></p> <p>13. <i>What would happen if you do not do anything about it?</i></p> <p>14. <i>Let's develop a plan</i></p> <p><u>Step four: make a plan (I- SMART plan) to reach your goal</u></p> <p>15. <i>Are you willing to do what you need to do to solve this problem?</i></p> <p>16. <i>How important is it to you on a scale of 1-10?</i></p> <p>17. <i>How confident are you that you will be able to reach this goal on a scale of 1-10?</i></p> <p>18. <i>What are some steps you could take to help you reach this goal?</i></p> <p>19. <i>What are you going to do?</i></p> <p>20. <i>When are you going to do it?</i></p> <p><u>Step five: experience and evaluate the plan</u></p>	<p>ano?</p> <p>9. Que opções você tem para te ajudar a conquistar suas metas?</p> <p>10. O que você acha que pode atrapalhar a conquista da(s) sua(s) meta(s)?</p> <p>11. Tem alguma pessoa que possa te ajudar?</p> <p>12. Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?</p> <p>13. O que pode acontecer se você não se cuidar?</p> <p>14. Vamos montar o seu plano de cuidados.</p> <p>4º Passo: Elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente)</p> <p>15. Você está disposto a seguir o plano de cuidados para superar as dificuldades de que você falou?</p> <p>16. Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas a sua saúde?</p> <p>17. Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta?</p> <p>18. Que passo(s) você pode dar para alcançar a sua meta?</p> <p>19. E o que de fato você vai fazer para alcançar a sua meta?</p> <p>20. Quando você vai começar?</p> <p>5º passo: Avaliação e experiência do paciente</p>
---	---

<p>21. <i>How did it go?</i></p> <p>22. <i>What did you learn?</i></p> <p>23. <i>What barriers did you encounter?</i></p> <p>24. <i>What, if anything, would you do differently next time?</i></p> <p>25. <i>What will you do when you leave here today?</i></p>	<p>sobre o plano de cuidados</p> <p>21. Como foi seguir o plano?</p> <p>22. O que você aprendeu com essa experiência?</p> <p>23. Que dificuldades você teve para seguir o plano?</p> <p>24. O que você faria diferente da próxima vez?</p> <p>25. Você terminou o plano, e agora, o que você vai fazer?</p>
<p style="text-align: center;"><i>My I-SMART Diabetes Action Plan</i></p> <p>1. <i>Inspiring: What is most important to <u>YOU</u> to work on? On a scale of 0-10, how important is this to you?</i></p> <p>2. <i>Specific: What will you do? Where will you do it? When will you do it?</i></p> <p>3. <i>Measurable: How much will you do? How often will you do it?</i></p> <p>4. <i>Achievable: What barriers, if any, do you expect to face? How will you overcome these barriers?</i> <i>On a scale of 0-10, how confident are you that you can complete this specific plan?</i></p> <p>5. <i>Relevant: How will this step help you achieve your overall goal?</i></p> <p>6. <i>Time- specific: How long will you do this experiment?</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Meu Plano Inteligente Plano de cuidados e metas</i></p> <p>1. <i>Motivação: O que é mais importante para <u>você</u> trabalhar primeiro? De 0 a 10, quanto isso é importante para você?</i></p> <p>2. <i>Especificação: O que você vai fazer? Onde você vai fazer? Quando você vai fazer?</i></p> <p>3. <i>Esforço: Por quanto tempo você vai fazer? Com qual frequência você vai fazer isso?</i></p> <p>4. <i>Alcance: Quais dificuldades você espera encontrar? Se sim, como você vai superar essas dificuldades? De 0 a 10, quanto você acha que está confiante de que pode completar este plano?</i></p> <p>5. <i>Importância: Como esses passos vão te ajudar a alcançar a(s) sua(s) meta(s)?</i></p> <p>6. <i>Tempo: Por quanto tempo você vai seguir este plano? Por quanto tempo você vai seguir este plano?</i></p>

As sugestões incorporadas na versão final do instrumento em português disseram respeito a problemas de ordem gramatical, como inversão de palavras na frase ou substituição de algum termo por sinônimo correspondente. Alguns itens merecem destaque devido às dificuldades apresentadas durante as etapas de tradução para o português brasileiro ou devido à necessidade de se observar significados do instrumento original e adequação da versão traduzida para a população alvo. Foram estes:

- 1- **Mudança na forma de expressão de nomes das seções do instrumento:** No item 2, por exemplo, o nome da seção representa um comando dado ao entrevistado “*define the problem*”, que corresponde ao 1º passo do protocolo. O comando “defina” na versão síntese foi substituído por “definição” na versão final, como forma de nomear cada uma das etapas. Isso ocorre também nos itens 6, 9, 19 e 26, com os demais passos do protocolo: “*recognize*”, “*choose*”, “*make*”, “*experience*” e “*evaluate*”.
- 2- **Ajuste no significado conceitual** - O verbo “manter” da versão-síntese foi substituído pela palavra “controlar” na versão final. A modificação justificou-se pelo fato de que o significado de “manter” para a pergunta gera uma ideia de que o usuário já está com o diabetes controlado, o que nem sempre é verdade. Já o significado de “controlar” gerou uma ideia de que o diabetes poderá ser controlado pelo usuário, caso ainda não esteja controlado.
- 3- **Escolha de itens lexicais com maior frequência de uso:** O termo “objetivo” da versão-síntese foi trocado pelo termo “metas” na versão final, por ser mais frequente na área da Saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de Saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários. Ainda, no inglês, a escrita do termo “*step one*” em extenso é mais comum do que a escrita em número ordinal. Já no português brasileiro, a escrita ordinal do termo é a mais frequente do que a escrita em extenso. Então, traduziu-se “*step one*” para “1º passo” tanto na versão síntese como na versão final.
- 4- **Explicitação de significado para maior clareza de compreensão no contexto de cultura brasileiro:** A questão “*what do you want*” da versão original foi especificada na versão-síntese pela expressão “controlar o diabetes”, com a finalidade de garantir o entendimento pela população. Ainda, após discussões entre os membros do Comitê de Juízes, foi modificada para: “o que você quer fazer para melhorar a sua saúde”, com o intuito de seguir o raciocínio proposto nas questões iniciais do instrumento. No Item 7, a tradução da palavra “*thoughts*” na língua inglesa possui dois significados possíveis

para o português brasileiro: o de “pensamento” e o de “opinião”. Então, a expressão “como é que você se sente tendo o diabetes” na versão-síntese foi modificada para “O que você acha de ter diabetes?” na versão final: T-14.

