

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FLÁVIA DE OLIVEIRA

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO SISTEMA DE
TRIAGEM DE MANCHESTER VERSÃO INGLESA PARA O PORTUGUÊS DO
BRASIL**

BELO HORIZONTE/MG

2017

FLÁVIA DE OLIVEIRA

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO SISTEMA DE
TRIAGEM DE MANCHESTER VERSÃO INGLESA PARA O PORTUGUÊS DO
BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu - Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Profa. Orientadora: Tânia Couto Machado Chianca

BELO HORIZONTE/MG

2017

Oliveira, Flávia de.
O48a Adaptação cultural e validação de conteúdo do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa para o português do Brasil [manuscrito]. / Flávia de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2017.
167f.: il.
Orientador: Tânia Couto Machado Chianca.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Triagem. 2. Tradução. 3. Comparação Transcultural. 4. Enfermagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Chianca, Tânia Maria Machado. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 154.2

Bibliotecário Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Salena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 98 (NOVENTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA FLÁVIA DE OLIVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 11 (onze) dias do mês de dezembro de dois mil e dezessete, às 08:30 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER VERSÃO INGLESA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL", da aluna Flávia de Oliveira, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Tânia Couto Machado Chianca (orientadora), Heloisa de Carvalho Torres, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Cristiane Chaves de Souza e Luciana Regina Ferreira da Mata, sob a presidência da primeira. A professora Rosana Aparecida Spadoti Dantas participou da sessão por meio de videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

() APROVADA:

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO:

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2017.

Prof.ª Dr.ª Tânia Couto Machado Chianca
Orientadora (Esc. Enf. UFMG)

Prof.ª Dr.ª Heloisa de Carvalho Torres
(Esc. Enf. UFMG)

Prof.ª Dr.ª Rosana Aparecida Spadoti Dantas
(EERP/USP)

Prof.ª Dr.ª Cristiane Chaves de Souza
(UFV)

Prof.ª Dr.ª Luciana Regina Ferreira da Mata
(UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 11 de 12/2017

Prof.ª Dra. Adriana C. de
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem UFMG

Dedico esse trabalho à Deus, orientador do caminho percorrido até aqui. A minha mãe Nelma, minha avó Antônia Teles e meu pai José Arnaldo: grandes incentivadores e apoiadores de todas as minhas escolhas e conquistas.

Amo vocês! 

AGRADECIMENTOS

Em especial a minha orientadora **Profa. Dra. Tânia Couto Machado Chianca**, grande exemplo de docente, sobretudo, mulher. Tânia, saiba que já tinha uma grande admiração por você desde antes de conhecê-la e esse sentimento foi aumentando proporcionalmente a medida que fomos nos relacionando. Agradeço por ter me acolhido sem conhecer o meu profissionalismo, por ter me apoiado a trabalhar com um projeto tão desafiador, por ter alegrado meus dias com seu entusiasmo e pelo compartilhamento de seus conhecimentos. Meu exemplo, gratidão eterna!

À **Deus**, que vem guiado a minha vida. Sinto sua presença, seu companheirismo, seu amor e o seu cuidado durante todo o tempo. Obrigada por me guiar nesse momento e por encaminhar as pessoas certas para me auxiliarem no processo de construção da tese. Apesar de terem sido quatro anos muito conturbados em minha vida, agradeço a sua generosidade por me dar força em tantos momentos nos quais pensei que não conseguiria chegar ao final dessa etapa. Obrigada por me proporcionar a realização desse sonho! A ele toda gratidão o tempo todo.

À minha mãe **Nelma de Oliveira**, minha grande inspiradora que exerceu a docência com tanto amor durante 30 anos. Foi a responsável pelo meu alicerce, por meus valores, meu caráter, pelo esforço físico e emocional para me tornar a mulher que hoje sou. Sei da sua felicidade em ver os caminhos que trilhei e o orgulho que sente agora ao ver sua filha se tornar Doutora.

À minha avó **Antônia Teles de Oliveira**, por quem tenho grande carinho e admiração, além de avó, minha segunda mãe. Uma mulher sábia, muito além do seu tempo. Mesmo sem estudo sempre trouxe uma palavra de paz e acalento quando meu coração precisava. Agradeço pelo cuidado e zelo que sempre teve com a sua única neta. Agradeço ainda por ter estimulado a minha ida para Alfenas, naquele momento de tantas dúvidas, local onde todo o meu percurso profissional teve início.

Você não imagina o quanto é importante na minha vida, minha amada avó. Peço a Deus que eu possa desfrutar da sua presença física por muitos mais anos.

Ao meu pai **José Arnaldo de Oliveira**, que viveu momentos difíceis nesses últimos anos. Tentei cuidar de você com muito desvelo, e tentar de alguma forma acalantar o seu coração. Me cobro por não ter feito ainda mais, por saber que você precisava da sua filha presente o tempo todo. Além de tudo, agradeço por, apesar de demandar cuidados, saber compreender minha ausência e me apoiar no meu trabalho e no doutorado. Obrigada pelo apoio incondicional e pela paciência!

Aos meus amigos de Alfenas, Divinópolis e aqueles que conheci na EEUFMG. A meus alunos da UEMG, meus queridos orientandos de TCC que se tornaram amigos. Em especial a minha prima **Carina Pereira Gomes**, que considero como irmã, tenho grande apreço e consideração por você. Obrigada por sempre se fazer presente em minha vida, por compartilhar dos bons e maus momentos, me amparar nas ocasiões que mais precisei e principalmente pela torcida incondicional. Amo você!

Ao **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco**, pela parceria durante toda execução deste trabalho.

Ao autor do Sistema de Triagem de Manchester, **Dr. Kevin Mackway-Jones**, por ter autorizado e permitido a tradução, adaptação cultural e validação da 3ª versão do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa para o português do Brasil.

Aos **tradutores e juízes** que participaram dessa pesquisa, meu muito obrigado pela paciência e dedicação a cada fase que lhe foram destinadas.

A **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, de forma especial aos Professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Quanto aprendido durante o percurso desse trabalho! Tenho muito orgulho de ter feito parte da EEUFMG!

RESUMO

Introdução: O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um protocolo que vem sendo utilizado em unidades de saúde no Brasil para fazer a classificação de risco e garantir o atendimento imediato dos usuários com risco de vida elevado. Para ser utilizado no Brasil o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco realizou a tradução para a língua portuguesa do Brasil. Entretanto, a tradução é o primeiro passo para o processo de adaptação cultural. Nesse sentido é necessário o aprimoramento do STM, visto que ainda não foram realizados estudos para sua adaptação e validação. **Objetivo:** Realizar a adaptação cultural e validação de conteúdo da 3ª versão inglesa de origem do STM para a língua portuguesa do Brasil. **Método:** Estudo metodológico realizado em cinco etapas: tradução, versão síntese, retro-tradução e avaliação por um comitê de juízes. O processo foi mediado e avaliado pela pesquisadora. Após cada rodada era realizada validação de conteúdo a partir de uma concordância interobservadores mínima de 80%. **Resultados:** A partir das versões traduzidas T1 e T2 foi gerada uma versão síntese para a língua portuguesa do Brasil. Rodadas foram necessárias para adequação da linguagem para se obter a versão síntese final traduzida (Ts). Na retrotradução, apesar da escrita não ser exatamente igual à utilizada na versão original, na maioria das vezes a frase e seu contexto mantiveram igualdade de sentido com o da versão original. Nos fluxogramas e dicionário de discriminadores foram encontrados pontos de divergências que foram resolvidos, não sendo necessário realizar nenhuma modificação na versão Ts dos fluxogramas e algumas modificações nos discriminadores. O comitê de juízes teve duração de 90 dias, sendo realizadas três rodadas para os fluxogramas e duas rodadas para o dicionário de discriminadores. Ao final foi realizada análise descritiva da versão encontrada neste estudo em comparação com a 2ª versão utilizada no Brasil, observando-se a existência nesta de diferenças significativas em relação a tradução dos discriminadores além da inclusão de discriminadores nos fluxogramas com alterações na ordem de prioridade em relação ao tempo de espera para o primeiro atendimento médico. **Considerações finais:** a adaptação cultural e validação de conteúdo de instrumento para uso em cultura diferente da qual o original foi construído precisa de método criterioso para obter equivalências semântica,

idiomática, cultural e conceitual entre as línguas. Esse estudo contribui para o aprimoramento do STM e colabora com o enfermeiro na tomada de decisão possibilitando a substituições de termos por aqueles mais aproximados à realidade e cultura brasileira.

Descritores: Tradução, Comparação Transcultural, Triagem, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The Manchester Triage System (MTS) is a protocol that has been used in healthcare facilities in Brazil to make the risk classification and guarantee the immediate care of users with high life risk. To be used in Brazil, the Risk Classification Group made the translation into Brazilian Portuguese. However, translation is the first step in the process of cultural adaptation. In this sense, it is necessary to improve the MTS, since studies have not yet been performed for its adaptation and validation. **Objective:** To carry out the cultural adaptation and validation of the content of the 3rd English version of origin of the MTS for Brazilian Portuguese. **Method:** Methodological study carried out in five stages: translation, synthesis, retro-translation and evaluation by a committee of judges. The process was mediated and evaluated by the researcher. After each round, content validation was performed from a minimum inter-observer agreement of 80%. **Results:** From the translated versions T1 and T2 a synthesis version was generated for the Portuguese language of Brazil. Rounds were necessary for language adequacy to obtain the final translated version (Ts). In back-translation, although the writing is not exactly the same as the one used in the original version, most of the time the phrase and its context have kept the same meaning as the original version. In the flowcharts and dictionary of discriminators, points of divergence that were solved were found, so it was not necessary to make any modification in the Ts version of the flowcharts and some modifications in the discriminators. The judges committee lasted 90 days, with three rounds for the flowcharts and two rounds for the discriminator dictionary. At the end, a descriptive analysis of the version found in this study was carried out in comparison with the second version used in Brazil, where there were significant differences in the translation of the discriminators in addition to the inclusion of discriminators in the flowcharts with changes in the order of priority in the waiting time for the first medical care. **Final considerations:** cultural adaptation and validation of instrument content for use in a culture other than the original one was constructed requires careful method to obtain semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence between languages. This study contributes to the improvement of MTS and collaborates with the nurse, in the decision making, enabling the substitution of terms by those closest to Brazilian reality and culture.

Descriptors: Translating, Cross-Cultural Comparison, Triage, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma orientador da Escala ESI© Versão 4	37
Figura 2: Fluxograma do STM: bebê chorando	41
Figura 3: Representação gráfica das etapas de adaptação cultural	49
Figura 4: Representação gráfica das etapas do estudo	59
Quadro 1 - Características fundamentais dos diferentes sistemas de classificação de risco	31
Quadro 2 - Escala ATS©, segundo as categorias, descrição e tempo estimado de avaliação	33
Quadro 3 - Níveis de Classificação estabelecidos pela “ <i>Canadian Association of Emergency Physicians</i> ” CTAS©	35
Quadro 4 - Número, nome, cor e tempo-resposta dos níveis de prioridade estabelecidos pelo Grupo de Triagem de Manchester	42
Quadro 5 - Principais etapas para a avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de aferição	52
Quadro 6 - Instrumento para avaliação das equivalências	63
Quadro 7 - Tradução e síntese dos termos divergentes na tradução dos fluxogramas da versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017	66
Quadro 8 - Divergências <i>versus</i> soluções durante a Retro-Tradução dos fluxogramas versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017	71
Quadro 9 - Divergências <i>versus</i> soluções durante a Retro-Tradução do dicionário de discriminadores versão inglesa do Protocolo de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017	72
Quadro 10 - Divergências <i>versus</i> soluções durante a segunda rodada do comitê de juízes dos fluxogramas versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017	79
Quadro 11 - Divergências <i>versus</i> soluções durante a segunda rodada do comitê de juízes do dicionário de discriminadores da versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017	83

Quadro 12: Divergências <i>versus</i> soluções durante a segunda rodada do comitê de juízes do dicionário de discriminadores versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017.....	85
Quadro 13: Divergências encontradas em relação aos discriminadores entre a versão adaptada e validada neste estudo e a 2ª versão do Brasil, Divinópolis, 2017	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos juízes que participaram da etapa de comitê de juízes da adaptação cultural do STM. Divinópolis, MG, Brasil, 2017. (n=10)	76
Tabela 2: Tempo utilizado para avaliação da etapa de comitê de juízes da adaptação cultural do STM. Divinópolis, MG, Brasil, 2017	77
Tabela 3: Discriminadores modificados versus rodada do comitê de juízes da adaptação cultural dos fluxogramas do STM. Divinópolis, MG, Brasil, 2017. (n=128)	78
Tabela 4: Discriminadores modificados versus rodada do comitê de juízes da adaptação cultural dos fluxogramas do STM. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017. (n=53)	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

STM	Sistema de Triagem de Manchester
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ATS	<i>Australian Triage Scale</i>
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
ITS	<i>Ipswich Triage Scale</i>
ACEM	<i>Australasian College of Emergency Medicine</i>
CAEP	<i>Canadian Association of Emergency Physicians</i>
NENA	<i>National Emergency Nurses Affiliation</i>
PaedCTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines</i>
NHS	<i>National Health System</i>
GPT	Grupo Português de Triagem
ITC	<i>Internacional Test Commission</i>
IUPsyS	Congresso da União Internacional de Ciências Psicológicas
IVC	Índice de validação de conteúdo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SES/MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
T1	Versão traduzida 1
T2	Versão traduzida 2
Ts	Versão síntese final traduzida
RT1	Versão retro-traduzida 1

RT2	Versão retro-traduzida 2
Tsr	Versão síntese final após a retro-tradução
EI	Equivalência idiomática
ES	Equivalência semântica
ECO	Equivalência conceitual
ECU	Equivalência cultural
Tf	Versão traduzida final

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências	24
3.2 O acolhimento com Classificação de Risco nas Urgências e Emergências	28
3.3 Protocolos de Classificação de Risco em Urgências e Emergências..	30
3.3.1 <i>Australian Triage Scale (ATS®)</i>	32
3.3.2 <i>Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS®)</i>	34
3.3.3 <i>Emergency Severity Index (ESI®)</i>	36
3.3.4 <i>Manchester Triage System (MTS®)</i>	38
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	46
4.1 O Processo de Adaptação cultural de instrumentos	46
4.1.1 Tradução	50
4.1.2 Síntese das traduções	50
4.1.3 Retro-tradução (<i>Back-translation</i>)	50
4.1.4 Avaliação por Comitê de juízes	51
4.1.5 Pré-teste da versão final	55
4.1.6 Apresentação da versão traduzida e adaptada do instrumento aos autores	57
4.2 Validação conteúdo	56
5 METODOLOGIA	59
5.1 Tradução do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa para a língua portuguesa do Brasil	60
5.1.1 Tradução do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa	60
5.1.2 Síntese das traduções	60
5.1.3 Retro-tradução	61
5.1.4 Comitê de juízes e validação de conteúdo	62
5.3 Aspectos éticos	64

6 RESULTADOS	65
6.1 Tradução e síntese	65
6. Retro-tradução	70
6.3 Comitê de juízes e validação de conteúdo	75
6.3.1 Fluxogramas	78
6.3.2 Dicionário de discriminadores.....	81
6.4 Análise descritiva das diferenças encontradas entre a versão adaptada e a 2ª versão do Brasil	86
7 DISCUSSÃO	90
7.1 Tradução, Síntese e Retrotradução do Sistema de Triagem de Manchester	89
7.2 Comitê de Juízes e Validação de Conteúdo do Sistema de Triagem de Manchester versão brasileira	93
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERENCIAS	102
APÊNDICES	110
APÊNDICE A: Questionário sócio demográfico	110
APENDICE B: Orientações e avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as versões original e traduzida do Sistema de Triagem de Manchester	112
APENDICE C: Carta de concordância do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para a realização da pesquisa	114
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes	115
APENDICE E: Artigo submetido e aceito na Revista Texto & Contexto Enfermagem	117
APENDICE F: Versão final do Consenso dos Fluxogramas do STM	132
APENDICE G: Versão final do Consenso dos Dicionário de discriminadores do STM	154
ANEXOS	167
ANEXO A: Autorização para a realização da pesquisa	167

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência são historicamente marcados por uma realidade de superlotação e fluxo desordenado com atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos para o atendimento as pessoas que procuram o serviço. O Programa Nacional de Humanização, na tentativa de reestruturar o processo de trabalho hospitalar, propõem que o Acolhimento nas Urgências e Emergências seja realizado com a Avaliação e Classificação de Risco (BRASIL, 2004; 2006).

O acolhimento com classificação de risco é uma atividade complexa que demanda conhecimentos específicos realizada privativamente pelo enfermeiro. A classificação de risco é uma ferramenta que, busca garantir o atendimento do usuário por priorização de acordo com o grau de risco apresentado no momento do acolhimento, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho aos profissionais de saúde por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a pactuação entre os serviços da rede assistencial (COFEN, 2012; BRASIL, 2009).

Os protocolos utilizados no acolhimento com classificação de risco propiciam um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de atendimento imediato de acordo com o potencial de risco e agravos à saúde. Entre os protocolos utilizados no Brasil, merece destaque o Sistema de Triagem de Manchester (STM). No Brasil, o STM foi traduzido pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), e desde então o mesmo realiza o processo de implantação, treinamento de enfermeiros triadores, supervisão e auditoria do STM nos serviços de urgência e emergência.

O STM é uma ferramenta de manejo clínico de risco que permite a reorganização do processo de trabalho. É um instrumento que favorece o acolhimento com avaliação de classificação de risco e é realizado por um enfermeiro treinado pelo GBCR de acordo com critérios científicos. Dessa forma, favorece a resolubilidade da assistência oferecida, promove a melhoria na prestação de cuidados e respalda o enfermeiro na sua prática clínica no processo de tomada de decisão (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

No Brasil têm sido realizados estudos para avaliar o STM. Constatou-se que o STM apresenta capacidade de predizer a evolução dos pacientes durante a sua permanência na instituição, que em relação a validade aumenta o nível de gravidade mediante à condição real apresentada pelo paciente, garante um alto nível de prioridade e um menor tempo de espera para a avaliação médica e é um bom preditor da necessidade de internação e da mortalidade (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015; JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Apesar dos resultados da aplicabilidade do STM no Brasil serem favoráveis à sua utilização, o STM foi submetido ao processo de adaptação cultural e validação das propriedades psicométricas. Entretanto, considera-se que para a utilização de um instrumento em uma realidade diferente daquela de origem, é necessário realizar a adaptação cultural e validação de forma que este possa ser avaliado quanto a medir o que realmente pretende medir, além de verificar se é reproduzível em outras circunstâncias (BEATON *et al*, 2000; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

No Brasil, vários estudos têm sido feitos com o objetivo de realizar a adaptação cultural de instrumentos desenvolvidos em outras culturas. Cabe ressaltar que existe a necessidade da realização de estudos que investiguem a validade do STM a fim de recomendar as modificações necessárias para que o mesmo seja utilizado com maior segurança pelos enfermeiros na gestão do risco clínico. Ressalta-se a inexistência de estudos sobre a adaptação cultural para uso do STM no Brasil, com exceção de um estudo no qual foi realizado a adaptação cultural e a validação dos fluxogramas aplicáveis as urgências odontológicas (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015; KANEGANE, 2011).

Além do mais, estudo realizado por Souza *et al* (2011) sugere que sejam realizadas pesquisas com o intuito de validar o STM, uma vez que se trata de uma tecnologia nova, em fase de implantação no Brasil, representando área com carência de pesquisas.

Dessa forma, esse estudo justifica-se por se tratar de uma lacuna de conhecimento, e ao mesmo tempo de uma necessidade que se faz presente para o aprimoramento do STM, visto que ainda não foram realizados estudos para adaptar e validar o STM. Inicialmente, acreditava-se ser possível realizar todo o processo de tradução, adaptação cultural e validação do STM neste único estudo. Porém, ao

iniciar a pesquisa, percebeu-se que devido a extensão e complexidade dos termos existentes no STM trata-se de um processo bastante desafiador e laborioso.

Esse estudo restringe-se à adaptação cultural e validação de conteúdo do STM, de acordo com o referencial proposto por Beaton et al (2000), por ser o primeiro passo para atender às necessidades de se disponibilizar um instrumento útil, confiável e aplicável e, assim, contribuir para o aprimoramento de sua aplicação na prática clínica. Destaca-se que o processo de adaptação leva em conta os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução (HAMBLETON, 2005; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

Assim, pretende-se que essa pesquisa tenha continuidade em outro estudo para a realização da validação clínica do STM. Espera-se que ao final de todo o processo de adaptação cultural e validação seja possível propor ao GBCR, detentor dos direitos autorais do protocolo no Brasil, as mudanças que se fizerem necessárias para aprimorar o seu uso no contexto e realidade brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a adaptação cultural e validação de conteúdo do Sistema de Triagem de Manchester 3ª versão inglesa de origem para a língua portuguesa do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar a equivalência cultural, idiomática, conceitual e semântica entre a 3ª versão original inglesa do instrumento e a versão adaptada para o português do Brasil.
- Verificar a porcentagem de concordância interobservadores da versão adaptada para o português do Brasil.
- Realizar uma análise descritiva das diferenças encontradas entre a versão obtida nessa pesquisa e a 2ª versão utilizada atualmente no Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências

Na tentativa de intervir de forma organizada e efetiva sobre as urgências e emergências que acometem os indivíduos, observa-se que, nos últimos anos o Brasil tem caminhado na melhoria da assistência às urgências e emergências.

O ano de 1998 foi um marco inicial para o reconhecimento da carência dos serviços na área das urgências e emergências nos grandes centros urbanos. É instituído então a primeira iniciativa nacional de atendimento de urgência e emergência, através da Portaria nº 2.923 de 9 de junho de 1998, com o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar (BRASIL, 1998).

Logo em seguida houve outras sucessivas iniciativas pontuais de regulamentação caracterizadas por várias portarias, sendo elas: a Portaria nº 479 de 15 de abril de 1999, que criou os mecanismos necessários para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências, a Portaria nº 824 de 24 de Junho de 1999, que aprovou a normatização de atendimento pré-hospitalar e a portaria nº 814 de 1 de junho de 2001, que estabeleceu conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências, além de estabelecer a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgências já existentes.

Finalmente, no ano de 2002, o Ministério da Saúde, ressalta que a área de urgência e emergência é um importante componente da assistência à saúde. Existe um crescimento contínuo da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido principalmente ao aumento do número de acidentes, da violência urbana e da insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm colaborado inevitavelmente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL, 2002).

Na tentativa de vislumbrar uma maior atenção às urgência e emergências, no ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estadual de Urgência e Emergência através da Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Essa portaria estabelece os princípios e as diretrizes dos

Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas de funcionamento, a classificação e os critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências (BRASIL, 2002).

Esta mesma portaria definiu os serviços da atenção às urgências e emergências em: componente pré-hospitalar fixo, componente pré-hospitalar móvel, componente hospitalar e componente pós-hospitalar. O componente pré-hospitalar fixo é compreendido pelas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços diagnósticos e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências. O componente pré-hospitalar móvel é caracterizado pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e outros serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica. O componente hospitalar é tido como as portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, leitos de retaguarda, de longa permanência e de terapia semi-intensiva e intensiva, sendo que o componente pós-hospitalar são modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral e com base comunitária (BRASIL, 2002).

O regulamento ainda institui a Central de Regulação Médica e recomenda, também, pela primeira vez no Brasil, o emprego do acolhimento como triagem classificatória de risco. Sugere a integração de várias centrais médicas de regulação de fluxos de urgências, leitos hospitalares, de marcação de exames e consultas, assim como com outras instituições como as polícias militares e a defesa civil (BRASIL, 2002).

No ano de 2003, o MS institui, através da Portaria nº 1.863/2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), elaborada dentro dos preceitos constitucionais do SUS, é composta pelos sistemas estaduais, regionais e municipais. Em seguida, a Portaria nº 1.864/2003 institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio do SAMU em todo território brasileiro (BRASIL, 2003).

O SAMU representa um grande avanço no atendimento as urgências, trata-se de uma porta de entrada do sistema de urgência. É composto por centrais reguladoras e por um conjunto de ambulâncias de suporte básico e avançado. Aquelas de suporte básico têm como equipe um motorista e técnico de enfermagem,

contam com a estrutura básica para oferecer suporte para o primeiro atendimento às urgências, sem risco imediato a vida, sob orientação dos médicos das centrais. As ambulâncias de suporte avançado oferecem atendimento nas situações de risco iminente de vida e incluem além do motorista o médico e o enfermeiro (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Ainda no ano de 2003, foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, com a Portaria nº 2.072/2003, composto por representantes das diversas secretarias e departamentos do ministério, conselhos, agências reguladoras, instituições, associações médicas e outros ministérios, com papéis de elaboração, assessoramento, proposição, articulação, avaliação de diretrizes e ações relativas à PNAU (BRASIL, 2006).

O decreto nº 5055/2004 instituiu o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabeleceu o processo de adesão para esse tipo de serviços. O incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo território nacional e o incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência foram estabelecidos pelas Portarias nº1828/2004 e nº1927/2004 respectivamente.

Ainda em 2004 foi estabelecido as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU através da Portaria nº 2657/2004.

O Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde foi instituído pela Portaria nº 3125/2006 que estabeleceu as diretrizes para a estruturação e a organização da atenção à saúde nas urgências com o foco nas ações dos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. O Art.2º dessa portaria define as diretrizes do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência e indica, novamente, a estruturação da atenção à saúde nas urgências realizada mediante critérios de acolhimento, com dispositivos de classificação de riscos, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços (BRASIL, 2006).

Em 2008 foi instituído as diretrizes técnicas financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional do SAMU por meio da Portaria nº 2970/2008. As motolâncias foram implantadas como parte integrante da frota de intervenção de toda Rede do SAMU através da Portaria 2971/2008, a mesma define critérios para a aquisição, utilização, financiamento e custeio (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, no ano de 2011, para reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituir a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde. A RUE é uma rede complexa composta por diferentes pontos de atenção, de forma a assegurar diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, faz-se necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica e transversal (BRASIL, 2011).

Finalmente, as diretrizes para a implantação do componente das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e o conjunto de serviços de urgência e emergência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências foram estabelecidas em 2011 pela Portaria nº1600, em conformidade com a Política Nacional de Atenção as Urgências (BRASIL, 2011).

Mediante o exposto fica evidente que a Política Nacional de Atenção às Urgências teve como marco o financiamento federal e a regionalização. O Ministério da Saúde priorizou implementar um vigoroso programa de investimento para alterar a configuração de Redes de Atenção à Saúde e a expansão da Rede Nacional SAMU, que foram justificadas como "retaguarda adequadamente estruturada e qualificada". As UPA e motolâncias, instituídas na sua gestão, são estratégias de estruturação de curto prazo, através da UPA, e complementares, pelas motolâncias, que só foram possíveis a partir de um forte aporte de recursos federais (O'DWYER,, 2010) .

Cabe destacar que um sistema integrado de atenção às urgências deve ter conter bases estruturais, sendo elas: um sistema de classificação de risco único; fluxos internos e externos bem estabelecidos e pactuados que considerem a tipologia de cada um dos pontos de atenção da rede; sistemas logísticos de transporte e regulação; qualificação adequada das equipes, protocolos clínicos e linhas-guias (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

A Política Nacional de Atenção às Urgências tenta atender esses parâmetros, ao possibilitar uma melhor organização da assistência, além de articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas nas urgências e emergências. Tornou-se um elemento indispensável para a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002).

Os documentos que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências são coesos, consistentes, conversam entre si e projetam uma significativa evolução da política. As propostas de regionalização, responsabilização dos diversos atores e centralidade no usuário tornam a Política Nacional de Atenção às Urgências inovadora. Pode-se dizer que a regionalização a partir da urgência é emblemática para a regionalização da assistência de forma mais abrangente (O'DWYER, 2010) .

3.2 O Acolhimento com Classificação de Risco nas Urgências e Emergências

A Política Nacional de Atenção às Urgências destaca a proposta de acolhimento como a primeira atenção qualificada e resolutiva, capaz de oferecer a estabilização e a referência adequada ao paciente, sendo de responsabilidade de todos os níveis da rede assistencial (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Humanização corrobora o acolhimento como uma de suas diretrizes, presente em todas as relações e encontros, sendo uma necessidade de saúde legítima e singular de máxima relevância ética, estética e política (BRASIL, 2013; 2010).

Acolher propõe transcender a lógica de operar a organização e o funcionamento do trabalho em saúde. Tem como princípio a transformação da forma de atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, a medida que acolhe, escuta e oferece uma resposta positiva e resolutiva aos problemas de saúde da população (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

O acolhimento é o modo de atuar sobre os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de receber, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, implica em prestar atendimento com resolutividade e responsabilização (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o ato de “acolher” expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. O acolhimento favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso na tríade usuário-equipe-serviço na medida que contribui para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010).

Os serviços de urgência e emergência são historicamente marcados por uma realidade de superlotação de fluxo desordenado com atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos para o atendimento as pessoas que procuram o serviço. Devido principalmente ao aumento do número de acidentes e da violência urbana esse quadro tem se agravado, o que pode acarretar graves prejuízos à saúde dos pacientes (BRASIL, 2006).

Um obstáculo para o bom funcionamento dos serviços de urgência constitui-se na ausência da classificação de risco dos pacientes. É necessário implementar uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática médica em situações urgentes, seja confiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Na tentativa de reestruturar o processo de trabalho hospitalar, e de consolidar as diretrizes instituídas pelo Programa Nacional de Humanização Hospitalar, em 2004, foi proposto que o Acolhimento nas Urgências e Emergências seja realizado com a Avaliação e Classificação de Risco (BRASIL, 2004).

Estudos tem demonstrado que a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é capaz de proporcionar uma melhor qualidade no atendimento as urgências e emergências hospitalares, o que o torna imprescindível nos serviços que construam relações de “acolhimento” entre usuários e trabalhadores (JUNIOR; MATSUDA, 2012).

A classificação de risco considera mecanismos de controle em relação às áreas do serviço de urgência, assim como das áreas de espera e se converte em uma ferramenta valiosa para o auxílio à gestão da assistência do serviço de urgência, contribuindo com a eficiência do serviço e organizando a fila de forma justa, conforme a gravidade do paciente (JIMENEZ, 2003).

O ACCR é realizado a partir da identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco para sua saúde. Trata-se de uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da

promoção da saúde e é realizada a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A classificação de risco deve ser realizada por um profissional de nível superior, mediante o treinamento específico, com a utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ao considerar a classificação de risco é uma atividade complexa que demanda conhecimentos científicos e técnicos específicos, normatiza o ACCR como uma atividade privativa do enfermeiro. Para executar o ACCR o enfermeiro deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

3.3 Protocolos de Classificação de Risco em Urgências e Emergências

Como mencionado anteriormente, o Acolhimento com Classificação de Risco deve ser realizado nos serviços de urgência e emergência mediante a utilização de protocolos para a obtenção de maior confiabilidade na avaliação do estado real do paciente.

O Ministério da Saúde vem buscando padronizar as estratégias de ACCR em todo o território nacional, porém nenhum protocolo foi ainda adotado como oficial para o país. Dessa forma, sugere-se que a utilização de protocolos no acolhimento para nortear o atendimento (BRASIL, 2009).

A adoção de um protocolo para a classificação de risco beneficia os usuários do sistema de saúde, pois é capaz de reduzir as mortes evitáveis no serviço de urgência ao aprimorar os fluxos internos do serviço e os processos de gestão das instituições com conseqüente impacto na reorganização do serviço (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Um protocolo pode ser definido como algo que se pré-dispõe a por algo pronto a ser utilizado, através de recursos a ele atribuídos, ou ainda, é tido como a

padronização de leis e procedimentos que são dispostos à execução de uma determinada tarefa (MISOCZKY; BORDIN, 2004).

Não existe um padrão ouro em relação aos sistemas de triagem. Os protocolos são construídos considerando a admissão hospitalar, o índice de mortalidade e número de recursos utilizados no episódio de urgência. Adicionalmente à validade, a confiança e reprodutibilidade dos resultados devem ser os mais elevados possíveis para a produção de dados fidedignos (GRAFF *et al*, 2014).

Os protocolos têm grande variação, existem modelos que utilizam de dois níveis até cinco níveis de gravidade, porém os de cinco níveis os mais aceitos na atualidade. Os modelos de classificação de risco mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, mais os mais indicados e utilizados em serviços de urgência a nível mundial, são o *Australian Triage Scale (ATS©)*, o *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS©)*, o *Emergency Severity Index (ESI©)* e o *Manchester Triage System (MTS©)* (PIRES, 2003; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Esses sistemas apresentam algumas semelhanças em seus princípios principalmente correlacionados a queixa. Porém, o modelo ESI© contém uma diferença radical, pois norteia seu atendimento na necessidade de recursos disponíveis (JIMENEZ, 2003). Segue o Quadro 1 abaixo para demonstrar algumas semelhantes e diferenças entre os protocolos descritos:

QUADRO 1 - Características fundamentais dos diferentes sistemas de classificação de risco

Características	ATS	CTAS	MTS	ESI
Escala de 5 níveis de categorias	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal em seu país	SIM	SIM	SIM	NÃO
Baseada em categorias sintomáticas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Baseada em discriminadores chave	SIM	NÃO	SIM	SIM
Baseada em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM*
Baseada em escalas de urgências pré-definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Formato eletrônico	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Fonte: JIMENEZ (2013)

* Fatores que permitem discriminar o nível de urgências, em pacientes que apresentam com uma sintomatologia parecida e que se pode catalogar dentro de uma mesma categoria.

Uma outra característica diferencial entre os sistemas é em relação ao tempo para atendimento médico. Um estudo realizado sobre os sistemas de triagem com 5 níveis de categorias demonstrou que o *ATS*®, *CTAS*® e *MTS*® estabelecem o tempo limite para atendimento dos pacientes, de acordo com a prioridade, para serem atendidos por um médico. O *ESI*® aborda de forma diferente os pacientes com baixa prioridade, sendo que ao invés de um tempo fixo o objetivo é a avaliação dos pacientes tão logo quanto possível de acordo com a carga de trabalho do momento (CHRIST *et al*, 2010).

A seguir será discorrido sobre os principais protocolos utilizados nos serviços de urgência e emergência.

3.3.1 *Australian Triage Scale (ATS*®)

O *Australian Triage Scale (ATS*®) foi o pioneiro na classificação de risco. Para priorizar o atendimento ao paciente e buscar oferecer uma melhoria no atendimento nos serviços de urgência australianos foi criada no ano de 1970, no “*Box Hill Hospital*” a *Ipswich Triage Scale (ITS)*. O ITS era uma escala de cinco prioridades baseada no tempo para o primeiro atendimento médico. Na década de 90, a ITS foi informatizada, testada em hospitais australianos quanto à aplicabilidade e validada por especialistas para proporcionar uma padronização na triagem. Foi adotada em 1993 pelo *Australasian College of Emergency Medicine (ACEM)*, implantada nacionalmente e renomeada para *National Triage Scale (ATS*®) (AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2013).

A escala tem como objetivo garantir que os pacientes sejam atendidos na ordem da sua urgência clínica, e não por ordem de chegada ao serviço. O *ATS*® classifica os pacientes em cinco níveis de prioridade de acordo com a descrição dos critérios clínicos *versus* o tempo de espera para o atendimento médico, conforme demonstrado no Quadro 2 (AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2013).

QUADRO 2 - Escala ATS©, segundo as categorias, descrição e tempo estimado de avaliação

Categoria	Descrição da categoria	Avaliação
Categoria 1	Risco imediato à vida Ex: parada cardiorrespiratória.	Imediata
Categoria 2	Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato Ex: insuficiência respiratória, dor torácica (isquêmica), perda sanguínea importante.	< 10 minutos
Categoria 3	Potencial ameaça à vida/Urgência Ex: hipertensão severa, desidratação, convulsão.	30 minutos
Categoria 4	Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante. Ex: aspiração de corpo estranho (sem obstrução de vias aéreas), dor moderada, dor abdominal não específica, trauma craniano sem perda de consciência	60 minutos
Categoria 5	Menos urgente ou problemas clínico-administrativos. Ex: condições, necessidade de receita médica	120 minutos

Fonte: AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE (2013)

O protocolo é aplicado por profissionais treinados e habilitados pela ACEM. A avaliação envolve uma combinação do problema apresentado e a aparência geral do paciente, e pode ser combinada com observações fisiológicas. O tempo estimado para a avaliação é de dois a cinco minutos e os sinais vitais devem ser medidos somente se for necessário para estimar a urgência (AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2013).