DISCUSSÃO

Neste trabalho, a colaboração de profissionais da área da Linguística Aplicada teve como objetivo esclarecer as possíveis palavras em português que poderiam ser utilizadas sem alterar o contexto abordado pelo instrumento de origem. Além disso, essa colaboração apontou os limites da língua inglesa em relação a sua adaptabilidade e correspondência para o português, facilitando as discussões com profissionais da área da Saúde por meio da troca de conhecimentos e experiências.⁶

Nota-se a importância de selecionar os profissionais adequados a serem envolvidos no trabalho de tradução, o qual compreende pesquisa intensa sobre as propriedades do instrumento a ser traduzido, conhecimento da técnica consagrada na literatura e, sobretudo, suas limitações.⁵⁻⁷ Encontrar profissionais qualificados, tanto ativos em pesquisas para a área da Saúde, quanto integrados à ciência de processos tradutórios, não é uma tarefa simples, haja vista que o novo instrumento deve ser adequado para a população alvo.^{7,8}

O Comitê de Juízes do presente estudo foi composto de maneira interdisciplinar por profissionais da área da Linguística Aplicada, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e, principalmente, por profissionais especialistas em educação em saúde que atuavam diretamente junto à população de interesse, sabendo assim, reconhecer as palavras e termos que poderiam gerar dúvidas e dificuldades aos respondentes. A interdisciplinaridade na composição do Comitê de Juízes foi considerada relevante para a elaboração de uma versão final qualificada e criteriosa e permitiu a construção de conhecimentos elaborados e críticos pelos profissionais envolvidos nas discussões. Autores destacam que dialogar com outras ciências e/ou com outros conhecimentos é uma possibilidade de aprendizagem para ambas as áreas do conhecimento e não restringe o processo tradutório a um conjunto de aspectos isolados e pouco produtivos.⁶

A revisão de literatura realizada sobre a consecução das equivalências entre o instrumento original e o traduzido durante o processo de adaptação cultural de instrumentos, apresentou algumas diferenças entre autores. Beaton et al consideram a necessidade de se contemplar quatro áreas de equivalências: semântica, idiomática, experiencial e conceitual.⁽⁵⁾

Entretanto, Herdman⁷ propõe um modelo de avaliação das equivalências definido por meio de seis tipos: conceitual, de item, semântica, operacional, mensuração e funcional. A

principal distinção entre os dois autores está na apreciação da pertinência dos conceitos e domínios do instrumento antes de se iniciar o processo tradutório, denominado de equivalência conceitual. Ainda, esse modelo prescreve que se avalie os itens do instrumento e as possibilidades de adequação dos mesmos para a população a que se destina, para então iniciar a avaliação das equivalências semânticas por meio das etapas de tradução. Em seguida, avalia-se a pertinência de aspectos operacionais (tais como: aplicação e número de questões); e por fim, as propriedades psicométricas do instrumento são avaliadas por meio da equivalência de mensuração e funcional.⁷ Neste estudo, obteve-se a equivalência de itens por meio de discussões entre especialistas e revisão de literatura acerca de instrumentos com objetivos similares.

Por sua vez, Beaton et al⁵ nos trazem uma perspectiva mais prática para avaliação das equivalências, uma vez que parte da decisão de se traduzir o instrumento e avaliar, as equivalências entre o instrumento traduzido e o de origem durante os passos de tradução e adaptação, por meio de uma metodologia sistematizada. Para o presente estudo, obteve-se as equivalências semântica, idiomática e conceitual por meio das etapas de tradução inicial, síntese da tradução, retrotradução e avaliação pelo Comitê de Juízes. A equivalência experiencial foi atingida, em especial, pela participação de profissionais especialistas em educação em saúde, uma vez que conseguiram expor nas discussões as questões relacionadas ao autocuidado em saúde no âmbito da condição do diabetes e as palavras e expressões que melhor representavam esse contexto.

Os juízes consideraram o Protocolo Mudança de Comportamento relevante para a prática educativa no contexto cultural brasileiro, podendo este ser guia de intervenções educativas e momentos para responsabilização do autocuidado em saúde, resultando na melhora do controle glicêmico e melhor qualidade de vida dos usuários com a condição do diabetes.³ Ressalta-se que não foram encontrados estudos de adaptação cultural do instrumento *Behavior Change Protocol* para outros idiomas, não sendo possível, portanto, realizar comparações com as adaptações para outras culturas.

Diversos estudos vêm se dedicando à tradução e adaptação de instrumentos para diversificadas culturas, uma vez que a opção da tradução, ao contrário da elaboração de um novo instrumento, apresenta vantagens tais como reserva de tempo e recursos financeiros.⁹⁻¹¹ No âmbito das condições crônicas, como o Diabetes Mellitus, estudos têm demonstrado que para se atingir bons resultados nas práticas educativas, é necessário que não só a intervenção, mas também os instrumentos utilizados, sejam sensíveis às necessidades da população alvo.¹¹⁻

Dentre as limitações do trabalho, cita-se o cenário em que foi desenvolvido o estudo, tendo este sido geograficamente específico, localizado em uma determinada região do Sudeste do Brasil. Portanto, variações de expressões e significado de palavras entre diferentes regiões podem acontecer e, talvez, precisem ser consideradas em aplicações futuras. No entanto, assegura-se que a versão traduzida do protocolo seguiu os passos preconizados nas diretrizes atuais, podendo, assim, ser utilizada em práticas educativas destinadas à construção do autocuidado de indivíduos com condições do diabetes.

CONCLUSÃO

O instrumento *Behavior Change Protocol* foi traduzido e adaptado ao contexto cultural brasileiro, sendo intitulado Protocolo Mudança de Comportamento. As equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual dos itens traduzidos com os itens na língua de origem foram preservadas e a validade de face foi atingida.

APOIO

Este estudo contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais-FAPEMIG.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERENCIAS

1. Mantwill S, Fiordelli M, Ludolph R, Schulz PJ. EMPOWER-support of patient empowerment by an intelligent self-management pathway for patients: study protocol. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2015; 15(1):1–7.
2. Hernández JS, García UC, Mehta R, Aguilar SCA, Kershenobich SD. Innovative Models for the Empowerment of Patients with Type 2 Diabetes: The CAIPaDi Program. *Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov.* 2014; 8(3):202-9.
3. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes.* 2004; 22(3):123–7.
4. Santo RM, Ribeiro-Ferreira F, Alves MR, Epstein J, Novaes P. Enhancing the cross-cultural adaptation and validation process: linguistic and psychometric testing of the

Brazilian–Portuguese version of a self-report measure for dry eye. *J Clin Epidemiol*. 2015 Apr; 68(4):370-8.

5. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. 2014;68(4):435–41.

6. Clark SG, Wallace RL. Integration and interdisciplinarity: concepts, frameworks, and education. *Policy Sci*. 2015.48: 233-55.

7. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(4):665-73.

9. Ribeiro SG et al. Translation and cultural adaptation of the Mother-Generated Index into Brazilian Portuguese: A postnatal quality of life study. *Midwifery*. 2015 Jul;31(7):735-41.

10. Bonanato K, Pordeus I, Compart T, Oliveira AC, Allison PJ, Paiva SM. Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian version of an instrument to assess impairments related to oral functioning of people with Down syndrome. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:4.

11. Peña-Purcell NC, Bogges MM. An Application of a Diabetes Knowledge Scale for Low-Literate Hispanic/Latinos. *Health Promot Pract*. 2014; 15(2):252-62.

12. Stewart AL, Thrasher AD, Goldberg J, Shea J. A Framework for Understanding Modifications to Measures for Diverse Populations. *Journal of Aging and Health*. 2012; 24(6): 992–1017.

13. Clark ML, Utz SW, Hollen P. Use of Diabetes Self-Management Instruments Among Rural African American Populations. *SOJNR*. 2011; 11(1):1-27

APÊNDICE E

ADEQUAÇÃO CULTURAL: ETAPA COMPLEMENTAR À TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE

Sumaya Giarola Cecilio¹; Heloísa de Carvalho Torres²; Ilka Afonso Reis³; Júlia Santos Nunes Rodrigues⁴; Adriana Silvina Pagano⁵

1 Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. (31) 3409-9845 / 9846. sumayagc@ufmg.br

2 Doutor em Avaliação, Educação e Promoção em Saúde. Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. (31) 3409-9845 / 9846. heloisa@enf.ufmg.br

3 Doutor em Sensoriamento Remoto. Departamento de Estatística. Instituto de Ciências Exatas. Universidade Federal de Minas Gerais. (31) 3409-5937. ilka@ufmg.br

4 Graduanda em Letras. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. Faculdade de Letras. Universidade Federal de Minas Gerais. (31) 3409 6013 juliasnrodrigues@ufmg.br

5 Doutor em Letras. Faculdade de Letras. Universidade Federal de Minas Gerais. (31) 3409 6013. apagano@ufmg.br

*Autor responsável pela troca de correspondências
Endereço: Av. Alfredo Balena, 190. CEP: 30.130-100
Belo Horizonte - MG – Brasil.
Sala 520.
Telefone: (31) 3409-9845 / 9846

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) processo APQ-00896-13/Edital Programa HIPERDIA Minas.

INTRODUÇÃO

A tradução e adaptação cultural de instrumentos constitui prática corrente nas ciências da Saúde e está pautada por metodologia padrão adotada em diversos países, apresentando algumas variações no que diz respeito aos seus procedimentos. Uma das metodologias amplamente adotadas é a descrita em Beaton et al (2000), a qual consiste em cinco etapas: tradução inicial por dois tradutores independentes (*forward translation by two independent translators*), síntese da tradução (*synthesis of the translations*), retrotradução (*back*

translation), avaliação por comitê de juízes (*expert committee review*), pré-testes (*pretesting*) e, quando aplicável, validação (*validation*).^{1,2}

Entretanto, alguns estudos alertam para a insuficiência dessa metodologia, apontando limitações. Dentre os principais questionamentos levantados, encontra-se o papel da retrotradução (*back translation*), avaliada como uma das principais etapas do processo. Estudos recentes têm discutido a imprecisão da produtividade atribuída à retrotradução, e conferido um papel mais destacado à avaliação pelo comitê de juízes e os pré-testes do instrumento traduzido em amostras da população alvo³⁻⁵ sobretudo quando os instrumentos traduzidos são aplicados em populações desfavorecidas social e economicamente.^{6,7}

A etapa de pré-testes (*pretesting*) em particular é apontada como apresentando problemas ao não contemplar uma sistematização sensível de resolução dos problemas encontrados. Na maioria das vezes, as modificações sugeridas pelo Comitê de Juízes perante as dificuldades apresentadas pela população alvo, são consideradas somente se 15% ou mais dos participantes apresentarem dificuldades de compreensão, assim como proposto por Ciconelli et al.⁸ e reproduzido em variados estudos.^{7,9-11}

Além disso, é preciso que o tradutor contemple as especificidades da língua escrita e da língua falada no próprio processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos, para que o texto consolidado ao final desse processo e validado nos pré-testes esteja o mais pronto possível para ser encenado na interação falada entre usuário e profissional da saúde.⁵

A linguagem falada dispõe de recursos linguísticos que promovem a interação fluida entre falantes, uma maior empatia e, muitas das vezes, completam e esclarecem o sentido da comunicação. Quando a adaptação cultural está mais pautada pela linguagem escrita, o profissional que conduz a aplicação de um instrumento deve estar atento às possibilidades de fazer escolhas linguísticas mais adequadas à população alvo. Isso demanda uma maior sensibilidade para aspectos linguísticos da prática profissional. Além disso, uma forma de se contornar os problemas decorrentes da interação falada é propiciar a produção de textos traduzidos e adaptados culturalmente mais próximos da linguagem falada.⁵

Dessa forma, a tradução e adaptação cultural de instrumentos demandam uma avaliação mais acurada dos parâmetros de cada tipo de texto, assim como reflexões e reformulações no sentido de se garantir as equivalências entre o texto original e o traduzido, além de resguardar uma adequação cultural.⁵

A adequação cultural de um instrumento visa produzir um texto que possa ser utilizado na cultura alvo de modo a se estabelecer a interação entre pesquisador e usuário, de forma tão espontânea e natural como o faz o instrumento original em sua respectiva cultura.

Sob a perspectiva da linguística sistêmico funcional, a tradução é um trabalho que objetiva atingir as equivalências das funções gramaticais em contextos análogos, ou seja, proporcionar um texto traduzido para a população alvo com aplicabilidade e funcionalidade análogas ao do texto original.⁵

De tal forma, o objetivo deste estudo é apresentar um estudo orientado para o desenvolvimento de uma etapa metodológica complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde, denominada Adequação Cultural, e evidenciar sua viabilidade por meio de sua implementação no processo tradutório do instrumento Protocolo Mudança de Comportamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que tem como foco o desenvolvimento, a avaliação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas.