Além do tempo máximo estabelecido para o atendimento, o ATS© determina padrões mínimos a serem registrados, são eles: a data e o horário de avaliação; o nome do profissional que realizou a classificação de risco; a queixa ou acometimento principal; a história pregressa; os achados clínicos relevantes; a categoria inicial da classificação de risco; a categoria após a reavaliação da classificação de risco; o local da realização da avaliação e tratamento e o diagnóstico e medidas que foram realizadas (TOLEDO, 2009).

A ACEM destaca-se a necessidade de realizar a reavaliação se houver alterações na condição do paciente. A reavaliação quando realizada deve ser registrada e documentada com categorizações subsequentes.

Estudos demonstram que o ATS© apresenta um nível satisfatório de confiabilidade para alocar pacientes em categorias apropriadas (FARROHKNIA *et al*,

2011). Uma meta-análise realizada recentemente com o objetivo de avaliar a confiabilidade do ATS[©], corrobora que a escala apresenta um nível aceitável de confiabilidade para distribuir os pacientes triados em categorias. Porém, sugere que a confiabilidade do ATS[©] requer uma avaliação mais abrangente, incluindo todos os aspectos da avaliação de confiabilidade, sobretudo em países diferentes que a utilizam (EBRAHIMI; HEYDARI; MAZLOM; MIRHAGLI, 2015).

3.3.2 *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS[©])*

Em 1995, inspirados no protocolo Australiano, um grupo de médicos canadenses de urgência desenvolveram uma escala de triagem para melhorar o atendimento nos serviços de urgência do Canadá. Em 1997 a *Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)* e a *National Emergency Nurses Affiliation (NENA)* realizaram em conjunto modificações na escala de triagem que deu origem ao *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS[©])*. A CAED e a NENA defenderam a implantação nacional do CTAS[©] para uso em todos serviços de urgência (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2015).

Inicialmente a escala não apresentava um instrumento de classificação de risco pediátrico, o que ocasionou à necessidade da criação do *Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS[©])* (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2015).

Trata-se de um modelo muito semelhante ao australiano, porém mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015). Assim como o ATS[©], a CTAS[©], tem como objetivo realizar a classificação dos pacientes de acordo com os sinais de sintomas, ou seja, o atendimento deve ser norteado pela ordem da urgência clínica garantindo que os pacientes mais graves serão atendimentos primeiro.

A avaliação do paciente deve ser direcionada pela queixa principal, de acordo com dados subjetivos, tais como: o início do problema, descrição da dor, fatores que agravaram ou aliviaram o problema, história prévia do problema; e dados objetivos, sendo eles: aparência física, resposta emocional, avaliação física. Todo esse

processo de avaliação deve ocorrer de 2 a 5 minutos (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2002).

O CTAS[©] é dividida em cinco níveis de categorização de acordo conforme representado pelo Quadro 3 abaixo:

QUADRO 3 - Níveis de Classificação estabelecidos pela “*Canadian Association of Emergency Physicians*” CTAS[©]

Categoria	Descrição da categoria	Avaliação
Nível 1	Ressuscitação Risco Iminente de deterioração das funções vitais. Ex: parada cardiorrespiratória	Imediata
Nível 2	Emergência Condições que ameaçam a vida e requer intervenção rápida. Ex: alteração do estado da consciência	Até 15 minutos
Nível 3	Urgente Condições potenciais de evolução para sérias complicações. Ex: dispneia moderada	Até 30 minutos
Nível 4	Pouco urgente Condições potenciais de evolução para complicações ou relacionadas à idade do paciente Ex: corpo estranho no olho	Até 60 minutos
Nível 5	Não urgente Condições agudas ou crônicas que não apresentam risco para a deterioração das funções vitais. Ex: dor em orofaringe	Até 120 minutos

Fonte: CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS (2002)

O mesmo grupo de pesquisadores que realizou a meta-análise descrita anteriormente para avaliar a confiabilidade do ATS[©], realizou um estudo semelhante para avaliar o CTAS[©]. Os resultados também foram similares, sendo que o estudo demonstrou que o nível de confiabilidade do CTAS[©] é aceitável. Porém, os autores reforçam a necessidade de serem realizados outros estudos especialmente em outros países que também utilizam a escala (MIRHAGLI; HEYDARI; MAZLOM; EBRAHIMI, 2015).

Um estudo realizado na Arábia Saudita demonstra que o CTAS[©] é um instrumento confiável quando utilizado em outras realidades diferentes do Canadá (ALGURAINI; AWAD; HIJAZI, 2015).

Em 2003, no Brasil o CTAS© foi traduzido para o português e submetido a validação clínica. Esse estudo concluiu que esse protocolo é um instrumento que pode ser utilizado pelos serviços de urgência no nosso país. A autora ressalta ainda a necessidade da utilização de instrumentos validados que permitam a classificação mais objetiva possível (PIRES, 2003).

3.3.3 *Emergency Severity Index (ESI©)*

Inicialmente nos Estados Unidos havia uma variedade de sistemas de triagem em uso, dominado por três escalas de nível (por exemplo, 1-emergent, 2-urgente, 3-não urgente). O ESI© é uma escala de cinco níveis de triagem desenvolvido pelos médicos Richard Wuerz e David Eitel que acreditavam ser essencial na um instrumento capaz de facilitar a priorização de pacientes com base na urgência de tratamento para as condições apresentadas (GILBOY *et al*, 2011).

A primeira versão do ESI© foi implementada em dois Hospitais de Urgência Universitários em 1999. Em 2000, o ESI© foi revisada e passou a incluir critérios de triagem de pacientes pediátricos, e em seguida, a versão 2 foi implementada em cinco outros hospitais. Com base no *feedback* dos enfermeiros e médicos que utilizavam a o ESI©, em conjunto com evidências científicas a escala foi aprimorada para a versão. A versão atual é a versão 4 que foi publicada em 2005 após algumas revisões (GILBOY *et al*, 2011).

Uma vantagem dessa escala é a rápida identificação dos pacientes que necessitam de atenção imediata. O foco da triagem está na triagem rápida de pacientes que apresentam recursos limitados (por exemplo, testes de diagnóstico e procedimentos). Assim como o ATS© e o CTAS©, o protocolo ESI© apresenta cinco níveis de classificação, porém apresenta diferença significativa em relação a abordagem e aplicação prática. O ESI© considera imprescindíveis os recursos disponíveis na instituição para o atendimento no sentido de tentar garantir os recursos certos no tempo certo, não estabelece tempo alvo para o atendimento médico e se apresenta em um único fluxograma a ser seguido para chegar à classificação de risco. (GILBOY *et al*, 2011). O Fluxograma orientador da classificação de risco está demonstrado na FIG 1:

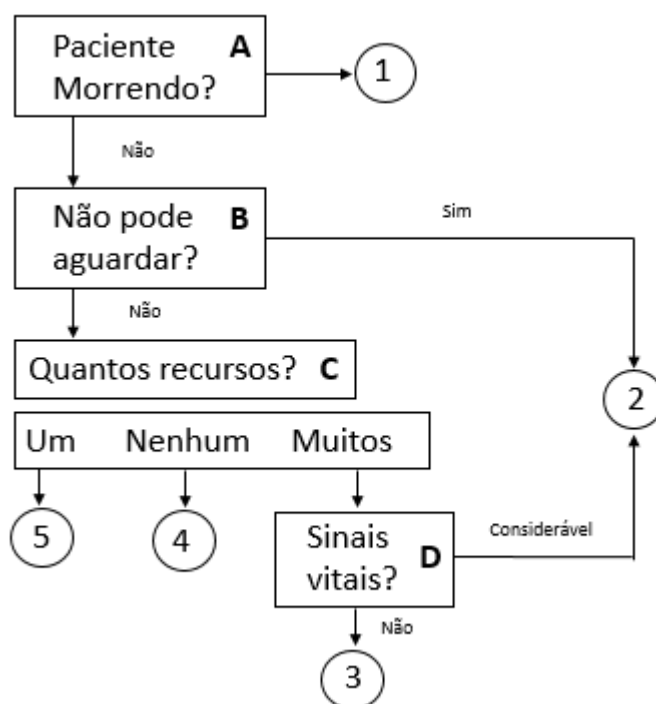


Figura 1: Fluxograma orientador da Escala ESI® Versão 4

Fonte: Gilboy et al (2011)

Estudos demonstram que o ESI® é uma ferramenta válida e confiável (MIRHAGLI; KOOSHIAR; ESMAEILI; EBRAHIMI, 2015; MIRHAGLI; HEYDARI; MAZLOM; HASANZADEH, 2015).

O ESI® foi traduzido para várias línguas e avaliada quanto à confiabilidade e validade. Quando avaliada nos Países baixos apresentou uma boa confiabilidade intra-observadores (STORM-VERSLOOT; UBBINK; CHIN A CHOI; LUITSE, 2009). Na Alemanha os pesquisadores encontraram uma excelente confiabilidade intra-observadores (GROSSMAN *et al*, 2011).

Porém, quando comparado ao Sistema de Triagem de Manchester (MTS®), o ESI® demonstrou uma menor concordância inter e intra-observadores e ao ser comparado com o ATS® evidenciou uma confiabilidade menor (STORM-VERSLOOT; UBBINK; CHIN A CHOI; LUITSE, 2009; ALPERT *et al*, 2013).

3.3.4 Manchester Triage System (MTS©)

O *Manchester Triage System* (MTS©) ou Sistema de Triagem de Manchester (STM) surgiu no *Manchester Royal Infirmary*, na cidade de Manchester, foi elaborado com o objetivo de organizar a fila de espera nos serviços de urgências para assegurar que pacientes não aguardem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Foi desenvolvido por uma equipe comandada pelo Professor Doutor Kevin Mackway-Jones no ano de 1994. Em 1996 foi editado o primeiro livro, que serviu de base para que o *National Health System (NHS)* recomendasse o seu uso nos hospitais do Reino Unido (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Devido às novas evidências científicas e parâmetros internacionais no ano de 2006 o STM versão original inglesa foi revista e lançada a sua 2ª versão. Atualmente é utilizada nos países de língua inglesa a a 3ª versão editada em 2014. A 3ª versão original inglesa, utilizada nesse estudo, é composta por 55 fluxogramas e por um dicionário de discriminadores (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2014).

Trata-se de um sistema de administração de manejo do risco clínico para assegurar que os cuidados, definidos de acordo com a necessidade do paciente, sejam realizados no tempo adequado. É um instrumento que permite definir as prioridades clínicas, oferecer uma maior segurança ao paciente e ao sistema de saúde (KANEGANE, 2011).

O STM é um instrumento que garante uniformidade consistente de critérios ao longo do tempo. Favorece a classificação segundo critérios científicos permitindo que a decisão seja realizada por um profissional capacitado. Além de estar de acordo com as boas práticas em urgência e emergência, garante o controle médico do sistema, a segurança do paciente e possibilita que a classificação de risco seja realizada em média de um a três minutos (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Para realizar a classificação de risco com o STM, o usuário do serviço de urgência e emergência passa inicialmente pelo acolhimento com o enfermeiro. O usuário relata sua queixa e a partir de então, o enfermeiro elenca o fluxograma e os

discriminadores correlacionados a queixa apresentada. Nesse momento o enfermeiro realiza a tomada de decisão para elencar qual o melhor fluxograma e discriminadores que atende a queixa apresentada no momento do acolhimento.

A tomada de decisão ou o processo decisório é caracterizado como a escolha entre duas ou mais alternativas que permitam atingir um determinado resultado. É importante destacar que a tomada de decisão deve ser realizada com conhecimento, racionalidade, competência e consciência, para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou mais próximo dele, nesse caso na escolha do fluxograma, discriminadores e tempo apropriados a queixa do usuário do serviço (MARQUIS; HUSTON, 2005).

O processo de tomada de decisão no acolhimento com classificação de risco recorre a estratégias de raciocínio, reconhecimento de padrões, formulação repetitiva de hipóteses, representação mental e intuição (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

As etapas para a tomada de decisão envolvem a identificação do problema, reunião de dados para análise das causas e das consequências do problema, investigação de soluções alternativas, avaliação das alternativas, seleção da solução mais adequada, implementação da solução escolhida e avaliação dos resultados (MARQUIS; HUSTON, 2005).

De acordo com Mackway-Jones; Marsden e Windle (2010) no acolhimento com classificação de risco, a tomada de decisão é composta por cinco passos que devem ser seguidos, a saber:

- Identificação do problema;
- Coleta e análise das informações relacionadas à solução;
- Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para a implementação;
- Implementação da alternativa escolhida;
- Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados.

A identificação do problema é o primeiro passo a ser seguido e pressupõe a identificação da queixa principal que levou o paciente a procurar o serviço. Tais situações enquadram-se, em geral, nas seguintes categorias: doença clínica, lesão, criança, alteração de comportamento e trauma. A partir da seleção da situação

problema o profissional é levado a escolher um fluxograma (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Cada fluxograma contém os discriminadores, definidos previamente para garantir a uniformidade, a compreensão e a aplicação dos conceitos que orientarão a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Os discriminadores são os sinais e sintomas que discriminam em qual nível de prioridade os pacientes serão alocados. Os discriminadores podem ser gerais ou específicos. Os discriminadores gerais podem ser aplicados a todos os pacientes, por esse motivo aparecem repetidamente nos fluxogramas e sempre estarão no mesmo nível de prioridade clínica. Os discriminadores específicos são aplicáveis a apresentações individuais ou a pequenos grupos e tendem a relacionar as principais características de condições específicas (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). A Figura 2 demonstra como exemplo a apresentação de um fluxograma e seus discriminadores.

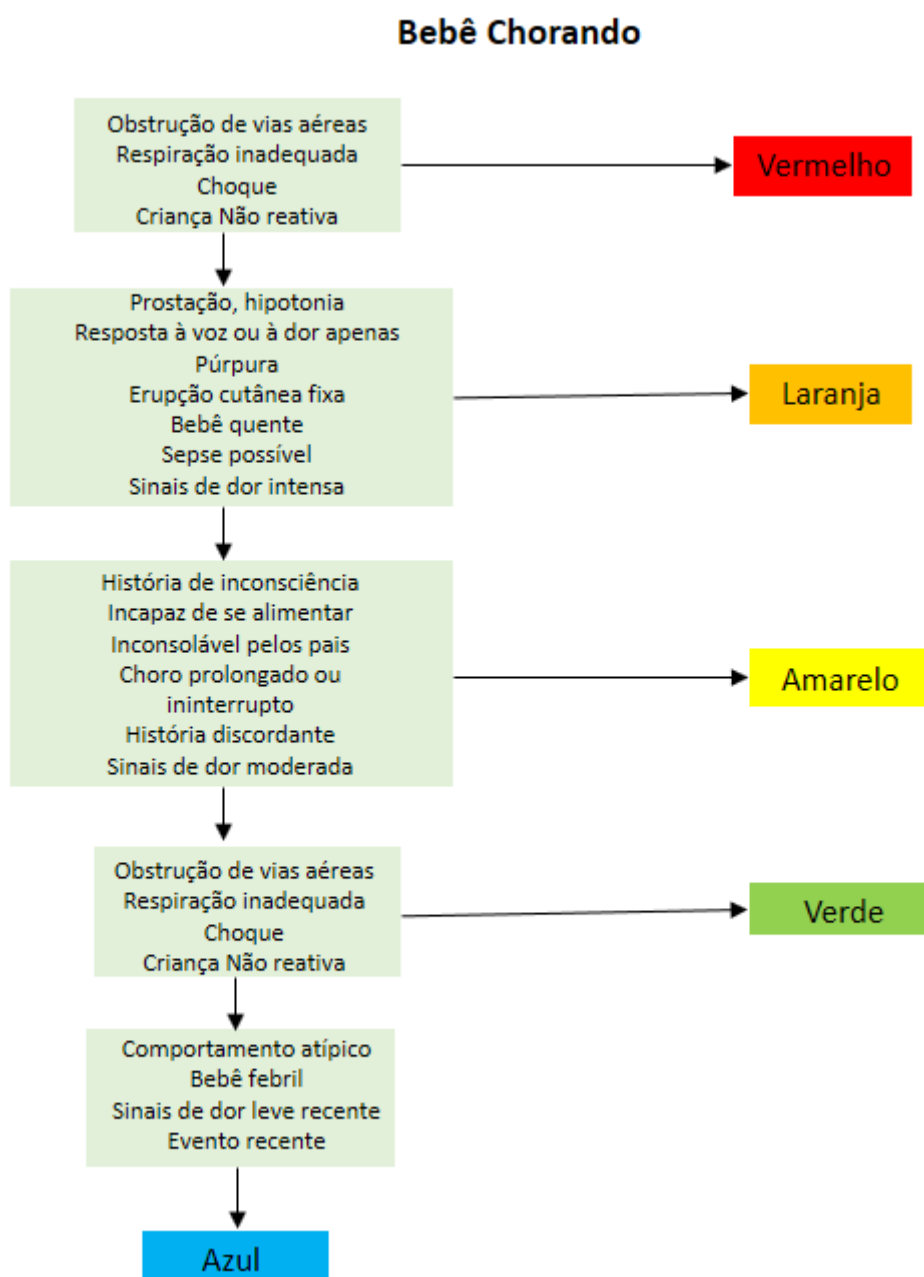


Figura 2: Fluxograma do STM: bebê chorando

Fonte: GBCR (2017)

A coleta, análise e a avaliação das informações coletadas levarão a decisão sobre qual discriminador escolher. Esse processo acarreta a atribuição de uma prioridade, ou seja, o profissional vai elencar em qual categoria o paciente se encaixa de acordo com o problema de saúde apresentado. O STM é composto por 5 categorias de gravidade, sendo que cada uma delas recebe um número, uma cor, um nome e um tempo alvo para atendimento médico (Quadro 4).

QUADRO 4 - Número, nome, cor e tempo-resposta dos níveis de prioridade estabelecidos pelo Grupo de Triagem de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo-resposta máximo (min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (2015)

É importante ressaltar que a avaliação deve ser sistemática, e que todos os dados devem estar reunidos para fornecer um quadro completo dos problemas apresentados pelo paciente. Por esse motivo, o profissional da classificação de risco deve ter experiência suficiente em cuidados de urgência, ser capacitado e ter boas relações interpessoais para se comunicar e compreender efetivamente (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

A partir do ano de 2000 um número significativo de instituições de saúde de várias realidades geográficas e populacionais, após licenciamento e autorização dos autores, vem implantando o STM. Pode-se citar a Áustria, o Brasil, a Alemanha, o México, a Noruega, Portugal e Espanha dentre outros (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

A primeira versão utilizada no Brasil foi lançada em 2010, possuía 52 fluxogramas, direcionadores do atendimento. Importante esclarecer que o STM é um método em constante evolução, dessa forma, baseado em mudanças no processo clínico e em consenso internacional com base em novas evidências científicas, essa primeira versão foi totalmente revista no ano de 2017 (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Atualmente, a 2ª edição do STM brasileiro apresenta 55 fluxogramas, além da inclusão do descritor sepse possível. Nessa versão foram incluídos três fluxogramas, sendo eles: Criança abusada ou negligenciada, Mal-estar em bebê (de 29 dias até 12 meses) e Mal-estar em criança (maior de 12 meses até 14 anos) (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

No Brasil, inicialmente foi implantado no município de Uberlândia. A partir de 2008 foi implantado na região metropolitana de Belo Horizonte, como parte da

política de saúde do estado de Minas Gerais, e sua adoção foi reforçada pelo Plano Nacional de Humanização que impulsionou a organização nos sistemas de urgência. Tendo em vista a necessidade de manter um padrão internacional, além de realizar traduções, revisões e auditorias do MTS[©], foi constituído o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010; BRASIL, 2004).

Trata-se de uma associação de direito privado, sem fins lucrativos e o único representante legal do *Manchester Triage Group* (MTG) e do Grupo Português de Triage (GPT) nos seus interesses, no Brasil. Tem como missão promover, divulgar, formar, implementar, manter, auditar e garantir controle dentro dos parâmetros esperados do STM (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

O GBCR tem a premissa da necessidade de manutenção do padrão internacional para garantir que o sistema se mantenha seguro, não só para o cidadão, mas também para o profissional de saúde que o aplica. Além do mais, o GBCR divulga e implementa no Brasil o STM para atendimento às situações clínicas agudas, tendo excelência na formação de profissionais e na certificação das instituições de saúde que aplicam a classificação de risco nas portas de entrada de urgência/emergência visando a segurança e a qualidade (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Alguns estudos têm sido realizados para avaliar o STM no mundo, porém fazendo uma busca pelas bases de dados percebe-se que a produção Brasileira ainda é limitada. A versão alemã do STM apresenta algumas diferenças em relação a versão original quanto aos fluxogramas e discriminadores. De acordo com Graff *et al* (2014) na versão alemã foi realizada a validação de constructo utilizando comparações com hospitalização (tratamento geral / intensivo), mortalidade, período de permanência hospitalar, nível de atendimento pré-hospitalar e número de diagnósticos invasivos.

A literatura diz que, para suceder um instrumento a validação de constructo são necessários uma série de estudos inter-relacionados visando a verificação empírica das construções teóricas sobre as variáveis a serem medidas O constructo é avaliado internamente e externamente (PASQUALI, 2010).

É avaliado internamente verificando-se a validade fatorial, quando os itens usados para mensurar o mesmo atributo correlacionam-se melhor um com o outro

do que com itens medindo outros atributos (análise fatorial); e também pela consistência interna, quando vários itens medindo o mesmo atributo tendem a fornecer a mesma informação e assim se correlacionam de perto um com o outro (GUILLEMIN, 1995).

Externamente a validade de construto é avaliada através da validade convergente e validade divergente. A convergência pressupõe correlação significativa entre o fenômeno mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais tal fenômeno deveria estar relacionado. A divergência verifica a não correlação das variáveis com as quais deveria diferir. Pode-se dizer que a convergente equivaleria ao conceito de sensibilidade, enquanto a divergente a de especificidade (PASQUALI, 2010; GUILLEMIN, 1995).

Dessa forma, ao avaliar o estudo de Graff *et al* (2014) observa-se que o mesmo não atende ao pressuposto da literatura em relação a validação de constructo, então, ao analisar o estudo pode-se inferir que tenha sido realizada uma validação clínica com estudo de coorte.

Em relação a outros estudos, o STM de acordo com Storm-Versloot *et al* (2009), demonstra que a concordância da classificação de risco inter e intra observadores varia, respectivamente, de substancial a excelente. Além do mais, o protocolo apresenta validade para uso em crianças, adultos, portadores de síndrome coronária e pacientes com embolia pulmonar aguda (AZEREDO *et al*, 2015).

Em um departamento de emergência australiano, com simulação de situações clínicas para avaliar a concordância inter observadores do STM, concluiu-se que é um sistema reproduzível (GROUSE *et al.*, 2009). Um estudo Sueco também encontrou uma boa reprodutibilidade do MTS© (OLOFSSON *et al.*, 2009).

O MTS© apresenta um alto desempenho em predizer pacientes com alta prioridade de tratamento dos serviços de urgência (STEINER *et al*, 2015) (MARTINS; CUÑA; FREITAS, 2009). No Brasil, resultado semelhante foi encontrado, ou seja, o STM é capaz de predizer a evolução dos pacientes durante a sua permanência na instituição (JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Nos Países Baixos foi realizado um estudo com o objetivo de validar o uso do MTS© em um serviço de urgência pediátrica. Nesse estudo o Protocolo apresentou uma validade moderada. Um outro estudo corrobora com esse resultado ao

encontrar uma moderada sensibilidade e especificidade no atendimento das emergências pediátricas (VAN VEEN *et al*, 2011; ROUKEMA *et al*, 2006).

No Brasil, em relação à validade, o STM aumenta o nível de gravidade mediante à condição real apresentada pelo paciente (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015). Além do mais, prioriza o atendimento de pacientes, é capaz de prever a evolução dos doentes durante sua permanência na instituição. Auxilia, ainda, a prever os pacientes que terão maior chance de evolução desfavorável, o que contribui para o sistema de saúde se organizar a fim de oferecer o atendimento mais eficiente e eficaz (JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

O STM busca garantir um alto nível de prioridade e um menor tempo de espera para a avaliação médica. Mostrou-se ser bom preditor da necessidade de internação e da mortalidade. Portanto auxilia no gerenciamento das demandas posteriores à classificação de risco, como recursos humanos e tecnológicos necessários ao atendimento dos pacientes, de acordo com os níveis de prioridade estabelecidos pelo protocolo (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015).

Dessa forma, pode-se assim dizer, que o STM demonstra bons resultados em relação à validade, sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade nos serviços de urgência (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 O Processo de Adaptação cultural de Instrumentos

O processo de adaptação cultural tem sido uma necessidade, especialmente pela disponibilidade de instrumentos aplicáveis a fenômenos de interesse da área da saúde. A construção de instrumentos é dispendiosa e a tradução e adaptação cultural de alguns existentes pode ser uma alternativa viável para pesquisadores da área. Esse fato decorre principalmente da realização na atualidade de pesquisas multinacionais e multiculturais. Além do mais, existe a necessidade de realizar a adaptação das medidas que avaliam itens relacionados à saúde, sendo que grande parte das ferramentas desenvolvidas são realizadas em países de língua inglesa e aplicadas em outros idiomas que não o de origem (BEATON *et al*, 2000).

A terminologia "adaptação transcultural" é utilizada para descrever o processo de tradução que envolve os idiomas de origem e de destino, e o processo de adaptação cultural que prepara as questões do instrumento para serem utilizadas em realidades diferentes da qual ele foi elaborado (BEATON *et al*, 1998). Nesse sentido, os instrumentos são testados em diferentes culturas, a fim de verificar a invariância da estrutura e dos parâmetros quando aplicado em diferentes grupos culturais (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A utilização de instrumentos e escalas pode ser realizada de duas maneiras, pode-se desenvolver um novo instrumento ou utilizar uma medida previamente elaborada e validada em outro idioma. Na existência de um instrumento, que avalie o mesmo fenômeno em outra língua, é recomendado que seja realizado a adaptação cultural e a validação para a realidade desejada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al*, 2000; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

A adaptação cultural de instrumentos possui uma vantagem considerável, uma vez que ao realizá-la, o pesquisador é capaz de comparar os dados obtidos em diferentes amostras e diferentes contextos. De tal forma, permite uma maior equidade na avaliação, por se tratar de uma mesma medida, que avalia o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica (HAMBLETON, 2005).

A adaptação cultural de um questionário, instrumento ou escala para uso em um novo país, cultura ou idioma requer uma metodologia exclusiva, a fim de obter a equivalência entre os idiomas de origem e o de destino (BEATON *et al*, 1998).

Essa metodologia é uma tarefa complexa, que exige um alto grau de planejamento e rigor científico-metodológico em relação à manutenção do conteúdo original, das características psicométricas e da validade para a população a qual se destina. O estabelecimento da equivalência da mensuração é uma condição prévia para a realização de quaisquer comparações realizadas entre grupos (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI, 2010; YU; YANG, 2015).

A *Internacional Test Commission (ITC)* foi criada em 1976 durante o Congresso da União Internacional de Ciências Psicológicas (IUPsyS). Porém, a sua concepção ocorreu na Suíça durante os anos de 1960 mediante a preocupação de psicólogos em utilizar ferramentas que garantissem a qualidade psicométrica adequada para que os testes fossem capazes de apresentar valor diagnóstico. Desde 1992 a ITC vem trabalhando com o objetivo de propor diretrizes para a tradução e a adaptação de instrumentos psicológicos entre diferentes culturas (OAKLAND *et al*, 2001).

No Brasil, vários estudos têm sido feitos com o objetivo de realizar a adaptação cultural de instrumentos desenvolvidos em outras culturas. Pode ser citado o estudo de Pires (2003) que realizou a tradução para o português e a validação da *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* e o trabalho de Kanegane (2011) que obteve a adaptação cultural e a validação dos fluxogramas do STM correlacionados às emergências odontológicas.

Nesses estudos, utilizou-se como referencial teórico-metodológico as etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) para adaptação cultural e validação de instrumentos. Os autores estavam preocupados em oferecer instrumentos que avaliassem com segurança o evento que desejavam mensurar, por meio de um instrumento confiável capaz de classificar as condições do paciente e proporcionar um atendimento rápido e de qualidade em emergências clínicas e odontológicas respectivamente.

Não existe um consenso em relação ao melhor método a ser empregado para realizar a tradução e adaptação cultural de instrumentos. Dessa forma, podem haver

ajustes e variar de acordo com o modelo adotado (BEATON et al, 2000; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

De acordo com Hambleton (2005), em geral a literatura aponta que a adaptação de um instrumento deve ser constituída por cinco etapas essenciais:

1. Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo,
2. Realização da síntese das versões traduzidas,
3. Tradução reversa/Backtranslation/Retro-tradução para o idioma de origem,
4. Análise da versão sintetizada por um comitê de juízes
5. Estudo-piloto

No entanto, entende-se que, nessas etapas, não estão incluídos alguns aspectos importantes para o processo de adequação da nova versão de um instrumento, como, por exemplo, a avaliação conceitual dos itens pela população-alvo e a discussão com o autor do instrumento original quanto a ajustes e modificações propostas na nova versão do instrumento (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

No Brasil, observa-se, de acordo com um levantamento bibliográfico realizado pela autora (APÊNDICE E), que o método mais utilizado na adaptação cultural de instrumentos é o proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton *et al* (2000). O método proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) consiste nas seguintes etapas:

- Tradução
- Back-translation/retro-tradução
- Avaliação por um comitê de juízes
- Pré-teste da versão final

No ano de 2000, uma nova proposta para o processo de adaptação foi publicada baseada na revisão de literatura sobre a temática em diferentes áreas de conhecimento (BEATON *et al*, 2000). Nessa sugestão os autores acrescentam a etapa síntese que consiste em realizar uma comparação e síntese entre as traduções, e tem como objetivo resolver as discrepâncias obtidas. Também inserem outra etapa após o pré-teste, que é a submissão de todo o processo percorrido para a aprovação de um comitê composto pelos autores ou responsáveis pelo instrumento de origem.

Beaton *et al* (2000) resume os passos a serem seguidos na adaptação cultural de acordo com a Figura 3 abaixo:

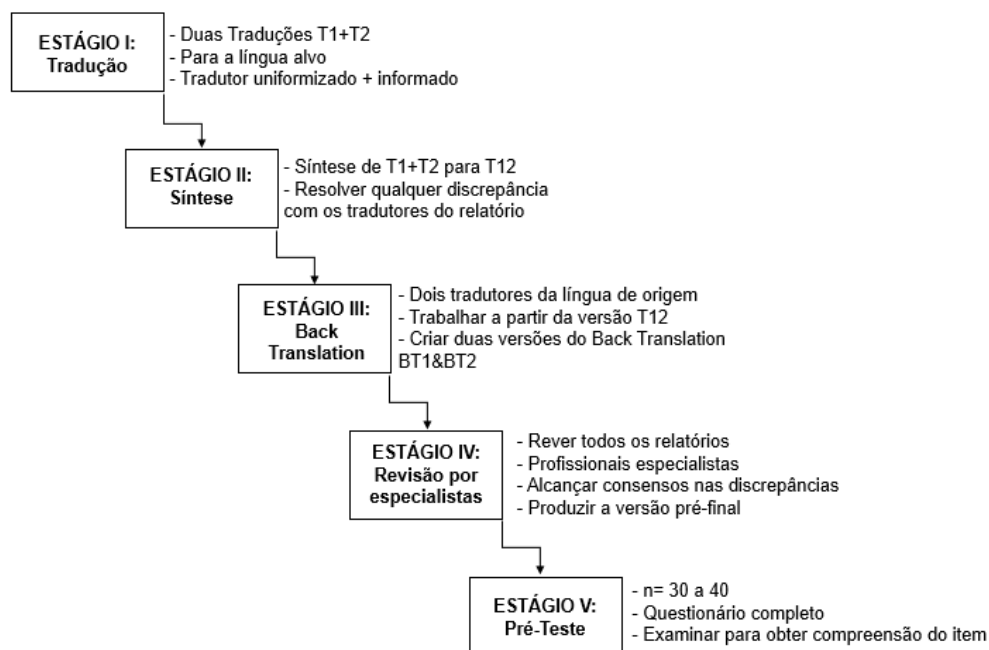


Figura 3: Representação gráfica das etapas de adaptação cultural

Fonte: Adaptado de Beaton (2000)

Cabe ressaltar que nessa etapa, o comitê de juízes pode realizar a modificação ou eliminar itens ambíguos, irrelevantes ou inadequados, melhorando a versão a partir das substituições que se fizerem necessárias. O pesquisador deve analisar e avaliar as alterações sugeridas pelo comitê de juízes e decidir por aqueles que devem permanecer na composição da nova versão.

Recentemente, Epstein *et al* (2015) realizaram um estudo para avaliar a contribuição para as propriedades psicométricas da retro-tradução e do comitê de juízes nos instrumentos adaptados culturalmente. Os resultados demonstram que a retro-tradução tem um impacto moderado, enquanto o comitê de juízes multidisciplinar garante uma boa acurácia ao instrumento.

As etapas propostas por Beaton *et al* (2000) serão detalhadas em seguida por se tratar do modelo metodológico norteador dessa pesquisa.

4.1.1 Tradução

É a primeira etapa do processo de adaptação cultural. O objetivo dessa etapa é obter uma versão consensual que preserve, ao máximo, o mesmo significado de cada item da língua de origem para a língua que se deseja aplicar o instrumento com a finalidade de manter a integridade do instrumento de medida.

É aconselhado que essa etapa seja realizada por no mínimo dois tradutores independentes, altamente qualificados, com domínio na língua e cultura do instrumento de origem e preferencialmente nativos do idioma alvo. Os dois tradutores devem ter perfis distintos, sendo que o primeiro esteja ciente do objetivo do estudo, em contrapartida, o segundo tradutor não deve ser informado a respeito do objetivo do estudo.

Essa etapa dá origem a duas traduções, sendo elas descritas como T1 e T2.

4.1.2 Síntese das traduções

É realizada uma síntese das traduções T1 e T2, por um observador/pesquisador e pelos tradutores, que dará origem a uma tradução comum T-12. As etapas subsequentes são realizadas tendo como base essa versão síntese, ou seja, a versão consenso.

4.1.3 Retro-tradução (*Back-translation*)

Essa etapa consiste em realizar a tradução da versão consenso/síntese T12 de volta para o idioma de origem do instrumento. Tem como finalidade verificar se os significados e/ou conteúdos entre o instrumento original e a tradução para a língua alvo contemplam os mesmos significados, garantindo assim qualidade e consistência a tradução.

A retro-tradução deve ser realizada pela mesma quantidade de tradutores da primeira fase e ser independente. As orientações são que os tradutores sejam fluentes no idioma de origem do instrumento, ou seja, sejam nativos do país de origem do instrumento, não devem conhecer a versão original do instrumento que está sendo adaptado e que desconheçam os objetivos do estudo e da retro-

tradução. A finalidade é verificar se a versão confeccionada com a retro-tradução possui semelhança com a versão original.

No final dessa etapa a versão original e a versão traduzida devem ser comparadas, sendo as divergências discutidas pelo pesquisador com os tradutores. O objetivo é corrigir possíveis erros que comprometam os significados dos itens, além de rever interpretações equivocadas que podem comprometer a consistência do instrumento.

Epstein *et al* (2015) recomendam para a tradução e adaptação de instrumentos:

- Para garantir a precisão do conteúdo deve ser incluído um comitê de juízes especialistas bilíngues com conhecimento em desenvolvimento e validação de instrumentos;
- Nas circunstâncias em que o instrumento original seja “robusto” e o comitê de juízes composto por especialistas bilíngues, a retro-tradução não precisa ser necessariamente realizada;
- Os principais problemas para a precisão da tradução estão nas variações de estilo, intensidade, quadro de frequência/hora, amplitude e significado. Cada uma dessas deve ser considerada durante todo o processo de adaptação.

4.1.4 Avaliação por um comitê de juízes

Essa fase consiste em estabelecer um comitê de juízes para consolidar todas as versões do instrumento e obter, ao final dessa fase, uma versão final do instrumento linguisticamente adaptado, ou seja, que assegure que todo o conteúdo do instrumento tenha sido adaptado de forma a preservar as equivalências do instrumento adaptado com o de origem (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Alguns cuidados devem ser levados em consideração para a escolha dos juízes. Os juízes devem ser bilíngues, representativos da população alvo, ter experiência na temática e serem especialistas nos conceitos que serão trabalhados. Além do mais, no presente projeto seguir-se-á a recomendação de que para garantir uma maior precisão do conteúdo é necessário que o comitê seja multidisciplinar (EPSTEIN *et al*, 2015).