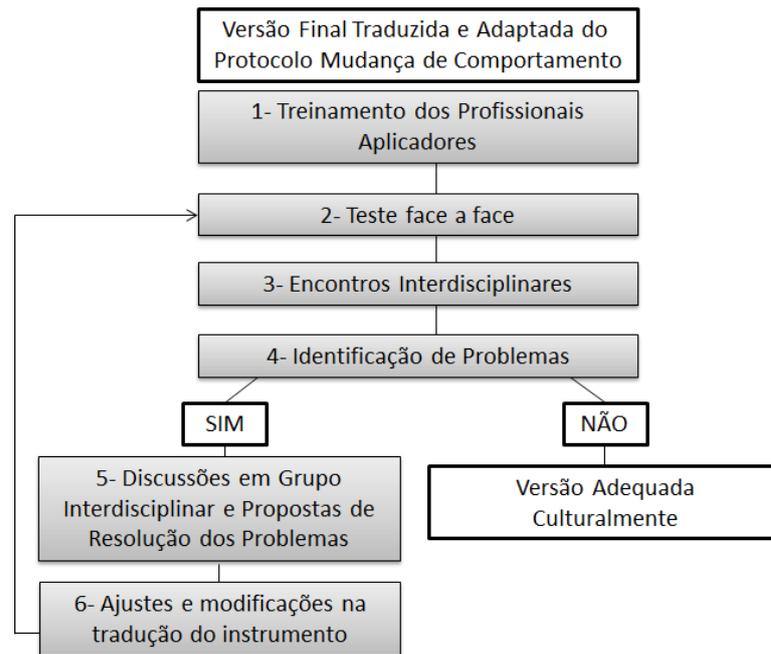
Pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras e o Laboratório de Bioestatística, ambos da UFMG, vêm problematizando a metodologia de processos tradutórios nos últimos anos, com o objetivo de não apenas relacionar conteúdos, mas, sobretudo, aprofundar os conhecimentos na área de tradução e adaptação de instrumentos em saúde e propor como metodologia complementar à tradução e adaptação de instrumentos em saúde, a adequação cultural.

Tal proposta foi implementada a partir do Protocolo Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus tipo 2, resultado da tradução do *Behavior Change Protocol* de acordo com as recomendações internacionais (EPSTEIN, 2014).

A adequação cultural configura-se como uma etapa metodológica a ser realizada de forma complementar à tradução e adaptação cultural de instrumentos, mais especificamente na última fase de dado processo, por meio de pré-testes.

Por meio da adequação cultural do Protocolo Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus tipo 2 obteve-se a seguinte sistematização do método, conforme Figura 1.

Figura 1. Fluxograma para sistematização da etapa de adequação cultural a partir da versão final traduzida e adaptada do Protocolo Mudança de Comportamento. Belo Horizonte, 2014.



Fonte: Elaborado pelos autores para fins deste estudo.

Detalham-se as etapas realizadas conforme fluxograma, a saber:

1) Treinamento dos Profissionais Aplicadores: Foram recrutados oito profissionais de saúde para comporem o time de aplicadores do Protocolo Mudança de Comportamento, pertencentes ao Núcleo de Pesquisa, Gestão e Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, graduados em nutrição e enfermagem, com curso complementar em estatística. Os aplicadores receberam um treinamento concernente aos objetivos do protocolo e a sua base teórica.

2) Testes face a face: Foi selecionada uma amostra da população alvo composta por trinta indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 e características sócio demográficas heterogêneas. Todos já haviam participado anteriormente de ações desenvolvidas em saúde por um programa educativo e continham dados previamente registrados em banco de dados específico.

Para cada indivíduo, foi agendado um teste face a face, realizado em sua residência pelos aplicadores treinados. O tempo para aplicação do instrumento variou de 20 e 40 minutos. Foi construído um banco de dados com a finalidade de descrever e mensurar as dificuldades encontradas na aplicação face a face do instrumento. O banco de dados foi alimentado pelos aplicadores e continha o registro das dificuldades de compreensão dos aplicadores (realização da pergunta) e das dificuldades de entendimento do respondente (compreensão da pergunta) para cada questão do protocolo em sua diferente versão.

Ressalta-se que os testes face a face foram realizados em conjunto, um aplicador e um ou mais graduandos em enfermagem, com a finalidade de potencializar as observações. O aplicador se mantinha atento às dificuldades encontradas em como realizar as perguntas do protocolo e os graduandos assumiam o papel de observadores, registrando as dificuldades dos entrevistados no momento de compreender e responder às questões, bem como detalhes do contexto de vida de cada um.

3) Encontros Interdisciplinares: Sequente aos testes face a face, encontros interdisciplinares com a participação de especialistas em Linguística Aplicada, Enfermagem, Nutrição e Estatística, quatro mestrands em Enfermagem, uma graduanda com formação em Letras e quatro graduandas do curso de Enfermagem, todos afiliados à Universidade Federal de Minas Gerais, eram realizados, mediante metodologia participativa e problematizadora, partindo das próprias experiências e conhecimentos dos aplicadores e suas observações relacionadas ao entendimento dos indivíduos, para examinar os problemas encontrados.

Totalizados em seis e realizados no período de abril a junho de 2014, todos os encontros foram registrados por meio de gravações de áudio, assim como os comentários e sugestões dos aplicadores para elaboração da metodologia do processo de adequação cultural do protocolo.

4) Identificação de Problemas: A partir dos testes face a face realizados, foi feita a reformulação dos itens questionados, que foi realizada durante as discussões dos encontros interdisciplinares. A versão corrigida foi testada novamente na população-alvo, até que todos os problemas fossem resolvidos.

5) Discussões em Grupo Interdisciplinar e Propostas de Resolução de Problemas: As discussões realizadas permitiram identificar problemas relacionados à dificuldade de interpretação das questões e do vocabulário específico do protocolo vivenciadas pelos indivíduos que o responderam e observadas pelos aplicadores. Os argumentos foram abordados por painel para que cada um dos aplicadores e demais membros do comitê interdisciplinar pudessem externar suas opiniões e conhecimentos.

6) Ajustes e Modificações na Tradução do Instrumento: A cada problema identificado, melhorias foram sugeridas e alterações de cunho semântico, idiomático e cultural realizados. A partir de uma nova versão do protocolo, novos testes foram realizados, numa estrutura cíclica.

De tal forma, a partir do momento em que não foram mais detectados problemas na aplicação do Protocolo Mudança de Comportamento, os testes face a face foram dados por

encerrados e os encontros interdisciplinares como suficientes, resultando, assim, na versão adequada culturalmente do instrumento em questão.

O estudo seguiu as recomendações de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução 466/12.