Nessa fase são avaliadas as equivalências entre a versão original e a versão “final” do instrumento adaptado, obtida até o momento. Após a análise das equivalências, no final dessa fase, é obtida a versão pré-final que será submetida a um pré-teste. Existem diferentes tipos e procedimentos de equivalência propostos para essa avaliação. O Quadro 5 ilustra os principais tipos de equivalências e suas etapas.

QUADRO 5 - Principais etapas para a avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de aferição

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

Fonte: Reichenheim e Moraes (2007)

Guillemin, Bombardier, Beaton (1993) e Beaton *et al* (2000) propõem que na fase da avaliação pelo comitê de juízes seja realizada as análises de equivalência conceitual e de itens, semântica, idiomática e cultural, descritas abaixo:

- *Equivalência conceitual e de itens - ECO*

Essa etapa envolve a discussão no Comitê de Juízes com a finalidade de explorar se os diferentes domínios e/ou conceitos compreendidos pelo instrumento original, na definição dos conceitos de interesse, seriam relevantes e pertinentes ao novo contexto ao qual está sendo adaptado (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Verifica-se a equivalência de conceito (ECO) explorado na cultura original em comparação com a cultura alvo, ou seja, se o conceito é relevante para ambas as culturas. Nesse processo, avalia-se a capacidade dos itens de captar as dimensões em questão.

Na equivalência de itens observa-se a pertinência dos itens pela avaliação das questões que identificam os domínios do instrumento original na cultura alvo, a fim de decidir por sua permanência ou exclusão no instrumento.

A análise crítica dos itens que compõem o instrumento verifica sua relevância dentro dos domínios e/ou conceitos, pois podem variar de acordo com a cultura estudada (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

- *Equivalência semântica – ES*

A equivalência semântica (ES) está correlacionada a capacidade de transferir o sentido e o significado das palavras do instrumento original para a nova versão, propiciando assim um efeito análogo nas duas culturas.

Baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é: as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma. Tem-se como objetivo obter um efeito similar sobre os respondentes que falam línguas diferentes mantendo o sentido das palavras entre as duas culturas.

A avaliação da equivalência semântica é realizada por comparação da versão original e da versão de consenso, enfatizando o significado referencial (denotativo) e o geral (conotativo) do instrumento.

A avaliação do significado referencial (denotativo) entre o original e da versão de consenso, permite avaliar se existe o mesmo significado referencial. Se houver essa equivalência presume-se que existe uma correspondência literal entre as versões. A avaliação do significado referencial geral (conotativo) diz respeito ao significado geral de cada item do instrumento, realizado a partir de um contraste com o original. Esse processo de correspondência permite transcender a literalidade das palavras e observar aspectos sutis. É indispensável uma perfeita sintonia para que exista a correspondência da percepção e do impacto no respondente (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

Alguns autores utilizam a metodologia de coleta de dados de grupo focal nessa etapa para avaliar a compreensão de cada item do instrumento em questão (OLIVAS; SILVA; SANTOS, 2012; KRUEGER, 1994).

- *Equivalência idiomática – EI*

Uma expressão idiomática (EI) é tida como uma “uma lexia complexa, indecomponível, conotativa e cristalizada em um idioma pela tradição cultural” (XATARA, 1998). Dessa forma, cada língua apresenta suas próprias expressões idiomáticas. No processo de adaptação cultural é necessário garantir que as expressões idiomáticas irão apresentar a mesma equivalência entre as duas línguas (origem e alvo).

A equivalência idiomática avalia as expressões coloquiais, pois algumas expressões quando são traduzidas para outra língua perdem completamente o sentido, ou podem ser compreendidas com um sentido equivocado ao da língua materna.

As expressões idiomáticas são construídas em uma cultura por cada sujeito de maneira única, sendo impossível se determinar com exatidão sua equivalência em uma língua estrangeira. Entretanto, paradoxalmente, é possível estabelecer uma correspondência idiomática e dicionarizá-la, já que essa construção pode ocorrer de modo semelhante por cada sujeito, em uma mesma cultura, ou em culturas

diferentes, pois os fenômenos que motivam a produção linguística são iguais em todas as culturas (RIVA; RIOS, 2002).

Dessa forma, essa etapa não visa ao apagamento das diferenças intralinguísticas, mas à transposição das barreiras que impedem o diálogo intercultural, pressupondo, assim, a possibilidade de resgatar o maior número possível de elementos constituintes dos significados lexicais. A tradução deve realizar a transposição das barreiras que impedem o diálogo intercultural, portando não visa o apagamento das diferenças intralinguísticas, mas sim a possibilidade de resgatar o maior número possível de elementos constituintes dos significados lexicais (RIVA; RIOS, 2002).

- *Equivalência cultural – ECU*

A equivalência cultural (ECU) ou experiencial a coerência entre os termos e o contexto cultural à qual se destina o instrumento. Deve ser observado de um determinado item de um instrumento é aplicável a nova cultura. Representa as situações apresentadas na versão de origem que necessitam ser ajustadas ao contexto cultural no qual se objetiva a adaptação (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Relaciona-se a todas as expressões retratadas na versão original que devem ser coerentes com o contexto cultural no idioma alvo. Alguns itens poderão ser modificados ou mesmo eliminados (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

4.1.5 Pré-teste da versão final

A realização do pré-teste tem como objetivo verificar possíveis erros e desvios. É uma estratégia que permite avaliar a equivalência entre a versão original e a versão pré-final do instrumento. É útil para apontar achados esperados, para checar os erros e as divergências da tradução, além de possibilitar avaliar a compreensão e a clareza dos itens do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

É realizado a partir da aplicação do instrumento da versão pré-final traduzida e adaptada em uma amostra de sujeitos para verificar a impressão sobre a

compreensibilidade, pertinência e relevância cultural. Possibilita esclarecer e refinar a redação dos itens (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Beaton *et al* (2000) recomendam que o pré-teste seja realizado com 30 a 40 sujeitos do grupo alvo. Os sujeitos respondem o questionário e depois são entrevistados para verificar se eles compreenderam o significado das questões e se responderam adequadamente. Caso existam muitas dúvidas por parte dos respondentes, pode-se voltar ao comitê de juízes para possíveis alterações nas questões. De acordo com Ciconelli *et al* (1999), as questões que apresentem 15% ou mais de dúvidas, ou que não forem compreendidas, devem ser revistas pelo comitê de juízes e reaplicadas aos respondentes.

4.1.6 Apresentação da versão traduzida e adaptada do instrumento aos autores

É a fase final do processo de tradução e adaptação de instrumentos. Consiste na apresentação de todos os relatórios e formulários utilizados durante o processo para os autores que detêm os direitos autorais do instrumento. Porém, não cabe a estes autores a modificação do conteúdo, pois, espera-se que com a realização de todas as etapas do processo de adaptação cultural, uma tradução razoável tenha sido alcançada.

4.2 Validação de conteúdo

Após o processo de adaptação cultural de um instrumento existe a necessidade da avaliação das suas propriedades psicométricas, a fim de verificar se as características do instrumento original foram mantidas. Considera-se que a versão traduzida e adaptada culturalmente deverá apresentar *performance* semelhante a original (BEATON *et al*, 2000; GUILLEMIN, 1995).

O processo utilizado para verificar a *performance* do instrumento é a validação. A validação de instrumentos diz respeito à robustez do estudo, isso é, se há provas que afirmam que os métodos irão realmente medir o que se pretende (POLIT; BECK, 2011).

Validação é um processo de coletar e avaliar as evidências da validade do instrumento. É a técnica de examinar uma determinada predição ou inferência de um

evento que se deseja mensurar. Validar, mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida, envolve todo um processo de investigação (RAYMUNDO, 2009).

A validade de conteúdo examina a extensão em que a especificação sobre a qual ela foi construída, reflete o propósito específico para o qual ela está sendo desenvolvida. Tem por objetivo verificar se as perguntas são as expressões observáveis do construto, ou seja, relaciona-se com a capacidade dos itens representarem adequadamente todas as dimensões do conteúdo a ser abordado no instrumento. Define a extensão na qual uma medida empírica reflete um domínio específico de conteúdo e está associada a validade de face ou aparente. Ou seja, a validade de face é um aspecto da validade de conteúdo, sendo que a validade de conteúdo e a validade de face caminham juntas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade de conteúdo não é determinada por medidas estatísticas, e tende a ser julgada a partir da percepção de juízes ou especialistas que analisam até que ponto o instrumento é representativo do que se quer medir (RAYMUNDO, 2009).

Os juízes devem compor um comitê com o objetivo de analisar o alinhamento do instrumento aos pressupostos teóricos. Além de profissionais da área do tema, para estudos de adaptação cultural de instrumentos, sugere-se contar com especialistas de outras áreas, tais como de letras, da psicologia, da metodologia, da estatística e tradutores envolvidos no processo. Essa multidisciplinaridade na composição do comitê possibilita diferentes olhares. É uma etapa fundamental no processo de definição do instrumento, visto que todas as medidas estatísticas utilizadas nas demais etapas de validação dependem dessa definição (BITTENCOURT *et al*, 2011; EPSTEIN *et al*, 2015).

Em relação ao número de participantes a literatura apresenta controvérsias. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participantes desse processo. Outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995). Porém, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários. Os juízes devem receber uma carta explicativa e um questionário desenvolvido especificamente para essa avaliação (GRANT; DAVIS, 1997).

Para quantificar o grau de concordância entre os juízes, esses avaliam independentemente a relação objetiva entre os itens e a relevância destes, sendo então utilizado o cálculo da porcentagem de concordância. A porcentagem de concordância é a medida mais simples de concordância interobservadores (TILDEN *et al.*, 1990). A fórmula utilizada está descrita a seguir: TILDEN *et al.*, 1990

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram} \times 100}{\text{Número total de participantes}}$$

É necessário estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (POLIT; BECK, 2006). Os valores de referência mínimos adotados na literatura para instrumentos previamente construídos e já validados em outras culturas é de 0.78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico. O estudo metodológico é direcionado para aprimorar métodos usados em outras pesquisas e, consiste no desenvolvimento de ferramentas específicas para a coleta de dados, como instrumentos e questionários, sendo extremamente importante para o desenvolvimento de outras pesquisas (WASSERBAUER; ABRAHAM, 1995).

Devido a extensão e a complexidade das terminologias que compõem o STM, nesse estudo foram realizadas a tradução, a versão síntese, a retro-tradução e a avaliação por um comitê de juízes, etapas que compõem a tradução e adaptação cultural de instrumentos. Posteriormente, a partir do resultado desse estudo será realizado o pré-teste e a validação clínica do STM em outra pesquisa subsequente.

Dessa forma, as etapas da pesquisa estão escritas conforme a Figura 4:



Figura 4: Representação gráfica das etapas do estudo
Fonte: Dados do estudo

5.1 Tradução e Adaptação cultural do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa para a língua portuguesa do Brasil

5.1.1 Tradução do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa

Foi realizada a tradução da 3ª versão original inglesa do STM, composto por 55 fluxogramas e pelo dicionário dos discriminadores, para a língua portuguesa do Brasil. Esse processo foi realizado por duas tradutoras, independentes, brasileiras e bilíngues e que já residiram em países de língua inglesa. A primeira tradutora possui como formação profissional a enfermagem, fez intercâmbio durante a graduação e atualmente faz doutorado *sanduíche* nos Estados Unidos da América e foi esclarecida em relação aos objetivos do estudo. A segunda tradutora é formada em letras, especialista em língua inglesa, professora de curso de inglês e não obteve nenhum esclarecimento a respeito do estudo.

As tradutoras receberam individualmente dois instrumentos contendo a 3ª versão original em inglês dos fluxogramas e dicionário dos discriminadores do STM. Nos dois instrumentos havia um espaço para anotação de possíveis dúvidas e comentários sobre o processo de tradução dos itens quando necessário. Desta forma, as tradutoras realizaram a tradução inicial e o instrumento que originalmente é redigido na língua inglesa, recebeu duas versões na língua portuguesa do Brasil, respectivamente, versão traduzida 1 (T1) e versão traduzida 2 (T2).

5.1.2 Síntese das traduções

Inicialmente, a partir das duas primeiras traduções a pesquisadora realizou o agrupamento das informações para verificar os itens concordantes. Considerou-se concordância os termos que foram traduzidos exatamente iguais nas duas versões originada pelas duas tradutoras. Após esse processo, foi possível obter uma versão com itens que eram consenso inicial, porém, houveram itens que não obtiveram concordância e que necessitaram passar por uma nova rodada de análise das tradutoras.

Devido à extensão e complexidade dos termos presentes no STM, para obter a versão síntese final traduzida (Ts), foram necessárias um total de quatro rodadas

para o dicionário de discriminadores e cinco para os fluxogramas. Todo o processo foi mediado e avaliado pela pesquisadora, sendo que, após cada rodada era realizado o agrupamento das duas traduções para verificar os itens concordantes, discordantes e as sugestões.

Em cada rodada, para dar origem à versão consenso, todos os itens do instrumento foram analisados, avaliando a tradução individual para, em conjunto, ser escolhida a melhor tradução de cada item do instrumento. No final desse processo foi possível obter a versão síntese final traduzida (Ts) dos fluxogramas e dicionário de discriminadores do STM. Para finalizar, Ts passou por uma correção de português.

5.1.3 Retro-tradução

Esse procedimento permitiu avaliar se a versão síntese final traduzida (Ts) dos fluxogramas e do dicionário de discriminadores do STM para a língua portuguesa correspondiam adequadamente à versão original da língua inglesa. Foi realizada por dois tradutores da língua materna inglesa, com conhecimentos da língua portuguesa e experiência na tradução de artigos da área da saúde.

A versão Ts foi encaminhada para os dois tradutores realizarem individualmente a sua versão para o inglês que deu origem a versão retro-traduzida 1 (RT1) e a versão retro-traduzida 2 (RT2). Nessa etapa os tradutores não foram esclarecidos a respeito do objetivo do estudo. As duas versões foram analisadas pela pesquisadora e por um tradutor externo para verificar se as duas versões retro-traduzidas RT1 e RT2 correspondiam à versão original. O tradutor externo não está descrito na literatura, porém, devido à complexidade do instrumento optou-se por inserir esse para que fosse possível aprimorar ainda mais a correspondência entre a versão original e as versões traduzidas.

O objetivo dessa etapa foi avaliar a existência de divergências no significado e no conteúdo entre as versões original e as retro-traduzidas, além de realizar a correção de possíveis erros que comprometessem os significados dos itens. Foram consideradas as divergências de cunho semântico, idiomático, conceitual e cultural. No final dessa etapa foi possível obter a versão síntese final após a retro-tradução (Tsr).

5.1.4 Comitê de juízes e validação de conteúdo

A amostra dos juízes foi por conveniência. Adotou-se como critério de seleção o domínio da língua inglesa e atender também a pelo menos um dos critérios listados abaixo:

- Ser enfermeiro(a) ou médico(a) e trabalhar com estudos sobre o Sistema de Triagem de Manchester ou atuar na área;
- Ter experiência profissional mínima de seis meses em classificação de risco com utilização do Sistema de Triagem de Manchester;
- Ter publicação na temática tradução e adaptação de instrumentos;
- Ter sido anteriormente juiz de pesquisas de tradução e adaptação de instrumentos.

Dentre os juízes, foram elencados oito enfermeiros e duas médicas, o convite foi realizado pela própria pesquisadora e todos aceitaram participar da pesquisa.

O STM é, como dito anteriormente, extenso, sendo assim, optou-se por realizar a divisão dos fluxogramas e do dicionário de discriminadores entre os juízes. Dessa forma, os participantes foram divididos em dois grupos de cinco juízes cada. Para manter a proporcionalidade, cada grupo foi composto por quatro enfermeiros e uma médica. Um grupo foi indicado para realizar a análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do dicionário de discriminadores e outro dos fluxogramas.

Todos os juízes receberam um pacote com material impresso composto por um Questionário sócio demográfico (APENDICE A), um formulário com as orientações gerais e um questionário de avaliação (APENDICE B) das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão síntese final após a retro- tradução (Tsr) conforme demonstrado no Quadro 6 abaixo:

QUADRO 6: Instrumento para avaliação das equivalências

EQUIVALÊNCIAS	0 Discordo	1 Concordo	Sugestões
Semântica (correspondência do significado das palavras)			
Idiomática (expressões equivalentes em ambos os idiomas)			
Cultural (situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural)			
Conceitual (coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir)			

Fonte: Dados do estudo

Além da versão síntese final após a retro-tradução (Tsr), foi encaminhado por email para cada juiz a 3ª versão original em inglês do STM, as versões traduzidas T1 e T2, a versão síntese final traduzida (Ts) e a versão síntese final após a retro-tradução (Tsr). Cada grupo, de acordo com avaliação pré-determinada, recebeu o referido material referente aos fluxogramas ou ao dicionário de discriminadores conforme o grupo que pertencia.

De posse do material, os juízes realizaram uma avaliação inicial independente das equivalências entre a 3ª versão original em inglês do STM e a Tsr. Para cada item do instrumento o juiz deveria assinalar 0, quando considerasse que o item não possuía equivalência com o instrumento original e 1 quando julgasse ser o item equivalente à versão original. Sempre que necessário o juiz poderia expor suas considerações no espaço para sugestões.

Após o consenso Tf dos fluxogramas foi enviado um documento por email deste material para os juízes do dicionário de discriminadores. Como o dicionário de discriminadores traz o significado dos mesmos, foi solicitado aos juízes que lessem o material e que, em caso de discordância fosse comunicado a pesquisadora. Todos os juízes concordaram com o consenso Tf dos fluxogramas.

Após o consenso da versão Tf dos fluxogramas, os juízes do dicionário de discriminadores deram início a segunda rodada e realizaram novamente a análise dos itens discordantes da primeira rodada em relação a equivalência conceitual, semântica, idiomática e cultural.

Todas as avaliações foram recolhidas pela pesquisadora e realizada a análise descritiva de todas as informações. Para realizar a validação de conteúdo e a equivalência cultural, idiomática, conceitual e semântica foi considerada a porcentagem de concordância mínima de 80% interobservadores para cada item relacionado aos fluxogramas e ao dicionário de discriminadores (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

5.2 Aspectos éticos

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais por meio da Plataforma Brasil, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, autorizado pelo CAAE 53645116.1.0000.5149 (BRASIL, 2012).

Foi realizado o contato via e-mail com o Prof. Dr. Kevin Mackway-Jones, detentor dos direitos autorais da versão original do STM, e foi apresentado o projeto de pesquisa. A autorização do Prof. Dr. Kevin Mackway-Jones foi recebida por email, conforme o ANEXO A. Posteriormente, foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa ao Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, detedores dos direitos autorais do STM no Brasil (APENDICE C).

Participaram do estudo somente aqueles que concordaram com a colaboração mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE D).

6 RESULTADOS

6.1 Tradução e Síntese

Inicialmente foi realizada a tradução dos fluxogramas. A ordem, primeiro os fluxogramas, seguida pelo dicionário de discriminadores, permitiu que as tradutoras realizassem a tradução “as cegas”, já que o dicionário de discriminadores fornece informações e explica o significado de cada discriminador.

Ou seja, os tradutores inicialmente fizeram a tradução sem compreender o real significado de cada discriminador, o que poderia ter ocasionado “vícios” na tradução. Além do mais, a tradução posterior do dicionário de discriminadores permitiu o esclarecimento de algumas dúvidas que haviam surgido durante a tradução, complementando a compreensão de cada termo, e quando necessário foram realizadas alterações na versão consenso.

De forma geral, a primeira tradutora, especialista em língua inglesa, produziu uma tradução mais literal dos termos médicos, enquanto a segunda tradutora gerou uma versão direcionada ao contexto médico e ao conhecimento do público-alvo. Cabe destacar que, apesar do melhor direcionamento desta, a mesma também apresentou dúvidas em relação a melhor tradução de vários termos.

Para chegar a versão síntese final traduzida (Ts) do dicionário de discriminadores foram necessárias quatro rodadas e para os fluxogramas cinco rodadas. Inicialmente haviam sido realizadas quatro rodadas do fluxograma, mas após a tradução do dicionário foi necessário realizar mais uma rodada dos fluxogramas para revisão de alguns termos. Todo esse processo teve duração de 12 meses com um tempo aproximado de 2 a 3 meses para cada rodada.

A correção de português realizada na versão Ts permitiu realizar alguns ajustes em relação ao uso de crase, vírgula, ortografia e concordância de gênero.

Alguns discriminadores geraram maiores divergências nas traduções. O Quadro 7 representa um resumo dos termos divergentes mais frequentes durante o processo de tradução.

QUADRO 7: Tradução e síntese dos termos divergentes na tradução dos fluxogramas da versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017

VERSÃO ORIGINAL	1ª VERSÃO CONSENSO	2ª VERSÃO CONSENSO	3ª VERSÃO CONSENSO	4ª VERSÃO CONSENSO	CONSENSO FINAL T12
<i>Hot</i>	Sem consenso	Quente	Quente	Quente	Quente
<i>Very hot</i>	Sem consenso	Muito quente	Muito quente	Muito quente	Muito quente
<i>Warmth</i>	Calor	Calor	Calor	Calor	Calor moderado
<i>Warm</i>	Sem consenso	Moderadamente quente	Moderadamente quente	Moderadamente quente	Moderadamente quente
<i>Warm newborn</i>	Sem consenso	Recém-nascido moderadamente quente	Recém-nascido moderadamente quente	Recém-nascido moderadamente quente	Recém-nascido moderadamente quente
<i>Cold</i>	Sem consenso	Hipotermia	Sem consenso	Frio	Frio
<i>Severe pain</i>	Sem consenso	Dor intensa	Dor intensa	Dor intensa	Dor intensa
<i>Black or redcurrant stools</i>	Sem consenso	Fezes pretas ou vermelhogroselha	Fezes pretas ou vermelhogroselha	Fezes pretas ou vermelhogroselha	Fezes pretas ou vermelhogroselha
<i>Inappropriate History</i>	Sem consenso	Histórico inapropriado	Histórico não condizente	Histórico incompatível	Histórico incompatível
<i>Inadequate History</i>	Sem consenso	Histórico inadequado	Histórico inadequado	Histórico inadequado	Histórico inadequado
<i>Subcutaneous gas</i>	Sem consenso	Efisema subcutâneo	Efisema subcutâneo	Efisema subcutâneo	Efisema subcutâneo
<i>Pain on joint movement</i>	Sem consenso	Dor nos movimentos das articulações	Dor nos movimentos das articulações	Dor nos movimentos das articulações	Dor ao movimentar as articulações
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Sem consenso	Hemorragia incontrolável grave	Hemorragia incontrolável grave	Hemorragia incontrolável grave	Hemorragia maior incontrolável
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Sem consenso	Hemorragia leve incontrolável	Hemorragia leve incontrolável	Hemorragia leve incontrolável	Hemorragia menor incontrolável
<i>Significant mechanism of injury</i>	Sem consenso	Mecanismo de lesão significativo	Mecanismo de lesão significativo	Mecanismo de lesão significativo	Mecanismo de lesão significativo
<i>Burns and scalds</i>	Sem consenso	Queimaduras e escaldaduras	Queimaduras e escaldões	Queimaduras e escaldões	Queimaduras e escaldões
<i>Electrical injury</i>	Sem consenso	Sem consenso	Lesão elétrica	Lesão elétrica	Lesão elétrica
<i>Chest pain</i>	Sem consenso	Dor no tórax	Dor no tórax	Dor no tórax	Dor no tórax
<i>Responds to voice or pain</i>	Sem consenso	Reagindo apenas à voz	Reagindo apenas à voz	Reagindo apenas à voz	Responde apenas à voz

<i>only</i>		ou dor	ou dor	ou dor	ou dor
<i>Signs of meningism</i>	Sem consenso	Sinais de meningite	Sinais de meningism	Sinais de meningism	Sinais de meningism
<i>Temporal scalp tenderness</i>	Sem consenso	Sensibilidade no couro cabeludo temporal	Sensibilidade no couro cabeludo temporal	Sensibilidade no couro cabeludo temporal	Sensibilidade na região temporal do couro cabeludo
<i>Head injury</i>	Sem consenso	Traumatismo craniano	Traumatismo craniano	Traumatismo craniano	Lesão na cabeça
<i>High blood pressure</i>	Sem consenso	Pressão alta	Pressão alta	Pressão alta	Pressão arterial elevada
<i>Capillary refill time abnormal</i>	Retorno capilar anormal	Retorno capilar anormal	Retorno capilar anormal	Retorno capilar anormal	Tempo de preenchimento capilar anormal
<i>Widespread discharge or blistering</i>	Sem consenso	Secreção generalizada ou bolhas	Secreção generalizada ou bolhas	Secreção generalizada ou bolhas	Secreção generalizada ou bolhas
<i>Self-harm</i>	Sem consenso	Sem consenso	Autoflagelação	Autoflagelação	Autoflagelação
<i>High risk of further self-harm</i>	Sem consenso	Alto risco futuro de automutilação	Alto risco futuro de autoflagelação	Alto risco futuro de autoflagelação	Alto risco futuro de autoflagelação
<i>Scrotal trauma</i>	Sem consenso	Trauma escrotal	Trauma escrotal	Trauma escrotal	Trauma no escroto
<i>Disruptive</i>	Disruptivo	Disruptivo	Disruptivo	Disruptivo	Perturbador
<i>Head injury</i>	Ferimento na cabeça	Traumatismo craniano	Traumatismo craniano	Traumatismo craniano	Lesão na cabeça
<i>History of head injury</i>	Histórico de traumatismo craniano	Histórico de traumatismo craniano	Histórico de traumatismo craniano	Histórico de traumatismo craniano	Histórico de lesão na cabeça
<i>Not passing urine</i>	Sem consenso	Não está urinando	Não está urinando	Não está urinando	Sem urinar

Fonte: Dados da pesquisa

Na primeira versão de consenso não foi possível obter uma versão completa de concordância, sendo assim, não houve consenso em determinados discriminadores e as tradutoras optaram por aprofundar melhor no significado dos termos originais e terminologias para uma próxima rodada.

Dessa forma, alguns dos discriminadores que não obtiveram consenso na primeira rodada foram: *Hot, Very hot, Warm, Warm newborn, Cold, Severe pain, Black or redcurrant stools, Inappropriate history, Inadequate history, Subcutaneous gas, Pain on joint movement, Uncronrollable major haemorrhage, Uncontrollable minor haemorrhage Significant mechanism of injury, Burns and scalds, Electrical injury, Responds to voice or pain only Signs of meningism, Temporal scalp*

tenderness, Head injury, High blood pressure, Widespread discharge or blistering, Self-harm, High risk of further self-harm, Scrotal trauma, Not passing urine Significant psychiatric history.

Inicialmente a palavra *Hot*, segundo as tradutoras, poderia ser traduzida como quente ou febril. Porém, o termo *Warm*, se realizada a tradução literal “morno” não se encaixaria bem ao contexto. Na segunda versão consenso este problema foi resolvido. *Hot* foi considerado como quente, por estar correlacionado ao calor da pele e *Warm* como moderadamente quente. Assim, na segunda rodada os termos *Hot, Very Hot e Warm* foram descritos respectivamente como: quente, muito quente e moderadamente quente. Porém, *Warmth* foi descrito como calor moderado apenas após a tradução de seu significado no dicionário de discriminadores.

O termo *Severe pain* foi descrito como uma dor intensa por ser considerada neste contexto como uma dor intolerável e intensa, como jamais sentida. *Subcutaneous gas* ficou descrita como efisema subcutâneo e *Significante Mechanism of injury* como mecanismo de lesão significativo. Ainda na segunda rodada, o termo *Black or redcurrant stools* foi proposto como fezes pretas ou vermelho-groselha, o *Significant mechanism of injury* como mecanismo de lesão significativo, *Widespread discharge or blistering* como secreção generalizada ou bolhas. Por fim, *Chest pain* ocasionou dúvidas porque poderia se referir a dor pré-cordial, porém o termo que permaneceu foi dor no peito, dando um sentido mais generalizado.

Na terceira versão o termo *Cold*, descrito anteriormente como hipotermia, foi revisto, porém não houve um consenso entre as tradutoras. A justificativa é que hipotermia, consenso na primeira versão, não correspondia adequadamente quando comparado a *Hot* “quente”. Na quarta versão consenso o termo foi revisto e decidido pela palavra frio, que sinaliza o oposto de *Hot*. No termo *Burns and scalds, scalds* se apresenta como um substantivo e em outros artigos médicos é descrito como queimaduras e escaldões, terminologias que permaneceram como consenso. Em relação a *Electrical injury*, não foi possível obter um consenso nas duas primeiras rodadas. Foi traduzida posteriormente como lesão elétrica, sendo considerada como o dano produzido pelo fluxo e corrente elétrica através da pele.

Outro termo que gerou discordância foi *Signs of meningism* traduzido como sinais de meningismo. Neste caso, não foi traduzido como meningite devido à

existência do termo meningitis. Além do mais, *Signs of meningism* esta correlacionado a tríade de rigidez na nuca, fotofobia e dor de cabeça, cacterísticos sinais de irritação das meninges, que ocorre em outras patologias além da meningite, como por exemplo na hemorragia subaracnóidea.

O termo *Self harm* foi descrito como autoflagelação, considerado no português como o ato de causar flagelo, ou seja, dor ou lesão em si mesmo. Conseqüentemente, *High risk of further self-harm* significou alto risco futuro de autoflagelação.

Os termos *Inappropriate history* e *Inadequate history* geraram dúvidas pela proximidade do seu significado. Na quarta rodada, a primeira tradutora apontou que “*Innapropriate*” pode causar certa confusão pois em inglês significa inapropriado no sentido de não apropriado ou inadequado. Dessa forma, *Inadequate history* foi traduzido como histórico inadequado, por ser sua tradução literal a que melhor corresponde, e *Inappropriate history* como histórico incompatível.

Outros discriminadores foram revistos após a quarta rodada devido aos esclarecimentos trazidos no dicionário de discriminadores que explicavam o sentido linguístico ou pela correção gramatical. Os termos *Uncontrollable major haemorrhage* e *Uncontrollable minor haemorrhage* corresponderam a hemorragia maior incontrolável e hemorragia menor incontrolável, por se tratar dos termos mais usualmente utilizados na prática médica.

O termo *Head injury* havia sido traduzido como traumatismo craniano, porém, com o dicionário dos discriminadores ficou evidente que se trata de qualquer lesão craniana, e não se restringe ao traumatismo craniano. Assim, conseqüentemente o termo *History of head injury* foi traduzido como histórico de lesão na cabeça.

Disruptive, antes traduzido como disruptivo, foi alterado para perturbador, por significar, além de algo que atrapalhe o andamento normal de um setor de saúde, um comportamento que possa ser ameaçador e de risco. O termo *Not passing urine* foi alterado para sem urinar, palavra que melhor se adequa as características descritas no dicionário de discriminadores.

Em relação a correção de português, todas as correções referentes ao uso de vírgula, crase e ortografia foram realizadas. Nos itens do instrumento que haviam números, a corretora sugeriu seguir a regra gramatical que diz que os numerais de 1 a 10 devem ser escritos por extenso. Porém, para não modificar o instrumento de

origem, no qual constam os algarismos, foi mantida esta apresentação tal como no instrumento original.

A corretora, por ser bilíngue, fez duas sugestões em relação a tradução da versão consenso que foram acatadas. A primeira foi em relação a tradução do trecho “*This can be pain on either active*”, antes traduzido como “Esta pode ser dor em ambos movimento ativo”, foi traduzido como sugerido para “Isso pode ser dor no movimento ativo”. O outro termo que sofreu mudança foi “... *since reflex grimacing may occur.*”, antes traduzido como “...uma vez que podem ocorrer caretas de reflexo.”, foi modificado para “...uma vez que podem ocorrer uma gesticulação reflexa.”

Após todas as correções apontadas, no final de todo o processo, foi possível obter a versão Ts dos fluxogramas e dicionário dos discriminadores.

6.2 Retro-Tradução

As duas versões RT1 e RT2 foram comparadas inicialmente entre si, e posteriormente com a versão síntese traduzida (Ts) e a versão original, para verificar a existência de discrepância semântica entre as versões, o que ocasionaria a necessidade de reformulação na tradução de alguns trechos. Esse trabalho foi realizado pela pesquisadora e por um tradutor externo, bilíngue, com experiência em tradução de textos da área da saúde.

Na retro-tradução foi possível observar que, apesar dos tradutores terem sido informados que deveriam seguir o inglês britânico por ser o utilizado na versão original, o tradutor 2 foi o que realizou uma escrita mais apropriada e muito aproximada da versão original quando comparada a versão do tradutor 1.

Na maioria das vezes, apesar da escrita não ser exatamente igual a utilizada na versão original, a frase e seu contexto mantém igualdade com o sentido utilizado na versão original. Um exemplo é em relação ao descritor “Moderadamente quente” e “Hipoglicemia”. Este foi traduzido na RT2 exatamente como a versão original, ou seja, *Warm* e *Hypoglycaemia*. Porém, na versão RT1 a tradução foi *Moderately hot* e *Hypoglycemia*. Cabe destacar que em ambas as traduções o significado semântico foi preservado, ou seja, existe idêntico componente de sentido das palavras e da interpretação das sentenças e dos enunciados.

Em relação aos fluxogramas, foram encontrados alguns pontos de divergências, fato que acarretou a necessidade de esclarecimentos por parte dos tradutores da retro-tradução. Todas as divergências encontradas foram sanadas e não foi necessário realizar nenhuma modificação na versão Ts. Os itens que geraram maiores divergências estão descritos no Quadro 8, e na última coluna esta descrita como foi resolvida a divergência.

QUADRO 8: Divergências *versus* soluções durante a Retro-Tradução dos fluxogramas versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017

Item na versão original/Tradução na versão final síntese	RT1/Tradutor 1(T1)	RT2/Tradutor 2(T2)	Soluções
<i>Hot joint</i> Articulação quente	<i>Hot joints</i>	<i>Hot joint</i>	O T1 concordou em retirar o plural, pois o descritor da versão síntese encaminhada para tradução encontra-se no singular.
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i> Hemorragia incontrolável grave	<i>Severe uncontrollable bleeding</i>	<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	O T1 concordou em manter o termo <i>Incontrollable major haemorrhage</i> por ser o termo médico mais utilizado e que melhor descreve essa situação.
<i>Severe pain</i> Dor severa	<i>Strong pain</i>	<i>Sharp pain</i>	Em apenas um único momento <i>Severe pain</i> foi descrito dessa forma. Nos outros locais o mesmo termo aparece como <i>intense pain</i> (T1) e <i>severe pain</i> (T2). T1 e T2 concordaram de manter <i>sereve pain</i> .
<i>New abdominal pulse</i> Presença de pulso abdominal	<i>Presence of abdominal pulse</i>	<i>Abdominal pulse</i>	O T2 concordou em inserir a palavra <i>Presence</i> , já que a mesma está presente na versão síntese enviada.
<i>Recent mild pain or itch</i> Dor leve recente ou coceira	<i>Recent light pain or itch</i>	<i>Mild pain or itching</i>	O T2 concordou em inserir <i>Recent</i> , visto que a versão síntese encaminhada para tradução é acompanhada deste termo.
<i>Marked distress</i> Sofrimento acentuado	<i>Acute suffering</i>	<i>Marked distress</i>	O T1 modificou o item <i>Acute</i> para <i>Marked</i> por compreender que atende melhor a síntese encaminhada.
<i>Acutely short of breath</i> Falta de ar aguda	<i>Shortness of breath</i>	<i>Acute shortness of breath</i>	O T1 concordou em inserir <i>Acutely</i> , visto que a versão refere-se a falta de ar de forma aguda.

<i>Smoke Exposure</i> Exposição à fumaça	<i>Exposure to smoke</i>	<i>Smoke exposure</i>	O T1 modificou para <i>smoke exposure</i> quando questionado em relação ao sentido da versão síntese.
<i>Auricular haematoma</i> Hematoma auricular	<i>Atrial haematoma</i> <i>Hematoma Atrial</i>	<i>Auricular haematoma</i>	O T1 confundiu Atrial e Ventricular, após questionamento concordou em modificar para <i>Auricular</i> .
<i>Discharge</i> Corrimento	<i>Grief</i>	<i>Discharge</i>	T1 substituiu por <i>Discharge</i> quando questionado em relação ao sentido da versão síntese que se refere a corrimento.

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao dicionário de discriminadores foram identificados pontos de divergências e falta de analogia de significados com o texto original. Algumas divergências foram sanadas devido aos apontamentos realizados nos fluxogramas. Porém, em outros itens houve a necessidade de solicitar esclarecimentos dos tradutores da retro-tradução. Além disso, para solucionar alguns trechos, foi necessário realizar a interlocução com os tradutores iniciais da versão síntese. O Quadro 9 demonstra de forma concisa as divergências e soluções para as discrepâncias encontradas.

QUADRO 9: Divergências *versus* soluções durante a Retro-Tradução do dicionário de discriminadores versão inglesa do Protocolo de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017

Item na versão original/Tradução na versão final síntese	RT1/Tradutor 1(T1)	RT2/Tradutor 2(T2)	Soluções
<i>Cardiac pain: Classically a severe, dull, 'gripping' or 'heavy' pain in the centre of the chest, radiating to the left arm or to the neck. May be associated with sweating and nausea.</i> Dor cardíaca: Geralmente, uma dor severa, espalhada, "apertada" ou "pesada" no centro do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço.	<i>Heart pain: Generally, a severe, scattered, "tight" or "heavy" pain in the center of the chest, radiating to the left arm or neck. It may be associated with sweating and nausea.</i>	<i>Cardiac pain: Usually a severe, diffuse pain, "gripping" or "heavy", in the center of the chest, radiating to the left arm or to the neck. May be associated with sweating and nausea.</i>	O significado de "Dull" foi modificado para Dor surda. Nova tradução: Dor cardíaca: Geralmente, uma dor severa, dor surda, "apertada" ou "pesada" no centro do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode estar associada com sudorese e náuseas.

Pode estar associada com sudorese e náuseas.

High risk of (further) self-harm: An initial view of the risk of self-harm can be formed by considering the patient's behaviour. Patients who have a significant history of self-harm, who are actively trying to harm themselves or who are actively trying to leave with the intent of harming themselves are at high risk.

Alto-risco (futuro) de autoflagelação: Identificação inicial do risco de autoflagelação pode ser considerada pela observação do comportamento do paciente. Pacientes com histórico importante de autoflagelação, que podem se ferir ou deixar o local com a intenção de ferir-se, estão em alto-risco.

Known or likely immunosuppression: Any patient who is known or likely to be immunosuppressed including those on immunosuppressant drugs (including long-term steroids).
Imunossupressão conhecida ou provável: Qualquer paciente que é conhecido ou que possa estar imunossuprimido, incluindo aqueles em drogas imunossuprimidas (incluindo esteroides em longo prazo).

Lethality: The potential of the substance taken to cause illness or

High-risk (future) self-flagellation: Initial identification of self-flagellation risk can be considered by observation of patient behaviour. Patients with a long history of self-injury, who may injure themselves or leave the site with the intention of injuring themselves, are at high risk.

Known or probable immunosuppression: Any patient who is known or likely to be immunosuppressed, including those on immunosuppressant drugs (including long-term steroids).

Lethality: Potential for a substance to cause disease or death.

High risk of (future) self-harm: Initial identification of the risk of self-harm may be considered by observing patient's behaviour. Patients who have a significant history of self-harm, who may harm themselves or leave with the intent of harming themselves, are at high risk.

Known or likely immunosuppression: Any patient who is known or likely to be immunosuppressed, including those on immunosuppressive drugs (including long-term steroids).

Lethality: Potential of a substance to cause disease or death.

A expressão “actively trying to harm” foi modificado para que ativamente tentam ferir-se.

Nova tradução: Alto-risco (futuro) de autoflagelação: Identificação inicial do risco de autoflagelação pode ser considerada pela observação do comportamento do paciente. Pacientes com histórico importante de autoflagelação, que ativamente tentam ferir-se ou deixar o local com a intenção de ferir-se, estão em alto-risco.

Immunosuppressed drugs foi modificado para drogas imunossupressoras.

Nova tradução: Imunossupressão conhecida ou provável: Qualquer paciente que é conhecido ou que possa estar imunossuprimido, incluindo aqueles em drogas imunossupressoras (incluindo esteroides em longo prazo).

O T1 concordou em modificar *Guidelines for para para Advice*

<p>death. Advice from a poisons centre may be required to establish this. If in doubt, assume a high risk.</p> <p>Alta letalidade: Letalidade é o potencial de uma substância de causar danos. Orientações de um centro especializado em envenenamento podem ser necessárias para estabelecer o nível de risco de doença grave ou morte. Em caso de dúvida, presumir um risco elevado.</p>	<p>Guidelines for a poison center may be required to establish this. In doubt, assume high risk.</p>	<p>Advice from a specialized poisons centre may be required to establish this. If in doubt, assume high risk.</p>	<p>from a specialized poisons por considerar que refere-se a orientações de um centro especializado.</p>
<p>Not passing urine: Failure to produce and pass urine. This may be difficult to judge in children (and the elderly) and reference to the number of nappies or pads used may be useful.</p> <p>Sem urinar: Falha ao produzir urina e ao urinar. Isso pode ser difícil de avaliar em crianças (e idosos) e a referência ao número de fraldas ou papéis utilizados pode ser útil.</p>	<p>No urination: Failure to produce urine and urinate. This can be difficult to assess in children (and the elderly) and reference to the number of diapers or papers used may be helpful.</p>	<p>Not passing urine: Failure to produce and pass urine. This can be difficult to assess in children (and the elderly) and reference to the number of nappies or toilet tissue used may be useful.</p>	<p>Pads foi modificada por absorvente.</p> <p>Nova tradução: Sem urinar: Falha ao produzir urina e ao urinar. Isso pode ser difícil de avaliar em crianças (e idosos) e a referência ao número de fraldas ou absorventes higiênicos utilizados pode ser útil.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

O tradutor externo, ao comparar as RT1 e RT2 com a versão Ts e a versão original, apontou algumas considerações relevantes. A palavra *Dull*, traduzida na versão síntese como “difusa”, na verdade, tem o significado de dor latejante, pulsante, no sentido de uma dor contínua de baixa intensidade, dor surda. A discrepância foi informada aos quatro tradutores (tradução e retro-tradução) que decidiram em conjunto que, a terminologia médica “dor surda” realmente atende melhor ao significado de *Dull*. Dessa forma, a correção foi realizada na versão síntese traduzida, e agora *Dull* passa a significar dor surda conforme sugerido.

Outro equívoco identificado foi em relação a expressão “*immunosuppressed drugs*” que havia sido traduzida na versão síntese como drogas imunossuprimidas. A

mesma, em consenso com todos os tradutores, foi corrigida para drogas imunossupressoras, ou seja, medicamentos que atuam no sistema imunológico reduzindo a imunidade.

Por fim, foi apontado pelo tradutor externo que a palavra “*pads*”, anteriormente traduzida como papéis, neste sentido refere-se a absorvente higiênico. Em consenso com todos os tradutores envolvidos na adaptação cultural, a palavra “*pads*” foi modificada para absorvente higiênico. Dessa forma, todas as divergências encontradas foram corrigidas com as modificações que se fizeram necessárias, após análise conjunta e consenso de todos os envolvidos, foram modificadas na versão síntese inicialmente traduzida.

6.3 Comitê de Juízes e validação de conteúdo

Os participantes do comitê de juízes e da validação de conteúdo foram em sua maioria do sexo feminino (8 – 80%) e com idade média de 38,1 anos. A titulação acadêmica que predominou foi a de especialização (4 – 40%). O curso de classificador do STM foi realizado por 90% (9) dos juízes, sendo que seis (60%) juízes trabalham com o STM na prática clínica a cerca de 7,3 anos em média. Apenas três (30%) juízes não possuem trabalhos ou atividades científicas correlacionadas ao STM e o restante (7 – 70%) possui publicações em periódicos correlacionados a temática. Três (30%) juízes já participaram de pesquisas na condição de juízes, três (30%) possuem trabalhos ou atividades científicas sobre adaptação cultural de instrumentos e cinco (50%) possuem trabalhos ou atividades científicas sobre validação de instrumentos. A Tabela 1 abaixo demonstra a caracterização sócio sócio-demográfica dos juízes:

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos juízes que participaram da etapa de comitê de juízes da adaptação cultural do STM. Divinópolis, MG, Brasil, 2017. (n=10).

Perfil dos participantes		n(%)
Sexo	Feminino	8 (80%)
	Masculino	2 (20%)
Titulação acadêmica	Especialização	4 (40%)
	Mestrado	3 (30%)
	Doutorado	3 (30%)
Curso de classificador do STM	Sim	9 (90%)
	Não	1 (10%)
Experiência na prática clínica com o STM	sim	8 (80%)
	Não	2 (20%)
Atividades científicas correlacionadas ao STM	sim	7 (70%)
	Não	3 (30%)
Participação em pesquisas na condição de juiz	sim	3 (30%)
	Não	7 (70%)
Atividades científicas correlacionadas a adaptação cultural	sim	5 (50%)
	Não	5 (50%)

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo e rodadas realizadas para análise do comitê de juízes, ficou estipulado inicialmente 30 dias para primeira avaliação dos fluxogramas e do dicionário de discriminadores. Porém, apenas quatro (4 – 40%) juízes entregaram o material no tempo previsto, no qual dois eram avaliadores referentes ao dicionário de discriminadores e dois dos fluxogramas. Foi necessário estender mais 25 dias para o restante dos juízes, ou seja, a maioria (6 – 60%) utilizou em média 55 dias para primeira rodada de avaliação. Importante ressaltar que a primeira avaliação ocorreu concomitantemente em relação aos fluxogramas e dicionário de discriminadores.

Para os fluxogramas na segunda rodada os juizes utilizaram 15 dias para a análise do material com as discordâncias e sugestões. A terceira rodada tinha o objetivo de apresentar as modificações e obter o aceite destes, essa foi realizada em apenas um dia, todos os juizes concordaram com as alterações e foi possível obter a versão traduzida final (Tf) dos fluxogramas. O tempo total utilizado para avaliação dos fluxogramas foi de 71 dias.

Em relação do dicionário de discriminadores, a segunda rodada teve duração de 19 dias e a partir desta foi possível alcançar o consenso Tf para o dicionário de discriminadores. O tempo total utilizado para avaliação do dicionário de descritores foi de 74 dias. A tabela 2 abaixo demonstra o tempo utilizado para a avaliação do comitê de juizes de acordo com os fluxogramas e dicionário de discriminadores.

Tabela 2: Tempo utilizado para avaliação da etapa de comitê de juizes da adaptação cultural do STM. Divinópolis, MG, Brasil, 2017.

	Rodada	Tempo utilizado
Fluxogramas	1ª	55 dias
	2ª	15 dias
	3ª	1 dia
Dicionário de discriminadores	1ª	55 dias
	2ª	19 dias

Fonte: Dados da pesquisa

Os juizes avaliaram as equivalências, o conteúdo, a redação dos itens como garantia de que os conceitos seriam compreendidos de forma adequada pelos enfermeiros triadores e se refletiam os termos originalmente propostos na 3ª versão inglesa. Para essa análise os juizes basearam-se em conhecimentos da enfermagem e medicina, e sempre que necessário fizeram sugestões para adequações e melhorias em cada item. Diversas modificações foram realizadas para refinar a adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento.

A seguir, será destacado os resultados em relação aos fluxogramas e dicionário de discriminadores.

6.3.1 Fluxogramas

Observou-se nessa etapa a necessidade de modificações em todos os 55 fluxogramas, sendo que, dos 168 discriminadores foi necessário modificar 128 (76,2%). Nessa primeira rodada foi possível obter concordância dos juízes em 106 discriminadores. Houveram alguns termos sobre os quais o comitê de juízes julgou necessário aprofundar melhor o significado para discussão em uma próxima rodada. Na segunda rodada o material foi enviado com os discriminadores que não obtiveram consenso para o comitê de juízes e foi possível obter consenso em 18 discriminadores. Na última rodada foi obtido o consenso dos 4 discriminadores restantes. A tabela 3 descreve o número de discriminadores modificados em cada rodada.

Tabela 3: Discriminadores modificados versus rodada do comitê de juízes da adaptação cultural dos fluxogramas do STM. Divinópolis, MG, Brasil, 2017. (n=128)

	Rodada	Discriminadores modificados n(%)
Fluxogramas	1 ^a	106 (82.8%)
	2 ^a	18 (14.1%)
	3 ^a	4 (3.1%)

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação as modificações, inicialmente, um ponto questionado por quatro (80%) dos juízes foi que a palavra *History* traduzida na versão Trf como “histórico” não apresentava equivalência cultural e conceitual com o termo da versão original e da linguagem utilizada no Brasil. A sugestão foi a modificação da palavra “histórico” por “história”. A justificativa foi que o sentido do termo história refere-se a análise dos processos históricos dos personagens e dos fatos para compreensão de um determinado fenômeno, ou seja, exatamente a atividade realizada pelo enfermeiro no momento da triagem quando analisa o problema de saúde apresentado.

Outro termo identificado por cinco (100%) dos juízes sem equivalência conceitual e cultural foi o descritor *Self-harm* traduzido como Autoflagelação. Os juízes apontaram que a terminologia mais utilizada no Brasil é “autoagressão”, sendo assim, foi realizada a modificação. Em relação ao descriptor *injury* que havia

sido traduzido como lesão, foi também sugerido por três (60%) a modificação para a palavra trauma por representar melhor a equivalência conceitual e cultural utilizada no Brasil.

Em relação a segunda rodada o Quadro 10 abaixo demonstra os principais discriminadores identificados na segunda rodada como não equivalentes e a forma que foram resolvidos na primeira rodada.

QUADRO 10: Divergências *versus* soluções durante a segunda rodada do comitê de juízes dos fluxogramas versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017

VERSÃO ORIGINAL	Tradução em Trf	Comitê de juízes – detecção de não equivalências	Resolução Consenso
<i>Hot</i>	Quente	ECU e ECO	Febre
<i>Very hot</i>	Muito quente	ECU e ECO	Hipertermia
<i>Warm newborn</i>	Recém-nascido moderadamente quente	ECO e ECU	Neonato Febril
<i>Severe pain or itch</i>	Dor ou coceira moderada	ECO, ECU, ES e EI	Dor ou coceira intensa
<i>Inappropriate history</i>	Histórico inapropriado	ES, EI, ECO e ECU	História inapropriada
<i>Inadequate history</i>	Histórico inadequado	ES, EI, ECO e ECU	História inadequada
<i>Pain on joint movement</i>	Dor nos movimentos das articulações	ES, EI, ECO	Dor ao movimento articular
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de lesão significativo	ECO ECU	Mecanismo de trauma significativo
<i>Burns and scalds</i>	Queimaduras e escaldaduras	ECO, ECU e EI	Queimaduras
<i>Electrical injury</i>	Sem consenso	ECO e ECU	Queimadura elétrica
<i>Chest pain</i>	Dor no tórax	ECO, ECU e EI	Dor torácica
<i>Responds to voice or pain only</i>	Reagindo apenas à voz ou dor	ECO e ECU	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Temporal scalp tenderness</i>	Sensibilidade no couro cabeludo temporal	ECU e EI	Couro cabeludo temporal dolorido
<i>Widespread</i>	Secreção generalizada ou	ECO, ECU e	Erupções ou vesículas

<i>discharge or blistering</i>	bolhas	EI	disseminadas
<i>Scrotal trauma</i>	Trauma escrotal	ECO e ECU	Trauma no escroto
<i>Disruptive</i>	Disruptivo	ECO e ECU	Comportamento conturbador
<i>History of head injury</i>	Histórico de traumatismo craniano	ECO, ECU e EI	História de trauma cranioencefálico
<i>Not passing urine</i>	Não está urinando	ECO e ECU	Sem urinar

Fonte: Dados da pesquisa

Na versão Tsr as terminologias *Hot*, *Very Hot*, *Warm Newborn* que foram descritos respectivamente com quente, muito quente e recém-nascido moderadamente quente. Nessa versão o comitê de juízes, em conjunto com a pesquisadora, decidiu que para manter a equivalência conceitual e cultural as terminologias deveriam ser descritas como febre, hipertermia e neonato febril.

Disruptive, antes traduzido como disruptivo, foi alterado para perturbador, por significar, além de algo que atrapalhe o andamento normal de um setor de saúde, um comportamento que possa ser ameaçador e de risco. O termo *Not passing urine* foi alterado para sem urinar, palavra que melhor se adequa ao contexto utilizado em nosso país.

O descritor Burns and scalds, foi descrito como queimaduras e escaldões, porém foi apontado que a palavra escaldões é pouco utilizada no Brasil, e optou-se por permanecer apenas a palavra “queimadura”, que por si só já descreve a lesão tecidual causada na pele pelo calor.

Ao observar o quadro 10, foi possível verificar que na maioria das vezes os discriminadores identificados como discordantes não apresentavam equivalência conceitual e cultural. Após a resolução desses discriminadores foi realizada a terceira rodada. Na terceira rodada foram resolvidas as demais pendências correlacionadas aos discriminadores: *black or redcurrant stools*, *unable talk in sentences*, *cold* e *warmth*. O descritor *black or redcurrant stools* foi consensuado como fezes pretas ou fezes em groselha, por ser a terminologia mais utilizada na medicina.

A sentença *unable to talk in sentences*, descrito anteriormente como incapaz de formar frases, foi modificado por frases entrecortadas. Nesse item o comitê apontou que não havia equivalência idiomática e semântica, visto que o

discriminador refere-se ao tipo de fala correlacionada a dispneia grave. Dessa forma, a pesquisadora concordou com a alteração e a mesma foi realizada.

Cold foi apontado por não haver equivalência cultural e conceitual. Os juízes apontaram que o descritor se refere a hipotermia e tem sentido contrário ao *hot*, descrito nesse momento pelo comitê como febril.

Por fim, os juízes relataram dificuldades em traduzir o discriminador *warmth*. Na primeira e segunda edição publicadas no Brasil pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco o termo *warmth* foi suprimido. Apesar de Beaton *et al* (2000) sugerir que não devem ser realizadas modificações no instrumento, pela falta de um vocábulo equivalente ao idioma brasileiro, os investigadores assumiram a responsabilidade de retirar esse descritor dos fluxogramas.

No final de todo o processo foi possível obter a versão consenso final traduzida dos fluxogramas conforme APÊNDICE F.

6.3.2 Dicionário de discriminadores

A primeira rodada foi realizada sem o contato prévio dos juízes com a versão traduzida consenso final dos fluxogramas e não foi possível obter uma versão consenso de completa concordância. Foi realizada a segunda rodada considerando os itens que já haviam sido pré-estabelecidos como versão traduzida consenso final dos fluxogramas.

O dicionário de discriminadores é composto por 186 itens. Na primeira rodada foram identificados 53 itens que haviam necessidade de mudança por não apresentarem concordância mínima de 80% de alguma das equivalências, destes, foi possível obter o consenso de 49 itens. Alguns itens foram modificados com o intuito de melhorar a escrita, o que não ocasionou modificação no sentido e tradução original. A tabela 4 demonstra as modificações por rodada:

Tabela 4: Discriminadores modificados versus rodada do comitê de juízes da adaptação cultural dos fluxogramas do STM. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017. (n=53)

	Rodada	Modificações n(%)
Dicionário de discriminadores	1 ^a	49 (92,5%)
	2 ^a	4 (7,5%)

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação as modificações realizadas, a expressão original “*Altered conscious level: Not full alert. Either responding to voice or pain only or unresponsive*” estava traduzida na Tsr como “Nível de consciência alterado: Parcialmente alerta. Responsivo somente à voz ou à dor, ou irresponsivo”. Essa tradução foi identificada por dois (40%) juízes como discordante semanticamente. Um dos juízes sugeriu a modificação para “Alteração do nível de consciência: paciente não totalmente alerta, com alteração na Escala de Coma de Glasgow em relação ao estado prévio. Responde apenas à voz ou a dor ou está irresponsivo. Em caso de dúvida, presumir alteração de nível de consciência.”

Conforme o exemplo acima, observou-se que, durante a avaliação dos juízes, não apenas neste item mas em vários itens do dicionário de discriminadores, houveram sugestões de inclusão de termos que não estavam presentes na tradução original da 3^a versão inglesa do STM. Conforme o recomendado pelo referencial metodológico adotado nessa pesquisa, essas inclusões foram evitadas e não acatadas a fim de não ocasionar alteração no sentido original do STM. Assim sendo, o trecho acima descrito foi traduzido e consensuado na última versão como “Alteração do nível de consciência: Paciente não totalmente alerta. Responsivo somente à voz ou à dor, ou irresponsivo.”

Os itens do dicionário de discriminadores que obtiveram menor concordância em relação as equivalências estão identificados abaixo no Quadro 11.

QUADRO 11: Divergências *versus* soluções durante a segunda rodada do comitê de juízes do dicionário de discriminadores versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017

VERSÃO ORIGINAL	Tradução em Trf	Comitê de juízes – detecção de não equivalências	Resolução Consenso
Altered blood: <i>Darker than fresh blood and often smelling more like melaena.</i>	Sangue alterado: Mais escuro que o sangue fresco e muitas vezes cheirando mais como melena.	ES, ECU, ECO	Evacuação de sangue escurecido: Evacuação de sangue escurecido e com cheiro semelhante a melena.
Atypical behaviour: <i>Children who are behaving in a way that is not usual in the given situation. The carers will often volunteer this information. Such children are often referred to as 'fractious or 'out of sorts'.</i>	Comportamento atípico: Crianças que estão se comportando de maneira não habitual dada a situação. Os cuidadores darão essa informação na maioria das vezes. Essas crianças são, muitas vezes, referidas como rebeldes ou mal-humoradas.	ES, EI, ECU, ECO	Comportamento atípico: Crianças que estão se comportando de maneira não habitual dada a situação. Os cuidadores darão essa informação na maioria das vezes. A criança pode estar rabugenta, indócil, irritada ou com comportamento diferente do habitual.
Breathing after airway opened: <i>In major incidents the presence of breathing after simple airway opening manoeuvres allows the respiratory rate to be counted. Absence of breathing when the airway is open indicates death.</i>	Respirando após vias aéreas desobstruídas: No caso de incidentes graves, a presença de respiração após uma simples manobra de desobstrução das vias aéreas permite que a frequência respiratória seja contada. Ausência de respiração quando a via aérea é desobstruída indica falecimento.	EI, ECU	Respirando após abertura de vias aéreas: No caso de acidentes com múltiplas vítimas, deve ser avaliada a presença de respiração após a abertura de vias aéreas. A ausência de respiração após a manobra de abertura de vias aéreas indica óbito.
Capillary refill time abnormal: <i>Major incident casualties whose capillary refill is prolonged (more than 2 seconds) are categorized as RED.</i>	Tempo de preenchimento capilar anormal: Principais vítimas de incidentes, cujo preenchimento capilar é prolongado (mais de 2 segundos), são categorizadas como vermelho.	ES, EI, ECU, ECO	Tempo de preenchimento capilar anormal: Em situações de múltiplas vítimas, quando o preenchimento capilar está prolongado (maior que 2 segundos) o paciente é priorizado como vermelho.
Cardiac pain: <i>Classically a severe, dull, 'gripping' or 'heavy' pain in the centre of the chest, radiating to the left</i>	Dor cardíaca: Geralmente, uma dor severa, espalhada, "apertada" ou "pesada" no centro do peito, irradiando para o braço	ES, EI, ECU, ECO	Dor cardíaca: Dor no meio do peito, geralmente em aperto ou peso, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço. Pode estar associada

<i>arm or to the neck. May be associated with sweating and nausea.</i>	esquerdo ou pescoço. Pode estar associada com sudorese e náuseas.		com sudorese e náuseas.
Direct trauma to the back: <i>This may be top to bottom (loading), for instance when people fall and land on their feet, bending (forwards, backwards or to the side) or twisting.</i>	Trauma direto às costas: Isto pode ser de cima para baixo (crescendo), por exemplo, quando as pessoas caem de pé, inclinando-se (para frente, para trás ou para o lado) ou se torcendo.	ECO, ECU, ES, EI	Trauma direto no dorso: Relato de trauma no dorso por carga que ocorreu de cima para baixo, por exemplo: quando se cai de pé ou quando a carga provoca inclinação para frente, para trás, para o lado ou uma torção.
Direct trauma to the neck: <i>This may be top to bottom (loading), for instance when something falls on the head, bending (forwards, backwards or to the side), twisting or distracting such as in hanging.</i>	Trauma direto no pescoço: Isso pode ser de cima para baixo (crescendo), por exemplo, quando algo cai sobre a cabeça, inclinando-se (para frente, para trás ou para o lado), torcendo ou afastando, como em enforcamento.	ES, ECU, ECO	Trauma direto no pescoço: Relato de trauma no pescoço por carga que ocorreu de cima para baixo, por exemplo: quando se cai de pé ou quando a carga provoca inclinação para frente, para trás, para o lado ou uma torção.
Hyperglycaemia: <i>Glucose greater than 17mmol/l</i>	Hiperglicemia: Nível de glicose maior que 17mmol/l.	EI, ECU, ECO	Hiperglicemia: Nível de glicose maior que 300mg/dL
Hyperglycaemia with ketosis: <i>Glucose greater than 11mmol/l with urinary ketoses or signs of acidosis (deep sighing respiration, etc.)</i>	Hiperglicemia com Cetose: glicose maior que 11 mmol/l com Cetose urinária ou sinais de acidose (respiração profunda suspirando, etc.).	EI, ECU, ECO	Hiperglicemia com Cetose: Glicemia maior que 200mg/dL com cetonúria ou sinais de acidose (respiração profunda, hálito cetônico, etc.).
Hypoglycaemia: <i>Glucose less than 3mmol/l</i>	Hipoglicemia: Nível de glicose menor que 3mmol/l.	EI, ECU, ECO	Hipoglicemia: Nível de glicose menor que 55mg/dL.
Moderate lethality: <i>Lethality is the potential of the substance taken to cause serious illness or death. Advice from a poisons centre may be required to establish the level of risk to the patient.</i>	Letalidade moderada: Potencial de uma substância de causar doenças ou morte. Orientações de um centro especializado em envenenamento podem ser requeridas para estabelecer o nível de risco para o paciente.	EI, ECU, ECO	Mortalidade moderada: Potencial de uma substância ingerida ou inalada em causar danos ou morte. Orientações de um centro especializado em envenenamento podem ser necessárias para estabelecer o nível de risco para o paciente

Fonte: Dados da pesquisa

Os itens correlacionados a alteração na glicemia, hiperglicemia, hiperglicemia com cetose e hipoglicemia, foi identificada por quatro (80%) como equivalente apenas em relação a semântica, já que o significado dos termos se mantiveram na tradução. Porém, de acordo com os juízes, o item não apresenta concordância na equivalência idiomática, cultural e conceitual. O principal problema identificado foi em relação a unidade descrita na 3ª versão original do STM que não condiz com a utilizada no Brasil. Dessa forma, foi adotada os parâmetros atuais utilizados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco que são referents ao Consenso Internacional de Urgência e Emergência (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Na segunda rodada foram realizadas quatro correções no dicionário de discriminadores, conforme o Quadro 11 abaixo:

QUADRO 12: Divergências *versus* soluções durante a segunda rodada do comitê de juízes do dicionário de discriminadores versão inglesa do Sistema de Triagem de Manchester para o português do Brasil, Divinópolis, 2017

Item na versão original /Tradução	Tradução na 1ª rodada	Consenso final do Comitê de Juízes
Heavy PV blood loss: <i>PV loss is extremely difficult to assess. The presence of large clots or constant flow fulfils this criterion. The use of large number of sanitary towels is suggestive of heavy loss.</i>	Sangramento vaginal intenso: Sangramento vaginal é extremamente difícil de avaliar. Evidências de grande perda de sangue pela vagina. Uso de número considerável de absorventes é sugestivo de grande perda.	Sangramento vaginal intenso: Sangramento vaginal é extremamente difícil de avaliar. Evidências de grande perda de sangue pela vagina ou fluxo constante preenchem este critério. Grandes coágulos podem ser observados. Uso de número considerável de absorventes é sugestivo de grande perda.
High risk of (further) harm to others: <i>The presence of a potential risk of harm to others can be judged by looking at posture (tense, clenched), speech patterns (loud, using threatening words) and motor behaviour (restless, pacing). High risk should be assumed if weapons and potential victims are available, or if self-control is lost.</i>	Alto-risco de (futuro) agredir outros: A presença de um risco potencial de dano aos outros pode ser julgada ao observar a postura (tensa ou com pulsos cerrados), padrões da fala (voz alta, usando palavras ameaçadoras) e comportamento motor (inquieto, movimentando). Alto risco deve ser assumido se as armas e as vítimas potenciais estão presentes, ou se o autocontrole é perdido.	Alto-risco (futuro) de agredir outros: A presença de um risco potencial de dano aos outros pode ser julgada ao observar a postura (tensa ou com pulsos cerrados), padrões da fala (voz alta, usando palavras ameaçadoras) e comportamento motor (inquieto, movimentando). Alto risco deve ser assumido se as armas e as vítimas potenciais estão presentes, ou se o autocontrole é perdido.

<p>Moderate risk of (further) harm to others: <i>The presence of a potential risk of harm to others can be judged by looking at posture (tense, clenched), speech patterns (loud, using threatening words) and motor behaviour (restless, pacing). Moderate risk should be assumed if there is any indication of potential harm to others.</i></p>	<p>Risco moderado de (futuro) agredir outros: A presença de um risco potencial de agressão a outros pode ser julgada ao se observar a postura (tensa ou com pulsos cerrados), padrões de fala (barulhentos, usando palavras ameaçadoras) e comportamento motor (inquieto, andando). Risco moderado deve ser presumido, se houver qualquer indicação de potencial de agressão a outros.</p>	<p>Risco moderado (futuro) de agredir outros: A presença de um risco potencial de agressão a outros pode ser julgada ao se observar a postura (tensa ou com pulsos cerrados), padrões de fala (barulhentos, usando palavras ameaçadoras) e comportamento motor (inquieto, andando). Risco moderado deve ser presumido, se houver qualquer indicação de potencial de agressão a outros.</p>
<p>Signs of meningism: <i>Classically a stiff neck together with headache and photophobia.</i></p>	<p>Sinais de meningismo: Classicamente rigidez de nuca. Associado a cefaleia e fotofobia.</p>	<p>Sinais de meningismo: Classicamente rigidez de nuca associado a cefaleia e fotofobia.</p>

Fonte: dados do estudo

No final de todo o processo foi possível obter a versão consenso final traduzida do dicionário de discriminadores conforme APÊNDICE G.

6.4 Análise descritiva das principais diferenças encontradas entre a versão adaptada neste estudo e a 2ª versão do Brasil

Ao realizar a comparação entre os discriminadores da versão obtida nesse estudo, após a adaptação cultural e validação de conteúdo, com a 2ª versão do Brasil atualmente utilizada pelo GBCR foi possível identificar algumas divergências.

Apenas o fluxograma “Alteração do comportamento” apresentou 100% de semelhança com o da 2ª versão do Brasil. Todos os outros fluxogramas da 2ª versão do Brasil apresentaram divergências com a versão obtida nesse estudo, seja na tradução dos discriminadores, na inclusão de discriminadores nos fluxogramas ou na ordem de prioridade em relação ao tempo de espera para o primeiro atendimento médico.

Identificou-se a inclusão de alguns discriminadores na 2ª versão do Brasil que não estão presentes na 3ª versão original inglesa. Dentre estes, destaca-se o de sepse possível, que foi incluído no ano de 2017 após consenso internacional, além de inserção de objeto perigoso e hemoptise.

Outra divergência observada foi que, na maioria dos fluxogramas utilizados na 2ª versão do Brasil existe a inserção de um número maior de discriminadores que

não constam na 3ª versão inglesa. Como exemplo tem-se o fluxograma “Gravidez possível”. Este na 2ª versão do Brasil apresenta a inserção de discriminadores importantes correlacionados à queixa atual, sendo eles: ausência ou redução de movimentos fetais há mais de 12 horas, com 20 semanas de gravidez ou mais; relato de perda de líquido pela vagina, esverdeado e espesso e ausência de movimentos fetais com menos de 12 horas, com 20 semanas de gravidez ou mais.

Os discriminadores *local infection* e *local inflammation* foram traduzidos literalmente como infecção local e inflamação local. Porém, a ordem de prioridade da 2ª versão do Brasil difere-se da 3ª versão original inglesa. Ou seja, na versão de origem o discriminador infecção local tem prioridade em relação ao de inflamação local. Porém, na 2ª versão do Brasil a ordem apresenta-se invertida, ou seja, o usuário do serviço de urgência e emergência que passar pelo acolhimento apresentando sinais de inflamação local é classificado como prioritário em relação àquele que apresentar infecção local.

Outro ponto observado foi que os discriminadores *very hot* e *hot* apresentaram tradução distinta da obtida nessa versão. Além do mais, esses discriminadores na 2ª versão do Brasil foram desmembrados em: adulto muito quente, criança muito quente e adulto quente, criança quente; sendo que, a criança apresenta prioridade em relação ao adulto.

O quadro 13 demonstra as principais diferenças em relação à tradução encontrada entre a versão obtida neste estudo e a 3ª versão original inglesa.

QUADRO 13: Divergências encontradas em relação aos discriminadores entre a versão adaptada e validada neste estudo e a 2ª versão do Brasil, Divinópolis, 2017

Discriminador da 3ª versão original inglesa	Versão obtida neste estudo	2ª versão do Brasil
Very hot	Hipertermia	Muito quente – Adulto muito quente/Criança muito quente
Hot	Febre	Quente – Adulto muito quente/Criança quente
Passing fresh or altered blood PR	Evacuando sangue vivo ou alterado	Evacuação de sangue vivo ou escurecido
Severe pain	Dor intensa	Sinais de dor intensa
Inappropriate history	História inapropriada	História discordante
Vascular compromise	Comprometimento vascular	Comprometimento vascular distal
Moderate pain	Dor moderada	Dor intensa
Unresponsive	Não reativo	Criança não reativa
Marked distress	Angústia perceptível	Agitação psicomotora
Inappropriate history	História inapropriada	História discordante
Cardiac pain	Dor cardíaca	Dor precordial ou cardíaca
Diarrhoea and vomiting	Diarreia e vômito	Diarreia e/ou vômito
Non-blanching rash	Exantema	Erupção cutânea fixa
Bleeding disorder	Distúrbio de coagulação	História hematológica ou metabólica significativa
Not distractible	Impossível de ser entretido	Não entretível
Sexually acquired infection	Infecção sexualmente adquirida	Doença sexualmente adquirida
Scrotal cellulitis	Celulite escrotal	Celulite de escroto

Fonte: dados do estudo

7 DISCUSSÃO

7.1 Tradução, Síntese e Retrotradução do Sistema de Triagem de Manchester

A opção por realizar a adaptação cultural e validação de conteúdo do STM deve-se a prerrogativa de que, para ser implantado no Brasil, o GBCR realizou a tradução do STM para a língua portuguesa brasileira, porém a tradução é apenas a primeira fase do processo de adaptação cultural. Nesse estudo, optou-se por realizar a tradução da versão atual utilizada nos países ingleses, 3ª versão original inglesa, revista que foi aprimorada após evidências científicas e consensos internacionais.

Além do mais, considera-se a necessidade da realização da adaptação cultural do STM referente a 3ª versão original atual, já que, trata-se do processo de preparo de um instrumento para a sua utilização em outro contexto, no qual a tradução é apenas o primeiro passo deste processo. Ao se adaptar um instrumento, os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução necessitam ser considerados (HAMBLETON, 2005).

Em relação aos estudos realizados sobre adaptação cultural do STM, no Brasil apenas um estudo de adaptação cultural do STM foi realizado. Entretanto, o processo de adaptação ficou restrito aos fluxogramas de urgências odontológicas (KANEGANE, 2011). No mundo, no ano de 2014 foi publicada a pesquisa *“The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria – First Assessment of Validity and Reliability”* que teve como objetivo realizar uma avaliação preliminar da tradução da versão alemã. O estudo não informa quais foram os critérios ou métodos adotados para a adaptação cultural do STM para a língua Alemã e teve como objetivo estabelecer a validade e a confiabilidade, sendo que a consistência interna inter-observadores revelou-se praticamente perfeita (GRAFF *et al*, 2014).

Importante destacar que a versão alemã, de acordo com os autores, apresenta diferenças em relação a versão original inglesa quanto aos diagramas/fluxogramas e que, além do mais, novos indicadores foram inseridos para as categorias de pacientes classificados como verde e azul. Os autores justificam que uma tradução literal de “palavra por palavra” não é possível de ser feita e que

frases devem ser adaptadas devido às diferenças culturais de cada país (GRAFF *et al*, 2014).