RESULTADOS

O perfil dos sujeitos participantes da etapa de adequação cultural realizada por meio dos pré-testes - trinta indivíduos com diabetes tipo 2 – compreendeu brasileiros, adultos, sendo 74% idosos (60 anos ou mais), em sua maioria do sexo feminino (70%), residentes em Belo Horizonte - MG. Cerca de 44,4% conviviam com a condição crônica do diabetes há cinco anos ou menos e no âmbito da renda mensal, obteve-se: 43,3% (1 a 2 salários/mês); 26,6% (2 a 4 salários/mês) e 10% (5 salários/mês). Observou-se que a maioria dos usuários, 53,3% não possuía instrução formal ou possuía ensino fundamental incompleto e que somente 6,6% estudaram até o nível superior completo.

Ao todo, foram realizadas trinta aplicações do protocolo, divididas em três momentos:

1ª versão do instrumento: Partiu-se da 1ª versão do protocolo traduzida e adaptada culturalmente para a população brasileira e foram realizadas nove aplicações por meio dos testes face a face. Em seguida, o comitê interdisciplinar se reuniu para discutir os problemas encontrados e propor melhorias, resultando na 2ª versão do instrumento.

2ª versão do instrumento: Em seguida, 14 testes face a face foram realizados, onde mais problemas foram realçados. Assim, o comitê interdisciplinar realizou modificações no instrumento e gerou a 3ª versão.

3ª versão do instrumento: Aplicada a mais sete usuários, não apresentando mais dificuldades de compreensão pela população alvo ou problemas para a realização das perguntas.

Foram realizados seis encontros interdisciplinares e foram necessárias três versões diferentes do Protocolo Mudança de Comportamento até se considerar como como suficientes, resultando, assim, na versão adequada culturalmente do Protocolo Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus tipo 2.

De acordo com o registro das dificuldades de compreensão realizado na fase dos testes face a face, foi possível construir um banco de dados contendo as dificuldades de compreensão dos profissionais que aplicaram o instrumento e dos entrevistados que o responderam, de acordo com as três diferentes versões do protocolo.

Assim, foi possível comparar o percentual de dificuldades para realizar e responder as perguntas em cada versão, indicando, assim, a resolução de problemas, conforme apresentado na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Percentual de entrevistados que apresentaram dificuldades de entendimento e de profissionais que apresentaram dificuldade de aplicação segundo a questão do instrumento e sua versão. Belo Horizonte, 2014.

Questão	Versão 1		Versão 2		Versão 3	
	Entrevistado (n=9)	Profissional (n=9)	Entrevistado (n=14)	Profissional (n=14)	Entrevistado (n=7)	Profissional (n=7)
Q1	3 (33%)	0 (0%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q2	4 (44%)	0 (0%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q3	3 (33%)	1 (11%)	1 (7%)	3 (21%)	1 (14%)	0 (0%)
Q4	3 (33%)	5 (55%)	3 (21%)	3 (21%)	0 (0%)	0 (0%)
Q5	4 (44%)	0 (0%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q6	3 (33%)	0 (0%)	2 (14%)	2 (14%)	2 (28%)	0 (0%)
Q7	4 (44%)	0 (0%)	2 (14%)	3 (21%)	0 (0%)	0 (0%)
Q8	4 (44%)	3 (33%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q9	4 (44%)	2 (22%)	7 (50%)	7 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Q10	3 (33%)	0 (0%)	1 (7%)	3 (21%)	0 (0%)	0 (0%)
Q11	3 (33%)	3 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q12	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q13	4 (44%)	1 (11%)	2 (14%)	2 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
Q14	3 (33%)	1 (11%)	5 (35%)	2 (14%)	1 (14%)	0 (0%)
Q15	5 (55%)	2 (22%)	3 (21%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q16	4 (44%)	2 (22%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q17	3 (33%)	2 (22%)	3 (21%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q18	3 (33%)	2 (22%)	2 (14%)	1 (7%)	1 (14%)	0 (0%)
Q19	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Q20	4 (44%)	2 (22%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q21	4 (44%)	1 (11%)	5 (35%)	2 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
Q22	0 (0%)	1 (11%)	2 (14%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q23	4 (44%)	1 (11%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Q24	0 (0%)	1 (11%)	2 (14%)	3 (21%)	1 (14%)	0 (0%)
Q25	3 (33%)	1 (11%)	2 (14%)	2 (14%)	1 (14%)	0 (0%)

Os principais problemas encontrados e que justificaram o desenvolvimento de versões diferentes do protocolo foram:

Interpretação incorreta ou dificuldade de assimilação: Houve a necessidade de se ajustarem questões que requeriam que o usuário atribuísse uma nota ou dado quantitativo adotando-se expressões qualificadoras. Por exemplo: o comando “*Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas à sua saúde*”, foi reformulado

por um enunciado no qual o respondente, em vez de atribuir um valor quantitativo, devia escolher uma de diversas opções numa ordem decrescente de importância: “a) *É muito importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?*; b) *É importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?*; c) *É “mais ou menos” importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?*; d) *Não é importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde?*”. Analogamente, o comando “*Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta*” foi reformulado por “*Como você vê sua confiança para alcançar a (s) sua (s) meta (s): a) Sinto-me muito confiante; b) Sinto-me confiante; c) Sinto-me mais ou menos confiante; d) Não me sinto confiante*”. Este exemplo mostra a importância de se testar o questionário junto ao público-alvo na etapa de adequação cultural, de forma a complementar a etapa de modificações sugerida pelo Comitê de Juízes, os quais não tinham apontado maiores problemas com as escalas numéricas inicialmente usadas na tradução do instrumento.

Para sanar problemas de ambiguidade, algumas questões tiveram de ser mais explicitadas, como é o caso de: “*Tem alguma pessoa que possa ajudá-lo?*”, que foi reformulada por “*Tem alguma pessoa que possa ajudá-lo a conquistar as suas metas?*”.

Uso de léxico não habitual para o público-alvo: palavras como “*metas*”, “*planos de cuidados*” e “*escolhas*” revelaram-se itens que os usuários não utilizam no seu dia-a-dia, ou seja, esses termos eram frequentemente usados em momentos que o profissional de saúde estava conversando sobre a saúde do usuário durante as visitas domiciliares ou grupos operativos, mas fora dessa situação, esses itens lexicais eram esquecidos pelos respondentes. Fez-se necessário que os aplicadores recorressem a exemplos corriqueiros para situar o usuário nas perguntas do protocolo em que tais termos apareceriam: “*meta*” foi explicado como algo que os indivíduos gostariam de alcançar, os seus objetivos relacionados aos cuidados com o diabetes e com a própria saúde. “*Plano de cuidados*” foi exemplificado como o passo a passo para alcançar os objetivos de cada um, a “*receita*” diária que cada um deveria construir e seguir para ter uma boa saúde. Já o termo “*escolhas*” foi exemplificado como a rotina dos indivíduos; o que cada um fazia durante o dia; qual alimento escolhia para se alimentar; se praticavam atividade física ou não; se faziam o que acreditavam ser o melhor para a própria saúde.