Devido à essas diferenças culturais entre países, a adaptação cultural de um instrumento para uso em um nova realidade, cultura e/ou linguagem demanda investimento científico nos processos de avaliação psicológica com inúmeros cuidados metodológicos durante o processo (MANZI-OLIVEIRA *et al*, 2011). Ou seja, necessita de uma metodologia única, a fim de alcançar equivalência entre os idiomas de origem e o de destino. Para que as medidas possam ser utilizadas em diferentes culturas, os itens precisam ser bem traduzidos do ponto de vista linguístico e cultural, a fim de manter a validade do instrumento em diferentes culturas (BEATON *et al*., 2007).

Por se tratar de uma metodologia que demanda rigoroso investimento científico, para realizar a adaptação cultural do STM, procurou-se seguir criteriosamente o modelo metodológico norteador proposto por Beaton *et al* (2000). Neste estudo foram realizadas as etapas de tradução, síntese, retro-tradução e avaliação por um comitê de juízes. Todas as recomendações da literatura foram seguidas criteriosamente.

Em relação a tradução, processo aparentemente linear e simples, foi muito mais desafiador do que inicialmente planejado pela pesquisadora. No cronograma inicial da pesquisa acreditava-se que a tradução poderia ser realizada em 2 meses. Porém, ao iniciar o estudo inicialmente foi encontrada uma primeira dificuldade: o formato e a extensão do STM, um tanto quanto diferente do formato usualmente apresentado nos instrumentos psicométricos. Dessa forma, o processo de tradução e de síntese ocorreu em um período de 12 meses, tempo muito além do estipulado e previsto no cronograma da pesquisa. Além do mais, as tradutoras, apesar de bilíngues e capacitadas para a tradução, relataram dificuldade em realizar a tradução por se tratar de um instrumento muito robusto, tanto na extensão quanto em relação a sua terminologia.

Ou seja, a tradução foi percebida durante o transcorrer dessa pesquisa como uma atividade bastante complexa que perpassa a literalidade de “palavra por palavra”. Giusti e Befi-Lopes (2008) afirmam que a tradução é uma atividade complexa, pois, ao traduzir um instrumento, deve-se buscar e alcançar diversos tipos de equivalência em relação ao original, como a cultural, a semântica, a técnica, a de

conteúdo, a de critério e a conceitual. Ou seja, tal processo exige uma série de cuidados a fim de se obter uma versão final adequada para o novo contexto, e que seja congruente com a versão original (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Durante as rodadas da tradução, os tradutores realizaram algumas sugestões em relação a modificação do formato original do instrumento. Essas foram evitadas, pois a literatura aponta que, as alterações no formato original do instrumento, bem como a retirada, acréscimo de itens e modificações nos critérios de pontuação ou mesmo na aplicação do teste, devem ser evitados. Estas modificações, muitas vezes, comprometem a equivalência entre o teste original e a versão traduzida e, por conseguinte suas características e aplicações (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008).

Um ponto positivo observado foi que a tradução realizada por duas tradutoras bilíngues, sendo uma da área da enfermagem e a outra da área de letras com especialização em língua inglesa, propiciou uma intercomunicação entre as duas áreas de conhecimento que se complementaram de forma muito satisfatória.

A interdisciplinaridade na linguagem é capaz de pressupor uma convergência e complementaridade, o que constitui a transferência de conceitos teóricos e de metodologias, além da combinação entre as áreas (FIORIN, 2008).

Alguns estudos têm trabalhado com a participação de parcerias interdisciplinares de profissionais da enfermagem e letras, o que tem minimizado os limites do inglês em relação a adaptabilidade e correspondência ao português (CHAVES, 2014).

Em um estudo realizado por Silva (2015), que objetivou a adaptação cultural do instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile*, demonstrou que diferentes culturas apresentam tanto divergências linguísticas, como culturais que se tornam evidentes durante o processo de tradução e retrotradução do instrumento, e que, a participação de tradutores bilíngues, com conhecimento em processos de adaptação e linguística podem minimizar os erros de tradução.

Um outro estudo de Chaves (2014), realizado também a partir de uma parceria entre as áreas de enfermagem e da letras, corroborou que a interdisciplinaridade no processo de tradução e síntese possibilita uma produção discursiva cooperativa, recíproca, comunicativa, horizontalizada e não hierarquizada que contribui para soluções concretas, capaz de originar uma versão de consenso e síntese qualificada e criteriosa.

Esse resultado satisfatório entre as parcerias apresentadas acima pode ser justificado conforme apresentado por Beaton *et al* (2000) e Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Estes autores inferem que a tradução do tradutor da área específica/enfermagem tenderia a prover maior semelhança científica do instrumento, gerando uma maior equivalência a partir de uma perspectiva psicométrica. Já a segunda tradução realizada por um profissional da Letras apresentaria menor probabilidade de desvios em termo de significado dos itens, e por estar menos influenciado pelo objetivo acadêmico da tradução, tenderia a oferecer um a versão que melhor possa refletir a linguagem utilizada pela população-alvo.

O exposto pelos autores foi perceptível durante a realização da tradução. O tradutor da área específica da enfermagem realizou uma versão mais apropriada as terminologias médicas e da enfermagem, ao passo que, o tradutor da letras realizou uma tradução aproximada a tradução literal das palavras.

Após o consenso da versão síntese final traduzida (Ts), a mesma foi submetida a uma correção de português, por uma profissional da letras bilíngue, que foi importante para corrigir eventuais erros gramaticais e linguísticos. Durante a realização do estudo, sentiu-se a necessidade de um aprimoramento linguístico por um especialista principalmente por se tratar de um instrumento robusto, com terminologias específicas da área da saúde. O objetivo foi o aprimoramento da versão e correção de eventuais erros ortográficos e gramaticais. Percebeu-se que, por se tratar de uma corretora bilíngue, a mesma além das correções gramaticais fez sugestões em relação a tradução da Ts. Essas sugestões foram acatadas e melhoraram a compreensão dos termos. Dessa forma, sugere-se a inserção de um corretor bilíngue especialista em linguística em textos mais robustos e que utilizem terminologias científicas mais específicas da área da saúde.

Em conformidade com as orientações de Beaton *et al* (2000), a etapa seguinte é a da retro-tradução da Ts. Nesse momento o instrumento é vertido para o idioma original, totalmente às cegas, visando testar se os itens traduzidos refletiriam o conteúdo do item, conforme propõe a versão original. Essa etapa foi realizada, conforme as orientações, por dois tradutores com língua materna igual à da origem do instrumento e totalmente às cegas.

No presente estudo a retro-tradução foi realizada com o intuito da aproximação cultural que levasse em consideração as diferenças culturais de cada país. A realização da retro-tradução não pressupõe que o item tenha que se manter literalmente igual ao original, entretanto deve manter uma equivalência conceitual. Para que isto ocorra, os tradutores devem estar cientes da possibilidade dessas aproximações, considerando o significado do item no contexto cultural no qual este será aplicado (BORSA, DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Foi possível observar que, na grande maioria dos termos, apesar da escrita não ser literalmente idêntica entre a RT1 e RT2, o contexto cultural apresentou igualdade com o sentido utilizado na versão original.

Apesar do estudo realizado por Epstein *et al* (2015) inferir que, quando o instrumento original é “robusto” e o comitê de juízes composto por especialistas bilíngues, a retro-tradução possa ser omitida, neste estudo foi adotada uma postura mais conservadora, visto não ter sido encontrado na literatura estudos brasileiros que façam omissão da retrotradução ao utilizar Beaton *et al.* (2000) como referencial teórico.

Ao realizar a retro-tradução da versão Ts do STM constatou-se que essa etapa apresentou contribuição significativa por permitir identificar discrepâncias que, até o momento, não haviam sido identificadas. Deste modo, acredita-se que a retro-tradução deva ser mantida como um dos passos para a adaptação cultural, pois quando realizada a partir da comparação entre a Ts e a original, com o apoio de um tradutor externo e bilíngue, para instrumentos robustos, torna-se possível verificar discrepâncias que necessitavam de correções.

7.2 Comitê de Juízes e Validação de Conteúdo do Sistema de Triagem de Manchester versão brasileira

A próxima etapa, avaliação pelo Comitê de Juízes, teve como objetivo obter um consenso referente as equivalências e conteúdo explorado na versão original a ser expresso na versão traduzida. Assim, o comitê analisou as traduções e retrotraduções, avaliando item por item do instrumento, minimizando os vieses que pudessem se fazer presente na versão Ts.

De acordo com a literatura, não existem regras fixas quanto ao número e escolha de pessoas que formarão o comitê, já que uma variedade de profissionais proporciona diferentes contribuições (PASQUALI, 2013). Mas, recomenda-se que o comitê de juízes seja formado por uma equipe de profissionais da área da saúde, segundo o caso, pesquisadores da linha de estudo, tradutores e profissionais experts no método envolvidos no processo até este momento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Nesse estudo, optou-se por utilizar dois grupos de cinco juízes, sendo que cada grupo avaliou um determinado material referente aos fluxogramas ou dicionário de discriminadores. Os juízes foram cuidadosamente escolhidos a partir dos critérios pré-estabelecidos. Dessa forma, foram escolhidos enfermeiros ou médicos que apresentavam domínio na língua inglesa, que trabalhavam com a temática de adaptação cultural de instrumentos ou com o Sistema de Triagem de Manchester ou que atuavam na prática clínica como triadores do STM.

Inicialmente foi estabelecido um tempo para a análise de 30 dias, sendo necessário estender mais 25 dias para o primeiro retorno do comitê de juízes dos fluxogramas e do dicionário de discriminadores. A maioria dos juízes (60%) relatou que o instrumento era extenso e que necessitaria de mais tempo para as análises.

O tempo utilizado para realização do comitê de juízes e validação de conteúdo ultrapassou o tempo previsto no cronograma da pesquisa. Apesar disso, todos os juízes responderam o questionário, realizaram as análises e fizeram sugestões quando necessário, ou seja, houve adesão de 100% dos juízes em todas as etapas realizadas.

Em pesquisas que envolvem comitê de juízes é comum a abstenção dos juízes. A pesquisa de Silva (2015) sobre adaptação cultural do instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP)* para o contexto cultural brasileiro, realizado com cinco rodadas no comitê de juízes de forma similar a este estudo, apresentou quatro abstenções de 20,0% dos especialistas e em uma rodada abstenção de 30,0%. Sendo assim, apesar dos juízes terem utilizado um tempo superior ao estabelecido, e não ter ocorrido abstenções conforme frequentemente descrito na literatura, pode-se perceber o comprometimento destes em relação as análises solicitadas.

Ainda em relação ao tempo, a medida que ocorreram as rodadas entre os juízes, houve redução significativa dos itens a serem avaliados em cada rodada. Isto possibilitou realizar rodadas com prazos mais curtos apesar da crescente complexidade das discussões e sugestões dos juízes em relação a questões no qual o consenso foi mais difícil. A concordância interobservadores geral de cada componente, fluxogramas ou dicionário de discriminadores, demonstra tal resultado. A primeira rodada dos fluxogramas obteve 82,8%, a segunda 14,1% e a terceira 3,1%. Em relação ao dicionário dos fluxogramas o mesmo fato ocorreu, sendo que na primeira rodada obteve-se 92,5% e na segunda rodada 7,5%.

O comitê de juízes apresentou papel fundamental para obtenção da versão final. Durante todo o processo do comitê de juízes a pesquisadora enfatizou a importância da equivalência cultural, idiomática, conceitual e semântica, e também destacou a importância da recuperação da variação sociolinguística, bem como do conteúdo. Ou seja, traduzir não significa somente reproduzir o texto de forma literal, mas sim interpretar o que está subentendido por trás de cada palavra, expressão e sentido.

A 3ª versão original do STM contém 186 discriminadores referentes aos fluxogramas, o comitê de juízes realizou modificações em 128 (68,81%). Essa avaliação possibilitou melhorias na versão Trf e sugeriu alterações e substituições de termos mais aproximados a realidade brasileira, ou seja, que expressariam o mesmo significado em ambos os idiomas e facilitariam o entendimento a população alvo.

A equivalência semântica esta correlacionada a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão adaptada, capaz de propiciar um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Durante a análise semântica, os itens que foram identificados como não equivalentes foram modificados de acordo com o consenso do comitê de juízes em conjunto com a pesquisadora. Nesse estudo foi preservado a perspectiva do significado denotativo dos termos e palavras, ideias ou objetivos do mundo no qual o conjunto de palavras dos fluxogramas e discriminadores se referem. Ou seja, se existe o mesmo significado referencial de uma palavra no original e na respectiva tradução, presume-se que existe uma correspondência literal entre elas (HEARDMAN et al, 1998).

Outro aspecto observado foi em relação ao significado geral, sentido conotativo, de cada item dos fluxogramas e dicionário de discriminadores, em contraste com o original e a tradução para o Brasil. Essa correspondência deve transcender a literalidade das palavras, considerando aspectos mais sutis, como o impacto que um termo tenha o mesmo efeito no contexto cultural da população-alvo necessária porque a correspondência literal não implica que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas (HEARDMAN et al, 1998).

As diferentes culturas são apresentadas por expressões próprias idiomáticas correlacionadas a particularidade de cada língua (XATARA, 1998). Essas expressões são construídas em uma cultura por cada sujeito de maneira única, sendo impossível se determinar com exatidão sua equivalência em uma língua estrangeira (RIVA; RIOS, 2002).

Dessa forma, em relação a equivalência semântica foram observados poucos itens discordantes, a principal modificação foi relacionada a palavra *itch* descrita como moderada. O comitê de juízes julgou que o efeito correspondente da palavra *itch* no Brasil seria a palavra intensa, e dessa forma foi realizada a alteração.

Em relação as expressões idiomáticas e coloquiais o comitê de juízes buscou garantir a mesma correspondência idiomática entre a 3ª versão original inglesa do STM e a versão final traduzida dos fluxogramas e dicionário de discriminadores. Houve durante todo o processo a tentativa de estabelecer uma correspondência idiomática para que, apesar de culturas diferenciadas, houvesse uma construção semelhante no público-alvo.

Foi possível observar que, na maioria das vezes, os problemas identificados diziam respeito a não equivalência cultural e conceitual. Os juízes relataram que a tradução literal dos termos estava correta, mas que o sentido aplicado no Brasil poderia ser aprimorado.

A avaliação da equivalência conceitual esta relacionada a relevância do construto de interesse e a importância dada aos seus diferentes domínios constituintes no local de origem e na população-alvo na qual será utilizada o instrumento (REICHENHEIM; MORAES, 2007). A equivalência conceitual teve como finalidade explorar os domínios da 3ª versão inglesa do STM e definir se os conceitos de interesse seriam relevantes e pertinentes no novo contexto brasileiro.

Em relação a equivalência cultural e conceitual, os discriminadores *hot*, *very hot*, *warm newborn* e *warmth* apresentaram-se como discordantes. Nesse sentido o comitê de juízes, durante todas as rodadas, discutiu o real significado dessa escala de temperatura corporal no contexto brasileiro. Por fim, na última rodada dos fluxogramas, os itens foram descritos como quente, muito quente e recém-nascido moderadamente quente.

O discriminador *warmth* foi suprimido devido à falta de um termo semelhante que mantivesse o mesmo sentido para a realidade brasileira. Coincidentemente, ao verificar a versão atual brasileira do STM observa-se que termo também foi suprimido pela impossibilidade da equivalência entre os idiomas em relação a essa terminologia. Além dessa supressão, no discriminador *burns and scalds* traduzido como queimaduras e escaldões, optou-se por permanecer apenas a palavra queimadura, que por si só representa equivalência cultural e conceitual no Brasil.

A equivalência é um conceito pertencente ao domínio da tradutologia. A linguística contrastiva utiliza o conceito de correspondência, como conceito utilizado na análise contrastiva para descrever as frases e as estruturas que correspondem na língua de partida e na língua de chegada (CHANUT, 2012). Há uma perspectiva de adequação entre o texto original e o traduzido para a identificação da ideia de existência de valores iguais entre as línguas pressupondo a possibilidade de se expressar o mesmo em idiomas diferentes (PONTES; FRANCIS, 2014).

A equivalência pode ser considerada como fruto da interação entre o tradutor e o texto em um processo dinâmico e não como um simples processo de substituição de estruturas ou de unidades preexistentes de uma língua por outra língua. Dessa forma, o termo equivalência toma aqui uma nova dimensão quando utilizado na tradução para remeter a uma situação ou a um elemento equivalente no plano do discurso e não no plano do sistema da língua (CHANUT, 2012).

A equivalência não deve ser procurada nos elementos linguísticos do provérbio e da expressão idiomática, nem na frase em si, nem nas imagens contidas nesta última, mas na função do provérbio ou da expressão idiomática. O provérbio ou a expressão idiomática de partida é substituído por uma expressão na língua de chegada que tenha as mesmas funções na cultura receptora (CAGNOLATI, 2012).

Dessa forma, têm-se que as noções de equivalência ampliaram consideravelmente, adotando perspectivas mais abrangentes quanto em relação as

formas de dimensionar os elementos constitutivos desses saberes e as formas de abordá-los e discuti-los (PONTES; FRANCIS, 2014).

Um estudo realizado por Chanut (2012) desenvolveu paralelamente uma reflexão sobre a noção de “equivalência funcional”. A pesquisa relata que a prática da tradução juramentada sugere que o tradutor, além de possuir profundo conhecimento nas duas línguas em questão e alguma familiaridade com a linguagem específica, deve buscar em ambas as línguas termos suficientemente semelhantes e explícitos em sua “equivalência funcional”, para garantir a compreensão, a comunicação e a confiabilidade. Conclui-se que o tradutor deve buscar o termo que é oportuno e assimilável a título funcional, uma vez que se trata de cumprir um ato de comunicação pertinente e eficaz na cultura de recepção.

A mesma autora ainda infere que além da passagem de uma língua para a outra e de toda cultura na qual esta inserida, um grande desafio se faz presente em relação a transposição da mensagem de um sistema de direito para um outro. Além do contexto ligado ao documento original, um termo pode igualmente ser indissociável do contexto legal no qual ela intervém. Os tradutores e juízes procuram uma equivalência “perfeita”, mas apesar dessa tentativa, apesar da experiência dos mesmos, sabe que uma equivalência “perfeita” entre termos de línguas diferentes não ocorre frequentemente (CHANUT, 2012).

A equivalência ideal seria, portanto, aquela que, em uma situação de assimetria, permitiria ao texto de chegada funcionar ou ter uma utilidade, uma finalidade prática na cultura receptora da tradução. Durante toda a análise do comitê de juízes essa prerrogativa foi seguida, e tentou-se obter ao final uma versão que se atendem a realidade e especificidades brasileiras (CHANUT, 2012).

Por fim, para obter a equivalência ideal neste estudo os tradutores relataram algumas dificuldades, dentre elas que o instrumento é muito robusto. Apesar da experiência dos tradutores na tradução de artigos da área da saúde, e dos juízes em relação a temática, as terminologias são muito complexas e específicas o que demandou muito tempo e atenção para a realização do mesmo. Acredita-se que este seja o motivo pelo qual alguns equívocos possam ter passado despercebidos até chegar na versão final mediante tantos olhares.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) originalmente elaborado no *Manchester Royal Infirmary*, na cidade de Manchester para organizar a fila de espera nos serviços de urgências e assegurar que pacientes não aguardem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico, foi adaptada e validada em relação ao conteúdo para o Brasil.

A partir dos resultados dessa pesquisa pode-se inferir que a tradução e a adaptação cultural de instrumentos para o uso em uma cultura diferente da qual foi construída necessita de um método criterioso a fim de obter as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as duas línguas.

Para obter as equivalências semântica, idiomática, cultural, conceitual e a validação de conteúdo entre a versão adaptada e a 3ª versão original inglesa foi necessário realizar alterações em 128 discriminadores, ou seja, em 68,81% dos 186 discriminadores totais.

Em relação ao tempo e número de rodadas do comitê de juízes, a medida que ocorreram as rodadas houve redução significativa dos itens a serem avaliados. A concordância interobservadores geral de cada componente, fluxogramas ou dicionário de discriminadores, demonstra tal resultado. A primeira rodada dos fluxogramas obteve 82,8%, a segunda 14,1% e a terceira 3,1%. Em relação ao dicionário dos fluxogramas o mesmo fato ocorreu, sendo que na primeira rodada obteve-se 92,5% e na segunda rodada 7,5%.

Dessa forma, o referencial metodológico adotado nesse estudo para a adaptação cultural e validação de conteúdo do STM foi considerado adequado, uma vez que permitiu que os conceitos que compõem os fluxogramas e dicionário de discriminadores sejam compreendidos de forma adequada pelos enfermeiros triadores do STM. As etapas seguidas nesse estudo, tradução, a versão síntese, a retro-tradução e avaliação por um comitê de juízes, foram complementares e igualmente importantes. Essas etapas contribuíram para o refinamento linguístico da versão consenso final traduzida dos fluxogramas e dicionário de discriminadores.

Apesar de o referencial metodológico orientar que não devem ser realizadas modificações no formato original do instrumento, já que estas podem comprometer a equivalência entre o teste original e a versão traduzida e, por conseguinte suas

características e aplicações. Porém, os investigadores assumiram a responsabilidade de retirar o termo *warmth* dos fluxogramas por não ter sido possível encontrar equivalência no Brasil.

Ao realizar a análise descritiva das diferenças entre a versão obtida nessa pesquisa e a 2ª versão utilizada atualmente no Brasil foi possível identificar que apenas “Alteração do comportamento” apresentou 100% de semelhança com a 2ª versão do Brasil. A 2ª versão do Brasil apresenta diferenças significativas com a versão obtida nesse estudo, seja na tradução dos discriminadores, na inclusão de discriminadores nos fluxogramas ou alterações na ordem de prioridade em relação ao tempo de espera para o primeiro atendimento médico, o que pode repercutir e impactos no seu emprego na prática clínica, a serem observados na comparação clínica na utilização dos mesmos.

Observou-se que, a adaptação cultural vai muito além da tradução literal de palavra por palavra, apesar de ser o primeiro passo realizado na tradução. A correspondência cultural deve transpassar a literalidade das palavras e considerar o contexto cultural no qual o instrumento será aplicado.

Como limitações do estudo destaca-se que não foi realizada a fase do pré-teste da adaptação cultural e que, mediante o formato e apresentação do STM seja necessário realizar estudos de validação clínica. Em relação aos desafios identificados tem-se que, realizar a adaptação cultural do STM é uma tarefa muito laboriosa em termos de tempo, extensão do instrumento, disponibilidade de colaboradores e que exige muita dedicação das pessoas envolvidas, motivo que talvez possa justificar a não existência de estudos como este até o dado momento. Neste sentido, as principais limitações vivenciadas nesse estudo estão relacionadas a extensão do STM e a complexidade das terminologias médicas utilizadas no STM. Além do mais, ressalta-se que, apesar dos estudos demonstrarem bons resultados do STM em relação à validade, sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade nos serviços de urgência, existe a necessidade da continuidade deste estudo para a realização do pré-teste e validação de critério, conteúdo e construto.

Nos serviços de saúde o enfermeiro é o profissional responsável pelo acolhimento com classificação de risco através do STM. Dessa forma, esse estudo contribui para o aprimoramento não apenas do STM, mas sim da construção do conhecimento de enfermagem, ao passo que pode alicerçar o enfermeiro na tomada

de decisão pois possibilitará substituições de termos mais aproximados a realidade brasileira, ou seja, que garantam o mesmo significado em ambos os idiomas e facilitem o entendimento dos enfermeiros triadores na classificação de risco.

REFERÊNCIAS

- 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.
- ALGURAINI, M.; AWAD, E.; HIJAZI, R. Reliability of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Saudi Arabia. **Int J Emerg Med**, v.8, n.1, dec. 2015
- ALPERT, E. A. et al. Simulated evaluation of two triage scales in an emergency department in Israel. **Eur J Emerg Med.**, v.20, n.6, p.431-434, dec. 2013.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australasian Triage scale in Emergency departments**, 2013. Disponível em: < <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scal.aspx> >. Acesso em: 20 out. 2015.
- AZEREDO, T.R.M. et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. **Internacional Emergency Nursing**, v.23, n.2, p.47-52, abr. 2015.
- BEATON, D. E. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. [S.l.]: Institute for Work & Health, 2007.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of selfreport measures. **Spine**, Philadelphia, v.16, n.2, p.3186-3191, 2000.
- BEATON, D.E. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health, 1998. Disponível em <http://www.ortho.umn.edu/prod/groups/med/@pub/@med/@ortho/documents/asset/med_asset_360072.pdf >. Acesso em: 30 out. 2015.
- BITTENCOURT, H. R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 48, p. 91-114, jan./abr. 2011.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B.F.; DANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.22, n.53, p.423-432, set-dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012**. Brasília, DF, abril, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1600/GM, em 07 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2970/GM, em 08 de dezembro de 2008.** Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências.** 3.ed. Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Secretaria Executiva / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1863/GM, em 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2923, de 9 de junho de 1998.** Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

CAGNOLATI, B. E. **La traductología: miradas para comprender su complejidad.** La Plata: Universidad Nacional de La Plata / Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2012.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **The Canadian triage and acuity scale (CTAS) for emergency departments,** 2002. Disponível em: <<http://www.caep.ca/default.asp>>. Acesso em: 22 out. 2015.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

CHANUT, M.E.P. A noção de equivalência e a sua especificidade na tradução especializada. **TradTerm**, São Paulo, v. 19, p. 43-70, 2012.

CHRIST, M.; et al. Modern triage in the emergency department. **Dtsch Arztebl Int**, v.105, n.50, p.892-898, 2010.

CHAVES, F.A. Tradução e adaptação cultural do “Behavior Change Protocol” para a língua Portuguesa-Brasil. **[dissertação]** Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014, 110f.

CICONELLI, R. M.; et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). **Rev. Bras. Reumatol.**, n.39, v.3, p.143-150,1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 432/2012**. Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de risco. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 08 de dez. 2015.

EBRAHIMI, M.; HEYDARI, A.; MAZLOM, R.; MIRHAGHI, A. The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. **World J Emerg Med**, v.6, n.2, p.94-99, 2015.

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

EPSTEIN, J. *et al.* 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, p.360-369, 2015.

FARROHKNIA, N. *et al.* Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, p.19-42, jun.2011.

FIORIN, J.L. Linguagem e interdisciplinaridade. **Alea**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 29-53, June. 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun. 1999.

GANDEK, B.; WARE, J. E. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA project approach. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n. 11, p. 953-959, 1998.

GILBOY, N. *et al.* **Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação cultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.**, v. 20, n.3, p.207-10, 2008.

GRAFF, I. *et al.* The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria – First Assessment of Validity and Reliability. **PLoS One**, v.9, n.2, p.1-11, feb. 2014.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, v.20, n.3, p.269-274, 1997.

GROSSMAN, F. F. *et al.* Transporting clinical tools to new settings: Cultural adaptation and validation of the Emergency Severity Index in German. **Ann Emerg Med**, v.57, n.3, p.257-264, 2011.

GROUSE, A. I., R. *et al.* "The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department." **Emerg Med J**, v.26, n.7, p.484-486, 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema de Triagem de Manchester**. 2ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do Sistema de Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. 2ª ed. 2015. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads>>. Acesso em: 26 out. 2015.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, v.24, n.2, p.61-63, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin Epidemiol**, dez. v.46, n.12, p.1417-1432, 1993.

HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. **Adapting educational and psychological tests for Cross Cultural assessment**. Londres: LEA, p.03-28, 2005.

HAYNES, S.N; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychol Assess**, v.7, n.3, p.238-247,1995.

HEARDMAN, M. *et al.* A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res.**, v.7, n.4, p.323-335, 1998.

- JIMENEZ, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. **Emergencias** v.15, p.165-174, 2003.
- JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L.M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em um serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude**, v.11, n.2, p. 396-401, abr/jun, 2012.
- JUNIOR, D. P.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev.Latino-Am.**, v.20, n.6, nov.-dez. 2012.
- KANEGANE, K. Tradução para português e validação de instrumento para triagem de pacientes “Manchester Triage System (MTS)” e adaptação para o setor de urgência odontológica. [Tese] Programa de pós-graduação em Ciências odontológicas Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2011. 73f.
- KRUEGER, R. **Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research**. 2. ed. London: SAGE; 1994.
- MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, . Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011.
- MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J; WINDLE, J. Grupo Brasileiro de Classificação de risco. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Belo Horizonte, 2010.
- MANCHESTER TRIAGE GROUP. **Emergency Triage**: third edition. Wiley Blackwell, 2014.
- MANZI-OLIVEIRA, A.B. *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. **Psico-USF**, v. 16, n. 3, p. 367-381, set./dez. 2011.
- MARTINS, H. M.; CUÑA, L. M.; FREITAS, P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. **Emerg Med J**. Marc. v.23, n.3, p.183-186, 2009.
- MARQUIS, B.L; HUSTON, C. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
- MIRHAGHI, A.; HEYDARI, A.; MAZLOM, R.; EBRAHIMI, M. The reliability of the Canadian Triage and Acuity Scale: Meta-analysis. **N Am J Med Sci**, v.7, n.7, p.299-305, jul. 2015.
- MIRHAGHI, A.; HEYDARI, A.; MAZLOM, R.; HASANZADEH, F. Reliability of the emergency severity index: meta-analysis. **Sultan Qaboos Univ Med**, v.15, n.1, p.71-7, feb. 2015.

MIRHAGHI, A.; KOOSHIAR, H.; ESMAEILI, H.; EBRAHIMI, M. Outcomes for emergency severity index triage implementation in the emergency department. **J Clin Diagn Res.** v.9, n.4, apr. 2015.

MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. Gestão local em saúde. **Práticas e reflexões.** Porto Alegre: Dacasa, 2004.

OAKLAND, T. et al. International Test Commission: Its History, Current Status, and Future Directions. **International Journal of Testing**, v.1, p.3-32, 2001.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, aug. 2010.

OLIVAS, M. A.; SILVA, J. V.; SANTOS, F. S. Adaptação transcultural: Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F) à realidade brasileira. **Saude soc.**, v. 21, n. 3, p. 710-718, set. 2012.

OLOFSSON, P., M. GELLERSTEDT, et al. "Manchester Triage in Sweden – interrater reliability and accuracy." **Int Emerg Nurs**, v.17, n.3, p.143-148, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação.** 5ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

PASQUALI, L. cols. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed. 2010.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v.43, p.992-999, 2009.

PIRES, P. S. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). 2003. 206 f. **[Tese]** Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

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

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's Being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v.29, p.489-497, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, V.O.; FRANCIS, M. A noção de equivalência para os estudos da tradução, lexicografia e sociolinguística variacionista. **Cad. Trad.**, Florianópolis, nº 34, p. 229-247, jul./dez. 2014

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de hoje**, Porto Alegre, v.44, n.3, p.86-93, jul./set., 2009.

REICHENHEIM, M.E; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saude Publica**, v.41, n.4, p.665-673, mai. 2007.

RIVA, H. C.; RIOS, T. H. C. Correspondência idiomática intra e interlínguas. **Rev. bras. linguist. apl.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, 2002 .

ROUKEMA, J. et al. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. **Emerg Med J.**, v.23, n.12, p.906-910, dec.2006.

SILVA, M.C.O.S. Adaptação cultural do instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) para o contexto cultural brasileiro. **[dissertação]** Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2015, 150f.

SOUZA, C. C.; ARAUJO, F. A., CHIANCA, T. C. M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.1, p.144-151, feb.2015.

SOUZA, C. C. de *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.1, p.26-33, jan-feb. 2011.

STEINER, D. et al. Performance of the Manchester Triage System in Adult Medical Emergency Patients: A Prospective Cohort Study. **J Emerg Med**, out., 2015.

STORM-VERSLOOT, M.N.; UBBINK, D.T.; CHIN A CHOI, V.; LUITSE, J.S. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. **Emerg Med J.**, v.26, n.8, p.556-560, 2009.

TILDEN VP, NELSON CA, MAY BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, v.39, n.3, p.172-175, 1990.

TOLEDO, D. A. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Horizonte **[dissertação]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG. 2009.138p.

VAN VEEN, M.; et al. Safety of the Manchester Triage System to identify less urgente patients in paediatric emergence care: a prospective observational study. **Arch Dis Child, Jun.**, v.96, n.6, p.513-518, jun. 2011.

WASSERBAUER, L. I.; ABRAHAM I. L. Quantitative designs. In: TALBOT, L. A. **Principles and practice of nursing research**. St. Louis: Mosby; p.217-239, 1995.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing research**. 2ª ed. Philadelphia: Springer Publishing Company, 2005.

XATARA, C. M. O campo minado das expressões idiomáticas. O estado da arte nas ciências do léxico: lexicologia, lexicografia e terminologia. **Alfa**, v. 42, p.147-158, 1998.

YU, D.; YANG, Y. Measurement equivalence of a concise customer engagement metric across country, language, and customer types. **Public Opinion Quarterly**, v. 79, p. 325–358, 2015.

APÊNDICES**APÊNDICE A: Questionário sócio-demográfico**

Com a finalidade de caracterizar a experiência dos juízes na área de interesse, solicitamos a sua colaboração respondendo as questões abaixo:

1. **Data:** _____ / _____ / 2017

2. **Nome:** _____

3. **Sexo :** () feminino () masculino

4. **Data de nascimento:** ____/____/____ Idade: _____ anos

5. Titulação Acadêmica:

() Graduação () Especialização () Mestrado
() Doutorado () Pós-Doutorado () Livre docência

6. Realizou o curso de Classificador do Sistema de Manchester de Classificação de Risco?

() Sim () Não

7. Trabalha com o Sistema de Triagem de Manchester na prática clínica?

() Sim () Não

Se sim, a quanto tempo? _____

8. Possui trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) abordando o Sistema de Triagem de Manchester? (Assinale quantas alternativas forem necessárias)

() Dissertação de Mestrado
() Tese de Doutorado
() Publicação em periódicos/revistas
() Apresentação de trabalho em evento científico

Outros: _____

9. Já participou de pesquisas na condição de juiz/comitê de juízes?

() Sim () Não

10. Possui trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) abordando a adaptação cultural de instrumentos? (Assinale quantas alternativas forem necessárias)

() Dissertação de Mestrado

() Tese de Doutorado

() Publicação em periódicos/revistas

() Apresentação de trabalho em evento científico

Outros: _____

11. Possui trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) abordando a validação de instrumentos? (Assinale quantas alternativas forem necessárias)

() Dissertação de Mestrado

() Tese de Doutorado

() Publicação em periódicos/revistas

() Apresentação de trabalho em evento científico

Outros: _____

APENDICE B: ORIENTAÇÕES E AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS SEMÂNTICA, IDIOMÁTICA, CULTURAL E CONCEITUAL ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Prezado (a) _____

A lista dos itens apresentados corresponde às versões original e traduzida do Sistema de Triagem de Manchester. Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento, estamos realizando a adaptação transcultural desta escala para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto, a metodologia proposta por Beaton *et al* (2000), a qual embasa as etapas de tradução. Todas as versões originadas durante o processo de tradução e retrotradução serão enviadas para seu email de contato para seu acompanhamento e conhecimento de todo o processo.

Dessa forma, solicito a sua valiosa colaboração na fase atual de Comitê de Juízes desta pesquisa para avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as versões original e traduzida do referido instrumento, considerando as seguintes orientações:

1. Equivalência Semântica – E.S: refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma.

2. Equivalência Idiomática – E.I : refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas. Algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, logo, caso haja dificuldades na compreensão de algum item, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes.

3. Equivalência Cultural ou Experiencial – E.CU: as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina.

4. Equivalência Conceitual – E.CO representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir; palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.

5. Os itens identificados pela letra **A** correspondem aos **itens em sua forma original**;

6. Os itens identificados pela letra **B** correspondem aos **itens traduzidos para o português**.

7. Para a análise das equivalências, por favor, utilize a escala especificada a seguir, assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

Escala de Equivalência	
Não concordo	0
Concordo	1

Caso, em sua avaliação, o item corresponda a **não concordo = 0**, por favor identifique o problema e **sugira as alterações** que julgar mais apropriadas no espaço reservado para observações/sugestões.

Agradecemos sua colaboração e empenho. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Flávia de Oliveira

Contatos: 37 999486063

Email: flavia_efoa@yahoo.com.br

Tania Chianca

Contatos: 31 34099887

Email: taniachianca@gmail.com

APENDICE C: Carta de concordância do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para a realização da pesquisa



Belo Horizonte, 13 de Janeiro de 2016

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Tradução, Adaptação Cultural e Validação do Protocolo de Manchester Versão Inglesa para o Português do Brasil", sob a responsabilidade da Profa. Tânia Couto Machado Chianca (orientadora) e de Flávia de Oliveira (discente do Programa de Pós-graduação, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da UFMG).

Para a realização dessa pesquisa, autorizo a utilização dos estudos de caso clínicos utilizados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco no curso de Classificador do Protocolo de Manchester. Esses casos clínicos serão utilizados durante a fase do pré-teste para atestar a compreensão por parte dos enfermeiros em relação ao conteúdo traduzido e adaptado culturalmente. As pesquisadoras firmam com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco o compromisso de que estes casos serão utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa, não havendo, portanto, divulgação dos mesmos em nenhum meio de comunicação.

Estou de acordo com a colaboração do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco nesta pesquisa nos termos estabelecidos.



Wellfane Cordeiro Júnior

Presidente do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco



Maria do Carmo Paixão Rausch

Diretora Executiva do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

APENDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com o item IV da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

TÍTULO DO ESTUDO: ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERSÃO INGLESA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

Eu, Flávia de Oliveira, aluna do curso de doutorado em Enfermagem da UFMG, sob orientação da professora Dra Tânia Couto Machado Chianca, venho convidá-lo(a) a participar, na condição de juiz, da pesquisa desta pesquisa. Esta tem por objetivo realizar a tradução, adaptação cultural e validação do Protocolo de Manchester versão inglesa de origem para a língua portuguesa do Brasil.

Sua participação nesta pesquisa consiste em, em conjunto com os demais juízes, auxiliar na obtenção de uma versão final do instrumento de modo que este seja linguisticamente adaptado com base nas várias traduções e retro-traduções feitas durante as etapas anteriores da pesquisa. O objetivo dessa etapa é certificar que todo o conteúdo do instrumento tenha sido traduzido e adaptado de forma a conservar as equivalências do instrumento adaptado com a versão original. Os juízes podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos sujeitos, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, o comitê de juízes será reunido em local reservado, para proporcionar privacidade. Garantimos sigilo referente à sua participação.

Os benefícios desta pesquisa consistem na possibilidade de propor à Empresa representante no Brasil, detentora dos direitos autorais do protocolo, as mudanças que se fizerem necessárias para o seu melhor uso no contexto brasileiro.

A sua participação é voluntária e não acarretará nenhuma despesa adicional e nenhum benefício financeiro. Além disso, o(a) Sr^a poderá retirar-se a qualquer

momento do estudo. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. E em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Com o seu consentimento o termo será apresentado em duas vias, uma cópia dele ficará com os pesquisadores e a outra com o (a) senhor (a).

Em caso de dúvida, comunicar os pesquisadores responsáveis ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Agradeço a sua colaboração e solicito a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento, através da sua rubrica em todas as páginas e a assinatura na última página.

Eu, _____, ____ anos, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo “**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERSÃO INGLESA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do juiz

Responsáveis pelo Projeto:

Contatos: Flávia de Oliveira Tel.: (37) 99486063

Avenida Paraná, 242, apt.201, Divinópolis, MG. CEP: 35500-031

Profª Tânia Couto Machado Chianca. Tel.: (31) 87638783

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG. CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592

APENDICE E: Artigo submetido e aceito na Revista Texto & Contexto Enfermagem

ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS NA ENFERMAGEM

Resumo: Objetivo: Por considerar a importância da adaptação cultural e validação de instrumentos de medidas na enfermagem e pela importância em seguir método criterioso que garanta a confiabilidade e validade, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de discorrer e refletir sobre questões teóricas e metodológicas que envolvem a temática. **Método:** Trata-se de estudo reflexivo ancorado na literatura e na experiência científica sobre o assunto. **Resultados:** Para realizar a adaptação cultural de instrumentos internacionais são utilizadas cinco etapas, sendo elas: tradução, síntese, retro-tradução, comitê de juízes e pré-teste. Na validação de instrumentos deve-se obter a validade de conteúdo, de critério e de construto. **Conclusão:** Considera-se que, na enfermagem, esses sejam os melhores critérios reconhecidos para nortear os estudos de adaptação cultural e validação de instrumentos. **Descritores:** Tradução. Comparação transcultural. Estudos de validação. Validade dos testes. Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos anos, tem-se acompanhado o desenvolvimento de pesquisas para a obtenção de instrumentos válidos e confiáveis capazes de mensurar determinados fenômenos na área da saúde. A necessidade de avaliar constructos levou a enfermagem a se apropriar dos conceitos da Psicometria e de Adaptação Cultural para elaboração, adaptação e validação de instrumentos que contribuíssem concomitantemente para a melhoria da assistência prestada e para a qualidade de vida.

Certo é que na atualidade para um instrumento medir um constructo deve ser válido, fidedigno e confiável. O processo de construção de um instrumento é muitas vezes mais dispendioso quando comparado a adaptação cultural de um outro previamente conhecido.¹ Sabe-se que a maior parte dos instrumentos para mensurar variáveis psicossociais relacionadas à saúde encontram-se publicados em língua inglesa e são direcionados para as populações que falam este idioma.²

Assim, para utilizar um instrumento considerado válido, estável, com boa concordância interna, que avalie o fenômeno de interesse estudado, mas esteja em outra língua, é recomendado que sejam realizadas adaptação cultural e a validação para a realidade na qual se deseja aplicá-lo.¹⁻⁴

O processo de adaptação cultural tem dois componentes: a tradução do material da língua original e a sua adaptação para a língua alvo. A adaptação cultural é a tradução literal das frases de um idioma para outro. Prossegue-se com a adaptação propriamente dita, que envolve as etapas de síntese, retro-tradução, comitê de juízes e pré-teste.⁵⁻⁶

Após o processo de adaptação cultural de um instrumento deve-se proceder à validação de suas medidas psicométricas, para verificar se as características do instrumento original foram preservadas por meio da validação de conteúdo, critério e constructo.^{2,4,6}

Para se manter as características psicométricas do instrumento e a fim de que o mesmo possa ser capaz de medir exatamente o que se propõe medir em culturas distintas, é necessário que o pesquisador utilize um percurso metodológico que atenda esse objetivo.

A enfermagem brasileira tem desenvolvido estudos com o objetivo de realizar a tradução, a adaptação cultural e a validação de instrumentos desenvolvidos em outras culturas.⁷⁻⁸ No entanto, ainda não existe um consenso a respeito do caminho metodológico para a adaptação cultural e validação de instrumentos. Apesar dos estudos terem o mesmo objetivo, percebe-se que os caminhos metodológicos percorridos são, muitas vezes, distintos, o que acarreta dúvidas sobre o melhor referencial e método a ser empregado para que o objetivo seja alcançado.

Diante do exposto, questiona-se: quais seriam os métodos que vem sendo adotados na enfermagem nos estudos de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos? Assim, delineou-se este estudo com o objetivo de refletir acerca dos aspectos teóricos e metodológicos utilizados como referenciais para estudos de adaptação cultural e validação.

A LITERATURA SOBRE ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

Trata-se de um estudo reflexivo. Entretanto, para subsidiar a mesma foi inicialmente realizado um levantamento bibliográfico, no mês de agosto e setembro de 2016, com o objetivo de verificar os referenciais metodológicos que estão sendo utilizados por

pesquisadores para guiar estudos de adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEBF (Base de dados de Enfermagem), IBECs (Índice Bibliográfico Espanol de Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (U.S. National Library of Medicine). Para tanto, utilizou-se os descritores controlados contidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MeSH (Medical Subject Headings), palavras-chave e os operadores booleanos combinados, obtendo-se as estratégias de busca delimitadas no Quadro 1:

Quadro 1: Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados LILACS, BDEBF, IBECs, SciELO e PubMed. Divinópolis-MG, 2016.

Base de dados	Estratégia de busca
LILACS, BDEBF IBECs, e SciELO	(tradução or adaptação or “adaptação transcultural” or “adaptação cultural” or “comparação transcultural”) and (“estudos de validação” or “validade dos testes” or validação) and enfermagem
PubMed	(translation or "cross-cultural comparison") AND ("validation studies" or "validity of tests") AND nursing

Os estudos recuperados foram avaliados inicialmente pelo título e resumo, identificando-se aqueles pertinentes a reflexão proposta. Utilizou-se como critérios de inclusão os artigos disponibilizados na íntegra, nos últimos 5 anos, publicados em português ou inglês, que tivessem como objetivo adaptar e validar um determinado instrumento e que informassem o referencial teórico adotado para a adaptação cultural e a validação utilizada. Como critérios de exclusão considerou-se teses e dissertações.

Obteve-se um total de 118 pesquisas potenciais. Após a análise crítica das publicações foram selecionadas e utilizadas para esse estudo 28 artigos.

Para a extração dos dados foi desenvolvido um instrumento para a análise e caracterização dos artigos da amostra, contendo as seguintes informações: identificação do artigo, país, periódico, referencial teórico para a adaptação cultural e método de validação utilizado (Quadro 2).

Quadro 2: Artigos publicados que tratam da adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem, e os referenciais metodológicos utilizados. Divinópolis-MG, 2016. (n=28)

Autor e ano	Periódico	Contribuição Conceitual	
		Referencial utilizado para adaptação cultural	Validação utilizada
Gonçalves A.M.S., et al (2016)	Rev. Bras. Enferm.	Reichenheim; Moraes (2007)	Validade de construto
Domingues E.A.; Alexandre N.M.C., Silva J.V. (2016)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Guillemin, Bombardier, Beaton (1993) Beaton (2000)	Validade de conteúdo
Hirsch C.D. et al (2016)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Beaton (2000)	Validade de face, conteúdo e construto
Silva M.C. et al (2016)	Rev. Saúde Pública	Beaton et al (2007)	Validade de construto, convergente e discriminante
Cordeiro V.S. et al (2016)	BMC Med Res Methodol	Beaton et al (2007)	Validade de face e de conteúdo
Peduzzi M. et al (2015)	Rev. esc. enferm. USP	Beaton (2000)	Validade de conteúdo
Tomaschewski-Barlem J.G, et al (2015)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Beaton et al (2000)	Validade de face, conteúdo e construto
Valer D.B, et al (2015)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Beaton et al (2007)	Validade de conteúdo, concorrente e de critério
Santella F. et al (2015)	Rev. bras. educ. med.	Guillemin, Bombardier, Beaton (1993)	Validade de conteúdo e de face
Bunt S. et al (2015)	BMC Geriatr	Beaton (2000)	Validade concorrente
Tomaszewski K.A. et al (2015)	Health Qual Life Outcomes	Beaton (2000)	Validade clínica e de construto
Zhao Y., Li Y., Zhang X., Lou F. (2015)	Health Qual Life Outcomes.	Brislin (1986)	Validade de construto e de conteúdo
Almutary H., Bonner A., Douglas C. (2015)	BMC Nephrol.	Brislin (1970)	Validade de conteúdo e de construto
Schardosim J.M. ,et al (2014)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Beaton et al (2007)	Validade clínica
Martins J.C.A.,	Rev. Latino-	Beaton et al (2007)	Validade de conteúdo,

et al (2014)	Am. Enfermagem		construto, convergente, discriminante e concorrente
Puggina A.C.; Silva M.J.P. (2014)	Acta paul. enferm.,	Beaton (2000)	Validade de conteúdo e de construto
Uchmanowicz I. et al (2014)	Clin Interv Aging.	Brislin (1970)	Validade de construto
Gagnon A.J. et al. (2014)	BMC Pregnancy Childbirth.	Brislin (1986)	Validade de face e conteúdo
Campos M.C.T., et al (2013)	Rev. esc. enferm. USP	WHO (2007)	Validade de face e de conteúdo
Gubert F.A., et al. (2013)	Rev. esc. enferm. USP	Beaton (2000)	Validade de conteúdo e de construto
Bernardino E., et al (2013)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Guillemin, Bombardier, Beaton (1993)	Validade de construto
Paschoalin H.C., et al (2013)	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Herdman, Badia (1998) Reichenheim, Moraes (2007)	Validade dimensional
Siqueira L.D. et al (2013)	<u>Rev Lat Am Enfermagem.</u>	Guillemin, Bombardier, Beaton (1993) Ferrer et al (1996)	Validade de face e de conteúdo
Feijo M. K., et al (2012)	Rev. Latino-Am. Enfermagem,	Guillemin, Bombardier, Beaton (1993)	Validade de face e de conteúdo
Klein C., et al (2012)	Rev. Gaúcha Enferm.,	Beaton (2000)	Validade de conteúdo
Souza S. R.; Dupas G; Baleiro M.M.F.G (2012)	Acta paul. enferm.,	Guillemin, Bombardier, Beaton (1993)	Validade clínica
Kimura M. et al (2012)	Rev. esc. enferm. USP	Beaton (2000)	Validade de construto
Galdeano L.E. (2012)	Acta paul. enferm.,	Beaton (2000)	Validade semântica, face e conteúdo

Considerando que alguns estudos adotam mais de um referencial norteador para a adaptação cultural (Quadro 2), os principais referenciais utilizados foram Beaton⁶ citado em 35,71% dos estudos, seguido por Guillemin, Bombardier, Beaton⁵ em 21,43% dos estudos e Beaton et al⁹ em 17,86% dos estudos. Uma vez que trata-se de um grupo de pesquisadores que têm sido reconhecidos na consecução de estudos empregando essa metodologia, um total

de 75% das pesquisas utilizam algum dos seus referenciais para realizar o processo de adaptação cultural de instrumentos.

Em relação a validação dos instrumentos a maioria, 18 estudos, realizou a validação de conteúdo, seguida por 13 estudos onde a validação de construto foi empregada e de 9 estudos que usaram a validação de face. Os métodos mais mencionados para obtenção da validade de uma medida pelos psicometristas são a validade de construto, validade de critério e validade de conteúdo.¹⁰ Verificou-se que a validade de critério foi realizada apenas em um estudo, porém Puggina e Silva¹¹ referem a impossibilidade de realizar essa validação visto a escassez de instrumentos que mensurem a variável estudada, fato que, apesar de não ter sido citado em outros estudos dessa amostra, pode ter se estendido à outras pesquisas.

Adaptação cultural de Instrumentos na Enfermagem

A adaptação cultural de um questionário, instrumento ou escala para uso em um novo país, cultura ou idioma requer uma metodologia exclusiva, a fim de obter a equivalência entre os idiomas de origem e o de destino.¹²

Essa metodologia é uma tarefa complexa, que exige um alto grau de planejamento e rigor científico-metodológico em relação à manutenção do conteúdo original, das características psicométricas e da validade para a população a qual se destina. O estabelecimento da equivalência da mensuração é uma condição prévia para a realização de quaisquer comparações realizadas entre grupos.^{4,13}

Apesar de não existir um consenso em relação ao melhor método a ser empregado para realizar a adaptação cultural de instrumentos, observa-se que no Brasil, a grande maioria dos estudos que realizam estudos de adaptação cultural de instrumentos, utilizam como referencial teórico-metodológico as etapas propostas por Guillemin et al⁵ e Beaton⁶, atualização da primeira baseada em estudos sobre a temática em diferentes áreas de conhecimento, sendo elas: tradução, síntese, retro-tradução ou *Back-translation*, revisão por especialistas e pré-teste. Antes de iniciar o processo é necessário obter a autorização dos autores que detêm os direitos autorais do instrumento para a realização da pesquisa.

A primeira etapa, a tradução, tem como objetivo obter uma versão consensual que preserve, ao máximo, o mesmo significado de cada item da língua de origem para a língua que se deseja aplicar o instrumento. É realizada por no mínimo dois tradutores independentes, altamente qualificados, com domínio na língua e na cultura do instrumento de origem, sendo

estes preferencialmente nativos do idioma alvo. Os dois tradutores devem ter perfis distintos, sendo o primeiro informado sobre o objetivo do estudo, em contrapartida, o segundo tradutor não deve estar ciente a respeito do objetivo do estudo. No final dessa etapa obtém-se duas traduções, sendo elas descritas como T1 e T2.⁵⁻⁶

Após as duas versões das traduções, é realizada a síntese de T1 e T2, por um observador/pesquisador e pelos tradutores, dando origem a uma tradução comum descrita por T12. Todas as outras etapas subsequentes serão realizadas tendo como base essa versão síntese, ou seja, a versão consenso T12.⁶

Dessa forma, a versão consenso é retro-traduzida de volta para o idioma de origem do instrumento, etapa essa denominada de retro-tradução ou *Back-translation*. Tem como finalidade verificar se os significados e/ou conteúdos entre o instrumento original e a tradução para a língua alvo contemplam os mesmos significados, garantindo assim qualidade e consistência a tradução.⁵⁻⁶

Metodologicamente, essa etapa, deve ser realizada a partir do mesmo número de tradutores estabelecidos para a tradução, de forma independente. Os tradutores necessitam ser fluentes no idioma de origem do instrumento, ou seja, nativos do país de origem do instrumento, não devem conhecer a versão original do instrumento que está sendo adaptado e desconhecer os objetivos do estudo. A finalidade é verificar se a versão confeccionada com a retro-tradução possui semelhança com a versão original.⁵⁻⁶

No final da etapa da retro-tradução, a versão original e a versão traduzida devem ser comparadas, sendo as divergências discutidas pelo pesquisador com os tradutores. O objetivo é corrigir possíveis erros que comprometam os significados dos itens, além de rever interpretações equivocadas que possam comprometer a consistência do instrumento.⁵⁻⁶

Recentemente um estudo experimental realizado por Epstein et al¹⁵ buscou avaliar a contribuição da retro-tradução e do comitê de juízes para as propriedades psicométricas de instrumentos traduzidos e adaptados. O estudo demonstrou que a retro-tradução tem impacto moderado, enquanto o comitê de juízes multidisciplinar ajuda a garantir a precisão do conteúdo.

Este ainda recomenda que para a tradução e adaptação de instrumentos “robustos” que haja um comitê de juízes multidisciplinar composto por especialistas bilíngues. Nesse caso, a retro-tradução não precisaria ser necessariamente realizada, reduzindo assim, custos e tempo da pesquisa.¹⁴ Porém, é importante ressaltar que trata-se de uma primeira evidência

experimental, sendo necessária a realização de outros estudos para comprovar se a retro-tradução poderia ser realmente omitida sem prejudicar o processo.

Após realizada a retro-tradução, o Comitê de juízes é responsável por consolidar todas as versões do instrumento e obter uma versão final linguisticamente adaptada. Assim, o objetivo dessa etapa é assegurar que todo o conteúdo do instrumento seja traduzido e adaptado preservando as equivalências do instrumento entre a versão de origem e a nova versão.⁵⁻⁶

Existem diferentes tipos e procedimentos de equivalência propostos para a adaptação cultural de instrumentos, mas necessariamente o comitê de juízes deve realizar as análises das equivalências conceitual e de itens, semântica, idiomática e cultural. A equivalência conceitual e de itens tem a finalidade de explorar se os diferentes domínios e/ou conceitos compreendidos pelo instrumento original, na definição dos conceitos de interesse, seriam relevantes e pertinentes ao novo contexto ao qual está sendo adaptado.¹⁵ Ou seja, verifica-se a pertinência e relevância dos itens dentro dos domínios e/ou conceitos, pois podem variar de acordo com a cultura estudada.¹⁶

A equivalência semântica está correlacionada a capacidade de transferir o sentido e o significado das palavras do instrumento original para a nova versão, propiciando assim um efeito análogo nas duas culturas. É realizada por comparação da versão original e da versão de consenso, enfatizando o significado referencial (denotativo) e o geral (conotativo) do instrumento.¹⁷ Alguns autores utilizam a metodologia de coleta de dados de grupo focal nessa etapa para avaliar a compreensão de cada item do instrumento em questão.¹⁷⁻¹⁸

A equivalência idiomática avalia as expressões coloquiais para garantir que as expressões idiomáticas representem a mesma equivalência entre as duas línguas (origem e alvo). Ressalta-se que essa etapa não visa o apagamento das diferenças intralinguísticas, mas a transposição das barreiras que impedem o diálogo intercultural e a possibilidade de resgatar o maior número possível de elementos constituintes dos significados lexicais.¹⁹

A equivalência cultural representa as situações observadas na versão de origem que necessitam ser ajustadas ao contexto cultural no qual se objetiva a adaptação. Relaciona-se a todas as expressões retratadas na versão original que devem ser coerentes com o contexto cultural no idioma alvo. Alguns itens poderão ser modificados ou mesmo eliminados.⁵

Após a análise dessas equivalências, no final dessa fase, irá ser obtida a versão pré-final que será submetida ao pré-teste. Este é realizado a partir da aplicação do instrumento da

versão pré-final traduzida e adaptada em uma amostra, de 30 a 40 sujeitos, para verificar a compreensibilidade, pertinência e relevância cultural.^{6,20}

Os sujeitos respondem o questionário e depois são entrevistados para verificar se eles compreenderam o significado das questões e se responderam adequadamente. Caso existam dúvidas por parte dos respondentes, pode-se voltar ao comitê de juízes para alterações nas questões. De acordo com Cionelli et al²¹, as questões que apresentem 15% ou mais de dúvidas, ou que não forem compreendidas, devem ser revistas pelo comitê de juízes e reaplicadas aos respondentes.

A fase final do processo de tradução e adaptação de instrumentos consiste na apresentação de todos os relatórios e formulários utilizados durante o processo para os autores que detém os direitos autorais do instrumento. Porém, não cabe a estes autores a modificação do conteúdo, pois, espera-se que com a realização de todas as etapas do processo de adaptação cultural, uma tradução razoável tenha sido alcançada.

Validação de instrumentos na Enfermagem

Após o processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento deve-se proceder a avaliação de suas propriedades psicométricas, a fim de verificar se as características do instrumento original foram mantidas. Considera-se que a versão traduzida e adaptada culturalmente deverá apresentar *performance* semelhante à original.^{2,6}

O processo utilizado para verificar a *performance* do instrumento é a validação. A validação de instrumentos diz respeito à robustez do estudo, isso é, se há provas que afirmam que os métodos irão realmente medir o que se pretendia.²⁰ Ou seja, envolve um processo de investigação em que se busca pelas evidências de validade que apoiem a adequação, o significado e a utilidade das decisões tomadas com base nas inferências realizadas a partir de escores obtidos do teste.²²

Em 1954, a American Psychological Association (APA) juntamente com a American Educational Research Association (AERA) e o National Council on Measurement in Education (NCME) publicou a primeira versão dos padrões norte-americanos para testes. Nesse documento a validade foi classificada em três categorias: validade de conteúdo, de critério e de construto.²² Na enfermagem essas categorias vêm sendo utilizadas para nortear o processo de validação de instrumentos adaptados e demonstrar a sua validade.

A validade de conteúdo refere-se ao quanto um teste pode ser uma amostra representativa dos comportamentos que são a expressão do traço latente em questão, ou seja, se os itens do teste se constituem em uma amostra representativa do universo de itens do construto.¹

A validade de conteúdo não é determinada por medidas estatísticas, e tende a ser avaliada a partir da percepção de juízes ou especialistas que julgam até que ponto o instrumento é representativo do que se quer medir. Os juízes irão analisar o alinhamento do instrumento aos pressupostos teóricos e pode ser realizada durante a adaptação cultural na etapa do comitê de juízes. É fundamental no processo de definição do instrumento, visto que todas as medidas estatísticas utilizadas nas demais etapas de validação dependem dessa definição.^{14,23-24}

Em relação ao número de participantes a literatura apresenta controvérsias. Lynn²⁵ recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participantes desse processo. Outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar.²⁶ Porém, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários. Os juízes devem receber uma carta explicativa e um questionário desenvolvido especificamente para essa avaliação.²⁷

Para quantificar o grau de concordância entre os juízes, esses avaliam independentemente a relação objetiva entre os itens e a relevância destes, sendo utilizado o cálculo da porcentagem de concordância ou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).²⁸⁻²⁹

A porcentagem de concordância é a medida mais simples de concordância interobservadores.²⁹ A fórmula utilizada está descrita a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram} \times 100}{\text{Número total de participantes}}$$

Para determinar o IVC, os juízes avaliam independentemente a relação objetiva entre os itens e a relevância destes.²⁸ Mede a proporção de juízes que concordam sobre determinado aspecto do instrumento e de seus itens.²⁴ Utiliza-se uma escala do tipo Likert de relevância: 1=não relevante, 2=pouco relevante, 3=relevante, 4=muito relevante. A análise é realizada pelo índice de validação de conteúdo (IVC) definido pela proporção de itens classificados como relevante ou muito relevantes pelos juízes. Os itens que recebem pontuação 1 ou 2 devem ser eliminados ou revisados.²⁸

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

Para realizar a avaliação do instrumento como um todo, não existe um consenso na literatura, é necessário que os pesquisadores descrevam nos estudos o método utilizado. Usualmente existem três formas: a “média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juizes”; a “média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação”; dividir o “número total de itens considerados como relevantes pelos juizes pelo número total de itens”.²⁰

Além do mais, é necessário estipular a taxa de concordância aceitável entre os juizes. No processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juizes, sendo que com a participação de cinco ou menos sujeitos, deve ser obtida uma concordância de 100%. No caso de seis ou mais juizes, sugere-se uma concordância de 0,90 ou mais.^{20,25}

A próxima etapa, a validade de critério representa o grau nos quais as medidas concordam com outras abordagens que medem a mesma característica. Na validade de critério procura-se estabelecer relações entre os escores do instrumento em questão, com algum critério externo.^{4,20} Pode-se considerar que a validade de critério consiste no grau de eficácia que o instrumento tem em prever um desempenho específico.¹⁰

Os testes de validade de critério avaliam se os escores estão sistematicamente relacionados a um ou mais critérios de resultados, usando medidas e dados independentes da escala em questão. Verifica-se se a qualidade do método de medida corresponde a outra observação que mediu corretamente o mesmo fenômeno.^{2,30}

É necessário ter a disponibilidade de um critério confiável e válido com o qual as medidas do instrumento em questão possam ser comparadas. Assim sendo, procura-se um padrão ouro, ou seja, uma evidência científica de uma medida verdadeira e confiável.³⁰

Porém, nem sempre é possível encontrar um padrão-ouro. Desse modo, a validade de critério poderá ser verificada através da validade preditiva, com a qual instrumentos podem ser testados por predizerem algum desfecho clínico.³⁰ Outra forma de avaliação na ausência de padrão-ouro é descrita por Pasquali⁴, que propõe a realização de um grupo critério composto por 10 participantes de forma aleatória. Os dados extraídos desse grupo serão confrontados com os dados obtidos em entrevistas individuais, recorrendo-se à correlação de

Pearson.

A validade de construto ou de conceito é a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, pois constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental. Está relacionada ao grau com que um instrumento mede o que lhe foi designado medir. É a propriedade do método de mensuração que mede corretamente o construto subjacente, que pode conter vários atributos.^{10,23}

As evidências necessárias para suceder a validação de construto são obtidas por meio de uma série de estudos inter-relacionados visando a verificação empírica das construções teóricas sobre as variáveis a serem medidas.⁴

É avaliado internamente verificando-se a validade fatorial, quando os itens usados para mensurar o mesmo atributo correlacionam-se melhor um com o outro do que com itens medindo outros atributos (análise fatorial); e também pela consistência interna, quando vários itens medindo o mesmo atributo tendem a fornecer a mesma informação e assim se correlacionam de perto um com o outro.²

Externamente a validade de construto é avaliada através da validade convergente e validade divergente. A convergência pressupõe correlação significativa entre o fenômeno mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais tal fenômeno deveria estar relacionado. A divergência verifica a não correlação das variáveis com as quais deveria diferir. Pode-se dizer que a convergente equivaleria ao conceito de sensibilidade, enquanto a divergente a de especificidade.^{2,4}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou uma reflexão sobre os aspectos teóricos e metodológicos utilizados no processo de adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem, permitiu esclarecer o caminho metodológico capaz de garantir a confirmação das etapas de tradução e adaptação e das propriedades psicométricas além do estabelecimento da confiabilidade e de validade.

O estudo evidenciou as etapas necessárias para a tradução e adaptação cultural de instrumentos, seguindo referencial teórico-metodológico reconhecido ressaltando que a etapa de retro-tradução necessita de maiores evidências científicas que contribuam para averiguar a sua efetividade no processo. Em relação a validação, apesar de existirem diferentes métodos,

propõe-se que sejam estabelecidas, necessariamente, a validade de conteúdo, de critério e de construto.

Essa reflexão não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas sim, ser um norteador para pesquisas que envolvam essa temática. A utilização do caminho metodológico aqui proposto proporciona a possibilidade da utilização de marcos estruturais como base teórica e metodológica para futuros pesquisadores.

REFERENCIAS

1. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini, C. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. Guillemin, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol [Internet]. 1995 [cited 2016 Oct 03]; 24(2):61-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7747144>
3. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology [Internet]*. 2015 Apr [cited 2016 Oct 03]; 68:435-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698408>
4. Pasquali L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin Epidemiol [Internet]*. 1993 Dec [cited 2016 Sep 29]; 46(12):1417-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569>
6. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine [Internet]*. 2000 Dec [cited 2016 Sep 29]; 16(2):3186-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
7. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Pedersoli CE, Fumincelli L, Mendes IAC. Validation for the portuguese language of the simulation design scale. *Texto contexto - enferm. [Internet]*. 2015 Dec [cited 2016 Dec 13]; 24(4): 934-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072015000400934&lng=en.
8. Branco EMSC, Peixoto MAP, Alvim NAT. Translation and Adaptation of the Action Control Scale Aimed at Nursing Care. *Texto contexto - enferm. [Internet]*. 2015 June [cited 2016 Dec 13]; 24(2): 371-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072015000200371&lng=en.
9. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures, Institute for Work & Health, [Internet]. 2007 June [cited 2016 Sep 29]; 1-45. Available from: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf

10. Pasquali L. *Psicometria*. Rev Esc Enferm, [Internet]. 2009 [cited 2016 Sep 29]; 43(Spe):992-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
11. Puggina AC, Silva MJP. Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. Acta Paul. Enferm., [Internet]. 2014 Mar-Apr [cited 2016 Oct 03]; 27(2): 108-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200004
12. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health, [Internet]. 1998 Dec [cited 2016 Sep 29]; 1-27. Available from: <https://www.ortho.umn.edu/sites/ortho.umn.edu/files/recommendations-cultural.pdf>
13. Yu D, Yang Y. Measurement equivalence of a concise customer engagement metric across country, language, and customer types. Public Opinion Quarterly, [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 03]; 79(Spe): 325-58. Available from: <http://poq.oxfordjournals.org/content/79/S1/325.full.pdf>
14. 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, [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Sep 29]; 68(4): 360-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24084448>
15. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. RevSaude Publica, [Internet]. 2007 May [cited 2016 Nov 01]; 41(4): 665-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024
16. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. Qual Life Res. [Internet]. 1998 May [cited 2016 Nov 01]; 7(4): 323-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9610216>
17. Olivas MA, Silva JV, Santos FS. Adaptação transcultural: Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F) à realidade brasileira. Saudesoc. [Internet]. 2012 July/Sept [cited 2016 Nov 01]; 21(3):710-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300016
18. Krueger R. Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research. 2^a ed. London: SAGE; 1994.
19. Riva HC, Rios THC. Correspondência idiomática intra e interlínguas. Rev. bras. linguist. apl. [Internet]. 2002 [cited 2016 Oct 03]; 2(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-63982002000200006
20. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos WS, 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). *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 1999 May-June [cited 2016 Oct 01]; 39(3):143-50. Available from: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf
22. Zumbo, BD, Chan EKH. *Validity and validation in social, behavioral, and health sciences*. New York: Springer International Publishing; 2014.
23. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Est. Aval. Educ.* [Internet]. 2011 Jan/Apr [cited 2016 Nov 01]; 22(48):91-114. Available from: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf>
24. Alexandre NMC, Coluni MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 01]; 16(7):3061-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>
25. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* Nov-Dec [Internet]. 1986 [cited 2016 Oct 03]; 35(6):382-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>
26. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess.* [Internet]. 1995 Sep [cited 2016 Nov 01]; 7(3):238-47. Available from: http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Haynes_1995.pdf
27. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health.* [Internet]. 1997 Jun [cited 2016 Sep 29]; 20(3):269-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179180>
28. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing research*. 2^a ed. Philadelphia: Springer Publishing Company; 2005.
29. Tilden VP, Nelson CA, May BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nurs Res.* [Internet]. 1990 May-Jun [cited 2016 Sep 29]; 39(3):172-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342905>
30. Gandek B, Ware JE Jr. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology.* [Internet]. 1998 Nov [cited 2016 Oct 03]; 51(11):953-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9817112>

APENDICE F: Versão final do Consenso dos Fluxogramas do STM

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO CONSENSO FINAL
<p>1. Abdominal Pain in Adults <i>Airway compromise</i> <i>Inadequate breathing</i> <i>Shock</i> <i>Vomiting blood</i> <i>Passing fresh or altered blood PR</i></p> <p><i>PV blood loss and 20 weeks pregnant or more</i></p> <p><i>Very hot</i> <i>Pain radiating to the back</i> <i>Severe pain</i> <i>History of acutely vomiting blood</i> <i>Black or redcurrant stools</i> <i>Persistent vomiting</i> <i>Possibly pregnant</i> <i>Hot</i> <i>Shoulder tip pain</i> <i>Moderate pain</i> <i>Vomiting</i> <i>Recent mild pain</i> <i>Recent problem</i></p>	<p>Dor abdominal em adultos Obstrução de vias aéreas Respiração inadequada Choque Vômito de sangue Evacuação de sangue vivo ou escurecido Sangramento vaginal com 20 semanas de gravidez ou mais Hipertermia Dor irradiando para as costas Dor intensa História aguda de vômito de sangue Fezes pretas ou fezes em groselha Vômito persistente Gravidez possível Febre Dor irradiada para o ombro Dor moderada Vômito Dor leve recente Evento recente</p>
<p>2. Abdominal Pain in Children <i>Airway compromise</i> <i>Inadequate breathing</i> <i>Shock</i> <i>Vomiting blood</i> <i>Passing fresh or altered blood PR</i> <i>Purpura</i> <i>Non-blanching rash</i> <i>Hot baby</i> <i>Very hot</i> <i>Severe pain</i> <i>History of acutely vomiting blood</i> <i>Black or redcurrant stools</i> <i>Persistent vomiting</i> <i>Visible abdominal mass</i> <i>Inconsolable by parents</i> <i>Inappropriate history</i> <i>Hot</i> <i>Moderate pain</i> <i>Vomiting</i> <i>Recent mild pain</i> <i>Recent problem</i></p>	<p>Dor abdominal em crianças Obstrução de vias aéreas Respiração inadequada Choque Vômito de sangue Evacuando sangue vivo ou alterado Púrpura Erupção cutânea fixa Bebê febril Hipertermia Dor intensa História aguda de vômito de sangue Fezes pretas ou fezes em groselha Vômito persistente Massa abdominal visível Inconsolável pelos pais História inapropriada Febre Dor moderada Vômito Dor leve recente Evento recente</p>
<p>3. Abscesses and local infections <i>Airway compromise</i> <i>Inadequate breathing</i> <i>Shock</i> <i>Vascular compromise</i> <i>Subcutaneous gas</i></p>	<p>Abcessos e infecções locais Obstrução de vias aéreas Respiração inadequada Choque Comprometimento vascular Efisema subcutâneo</p>

<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Hot joint</i>	Articulação quente
<i>Pain on joint movement</i>	Dor ao movimento articular
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
4. Abused or neglected child	Criança abusada ou negligenciada
<i>Airway compromise</i>	Obstrução das vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>High risk of self-harm</i>	Alto risco de autoagressão
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Signs of dehydration</i>	Sinais de desidratação
<i>Widespread rash or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Marked distress</i>	Angústia perceptível
<i>Vaginal trauma</i>	Trauma vaginal
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>History of head injury</i>	História de trauma cranioencefálico
<i>Moderate risk of self-harm</i>	Risco moderado de autoagressão
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
5. Allergy	Alergia
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Oedema of the tongue</i>	Edema da língua
<i>Facial oedema</i>	Edema facial
<i>Unable to talk in sentences</i>	Frases entrecortadas
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Significant history of allergy</i>	História alérgica importante
<i>Severe pain or itch</i>	Dor ou coceira moderada
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Widespread rash or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Moderate pain or itch</i>	Dor moderada ou coceira
<i>Local inflammation</i>	Inflamação local
<i>Recent mild pain or itch</i>	Dor ou coceira leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
6. Apparently drunk	Embriaguez aparente
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Altered conscious level not wholly attributable to</i>	Alteração do nível de consciência não