Outra forma que os profissionais de saúde encontraram para construir uma situação para que os usuários pudessem recordar os termos que eles tinham dificuldade de compreensão foi relembrar momentos de educação em saúde vivenciados pela população

alvo, bem como grupos operativos e visitas domiciliares, onde tais termos já haviam sido explorados. Ao passo em que o conteúdo aprendido pelas práticas educativas era lembrado, construía-se um consenso a respeito das questões em que dadas terminologias eram empreendidas. De tal forma, obtinham-se respostas congruentes às perguntas.

Conceitos Abstratos: Discutir algo que não faça parte ainda do cotidiano dos indivíduos e que não seja de cunho material gerou dificuldades de assimilação aos entrevistados. Um exemplo são comportamentos e sentimentos que o Protocolo demanda que o usuário verbalize. Na primeira versão do instrumento, um dos itens solicitava ao usuário que falasse de seus sentimentos por meio da seguinte pergunta: “*O que você acha de ter diabetes?*”. Os sujeitos respondiam, utilizando qualificações como “ruim” ou “bom”, Assim, o usuário não falava dos seus sentimentos, mas expressava qual era o seu ponto de vista sobre ter diabetes. Para que o entrevistado falasse sobre seus sentimentos, a pergunta foi reformulada para: “*Qual (quais) é (são) seu (s) sentimento (s) sobre o diabetes?*”. No entanto, uma terceira e última versão foi necessária, pois os aplicadores perceberam que o entrevistado somente apontava o sentimento e não explicava o porquê de tal emoção. A pergunta foi modificada para: “*Como você se sente com essa situação de ter de cuidar da sua saúde?*”. É interessante destacar que a opção de substituir a palavra “diabetes” por “saúde” foi resultado das discussões entre o comitê interdisciplinar, visando considerar o cuidado global com a saúde e não apenas um único aspecto fisiológico.

As mudanças descritas acima expressam o quanto os instrumentos usados na área das ciências da saúde podem ser considerados textos híbridos, pois mesmo sendo originalmente produzidos de maneira escrita, quando aplicados, tais instrumentos acabam sendo utilizados de maneira falada. Em outras palavras, o instrumento que foi construído para ser lido torna-se um texto com características da linguagem falada. Portanto, tal hibridez pode prejudicar a compreensão do instrumento tanto por parte do usuário que pode ter dificuldade para entender e distinguir essa diferença de meio escrito e falado, quanto por parte do profissional da área das ciências da saúde que pode ter dificuldade de aplicar o instrumento por não saber como lidar as mudanças que precisam ser feitas do meio escrito para o falado.

O Quadro 1 exemplifica as principais alterações realizadas no Protocolo Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus tipo 2 após a execução da etapa de adequação cultural.

Quadro 1: Modificações realizadas nas estruturas das questões do Protocolo Mudança de Comportamento em Diabetes Mellitus tipo 2 após a execução da etapa de adequação cultural.

<i>Versão Traduzida e Adaptada Culturalmente</i>	Problemas Registrados na Aplicação do Instrumento	Proposta de Resolução pelo Comitê Interdisciplinar
<i>Q04 - O que você acha de ter diabetes?</i>	Os sujeitos respondiam, utilizando qualificações como “ruim” ou “bom”, pois no português brasileiro quando o processo mental “acha” é usado, a opinião do ouvinte é requerida.	<i>Como você se sente com essa situação de ter de cuidar da sua saúde?</i>
<i>Q05- Você se sente... [insira o (s) sentimento (s) identificado (s) pelo paciente] porque...[insira o (s) significados desse (s) sentimento(s) para vida do paciente]...</i>	O profissional se sentia inseguro para realizar esse questionamento, uma vez que a estrutura da questão estava extensa e confusa.	<i>Você se sente assim (inserir os sentimentos expostos pelo usuário) por quê?</i>
<i>Q09- Que opções você tem para te ajudar a conquistar suas metas?</i>	Uso do léxico “metas” não era habitual para os sujeitos, que se sentiram inseguros quanto à pergunta.	Aplicadores recorreram a exemplos corriqueiros para situar o usuário nas perguntas do protocolo: “meta” foi explicado como algo que os indivíduos gostariam de alcançar, os seus objetivos relacionados aos cuidados com o diabetes e com a própria saúde.
<i>Q11- Tem alguma pessoa que possa te ajudar?</i>	Os sujeitos não entendiam qual o sentido da questão, sendo necessário especificar seu propósito com a palavra “metas”.	<i>Tem alguma pessoa que possa te ajudar a alcançar as suas metas?</i>
<i>Q13- Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?</i>	Uso do léxico “escolhas” não era habitual para os sujeitos, que se sentiram inseguros quanto à pergunta.	Aplicadores exemplificaram “escolhas” como a rotina dos sujeitos; o que cada um fazia durante o dia; qual alimento escolhia para se alimentar; se praticavam atividade física ou não; se faziam o que acreditavam ser o melhor para a própria saúde.
<i>Q13- Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?</i>	As palavras “vantagens” e “desvantagens” causaram dúvidas para os indivíduos, uma vez que muitos alegaram não saber os respectivos significados.	<i>Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Qual o lado bom e o lado ruim de cada uma delas?</i>
<i>Q15- Vamos montar o seu plano de cuidados.</i>	Uso do léxico “plano de cuidados” não era habitual para os sujeitos, que se sentiram inseguros quanto à pergunta.	“Plano de cuidados” foi exemplificado como o passo a passo para alcançar os objetivos de cada um, a “receita” diária que cada um deveria construir e seguir para ter uma boa saúde.
<i>Q17- Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas a sua saúde.</i>	Os sujeitos não conseguiram compreender a relação entre a escala numérica de 1 a 10 com a importância de superar as dificuldades relacionadas a própria saúde.	<i>Você acha que:</i> a) <i>É muito importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde.</i> b) <i>É importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde.</i> c) <i>É “mais ou menos” importante as dificuldades relacionadas à sua saúde.</i> d) <i>Não é importante superar as dificuldades relacionadas à sua saúde.</i>
<i>Q18- Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta?</i>	Os sujeitos não conseguiram compreender a relação entre a escala numérica de 1 a 10 com a confiança em alcançar a meta estabelecida para cuidar da própria saúde.	<i>Como você vê sua confiança para alcançar a(s) sua(s) meta(s)?</i> a) <i>Me sinto muito confiante.</i> b) <i>Me sinto confiante.</i> c) <i>Me sinto mais ou menos confiante.</i> d) <i>Não me sinto confiante</i>

Fonte: Elaborado pelas autoras para fins deste estudo.

DISCUSSÃO

A adequação cultural configura-se como uma etapa metodológica a ser realizada junto à tradução e adaptação cultural de instrumentos, mais especificamente na última fase de dado processo, por meio de pré-testes. Justifica-se a execução da adequação cultural uma vez que autores apontam a necessidade de instrumentos traduzidos serem aproximados o mais

possível dos contextos de situação e de cultura da população a que se destina, incorporando coloquialismos e palavras de fácil entendimento.^{3,4,6,12}

A adequação cultural de um instrumento visa produzir um texto que possa ser utilizado na cultura alvo de modo a se estabelecer a interação entre pesquisador e usuário, de forma tão espontânea e natural como o faz o instrumento original em sua respectiva cultura. Sob a perspectiva da linguística sistêmico funcional, a tradução é um trabalho que objetiva atingir as equivalências das funções gramaticais em contextos análogos, ou seja, proporcionar um texto traduzido para a população alvo com aplicabilidade e funcionalidade análogas ao do texto original.⁵

Além de seguir uma metodologia consagrada na literatura, o pesquisador envolvido em processos tradutórios deve se sensibilizar com os aspectos da linguagem peculiares ao processo de garantia da compreensão da população alvo. Dentre esses aspectos, estão as diferenças entre a língua escrita e a língua falada, os contextos de cultura e de situação, que são fatores presentes na aplicação de instrumentos que visam à condução de entrevistas.⁵

Na fala, existe uma interação entre os interlocutores e isso envolve entonação, gestos e expressões que podem acrescentar mais sentidos ao que está sendo dito. A língua falada envolve características como a repetição, fragmentação e informalidade, as quais não são exclusivas da fala, mas que acabam sendo mais evidenciadas nesse âmbito.¹³

Nesse sentido, a etapa de adequação cultural de instrumentos traduzidos se atenta em discutir os aspectos da língua falada e escrita previamente à versão final do instrumento, de forma a garantir uma padronização do produto a ser gerado. Como o Protocolo Mudança de Comportamento é um texto escrito que será trabalhado em forma de texto falado, para a sua produção de significados ser coerente com os objetivos inicialmente propostos, ele deve atender às necessidades de compreensão dos interlocutores envolvidos.

Problemas de compreensão vêm sendo relatados na literatura ainda que todas as etapas de tradução e adaptação cultural tenham sido seguidas e ainda que a validade e confiabilidade tenham sido mensuradas. Estudo traz que pesquisadores comprometidos com a saúde de populações com baixo nível de escolaridade podem identificar métodos culturalmente mais apropriados para a condução de tradução e adaptação de instrumentos, garantindo, assim, uma melhor participação desses sujeitos nas pesquisas.^{12, 14}

A principal contribuição da adequação cultural para o processo tradutório são os resultados dos testes face a face e atuação cíclica do comitê interdisciplinar, uma vez que os resultados são dependentes dos sujeitos da pesquisa e, enquanto os problemas relacionados à

compreensão dos indivíduos não forem saturados, o processo não é concluído. Afinal, o foco de todo processo tradutório é a compreensão pela população-alvo.⁶

A maioria das recomendações traz a avaliação pelo comitê de especialistas como único momento. São poucos os estudos que quebram esta regra e instauram um comitê mais presente.² Por isso, a adequação cultural apresenta como proposta o comitê interdisciplinar cíclico: enquanto a população alvo continuar apresentando dificuldades de compreensão, os termos e palavras conflitantes continuarão sendo discutidos pela equipe interdisciplinar e testados após cada reformulação, até que se saturem os problemas.

O comitê interdisciplinar da adequação cultural do Protocolo Mudança de Comportamento foi composto não somente de tradutores e doutores em linguística, mas também por enfermeiros e nutricionistas vinculados a um mesmo centro de pesquisa, os quais, pautados em teorias problematizadoras e dialógicas, refletiram sobre o uso da linguagem em diferentes situações e assumiram o papel de aplicadores do protocolo, que traziam as dúvidas e dificuldades dos usuários entrevistados, nas suas multiplicidades.

É importante ressaltar que a etapa de adequação cultural não substitui nenhuma etapa preconizada e sim as complementa. Não são todos os instrumentos que demandam a realização da validação por meio de cálculos estatísticos, uma vez que instrumentos que tem como escopo guiar intervenções em saúde, subsidiar manejos clínicos ou simplesmente informar não mensuram variáveis. Assim como o Protocolo Mudança de Comportamento é um instrumento aberto, de cunho qualitativo e que não visa medir variáveis, não sendo, portanto, passível de validação.¹⁵

Todavia, aqueles instrumentos que demandam validação e, caso optem por realizar a etapa de adequação cultural, poderão ter resultados mais fidedignos relativos a etapa de validação, uma vez que o instrumento estará mais próximo das especificidades da população de destino. A principal distinção entre estas duas fases é que a análise dos testes face a face é focada nas respostas obtidas na aplicação do instrumento, objetivando clarear ao máximo o entendimento para o entrevistado, garantindo que ele entenda a pergunta de fato, repercutindo, conseqüentemente, nas respostas dadas. Por outro lado, a validação é focada unicamente nas respostas obtidas na aplicação de um instrumento que visa medir algum fenômeno.¹⁵

A partir da adequação cultural do instrumento do presente estudo, observaram-se melhorias na compreensão e respostas mais fidedignas dos usuários diagnosticados com diabetes. A frequência relativa às dificuldades registradas nos bancos de dados revelou uma melhora significativa na frequência de dúvidas e dificuldades para responder. Questões com

até 55% de dúvida inicial, atingiram 0% na escala de frequência após os ajustes concebidos na terceira versão adequada culturalmente.

O perfil da população alvo se mostrou determinante para as considerações do comitê interdisciplinar e para o número de versões revisadas do instrumento. Em uma população com baixa escolaridade e baixo nível de instrução formal, espera-se encontrar dificuldade para interpretar e compreender textos, bem como um vocabulário pouco vasto, o que vem a justificar a necessidade em se modificar termos.⁶

O teste face a face propiciou a contextualização da realidade dos indivíduos, uma vez que foi realizado nas respectivas residências, permitindo ao aplicador inserir-se na realidade do outro e aprimorar sua concepção de educar em saúde e promover o autocuidado. Ainda, é novo na literatura a presença de dois profissionais nos momentos dos testes face a face, sobretudo, quando um deles tem a função de observador. Ter um sujeito específico para auxiliar as discussões sobre as dificuldades percebidas pelo aplicador e para observar de fato o contexto da população alvo gera contribuições importantes e propostas de melhorias condizentes à realidade socioeconômica e cultural.