<i>alcohol</i>	totalmente atribuível ao álcool
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Inadequate history</i>	História inadequada
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Altered conscious level wholly attributable to alcohol</i>	Alteração do nível de consciência totalmente atribuível ao álcool
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>History of head injury</i>	História de trauma cranioencefálico
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Recent injury</i>	Trauma recente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
7. Assault	Agressão
<i>Airway compromise</i>	Obstrução das vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Deformity</i>	Deformidade
<i>Swelling</i>	Inchaço
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
8. Asthma	Asma
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Unable to talk in sentences</i>	Frases entrecortadas
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Very low PEFr</i>	PFE (Pico de Fluxo expiratório) muito baixo
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Significant respiratory history</i>	História respiratória significativa
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Low PEFr</i>	PFE (Pico de Fluxo expiratório) baixo
<i>No improvement with own asthma medications</i>	Sem melhora com sua medicação habitual
<i>Hot</i>	Febre
<i>Wheeze</i>	Chieira
<i>Productive cough</i>	Tosse produtiva

<i>Recent problem</i>	Evento recente
9. Back pain	Dor lombar
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Abdominal pain</i>	Dor abdominal
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>Direct trauma to the back</i>	Trauma direto no dorso
<i>Unable to walk</i>	Incapaz de andar
<i>Hot</i>	Febril
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Colicky pain</i>	Cólicas
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
10. Behaving strangely	Alteração do comportamento
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>History of overdose or poisoning</i>	História de overdose ou envenenamento
<i>High risk of self-harm</i>	Alto risco de autoagressão
<i>High risk of harm to others</i>	Alto risco de agredir outros
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>History of head injury</i>	História de trauma cranioencefálico
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Significant psychiatric history</i>	História psiquiátrica importante
<i>Moderate risk of self-harm</i>	Risco moderado de autoagressão
<i>Moderate risk of harm to others</i>	Risco moderado de agredir outros
11. Bites and stings	Mordeduras e picadas
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Facial oedema</i>	Edema facial
<i>Oedema of the tongue</i>	Edema da língua
<i>Unable to talk in sentences</i>	Frases entrecortadas
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>High lethality envenomation</i>	Envenenamento de alta mortalidade
<i>Significant history of allergy</i>	História alérgica importante

<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain or itch</i>	Dor ou coceira intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Moderate lethality envenomation</i>	Envenenamento de moderada mortalidade
<i>Widespread rash or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain or itch</i>	Dor moderada ou coceira
<i>Local infection</i>	Infecção local
<i>Local inflammation</i>	Inflamação local
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
12. Burns and scalds	Queimaduras
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Facial oedema</i>	Edema facial
<i>Inhalational injury</i>	Lesão por inalação
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>High lethality chemical</i>	Mortalidade química alta
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Smoke exposure</i>	Exposição à fumaça
<i>Electrical injury</i>	Queimadura elétrica
<i>Moderate lethality chemical</i>	Mortalidade química moderada
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Local infection</i>	Infecção local
<i>Local inflammation</i>	Inflamação local
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
13. Chemical exposure	Exposição a agentes químicos
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias áreas
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Acute chemical eye injury</i>	Lesão ocular química aguda
<i>Oedema of the tongue</i>	Edema da língua
<i>Facial oedema</i>	Edema facial
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>High lethality chemical</i>	Mortalidade química alta
<i>Risk of continued contamination</i>	Risco de contaminação persistente
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Widespread discharge or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Moderate lethality chemical</i>	Produto químico de letalidade moderada

<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
14. Chest pain	Dor torácica
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de das vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Cardiac pain</i>	Dor cardíaca
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Significant cardiac history</i>	História cardíaca significativa
<i>Pleuritic pain</i>	Dor pleurítica
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
15. Collapsed adult	Desmaio
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Significant history of allergy</i>	História alérgica importante
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Cardiac pain</i>	Dor cardíaca
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
16. Crying baby	Bebê chorando
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Floppy</i>	Prostração; hipotonia
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Purpura</i>	Púrpura

<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Signs severe pain</i>	Sinais de dor intensa
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Unable to feed</i>	Incapaz de se alimentar
<i>Inconsolable by parents</i>	Inconsolável pelos pais
<i>Prolonged or uninterrupted crying</i>	Choro prolongado ou ininterrupto
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febril
<i>Signs of moderate pain</i>	Sinais de dor moderada
<i>Atypical behavior</i>	Comportamento atípico
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent signs of mild pain</i>	Sinais recentes de dor leve
<i>Recent problem</i>	Evento recente
17. Dental problems	Problemas dentários
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Acutely avulsed tooth</i>	Avulsão dentária aguda
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Facial swelling</i>	Inchaço na face
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
18. Diabetes	Diabetes
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Hyperglycaemia with ketosis</i>	Hiperglicemia com cetose
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Hyperglycaemia</i>	Hiperglicemia
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
19. Diarrhoea and vomiting	Diarreia e vômito
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa

<i>Floppy</i>	Prostração; hipotonia
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Fails to react to parents</i>	Não reage aos pais
<i>Vomiting blood</i>	Vômito de sangue
<i>Passing fresh or altered blood PR</i>	Evacuação de sangue vivo ou escurecido
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>History of acutely vomiting blood</i>	História aguda de vômito de sangue
<i>Black or redcurrant stool</i>	Fezes pretas ou fezes em groselha
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Signs of dehydration</i>	Sinais de desidratação
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
20. Ear problems	Problemas no ouvido
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>History of head injury</i>	História de trauma cranioencefálico
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Auricular haematoma</i>	Hematoma de orelha
<i>Vertigo</i>	Vertigem
<i>Recent hearing loss</i>	Perda recente da audição
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
21. Eye problems	Problemas em olhos
<i>Acute chemical eye injury</i>	Lesão ocular química aguda
<i>Penetrating eye injury</i>	Trauma ocular penetrante
<i>Acute complete loss of vision</i>	Perda total da visão aguda
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Recent reduced visual acuity</i>	Redução recente da acuidade visual
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Red eye</i>	Olho vermelho
<i>Foreign body sensation</i>	Sensação de corpo estranho
<i>Diplopia</i>	Diplopia
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente

22. Facial problems

Airway compromise
 Inadequate breathing
 Exsanguinating haemorrhage
 Shock
 Unresponsive child
 Uncontrollable major haemorrhage
 Altered conscious level
 New neurological deficit less than 24hrs old

Hot baby
 Very hot
 Severe pain
 Uncontrollable minor haemorrhage
 New neurological deficit more than 24hrs old

Gross deformity
 Recent reduced visual acuity
 Acutely avulsed tooth
 History of unconsciousness
 Bleeding disorder
 Inappropriate history
 Hot
 Moderate pain
 Facial swelling
 Auricular haematoma
 Diplopia
 Altered facial sensation
 Red eye
 Warm
 Recent mild pain
 Recent problem

23. Falls

Airway compromise
 Inadequate breathing
 Shock
 Unresponsive child
 Currently fitting
 Hypoglycaemia
 New abnormal pulse
 Uncontrollable major haemorrhage
 Altered conscious level
 New acute neurological deficit less than 24hrs old

Significant mechanism of injury
 Very hot
 Cold
 Severe pain
 Uncontrollable minor haemorrhage
 New neurological deficit more than 24hrs old

Gross deformity
 Open fracture
 History of unconsciousness
 Inappropriate history
 Hot
 Moderate pain

Problemas em face

Obstrução de vias aéreas
 Respiração inadequada
 Hemorragia exsanguinante
 Choque
 Criança não reativa
 Hemorragia maior incontrolável
 Alteração do nível de consciência
 Novo déficit neurológico com menos de 24hs
 Bebê febril
 Hipertermia
 Dor intensa
 Hemorragia menor incontrolável
 Novo déficit neurológico com mais de 24hs
 Deformidade grosseira
 Redução recente da acuidade visual
 Avulsão dentária aguda
 História de inconsciência
 Distúrbio de coagulação
 História inapropriada
 Febril
 Dor moderada
 Inchaço na face
 Hematoma de orelha
 Diplopia
 Sensibilidade alterada na face
 Olho vermelho
 Moderadamente quente
 Dor leve recente
 Evento recente

Quedas

Obstrução de vias aéreas
 Respiração inadequada
 Choque
 Criança não reativa
 Convulsionando
 Hipoglicemia
 Novo pulso anormal
 Hemorragia maior incontrolável
 Alteração do nível de consciência
 Novo déficit neurológico com menos de 24hs
 Mecanismo de trauma significativo
 Hipertermia
 Hipotermia
 Dor intensa
 Hemorragia menor incontrolável
 Novo déficit neurológico com mais de 24hs
 Deformidade grosseira
 Fratura exposta
 História de inconsciência
 História inapropriada
 Febril
 Dor moderada

<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Deformity</i>	Deformidade
<i>Swelling</i>	Inchaço
<i>Recent problem</i>	Evento recente
24. Fits	Convulsões
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Non-blanching rash</i>	Exantema
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>History of overdose or poisoning</i>	História de overdose ou envenenamento
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>History of head injury</i>	História de trauma cranioencefálico
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Headache</i>	Cefaleia
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
25. Foreign body	Corpo estranho
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Penetrating eye injury</i>	Trauma ocular penetrante
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Red eye</i>	Olho vermelho
<i>Local infection</i>	Infecção local
<i>Local inflammation</i>	Inflamação local
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
26. GI bleeding	Hemorragia digestiva
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa

<i>Vomiting blood</i>	Vômito de sangue
<i>Passing fresh or altered blood PR</i>	Evacuando sangue vivo ou alterado
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Significant history of GI bleed</i>	História de hemorragia digestiva importa
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>History of acutely vomiting blood</i>	História aguda de vômito de sangue
<i>Black or redcurrant stool</i>	Fezes pretas ou fezes em groselha
<i>Bleeding disorder</i>	Distúrbio de coagulação
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
27. Headache	Cefaléia
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Abrupt onset</i>	Início abrupto
<i>Acute complete loss of vision</i>	Perda total da visão aguda
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>Recent reduced visual acuity</i>	Redução recente da acuidade visual
<i>Temporal scalp tenderness</i>	Couro cabeludo temporal dolorido
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
28. Head injury	Lesão na cabeça
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de

<i>Persistent vomiting</i>	24hs
<i>History of unconsciousness</i>	Vômito persistente
<i>Bleeding disorder</i>	História de inconsciência
<i>Inappropriate history</i>	Distúrbio de coagulação
<i>Moderate pain</i>	História inapropriada
<i>Scalp haematoma</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Hematoma no couro cabeludo
<i>Recent mild pain</i>	Vômito
<i>Recent problem</i>	Dor leve recente
	Evento recente
29. Irritable child	Criança irritadiça
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-Blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>History of overdose or poisoning</i>	História de overdose ou envenenamento
	Hipertermia
<i>Very hot</i>	Dor intensa
<i>Severe pain</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Very low SpO₂</i>	Choro prolongado ou ininterrupto
<i>Prolonged or uninterrupted crying</i>	Não se alimenta
<i>Not feeding</i>	Impossível de ser entretido
<i>Not distractible</i>	História inapropriada
<i>Inappropriate history</i>	Febre
<i>Hot</i>	Dor moderada
<i>Moderate pain</i>	Comportamento atípico
<i>Atypical behaviour</i>	Sinais recentes de dor leve
<i>Recent signs of mild pain</i>	Moderadamente quente
<i>Warm</i>	Evento recente
<i>Recent problem</i>	
30. Limb problems	Problemas nas extremidades
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Vascular compromise</i>	Comprometimento vascular
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
	Pele crítica
<i>Critical Skin</i>	Dor intensa
<i>Severe pain</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	24hs
	Deformidade grosseira
<i>Gross deformity</i>	Fratura exposta
<i>Open fracture</i>	Distúrbio de coagulação
<i>Bleeding disorder</i>	História inapropriada
<i>Inappropriate history</i>	Dor pleurítica
<i>Pleuritic pain</i>	Dor moderada
<i>Moderate pain</i>	

<i>Deformity</i>	Deformidade
<i>Swelling</i>	Inchaço
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
31. Limping child	Criança mancando
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Vascular compromise</i>	Comprometimento vascular
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Hot joint</i>	Articulação quente
<i>Pain on joint movement</i>	Dor ao movimento articular
<i>Bleeding disorder</i>	Distúrbio de coagulação
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Deformity</i>	Deformidade
<i>Swelling</i>	Inchaço
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
32. Major trauma	Trauma maior
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Significant medical history</i>	Comorbidade importante
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Use another chart</i>	Usar outro fluxograma
33. Mental illness	Doença mental
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>High risk of self-harm</i>	Alto risco de autoagressão
<i>High risk of harm to others</i>	Alto risco de agredir outros
<i>Moderate risk of self-harm</i>	Risco moderado de autoagressão
<i>Moderate risk of harm to others</i>	Risco moderado de agredir outros
<i>Marked distress</i>	Angústia perceptível
<i>Significant psychiatric history</i>	História psiquiátrica importante

<i>Disruptive</i>	Comportamento conturbador
34. Neck pain	Dor cervical
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>Direct trauma to the neck</i>	Trauma direto no pescoço
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
35. Overdose and poisoning	Overdose e envenenamento
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>High lethality</i>	Mortalidade alta
<i>High risk of further self-harm</i>	Alto risco futuro de autoagressão
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Marked distress</i>	Angústia perceptível
<i>Moderate lethality</i>	Mortalidade moderada
<i>Moderate risk of further self-harm</i>	Risco moderado de nova autoagressão
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Significant psychiatric history</i>	História psiquiátrica importante
36. Palpitations	Palpitações
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>History of overdose or poisoning</i>	História de overdose ou envenenamento
<i>Cardiac pain</i>	Dor cardíaca
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>History of unconsciousness</i>	História de inconsciência
<i>Current palpitation</i>	Palpitação atual
<i>Significant cardiac history</i>	História cardíaca significativa
<i>Hot</i>	Febre
<i>Recent problem</i>	Evento recente
37. Pregnancy	Gravidez

<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Prolapsed umbilical cord</i>	Prolapso do cordão umbilical
<i>Presenting foetal parts</i>	Apresentação de partes fetais
<i>Heavy PV blood loss</i>	Sangramento vaginal intenso
<i>PV blood loss and 20 weeks pregnant or more</i>	Sangramento vaginal com 20 semanas de gravidez ou mais
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>In active labour</i>	Trabalho de parto
<i>History of fitting</i>	História de convulsão
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>High blood pressure</i>	Pressão arterial elevada
<i>PV blood loss</i>	Sangramento vaginal
<i>History of trauma</i>	História de trauma
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Shoulder tip pain</i>	Dor irradiada para o ombro
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
38. PV bleeding	Sangramento vaginal
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Heavy PV blood loss</i>	Sangramento vaginal intenso
<i>PV blood loss and 20 weeks pregnant or more</i>	Sangramento vaginal com 20 semanas de gravidez ou mais
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Vaginal trauma</i>	Trauma vaginal
<i>Possibly pregnant</i>	Gravidez possível
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Abdominal pain</i>	Dor abdominal
<i>Shoulder tip pain</i>	Dor irradiada para o ombro
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
39. Rashes	Erupções cutâneas
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Oedema of the tongue</i>	Edema da língua
<i>Facial oedema</i>	Edema facial
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Purpura</i>	Púrpura

<i>Non-blanching rash</i>	Exantema
<i>Significant history of allergy</i>	História alérgica importante
<i>Hot baby</i>	Bebê febre
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain or itch</i>	Dor ou coceira intensa
<i>Widespread discharge or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain or itch</i>	Dor moderada ou coceira
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain or itch</i>	Dor ou coceira leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
40. Self-harm	Autoagressão
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>High risk of further harm</i>	Alto risco futuro de autoagressão
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Marked distress</i>	Angústia perceptível
<i>Moderate risk of further self-harm</i>	Risco moderado de nova autoagressão
<i>Significant psychiatric history</i>	História psiquiátrica importante
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
41. Sexually acquired infection	Infecção sexualmente adquirida
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou provável
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Widespread discharge or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Hot joint</i>	Articulação quente
<i>Pain on joint movement</i>	Dor ao movimento articular
<i>Hot</i>	Febre
<i>Testicular pain</i>	Dor testicular
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Discharge</i>	Corrimento
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
42. Shortness of breath in adults	Dispnéia em adultos
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Drooling</i>	Baba-se
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada

<i>Shock</i>	Choque
<i>Unable to talk in sentences</i>	Frases entrecortadas
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Exhaustion</i>	Exaustão
<i>Very low PEFr</i>	PFE (Pico de Fluxo expiratório) muito baixo
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Significant respiratory history</i>	História respiratória significativa
<i>Acute onset after injury</i>	Início agudo após trauma
<i>Cardiac pain</i>	Dor cardíaca
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Low PEFr</i>	PFE (Pico de Fluxo expiratório) baixo
<i>Pleuritic pain</i>	Dor pleurítica
<i>Hot</i>	Febre
<i>Wheeze</i>	Chieira
<i>Productive cough</i>	Tosse produtiva
<i>Chest injury</i>	Trauma torácico
<i>Recent problem</i>	Evento recente
43. Shortness of breath in children	Dispnéia em crianças
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Drooling</i>	Baba-se
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Unable to talk in sentences</i>	Frases entrecortadas
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Increased work of breathing</i>	Esforço respiratório aumentado
<i>Exhaustion</i>	Exaustão
<i>Very low PEFr</i>	PFE (Pico de fluxo expiratório) muito baixo
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Significant respiratory history</i>	História respiratória significativa
<i>Acute onset after injury</i>	Início agudo após trauma
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Low PEFr</i>	PFE (<i>Pico de fluxo expiratório</i>) baixo
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Pleuritic pain</i>	Dor pleurítica
<i>Hot</i>	Febre
<i>Wheeze</i>	Chieira
<i>Productive cough</i>	Tosse produtiva
<i>Chest injury</i>	Trauma torácico
<i>Recent problem</i>	Evento recente
44. Sore throat	Dor de garganta
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Stridor</i>	Estridor
<i>Drooling</i>	Baba-se
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou

<i>Special risk of infection</i>	provável
<i>Hot baby</i>	Risco especial de infecção
<i>Very hot</i>	Bebê febril
<i>Severe pain</i>	Hipertermia
<i>Rapid onset</i>	Dor intensa
<i>History recent foreign travel</i>	Início súbito
<i>Hot</i>	História de viagem recente
<i>Moderate pain</i>	Febre
<i>Warm</i>	Dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Moderadamente quente
<i>Recent problem</i>	Dor leve recente
	Evento recente
45. Testicular pain	Dor testicular
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Scrotal gangrene</i>	Gangrena no escroto
<i>Age 25 years or less</i>	Idade de 25 anos ou menos
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Scrotal cellulitis</i>	Celulite escrotal
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Hot</i>	Febre
<i>Colicky pain</i>	Cólicas
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Scrotal trauma</i>	Trauma no escroto
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
46. Torso injury	Trauma toracoabdominal
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive child</i>	Criança não reativa
<i>Acutely short of breath</i>	Dispneia aguda
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>Externalisation of organs</i>	Evisceração
<i>Significant mechanism of injury</i>	Mecanismo de trauma significativo
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Pleuritic pain</i>	Dor pleurítica
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Local infection</i>	Infecção local
<i>Local inflammation</i>	Inflamação local
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
47. Unwell adult	Mal-estar em adulto
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando

<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Altered conscious level</i>	Alteração do nível de consciência
<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Exantema
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou provável
<i>Special risk of infection</i>	Risco especial de infecção
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>Widespread discharge or blistering</i>	Erupções ou vesículas disseminadas
<i>Rapid onset</i>	Início súbito
<i>History of recent foreign travel</i>	História de viagem recente ao exterior
<i>Significant haematological history</i>	História hematológica significativa
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
48. Unwell baby (up to 12 months)	Mal-estar em bebê (até 12 meses)
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Fails to react to parents</i>	Não reage aos pais
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou provável
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Signs of severe pain</i>	Sinais de dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Signs of dehydration</i>	Sinais de desidratação
<i>Not feeding</i>	Não se alimenta
<i>Not passing urine</i>	Sem urinar
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Significant haematological history</i>	História hematológica significativa
<i>Signs of moderate pain</i>	Sinais de dor moderada
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
49. Unwell child	Mal-estar em criança
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas

<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Fails to react to parents</i>	Não reage aos pais
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou provável
<i>Non-blanching rash</i>	Exantema
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Signs of dehydration</i>	Sinais de desidratação
<i>Not feeding</i>	Não se alimenta
<i>Not passing urine</i>	Sem urinar
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Significant haematological history</i>	História hematológica significativa
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Atypical behaviour</i>	Comportamento atípico
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
50. Unwell newborn (up to 28 days)	Mal-estar em neonato (até 28 dias)
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Currently fitting</i>	Convulsionando
<i>Hypoglycaemia</i>	Hipoglicemia
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>New abnormal pulse</i>	Novo pulso anormal
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Fails to react to parents</i>	Não reage aos pais
<i>Signs of meningism</i>	Sinais de meningismo
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Erupção cutânea fixa
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Cold</i>	Hipotermia
<i>Signs of severe pain</i>	Sinais de dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Signs of dehydration</i>	Sinais de desidratação
<i>Not feeding</i>	Não se alimenta
<i>Not passing urine</i>	Sem urinar
<i>Jaundice</i>	Icterícia
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Warm newborn</i>	Neonato febril
<i>Signs of moderate pain</i>	Sinais de dor moderada
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
51. Urinary problems	Problemas urinários

<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Priapism</i>	Priapismo
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou provável
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Frank haematuria</i>	Hematúria franca
<i>Persistent vomiting</i>	Vômito persistente
<i>Retention of urine</i>	Retenção de urina
<i>Hot</i>	Febre
<i>Colicky pain</i>	Cólicas
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Vomiting</i>	Vômito
<i>Dysuria</i>	Disúria
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
52. Worried parent	Pais preocupados
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Shock</i>	Choque
<i>Unresponsive</i>	Não reativo
<i>Very low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ muito baixa
<i>Floppy</i>	Prostração; hipotonia
<i>Responds to voice or pain only</i>	Resposta à voz ou à dor apenas
<i>Fails to react to parents</i>	Não reage aos pais
<i>Purpura</i>	Púrpura
<i>Non-blanching rash</i>	Exantema
<i>History of overdose or poisoning</i>	História de overdose ou envenenamento
<i>Known or likely immunosuppression</i>	Imunossupressão conhecida ou provável
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Low SpO₂</i>	Saturação de O ₂ baixa
<i>Signs of dehydration</i>	Sinais de desidratação
<i>Not feeding</i>	Não se alimenta
<i>Not passing urine</i>	Sem urinar
<i>Inconsolable by parents</i>	Inconsolável pelos pais
<i>Prolonged or interrupted crying</i>	Choro prolongado ou ininterrupto
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febril
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Atypical behaviour</i>	Comportamento atípico
<i>Warm</i>	Moderadamente quente
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
53. Wounds	Feridas
<i>Airway compromise</i>	Obstrução de vias aéreas
<i>Inadequate breathing</i>	Respiração inadequada
<i>Exsanguinating haemorrhage</i>	Hemorragia exsanguinante
<i>Shock</i>	Choque
<i>Uncontrollable major haemorrhage</i>	Hemorragia maior incontrolável

<i>New neurological deficit less than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24hs
<i>Distal vascular compromise</i>	Comprometimento vascular distal
<i>Hot baby</i>	Bebê febril
<i>Very hot</i>	Hipertermia
<i>Severe pain</i>	Dor intensa
<i>Uncontrollable minor haemorrhage</i>	Hemorragia menor incontrolável
<i>New neurological deficit more than 24hrs old</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24hs
<i>Vaginal trauma</i>	Trauma vaginal
<i>Inappropriate history</i>	História inapropriada
<i>Hot</i>	Febre
<i>Moderate pain</i>	Dor moderada
<i>Local infection</i>	Infecção local
<i>Local inflammation</i>	Inflamação local
<i>Recent mild pain</i>	Dor leve recente
<i>Recent problem</i>	Evento recente
54. Major incident – primary	Situação de múltiplas vítimas – avaliação primária
<i>Walking?</i>	Anda?
<i>Breathing?</i>	Respira?
<i>Respiratory rate abnormal</i>	Frequência respiratória anormal
<i>Capillary refill time abnormal</i>	Tempo de preenchimento capilar anormal
<i>Pulse abnormal</i>	Pulso anormal
<i>Spontaneously</i>	Espontaneamente
<i>Dead</i>	Óbito
<i>Only after airway opened</i>	Só após abertura de vias aéreas
<i>Not at all</i>	Definitivamente não
55. Major incident – secondary	Situação de múltiplas vítimas – avaliação secundária
<i>TRTS 10 or less</i>	TRTS 10 ou menos
<i>TRTS 11</i>	TRTS 11
<i>TRTS 12</i>	TRTS 12

APENDICE G: Versão final do Consenso dos Dicionário de discriminadores do STM

ITEM NA VERSÃO ORIGINAL (INGLÊS)	CONSENSO FINAL
Abdominal pain: Any pain felt in the abdomen. Abdominal pain associated with back pain may indicate abdominal aortic aneurysm, while association with PV bleeding may indicate ectopic pregnancy or miscarriage.	Dor abdominal: Qualquer dor sentida no abdômen. Dor abdominal, associada à dor lombar, pode indicar aneurisma da aorta abdominal, enquanto associação com sangramento vaginal pode ser indicativo de gravidez ectópica ou aborto.
Abrupt onset: Onset wit. May cause waking in sleep.hin seconds or minutes	Início abrupto: Início em segundos ou minutos. Pode fazer com que a pessoa acorde do sono.
Acute chemical eye injury: Any substance splashed into or placed into the eye within the past 12 hours that caused stinging, burning or reduce vision should be assumed to have caused chemical injury.	Lesão ocular química aguda: Qualquer substância que respingue ou caia no olho nas últimas 12 horas e cause dor, queimação, redução da visão ou qualquer outro sintoma.
Acute complete loss of vision: Loss of vision in one both eyes within the preceding 24 hours that has not returned to normal.	Perda da visão total aguda: Perda de visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas que não retornou ao normal.
Acute onset after injury: Onset of symptoms immediately within 24 hours of a physically traumatic event.	Início agudo após trauma: Inicio de sintomas imediatamente dentro de 24 horas após um evento fisicamente traumático.
Acutely avulsed tooth: A tooth that has been avulsed intact within the previous 24 hours.	Avulsão dentária aguda: Um dente que tenha avultado intacto dentro das últimas 24 horas.
Acutely short of breath: Shortness of breath that comes on suddenly, or a sudden exacerbation of chronic shortness of breath.	Dispneia aguda: Falta de ar que surge subitamente, ou uma exacerbação súbita de falta de ar crônica.
Age less than 25 years: Less than 25 years old.	Idade inferior a 25 anos: Menos de 25 anos de idade.
Airway compromise: An airway may be compromised either because it cannot be kept open or because the airway protective reflexes (that stop inhalation) have been lost. Failure to keep the airway open will result either in intermittent total obstruction or in partial obstruction. This will manifest itself as snoring or bubbling sounds during breathing.	Obstrução de vias aéreas: Via aérea pode estar comprometida porque não pode ser mantida desobstruída ou devido à perda dos reflexos de proteção das vias aéreas (que interrompem a inalação). Falha em manter as vias aéreas desobstruídas resultarão em obstrução intermitente total ou parcial. Isto se manifestará como ronco ou sons de borbulhas durante respiração.
Altered blood: Darker than fresh blood and often smelling more like melaena.	Evacuação de sangue escurecido: Evacuação de sangue escurecido e com cheiro semelhante a melena.
Altered conscious level: Not full alert. Either responding to voice or pain only or unresponsive.	Alteração do nível de consciência: Paciente não totalmente alerta. Responsivo somente à voz ou à dor, ou irresponsivo.
Altered conscious level not wholly attributable to alcohol: A patient who is not fully alert, with a history of alcohol ingestion, and in whom there may be other causes of reduced conscious level.	Alteração do nível de consciência não totalmente atribuível ao álcool: Um paciente que não está totalmente alerta, com um histórico de ingestão de álcool, e no qual pode haver outras causas de nível de consciência reduzida.
Altered conscious level wholly attributable to alcohol: A patient who is not fully alert, with a clear history of alcohol ingestion and in whom there is no doubt that all other causes of reduced conscious level	Alteração do nível de consciência totalmente atribuível ao álcool: Um paciente que não está totalmente alerta, com um histórico claro de ingestão de álcool, e no qual não há dúvida de que todas as outras causas de nível de consciência

<i>have been excluded.</i>	reduzida foram excluídas.
Altered facial sensation: Any alteration of sensation on the face.	Sensibilidade alterada na face: Qualquer alteração de sensibilidade na face.
Atypical behaviour: Children who are behaving in a way that is not usual in the given situation. The carers will often volunteer this information. Such children are often referred to as fractious or 'out of sorts'.	Comportamento atípico: Crianças que estão se comportando de maneira não habitual dada a situação. Os cuidadores darão essa informação na maioria das vezes. A criança pode estar rabugenta, indócil, irritadiça ou com comportamento diferente do habitual.
Auricular haematoma: A tense haematoma (usually post traumatic) in the outer ear.	Hematoma de orelha: Um hematoma rígido (geralmente pós-traumático) no ouvido externo.
Black or redcurrant stool: Any blackness fulfils the criteria of black stool while a dark red stool, classically seen in intussusceptions, is redcurrant stool.	Fezes pretas ou fezes em groselha: Qualquer escurecimento preenche os critérios de fezes escuras, enquanto as fezes vermelho-escuras, classicamente vistas em intussuscepção, são fezes vermelho-groselha.
Bleeding disorder: Congenital or acquired bleeding disorder.	Distúrbio de coagulação: Distúrbio hemorrágico congênito ou adquirido.
Breathing after airway opened: In major incidents the presence of breathing after simple airway opening manoeuvres allows the respiratory rate to be counted. Absence of breathing when the airway is open indicates death.	Respirando após abertura de vias aéreas: No caso de acidentes com múltiplas vítimas, deve ser avaliada a presença de respiração após a abertura de vias aéreas. A ausência de respiração após a manobra de abertura de vias aéreas indica óbito.
Capillary refill time: The capillary refill time is the time taken for the nail bed capillaries to refill after pressure has been applied for 5 seconds. The normal time is less than 2 seconds. This sign is less useful if the patient is cold .	Tempo de preenchimento capilar: O tempo de preenchimento capilar é o tempo necessário para que os capilares do leito ungueal se reabasteçam após pressão ter sido aplicada durante 5 segundos. O tempo normal é inferior a 2 segundos. Este sinal é menos útil se o doente estiver hipotérmico.
Capillary refill time abnormal: Major incident casualties whose capillary refill is prolonged (more than 2 seconds) are categorized as RED.	Tempo de preenchimento capilar anormal: Em situações de múltiplas vítimas, quando o preenchimento capilar esta prolongado (maior que 2 segundos) o paciente é priorizado como vermelho.
Cardiac pain: Classically a severe, dull, 'gripping' or 'heavy' pain in the centre of the chest, radiating to the left arm or to the neck. May be associated with sweating and nausea.	Dor cardíaca: Dor no meio do peito, geralmente em aperto ou peso, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço. Pode estar associada com sudorese e náuseas.
Chest injury: Any injury to the area below the clavicles and above the level of the lowest rib. Injury to the lower part of the chest can cause underlying damage to abdominal organs.	Trauma torácico: Qualquer trauma na área abaixo das clavículas e acima do nível da última costela. Trauma na parte inferior do tórax pode causar danos a órgãos abdominais subjacentes.
Cold: If the skin feels cold the patient is clinically said to be cold. The temperature should be taken as soon as possible – a core temperature less than 35°C is cold.	Hipotermia: Se a pele estiver fria ao toque, o paciente é considerado clinicamente hipotérmico. A temperatura deve ser aferida o mais rápido possível - uma temperatura corporal inferior a 35°C é hipotermia.
Colicky pain: Pain that comes and goes in waves. Renal colic tends to come and go over 20 minutes or so.	Cólicas: dor que vai e vem em ondas. Cólica renal tende a ir e vir ao longo de 20 minutos ou mais.
Critical skin: A fracture or dislocation may leave fragments or ends of bone pressing so hard against the skin that the viability of the skin is threatened. The skin will be white and under tension.	Pele crítica: Fratura ou deslocamento podem deixar fragmentos ou extremidades do osso pressionando a pele de tal forma que pode ameaçar sua viabilidade. A pele estará pálida e sob tensão.
Current palpitation: A feeling of the heart	Palpitação atual: Uma sensação de coração

<i>racing (often described as a fluttering) that is still present.</i>	acelerado (muitas vezes descrita como uma vibração) que ainda está presente.
Currently fitting: <i>Patients who are in the tonic or clonic stages of a grand mal convulsion, and patients currently experiencing partial fits.</i>	Convulsionando: Pacientes que estão nos estágios tônicos ou espasmódicos de uma convulsão tônico-clônica, e pacientes experimentando ataques parciais no momento.
Deformity: <i>The will always be subjective. Abnormal angulation or rotation is implied.</i>	Deformidade: Será sempre subjetivo. Angulação ou rotação anormais estão implícitos.
Diplopia: <i>Double vision that resolves when one eye is closed.</i>	Diplopia: Visão dupla que desaparece quando um olho está fechado.
Direct trauma to the back: <i>This may be top to bottom (loading), for instance when people fall and land on their feet, bending (forwards, backwards or to the side) or twisting.</i>	Trauma direto no dorso: Relato de trauma no dorso por carga que ocorreu de cima para baixo, por exemplo: quando se cai de pé ou quando a carga provoca inclinação para frente, para trás, para o lado ou uma torção.
Direct trauma to the neck: <i>This may be top to bottom (loading), for instance when something falls on the head, bending (forwards, backwards or to the side), twisting or distracting such as in hanging.</i>	Trauma direto no pescoço: Relato de trauma no pescoço por carga que ocorreu de cima para baixo, por exemplo: quando se cai de pé ou quando a carga provoca inclinação para frente, para trás, para o lado ou uma torção.
Discharge: <i>In the context of sexually acquired infection this is any discharge from the penis or abnormal discharge from the vagina.</i>	Corrimento: No contexto de doenças sexualmente adquiridas, este será classificado como qualquer corrimento do pênis, ou corrimento anormal da vagina.
Disruptive: <i>Disruptive behaviour is behaviour that affects the smooth running of the department. It may be threatening.</i>	Comportamento conturbador: Paciente cujo comportamento afeta o bom funcionamento do serviço. O paciente pode ser ameaçador.
Distal vascular compromise: <i>There will be a combination of pallor, coldness, altered sensation and pain with or without absent pulses distal to injury.</i>	Comprometimento vascular distal: Será observada uma combinação de palidez, pele fria, alteração da sensibilidade e ou dor com ou sem pulso distal à lesão.
Drooling: <i>Saliva running from the mouth as a result being unable to swallow.</i>	Baba-se: Saliva escorrendo da boca como resultado de incapacidade de deglutir.
Dysuria: <i>Pain or difficulty in passing urine. Pain is typically described as stinging or hot.</i>	Disúria: Dor ou dificuldade em urinar. A dor é tipicamente descrita como ardor ou queimação.
Electrical injury: <i>Any injury caused or possibly caused by an electric current. This includes AC and DC and both artificial and natural sources.</i>	Queimadura elétrica: Qualquer lesão causada ou possivelmente causada por corrente elétrica. Isto inclui fontes de corrente alternada ou direta, e fontes artificiais e naturais.
Exhaustion: <i>Exhausted patients appear to reduce the effort they make to breathe despite continuing respiratory insufficiency. This is pre-terminal.</i>	Exaustão: Pacientes esgotados parecem reduzir o esforço que fazem para respirar, apesar de continuar a insuficiência respiratória. Isto é pré-terminal.
Exsanguinating haemorrhage: <i>Haemorrhage which is occurring at such a rate that death will ensue unless bleeding is stopped.</i>	Hemorragia exsanguinante: Hemorragia ocorrendo em uma velocidade que pode levar à morte, a menos que a hemorragia seja contida.
Externalisation of organs: <i>Herniation or frank extrusion of internal organs.</i>	Evisceração: Herniação ou franca exteriorização dos órgãos internos.
Facial oedema: <i>Diffuse swelling around the face, usually involving the lips.</i>	Edema facial: Inchaço difuso ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
Facial swelling: <i>Swelling around the face which may be localised or diffuse.</i>	Inchaço na face: Inchaço ao redor do rosto, que pode ser difuso ou localizado.
Fails to react to parents: <i>Failure to react in any way to a parent's face or voice. Abnormal reactions and apparent lack of recognition of a parent are also worrying signs.</i>	Não reage aos pais: Falha ao reagir, de qualquer forma, ao rosto ou à voz de um dos pais. Reações anormais e aparente falta de reconhecimento de um dos pais também são sinais preocupantes.