Outro fator determinante é a necessidade de treinamento dos aplicadores, evitando-se induzir alguma resposta, instruir de forma errônea ou simplesmente não estar a par dos objetivos do instrumento, o que prejudicará, sobremaneira, a qualidade do processo de adequação cultural. Além disso, essa visão de tradução demanda, por um lado, que o tradutor possua expertise como analista de textos e desenvolva sua percepção do contexto na língua-fonte para emular um contexto na língua-alvo. Por outro, que o profissional da saúde participe ativamente no trabalho de tradução, por meio de um trabalho interdisciplinar.⁵

Atenta-se como limitações deste estudo o fato de ter sido realizado a partir de somente um instrumento. Por isso, justifica-se a continuidade dessa proposta para maiores discussões e comparações de resultados.

CONCLUSÃO

A adequação cultural é uma proposta inovadora a ser aplicada em trabalhos de tradução e adaptação cultural de instrumentos na área da Saúde, sobretudo por considerar o trabalho interdisciplinar com a Linguística Aplicada e Estatística. Trata-se de uma metodologia sensível aos problemas de compreensão e visa à resolução consensual das dificuldades por meio de encontros interdisciplinares compostos pelos aplicadores treinados, profissionais da área da Saúde e especialistas em processos tradutórios engajados em garantir a plena aplicabilidade de instrumentos traduzidos.

Ainda que a adequação cultural seja considerada laboriosa, mostrou-se uma metodologia eficaz e essencial a ser desenvolvida como etapa complementar à consagrada dos pré-testes, uma vez que propicia respostas mais fidedignas dos respondentes e condizentes com os objetivos da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: the universalist approach. *Quality Life Research*, 1998, 7(4): 323-35.
2. Santo RM, Ribeiro-Ferreira F, Alves MR, Epstein J, Novaes P. Enhancing the cross-cultural adaptation and validation process: linguistic and psychometric testing of the Brazilian-Portuguese version of a self-report measure for dry eye. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2015, 68(4):370–378.
3. Epstein J, Miyuki R, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2015, 68(4): 435–441.
4. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire : experimental study showed expert committee , not back-translation , added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2015, 68 (4):360–369.
5. Pagano AS. A linguagem na construção das práticas educativas nas Ciências da Saúde. In: TORRES, H.C.; REIS, I.A.; PAGANO, A.S. O empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde. Belo Horizonte, FALE/UFMG, 2015, p. 01-250.
6. Rosal MC, Carbone ET, Goins KV. Use og Cognitive Interviewing to Adapt Measurement Instruments for Low-Literate Hispanics. *The Diabetes Educator*, 2003, 29(6):1006–1017.
7. Pellegrino LA, Ortolan EVP, Magalhaes, CS. Viana AA, Narayanan UG .Brazilian Portuguese translation and cross-cultural adaptation of the “Caregiver Priorities and Child Health Index of Life with Disabilities” (CPCHILD) questionnaire. *BMC Pediatrics*, 2014, 14:30.
8. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 1999, 39:143–150.

9. Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alavarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2015, 49(2): 298-308.
10. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mexico*, 2013, 55(1):57-66.
11. Conrad C, Chamlian TR, Ogasowara MS, Pinto MAS, Masiero D. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the Prosthesis Evaluation Questionnaire. *Jornal Vascular Brasileiro*, 2015, 14(2):110-14.
12. Alonzo KTD. Avaliação e revisão de questionários para uso entre imigrantes latinos com baixos níveis de alfabetização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2011, 19(5): 1-11.
13. Ferregueti K, Rodrigues J. Transcrição de dados verbais. In: TORRES, H.C.; REIS, I.A.; PAGANO, A.S. O empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde. Belo Horizonte, FALE/UFMG, 2015, p. 01-250.
14. Collins D. Pretesting survey instruments : An overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*, 2003, 12: 229–238.
15. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57–66.

ANEXO A- Aprovação Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução e Adaptação Cultural do Protocolo de Mudança de Comportamento:
Desenvolvimento de uma Metodologia de Adequação Cultural

Pesquisador: HELOISA DE CARVALHO TORRES

Versão: 2

CAAE: 41225015.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 005516/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

ANEXO B – Comprovante Submissão Texto e Contexto**Preview****From:** tceufsc@gmail.com**To:** heloisa.ufmg@gmail.com**CC:** heloisa.ufmg@gmail.com, sumayacecilio@ufmg.br, fechaves1000@gmail.com, ilka@est.ufmg.br, juliasnrodrigues@ufmg.br, apagano@ufmg.br**Subject:** Texto & Contexto Enfermagem - ID do manuscrito TCE-2015-0656**Body:** 18-Dec-2015

Prezado Dr. Heloisa Torres:

Seu manuscrito intitulado "Tradução e Adaptação do Behavior Change Protocol para o Contexto Cultural Brasileiro" foi submetido online e está sendo levado a avaliação na revista Texto & Contexto Enfermagem.

ID de seu manuscrito TCE-2015-0656.

Por favor, mencione a identificação do manuscrito acima em todas as futuras correspondências ou ao entrar em contato com a revista. Se houver qualquer alteração em seu endereço ou endereço de e-mail, acesse o site da ScholarOne em Unable to Display Letter Tag (## SITE_URL##) e altere suas informações de usuário.

Você também pode visualizar o status de seu manuscrito a qualquer momento, entrando no site <https://mc04.manuscriptcentral.com/tce-scielo>.

Obrigado pela submissão do manuscrito na Texto & Contexto Enfermagem.

Atenciosamente,
Texto & Contexto Enfermagem
Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Trindade - Florianópolis
Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970
Fones: 55(48)3721-4915 ou 3721-9043
textoecontexto@ccs.ufsc.br
<http://www.textoecontexto.ufsc.br>
<http://www.scielo.br/tce>

Date Sent: 18-Dec-2015

ANEXO C- Comprovante Aceite Publicação de Artigo (Revista RENE)**[Rev Rene] Decisão editorial**

Entrada x

**Marli Teresinha Gimeniz Galvão**

para mim, Célia, Elisângela, Samara, Camila, Heloísa ▾

Prezados autores,

Informamos que o artigo 2192:Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado, sob autoria de Célia Luciana Guedes Barbosa Brasil, Sumaya Giarola Cecilio, Camila Pacheco Vilaça, Samara Mariana Ferreira da Silva, Elisângela da Cruz Vargas, Heloísa de Carvalho Torres, encontra-se Aceito na Rev Rene.

Atenciosamente,

Profa Marli Galvão
Editora Chefe
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
rene@ufc.br
Rev Rene
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php>

ANEXO D- Comprovante Aceite Publicação de Artigo (Revista REME)