Floppy: Parents may describe their children as floppy. Tone is generally reduced – the most noticeable sign is often lolling of the head.	Prostação; Hipotonia: Os pais podem descrever seus filhos como bambos/fracos. O tônus está geralmente reduzido - o sinal mais visível é, muitas vezes, o paciente pendendo a cabeça.
Foreign body sensation: A sensation of something in the eye, often expressed as scraping or grittiness.	Sensação de corpo estranho: Sensação de corpo estranho no olho, geralmente descrito como arranhando ou arenoso.
Frank haematuria: Red discolouration of the urine caused by blood.	Hematúria franca: Coloração avermelha da urina causada por presença de sangue.
Fresh blood: Unaltered blood – readily identified by both the patient and their carers.	Sangue fresco: sangue inalterado - facilmente identificado tanto pelo paciente, quanto por seus cuidadores.
Gross deformity: This will always be subjective. Gross and abnormal angulation or rotation is implied.	Deformidade grosseira: Será sempre subjetiva. Angulação ou rotação anormal grosseira está implícita.
Head injury: Any traumatic event involving the head.	Trauma cranioencefálico: Qualquer evento traumático que envolva a cabeça.
Headache: Any pain around the head that is not related to a particular anatomical structure. Facial pain is not included.	Cefaleia: Qualquer dor ao redor da cabeça que não esteja relacionada a uma estrutura anatômica em particular. Dor facial não está incluída.
Heavy PV blood loss: PV loss is extremely difficult to assess. The presence of large clots or constant flow fulfils this criterion. The use of large number of sanitary towels is suggestive of heavy loss.	Sangramento vaginal intenso: Sangramento vaginal é extremamente difícil de avaliar. Evidências de grande perda de sangue pela vagina ou fluxo constante preenchem este critério. Grandes coágulos podem ser observados. Uso de número considerável de absorventes é sugestivo de grande perda.
High blood pressure: A history of raised blood pressure or a raised blood pressure on examination.	Pressão arterial elevada: Um histórico de pressão arterial elevada ou uma pressão arterial elevada ao exame.
High lethality: Lethality is the potential of the substance taken to cause harm. Advice from a poisons centre may be required to establish the level of risk of serious illness or dead. If in doubt, assume a high risk.	Mortalidade alta: Letalidade é o potencial de uma substância de causar danos. Orientações de um centro especializado em envenenamento podem ser necessárias para estabelecer o nível de risco de doença grave ou morte. Em caso de dúvida, presumir um risco elevado.
High lethality chemical: Lethality is the potential of the chemical to cause harm. Advice may be required to establish the level of risk. If in doubt, assume a high risk.	Mortalidade química alta: Letalidade é o potencial de uma substância de causar danos. Orientações podem ser requeridas para estabelecer o nível de risco. Na dúvida, presumir risco elevado.
High lethality envenomation: Lethality is the potential of the envenomation to cause harm. Local knowledge may allow identification of the venomous creature, but advice may be required. If in doubt, assume a high risk.	Envenenamento de alta mortalidade: Letalidade é o potencial do envenenamento de causar danos. Conhecimento local pode permitir a identificação do animal venenoso, mas pode ser necessário aconselhamento. Em caso de dúvida, presumir um risco elevado.
High risk of (further) harm to others: The presence of a potential risk of harm to others can be judged by looking at posture (tense, clenched), speech patterns (loud, using threatening words) and motor behaviour (restless, pacing). High risk should be assumed if weapons and potential victims are available, or if self-control is lost.	Alto-risco (futuro) de agredir outros: A presença de um risco potencial de dano aos outros pode ser julgada ao observar a postura (tensa ou com pulsos cerrados), padrões da fala (voz alta, usando palavras ameaçadoras) e comportamento motor (inquieto, movimentando). Alto risco deve ser assumido se as armas e as vítimas potenciais estão presentes, ou se o autocontrole é perdido.
High risk of (further) self-harm: An initial view of the risk of self-harm can be formed by considering the patient's behaviour. Patients who have a significant history of	Alto-risco (futuro) de autoagressão: Identificação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele que tem histórico importante de autoagressão que está

<i>self-harm, who are actively trying to harm themselves or who are actively trying to leave with the intent of harming themselves are at high risk.</i>	ativamente tentando se machucar ou ir embora para tal finalidade é de alto risco.
History of acutely vomiting blood: <i>Frank haematemesis, vomiting of altered blood (coffee ground) or of blood mixed in the vomit within the past 24 hours.</i>	História aguda de vômito de sangue: Qualquer relato de hematemese franca, vômito de sangue alterado (borra de café), ou sangue misturado ao vômito nas últimas 24 horas.
History of fitting: <i>Any observed or reported fits that have occurred during the period of illness or following and episode of trauma.</i>	História de convulsão: Quaisquer convulsões observadas ou relatadas que tenham ocorrido durante o período de doença ou na sequência de um episódio após trauma.
History of head injury: <i>A history of a recent physically traumatic event involving the head. Usually this will be reported by the patient but if the patient has been unconscious this history should be sought from a reliable witness.</i>	História de trauma cranioencefálico: Histórico de um evento recente fisicamente traumático envolvendo a cabeça. Normalmente, isso será relatado pelo paciente, mas se o paciente está ou esteve inconsciente, o histórico deve ser obtido por uma testemunha confiável.
History of overdose or poisoning: <i>This information may come from others or may be deduced if medication is missing.</i>	História de overdose ou envenenamento: Esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida se a medicação está desaparecida.
History of recent foreign travel: <i>Recent significant foreign travel (within 2 weeks).</i>	História de viagem recente ao exterior: viagem significativa recente ao Exterior (dentro de 2 semanas).
History of trauma: <i>A history of a recent physically traumatic event.</i>	História de trauma: Um histórico de um evento recente fisicamente traumático.
History of unconsciousness: <i>There may be a reliable witness who can state whether the patient was unconscious (and for how long). If not, a patient who is unable to remember the incident should be assumed to have been unconscious.</i>	História de inconsciência: Pode haver uma testemunha de confiança que possa indicar se o paciente estava inconsciente (e por quanto tempo). Se não, um paciente que é incapaz de se lembrar do incidente deve ser presumido ter estado inconsciente.
Hot: <i>If the skin feels hot the person is clinically said to be hot. The temperature should be taken as soon as possible – a temperature of 38.5°C and greater is hot.</i>	Febre: Se a pele estiver quente, a pessoa será descrita clinicamente como febril. A temperatura deve ser aferida o mais rapidamente possível - uma temperatura maior ou igual a 38,5°C é considerada febril.
Hot baby: <i>If the skin is hot, the child is clinically said to be hot. The temperature should be taken as soon as possible – a temperature of 38.5°C and greater is hot. A baby is a child less than 1 year old.</i>	Bebê febril: Se a pele estiver quente, a criança é clinicamente descrita como febril. A temperatura deve ser aferida o mais rapidamente possível - uma temperatura maior ou igual a 38,5°C é febril. Um bebê é uma criança com menos de 1 ano de idade.
Hot joint: <i>Any warmth around a joint. Often accompanied by redness.</i>	Articulações quentes: Qualquer aumento de calor em torno de uma articulação. Geralmente, acompanhado por vermelhidão.
Hyperglycaemia: <i>Glucose greater than 17mmol/l</i>	Hiperglicemia: Nível de glicose maior que 300mg/dL
Hyperglycaemia with ketosis: <i>Glucose greater than 11mmol/l with urinary ketoses or signs of acidosis (deep sighing respiration, etc.)</i>	Hiperglicemia com Cetose: Glicemia maior que 200mg/dL com cetonúria ou sinais de acidose (respiração profunda, hálito cetônico, etc.).
Hypoglycaemia: <i>Glucose less than 3mmol/l</i>	Hipoglicemia: Nível de glicose menor que 55mg/dL.
In active labour: <i>A woman who is having regular and frequent painful contractions.</i>	Trabalho de parto: Uma mulher que está tendo contrações dolorosas regulares e frequentes.
Inability to bear weight: <i>Inability to carry the full weight of the body through one or both lower limbs. This may be because of pain or loss of function.</i>	Incapacidade de suportar o peso: Incapacidade de carregar o peso total do corpo usando um ou ambos os membros inferiores. Isto pode ser causado por dor ou perda de função.

Inadequate breathing: <i>Patients who are failing to breathe well enough to maintain adequate oxygenation have inadequate breathing. There may be an increased work of breathing, signs of inadequate breathing or exhaustion.</i>	Respiração inadequada: Pacientes que não estão respirando bem o suficiente para manter a oxigenação adequada têm respiração inadequada. Pode haver um aumento do esforço respiratório, sinais de respiração inadequada ou exaustão.
Inadequate history: <i>If there is no clear and unequivocal history of acute alcohol ingestion, and if head injury, drug ingestion, underlying medical condition, etc. cannot be definitely excluded, then the history is inadequate.</i>	História inadequada: Se não houver nenhum histórico claro e inequívoco da ingestão aguda de álcool, e se ferimento na cabeça, ingestão de drogas, condição médica subjacente, etc. não podem ser definitivamente excluídos, então o histórico é inadequado.
Inappropriate history: <i>When the history (story) given does not explain the physical findings it termed inappropriate. This is important as it is a marker of safeguarding concerns in both adults and children.</i>	História inapropriada: histórico é caracterizado como incompatível se a história fornecida não explica os achados físicos. Isto é importante, pois pode ser indicativo de violência contra crianças e adultos, levantando preocupações em relação à segurança destes.
Inconsolable by parents: <i>Children whose crying or distress does not respond to attempts by their parents to comfort them.</i>	Inconsolável pelos pais: As crianças cujo choro ou irritação não respondem às tentativas de conforto por parte dos pais.
Increased work of breathing: <i>Increased work of breathing is shown as increased respiratory rate, use of accessory muscles and grunting.</i>	Esforço respiratório aumentado: Aumento do esforço respiratório é marcado por frequência respiratória aumentada, uso de músculos acessórios e roncos.
Inhalational injury: <i>A history of being confined in a smoke-filled space is the most reliable indicator of smoke inhalation. Carbon deposits around the mouth and nose and hoarse voice may be present. History is also the most reliable way of diagnosing inhalation of chemicals – there will not necessarily be any signs.</i>	Lesão por inalação: histórico de estar confinado em um espaço preenchido por fumaça é o indicador mais confiável de inalação de fumaça. Fuligem ao redor da boca e nariz, e voz rouca podem estar presentes. O histórico é também a maneira mais confiável de diagnosticar inalação de produtos químicos - não haverá, necessariamente, quaisquer sinais.
Jaundice: Neonatal jaundice	Icterícia: icterícia neonatal.
Known or likely immunosuppression: <i>Any patient who is known or likely to be immunosuppressed including those on immunosuppressed drugs (including long-term steroids).</i>	Imunossupressão conhecida ou provável: Qualquer paciente que é conhecido ou que possa estar imunossuprimido, incluindo aqueles em uso de drogas imunossupressoras (incluindo esteroides em longo prazo).
Lethality: <i>The potential of the substance taken to cause illness or death. Advice from a poisons centre may be required to establish this. If in doubt, assume a high risk.</i>	Letalidade: Potencial de uma substância de causar doenças ou morte. Orientações de um centro especializado em envenenamento podem ser necessárias para estabelecer este. Na dúvida, presumir risco elevado.
Local infection: <i>Local infection usually manifests as inflammation (pain, swelling and redness) confined to a particular site or area, with or without a collection of pus.</i>	Infecção local: Infecção local geralmente se manifesta como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) localizada em uma parte determinada, com ou sem coleção de pus.
Local inflammation: <i>Local inflammation will involve pain, swelling and redness confined to a particular site or area.</i>	Inflamação local: inflamação local envolverá dor, inchaço e vermelhidão confinados a um determinado local ou área.
Low PEFr: <i>The PEFr predicted after consideration of the age and sex of the patient. Some patients may know their 'best' PEFr and this may be used. If the ratio of measured to predicted is less than 50% then this criterion is fulfilled.</i>	PFE (Pico de Fluxo Expiratório) baixo: O PFE previsto após a consideração da idade e sexo do paciente. Alguns pacientes podem saber o seu "melhor" PFE e isso pode ser considerado. Se a relação de medida a ser prevista for inferior a 50%, então este critério está cumprido.
Low SpO₂: <i>This is a saturation of less than 95% on air.</i>	Saturação de O₂ baixa: Saturação inferior a 95% em ar ambiente.

Marked distress: <i>Patients who are markedly physically or emotionally upset.</i>	Angústia perceptível: Os pacientes que estão evidentemente perturbados física e emocionalmente.
Moderate itch: <i>An itch that is bearable but intense.</i>	Coceira moderada: Coceira suportável, porém intensa.
Moderate lethality: <i>Lethality is the potential of the substance taken to cause serious illness or death. Advice from a poisons centre may be required to establish the level of risk to the patient.</i>	Mortalidade moderada: Potencial de uma substância ingerida ou inalada em causar danos ou morte. Orientações de um centro especializado em envenenamento podem ser necessárias para estabelecer o nível de risco para o paciente.
Moderate lethality chemical: <i>Lethality is the potential of the chemical to cause harm. Advice may be required to establish the level of risk. If in doubt, assume a high risk.</i>	Mortalidade química moderada: Potencial de uma substância química causar danos. Pode ser necessário informações de um Centro de Intoxicações para estabelecer o nível de risco. Em caso de dúvida, presumir um risco elevado.
Moderate lethality envenomation: <i>Lethality is the potential of the envenomation to cause harm. Local knowledge may allow identification of the venomous creature, but advice may be required.</i>	Envenenamento de moderada mortalidade: Potencial do envenenamento de causar danos. O conhecimento regional pode permitir a identificação do animal venenoso. Orientações de um Centro de Intoxicação pode ser necessário.
Moderate pain: <i>Pain that is bearable but intense (see chapter 4)</i>	Dor moderada: Dor suportável, porém intensa (ver capítulo 4).
Moderate risk of (further) harm to others: <i>The presence of a potential risk of harm to others can be judged by looking at posture (tense, clenched), speech patterns (loud, using threatening words) and motor behaviour (restless, pacing). Moderate risk should be assumed if there is any indication of potential harm to others.</i>	Risco moderado (futuro) de agredir outros: A presença de um risco potencial de agressão a outros pode ser julgada ao se observar a postura (tensa ou com pulsos cerrados), padrões de fala (barulhentos, usando palavras ameaçadoras) e comportamento motor (inquieta, andando). Risco moderado deve ser presumido, se houver qualquer indicação de potencial de agressão a outros.
Moderate risk of (further) self-harm: <i>An initial view of the risk of self-harm can be formed by considering the patient's behaviour. Patients without a significant history of self-harm, who are not actively trying to harm themselves, who are not actively trying to leave with the intent of harming themselves, but who profess the desire to harm themselves are at moderate risk.</i>	Risco moderado (futuro) de autoagressão: Identificação inicial do risco de autoagressão pode ser considerada pela observação do comportamento do paciente. Pacientes sem histórico de autoagressão, que não estão tentando se ferir ou deixar o local com a intenção de ferir-se, mas que expressam desejo de autoagressão, estão em risco moderado.
New abnormal pulse: <i>A bradycardia (less than 60/min in adults), a tachycardia (more than 100/min in adults) or an irregular rhythm. Age-appropriate definitions of bradycardia and tachycardia should be used in children.</i>	Novo pulso anormal: Bradicardia (menos de 60 bpm em adultos), taquicardia (mais de 100 bpm em adultos) ou ritmo irregular. Definições adequadas à idade devem ser usadas para definir bradicardia e taquicardia em crianças.
New neurological deficit less than 24 hours old: <i>Any loss of neurological function that has come on within the previous 24hours. This might include altered or lost sensation, weakness of limbs (either transiently or permanently) and alterations in bladder or bowel function.</i>	Novo déficit neurológico com menos de 24 horas: Qualquer perda da função neurológica nas 24 horas anteriores. Isso pode incluir sensação alterada ou perdida, fraqueza nos membros (seja transitoriamente ou permanentemente) e alterações na bexiga ou função intestinal.
New neurological deficit more than 24 hours old: <i>Any loss of neurological function including altered or lost sensation, weakness of the limbs (either transiently or permanently) and alterations in bladder or bowel function.</i>	Novo déficit neurológico com mais de 24 horas: Qualquer perda da função neurológica incluindo sensação alterada ou perdida, fraqueza dos membros (seja transitoriamente ou permanentemente) e alterações na bexiga ou função intestinal.

No improvement with own asthma medications: <i>This history should be available from the patient. A failure to improve with bronchodilator therapy given by the GP or paramedic is equally significant.</i>	Sem melhora com sua medicação habitual: Este histórico deve ser disponibilizado pelo paciente. A incapacidade de melhorar com terapia broncodilatadora, dada pelo médico ou paramédico, é igualmente significativa.
Non-blanching rash: <i>A rash that does not blanch (go white) when pressure is applied to it. Often tested using a glass tumbler to apply pressure as any colour change can be observed through the bottom of the tumbler.</i>	Erupção cutânea fixa: Erupção que não branqueia (fica branca) quando pressão é aplicada a ela. Muitas vezes testadas utilizando um copo de vidro aplicando pressão à medida que qualquer mudança de cor pode ser observada através do fundo do copo.
Not distractible: <i>Children who are distressed by pain or other things who cannot be distracted by conversation or play.</i>	Impossível de ser entretido: Crianças estão angustiadas pela dor ou outros fatores e que é incapaz de distrair com conversa ou brincadeiras.
Not feeding: <i>Children who will not take any solid or liquid (as appropriate) by mouth. Children who will take the food but always vomit afterwards may also fulfil this criterion.</i>	Não se alimenta: Crianças que não ingerem nada sólido ou líquido por via oral. Crianças que ingerem a comida, mas vomitam em seguida, também preenche este critério.
Not passing urine: <i>Failure to produce and pass urine. This may be difficult to judge in children (and the elderly) and reference to the number of nappies or pads used may be useful.</i>	Sem urinar: Falha ao produzir urina e ao urinar. Isso pode ser difícil de avaliar em crianças (e idosos) e a referência ao número de fraldas ou absorventes utilizados pode ser útil.
Oedema of the tongue: <i>Swelling of the tongue of any degree.</i>	Edema da língua: inchaço da língua em qualquer grau.
Open fracture: <i>All wounds in the vicinity of a fracture should be regarded with suspicion. If there is any possibility of communication between the wound and the fracture then the fracture should be assumed to be open.</i>	Fratura exposta: Todas as feridas nas proximidades de uma fratura devem ser vistas com desconfiança. Se há qualquer possibilidade de comunicação entre a ferida e a fratura, então, a fratura deverá ser considerada como sendo exposta.
Pain on joint movement: <i>This can be pain on either active (patient) movement or passive (examiner) movement.</i>	Dor ao movimento articular: Isso pode ser dor no movimento ativo (realizado pelo paciente) ou movimento passivo (realizado pelo examinador).
Pain radiating to the back: <i>Pain that is also felt in the back either intermittently or constantly.</i>	Dor irradiando para as costas: Dor que também é sentida nas costas, quer seja intermitente ou constante.
Passing fresh or altered blood PR: <i>In active massive GI bleeding, dark red blood will be passed PR. As GI transit time increases this becomes darker, eventually becoming melaena.</i>	Evacuação de sangue vivo ou escurecido: Em grave sangramento gastrointestinal ativo, sangue vermelho escuro será eliminado pelo reto. À medida que aumenta o tempo de trânsito gastrointestinal, ele se torna mais escuro, tornando-se melena.
Penetrating eye injury: <i>A recent physically traumatic event involving penetration of the globe.</i>	Trauma ocular penetrante: Um evento recente fisicamente traumático envolvendo penetração do globo ocular.
Penetrating trauma: <i>A recent physically traumatic event that involves discrete penetration of any area by a knife, bullet or other object.</i>	Trauma penetrante: Um evento recente, fisicamente traumático, que envolve penetração discreta de qualquer área do corpo por uma faca, bala ou outro objeto.
Persistent vomiting: <i>Vomiting that is continuous or that occurs without any respite between episodes.</i>	Vômito persistente: Vômito que é contínuo ou que ocorre sem qualquer pausa entre os episódios.
Pleuritic pain: <i>A sharp, localized pain in the chest that worsens on breathing, coughing or sneezing.</i>	Dor pleurítica: Dor aguda localizada no peito que piora ao se respirar, tossir ou espirrar.
Possibly pregnant: <i>Any woman whose normal menstruation has failed to occur is possibly pregnant. Furthermore any woman</i>	Gravidez possível: Qualquer mulher cuja menstruação regular falhou a ocorrer está possivelmente grávida. Além disso, qualquer

<i>of childbearing age who is having unprotected sex should be considered to be potentially pregnant.</i>	mulher em idade fértil que está tendo relações sexuais desprotegidas deve ser considerada potencialmente grávida.
Presenting foetal parts: <i>Crowning or presentation of any other foetal part in the vagina.</i>	Apresentação de partes fetais: Coroamento ou apresentação de qualquer outra parte fetal na vagina.
Priapism: <i>Sustained penile erection.</i>	Priapismo: Ereção peniana sustentada.
Productive cough: <i>A cough that is productive of phlegm, whatever the colour.</i>	Tosse produtiva: Uma tosse que é produtiva de catarro seja qual for a cor.
Prolapsed umbilical cord: <i>Prolapse of any part of the umbilical cord through the cervix.</i>	Prolapso do cordão umbilical: Prolapso de qualquer parte do cordão umbilical através do colo uterino.
Prolonged or uninterrupted crying: <i>A child who has cried continuously for 2 hours or more.</i>	Choro prolongado ou ininterrupto: Uma criança que chora continuamente por 2 horas ou mais.
Pulse abnormal: <i>If the capillary refill time cannot be measured in adults then major incident casualties whose pulse is raised over 120 beats/min are categorized RED. Age-appropriate procedures should be used in children.</i>	Pulso anormal: Se o tempo de preenchimento capilar não puder ser medido em adultos, então as principais vítimas de incidentes cujo pulso é mensurado em mais de 120 bpm deverão ser classificados como VERMELHO. Procedimentos adequados à idade devem ser utilizados em crianças.
Purpura: <i>A rash on any part of the body that is caused by small haemorrhages under the skin. A purpuric rash does not blanch (go white) when pressure is applied to it.</i>	Púrpura: Uma erupção, em qualquer parte do corpo, que é causada por pequenas hemorragias sob a pele. Uma erupção purpúrica não embranquece quando a pressão é aplicada a ela.
PV blood loss: <i>Any loss of blood PV</i>	Sangramento vaginal: Qualquer perda de sangue pela vagina.
PV blood loss and 20 weeks pregnant more: <i>Any loss of blood PV in a woman known to be beyond the 20th week of pregnancy.</i>	Sangramento vaginal com 20 semanas de gravidez ou mais: Qualquer perda de sangue pela vagina em mulheres com mais de 20 semanas de gravidez.
Rapid onset: <i>Onset within the preceding 12 hours.</i>	Início súbito: início nas últimas 12 horas.
Recent hearing loss: <i>Loss of hearing in one or both ears within the previous week.</i>	Perda recente da audição: Perda de audição em um ou ambos os ouvidos dentro da semana anterior.
Recent injury: <i>An injury occurring within the last week.</i>	Trauma recente: qualquer lesão que tenha ocorrido na última semana.
Recent mild itch: <i>Any itch that has occurred in the past 7 days.</i>	Coceira leve recente: Qualquer coceira que ocorreu nos últimos 7 dias.
Recent mild pain: <i>Any pain that has occurred within the past 7 days.</i>	Dor leve recente: Qualquer dor que ocorreu nos últimos 7 dias.
Recent problem: <i>A problem arising in the last week.</i>	Problema recente: um problema que surgiu na última semana.
Recent reduced visual acuity: <i>Any reduction in corrected visual acuity within the past 7 days.</i>	Redução recente da acuidade visual: Qualquer redução na acuidade visual ocorrida nos últimos 7 dias.
Recent signs of mild pain: <i>Young children and babies in pain cannot complain. They will usually cry occasionally and may act atypically.</i>	Sinais recentes de dor leve: As crianças e os bebês sofrendo com dor não conseguem reclamar. Eles costumam chorar de vez em quando e podem agir de forma atípica.
Red eye: <i>Any redness to the eye. A red eye may be painful or painless and may be complete or partial.</i>	Olho vermelho: Qualquer vermelhidão no olho. Olho avermelhado que pode estar dolorido ou não e a vermelhidão pode ser completa ou parcial
Respiratory rate: <i>Major incident casualties whose respiratory rate is abnormal either by being too high (over 29) or too low (less than</i>	Frequência respiratória: Em situação de múltiplas vítimas considera-se frequência respiratória anormal

<i>10) are categorised as RED.</i>	quando estiver muito elevada (acima de 29) ou muito baixa (menos de 10) são categorizadas como VERMELHO.
Responds to pain: <i>Response to a painful stimulus. Standard peripheral stimuli should be used – a pencil or pen is used to apply pressure to the finger nail bed. This stimulus should not be applied to the toes since a spinal reflex may cause flexion even in brain death. Supraorbital ridge pressure should not be used since reflex grimacing may occur.</i>	Responde à dor: resposta a um estímulo doloroso. Estímulos periféricos padrão devem ser utilizados - um lápis ou caneta são usados para aplicar pressão sobre o leito ungueal do dedo da mão. Este estímulo não deve ser aplicado aos dedos do pé, já que um reflexo espinhal pode causar a flexão mesmo em morte cerebral. Pressão no arco superciliar não deve ser usada, uma vez que podem ocorrer uma gesticulação reflexa.
Responds to voice: <i>Response to a vocal stimulus. It is not necessary to shout the patient's name. Children may fail to respond because they are afraid.</i>	Responde à voz: Resposta a um estímulo verbal. Não é necessário gritar o nome do paciente. Crianças podem deixar de responder porque elas têm medo.
Retention of urine: <i>Inability to pass per urethra associated with an enlarged bladder. This condition is usually very painful unless there is altered sensation.</i>	Retenção urinária: Incapacidade da urina de passar pela uretra, associada com bexigoma. Esta condição é geralmente muito dolorosa, a menos que haja alteração da sensibilidade.
Risk of continued contamination: <i>If chemical exposure is likely to continue (usually due to lack of adequate decontamination) then this discriminator applies. Risks to health care workers must not be forgotten if this situation occurs.</i>	Risco de contaminação persistente: Se a exposição química é provável que continue (geralmente devido à falta de descontaminação adequada), então este discriminador se aplica. Os riscos para os trabalhadores da saúde não devem ser esquecidos, se esta situação ocorrer.
Risk of harm to others: <i>The potential of the patient to actively attempt to harm others. This may be assessed by considering the state of mind, body posture and behavior. If in doubt, assume a high risk.</i>	Risco de dano a outros: potencial do paciente para tentar ferir os outros ativamente. Isso pode ser avaliado considerando o estado mental, a postura corporal e o comportamento. Em caso de dúvida, assumir um risco elevado.
Risk of self-harm: <i>The potential of the patient to actively attempt further self-harm. If in doubt, assume a high risk.</i>	Risco de autoagressão: potencial do paciente para tentar se mutilar ativamente no futuro. Em caso de dúvida, assumir um risco elevado.
Scalp haematoma: <i>A raised bruised area to the scalp (bruises below the hair line at the front are to the forehead).</i>	Hematoma no couro cabeludo: uma área ferida no couro cabeludo (contusão abaixo da linha do cabelo, na parte da frente, é dita frontal).
Scrotal cellulitis: <i>Redness and swelling the scrotum.</i>	Celulite escrotal: Vermelhidão e inchaço do escroto.
Scrotal gangrene: <i>Dead, blackened skin around the scrotum and groin. Early gangrene may not be black but may appear like a full-thickness burn with or without flaking.</i>	Gangrena no escroto: Pele escurecida e necrosada ao redor do escroto e virilha. Gangrena precoce pode não ser negra, mas pode aparecer como uma queimadura de espessura profunda com ou sem descamação.
Scrotal trauma: <i>Any recent physically traumatic event involving the scrotum.</i>	Trauma no escroto: qualquer evento recente, fisicamente traumático, envolvendo o escroto.
Severe itch: <i>An itch that is unbearable.</i>	Coceira intensa: uma coceira insuportável.
Severe pain: <i>Pain that is unbearable – often described as the worst ever (see chapter 4).</i>	Dor severa: dor que é insuportável - muitas vezes descrita como a pior de todos os tempos (ver capítulo 4).
Shock: <i>Shock is inadequate delivery of oxygen to the tissues. The classic signs include sweating, pallor, tachycardia, hypotension and reduced conscious level.</i>	Choque: Choque é a perfusão inadequada de oxigênio para os tecidos. Os sinais clássicos incluem sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e redução do nível de consciência.
Shoulder tip pain: <i>Pain felt in the tip of the shoulder. This often indicates diaphragmatic irritation.</i>	Dor na irradiada para o ombro: Dor sentida na ponta do ombro. Geralmente indica irritação diafragmática.
Significant cardiac history: <i>A known recurrent dysrhythmia that has life-</i>	História cardíaca significativa: uma disritmia recorrente, que tenha efeitos que ameaçam a vida,

<i>threatening effects is significant, as is a known cardiac condition which may deteriorate rapidly.</i>	é significativa, pois se trata de uma condição cardíaca conhecida que pode deteriorar-se rapidamente.
Significant haematological history: <i>A patient with a haematological disorder that is known to deteriorate rapidly.</i>	História hematológica significativa: Um paciente com uma doença hematológica que é conhecido por piorar rapidamente.
Significant history of allergy: <i>A known sensitivity with severe reaction (e.g. to nuts or bee sting) is significant.</i>	História alérgica importante: Uma sensibilidade com reação grave (por exemplo, a nozes ou picada de abelha) é significativa.
Significant history of GI bleed: <i>Any history of massive GI bleeding or of any GI bleed associated with oesophageal varices.</i>	História de hemorragia digestiva importante Qualquer histórico grave de hemorragia digestiva ou de qualquer sangramento GI associado com varizes esofágicas.
Significant mechanism of injury: <i>Penetrating injuries (stab or gunshot) and injuries with high energy transfer.</i>	Mecanismo de trauma significativo: lesões penetrantes (esfaqueamento ou arma de fogo) e lesões com transferência de alta energia.
Significant psychiatric history: <i>A history of a major psychiatric illness or event.</i>	História psiquiátrica importante: Um histórico de uma importante doença psiquiátrica ou evento.
Significant respiratory history: <i>A history of previous life-threatening episodes of a respiratory condition (e.g. COPD) is significant, as is brittle asthma.</i>	História respiratória significativa: História prévia de condições respiratórias ameaçadoras da vida (por exemplo, DPOC) é significativa, assim como a asma instável.
Signs of dehydration: <i>These include dry tongue, sunken eyes, increased skin turgor and, in small babies, a sunken anterior fontanelle. Usually associated with a low urine output.</i>	Sinais de desidratação: Estes incluem língua seca, olhos afundados, aumento do turgor da pele e, em bebês pequenos, a fontanela anterior afundada. Geralmente, associados a um baixo fluxo urinário.
Signs of meningism: <i>Classically a stiff neck together with headache and photophobia.</i>	Sinais de meningismo: Classicamente rigidez de nuca associado a cefaleia e fotofobia.
Signs of moderate pain: <i>Young children and babies in moderate pain cannot complain. They will usually cry intermittently and are often intermittently consolable.</i>	Sinais de dor moderada: Crianças pequenas e bebês com dor moderada não sabem reclamar. Eles costumam chorar de forma intermitente e são, muitas vezes, intermitentemente consoláveis.
Signs of severe pain: <i>Young children and babies in severe pain cannot complain. They will usually cry out continuously and inconsolably and be tachycardic. They may well exhibit signs such as pallor and sweating.</i>	Sinais de dor intensa: Crianças pequenas e bebês com dor intensa não sabem reclamar. Eles costumam gritar continuamente e inconsolavelmente e ter taquicardia. Eles podem apresentar sinais como palidez e sudorese.
Smoke exposure: <i>Smoke inhalation should be assumed if the patient has been confined in a smoke-filled space. Physical signs such as oral or nasal soot are less reliable but significant if present.</i>	Exposição à fumaça: A inalação de fumaça deve ser presumida se o paciente esteve confinado em um espaço cheio de fumaça. Sinais físicos, tais como fuligem oral ou nasal, são menos confiáveis, mas significativos, se presentes.
Special risk of infection: <i>Known exposure to a dangerous pathogen, or travel to an area with an identified, current, serious infectious risk.</i>	Risco especial de infecção: Exposição a um agente patogênico de alto risco, ou viagem para região de prevalência conhecida de doenças infecciosas.
Stridor: <i>This may be an inspiratory or expiratory noise, or both. Stridor is heard best on breathing with the mouth open.</i>	Estridor: Este pode ser um ruído inspiratório ou expiratório, ou ambos. Estridor é ouvido melhor na respiração com a boca aberta.
Subcutaneous gas: <i>Gas under the skin can be detected by feeling for a 'crackling' on touch. There may be gas bubbles and a line of demarcation.</i>	Enfisema subcutâneo: Gás sob a pele pode ser detectado sentindo "crepitação" ao toque. Pode haver bolhas de gás e uma linha de demarcação.
Swelling: <i>An abnormal increase in size.</i>	Inchaço: Um aumento anormal de tamanho.
Temporal scalp tenderness: <i>Tenderness on palpation over the temporal area (especially over the artery).</i>	Couro cabeludo temporal dolorido: sensibilidade à palpação sobre a área temporal (especialmente sobre a artéria).

Testicular pain: Pain in the testicles.	Dor testicular: dor nos testículos.
TRTS: Triage revised trauma score: this is calculated using the coded respiratory rate (0-4), the systolic blood pressure (0-4) and the Glasgow Coma Scale score (0-4) to give a score from 0 to 12. This scoring system is shown on most triage labels.	TRTs: Escore revisado de triagem do trauma: A pontuação é feita considerando a frequência respiratória (0-4), a pressão arterial sistólica (0-4) e a Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter pontuação final de 0 a 12. Este sistema de pontuação é utilizado na maioria dos modelos de triagem.
Unable to feed: This is usually reported by the parents. Children who will not take any solid or liquid (as appropriate) by mouth.	Incapaz de se alimentar: Isso geralmente é relatado pelos pais. As crianças que não ingerem qualquer sólido ou líquido (conforme o caso) por via oral.
Unable to talk in sentences: Patients who are so breathless that they cannot complete relatively short sentences in one breath.	Frases entrecortadas: Pacientes que estão tão sem fôlego que não conseguem completar frases relativamente curtas em uma respiração.
Unable to walk: It is important to try and distinguish between patients who have pain and difficulty walking and those who cannot walk. Only the latter can be said to be unable to walk.	Incapaz de andar: É importante tentar distinguir entre os pacientes que têm dor e dificuldade para caminhar e aqueles que não conseguem andar. Apenas o último pode ser dito incapaz de andar.
Uncontrollable major haemorrhage: A haemorrhage that is not rapidly controlled by the application of sustained direct pressure and in which blood continues to flow heavily or soak through large dressings quickly.	Hemorragia maior incontrolável: uma hemorragia não controlada rapidamente pela aplicação de pressão direta sustentada e em que o sangue continua a fluir fortemente e rapidamente pelas compressas aplicadas.
Uncontrollable minor haemorrhage: A haemorrhage that is not rapidly controlled by the application of sustained direct pressure and in which blood continues to flow slightly or ooze.	Hemorragia menor incontrolável: uma hemorragia que não é controlada rapidamente pela aplicação de pressão direta sustentada e em que o sangue continua a fluir ligeiramente ou goteje.
Unresponsive: Patients who fail to respond to either verbal or painful stimuli.	Irresponsivo: Pacientes que não respondem a qualquer estímulo verbal ou doloroso.
Unresponsive child: A child who fails to respond to either verbal or painful stimuli.	Criança não reativa: Uma criança que não responde a qualquer estímulo verbal ou doloroso.
Vaginal trauma: Any history or other evidence of direct trauma to the vagina.	Trauma vaginal: Qualquer histórico ou outra evidência de trauma direto na vagina.
Vascular compromise: There will be a combination of pallor coldness, altered sensation and pain with or without absent pulses distal to the injury.	Comprometimento vascular: Haverá uma combinação de frieza, palidez, sensibilidade alterada, dor com ausência ou não de pulsos distais à lesão.
Vertigo: An acute feeling of spinning or dizziness, possibly accompanied by nausea and vomiting.	Vertigem: uma sensação aguda de giro ou tontura, eventualmente acompanhada de náuseas e vômitos.
Very hot: If the skin feels very hot the patient is clinically said to be very hot. The temperature should be taken as soon as possible – a temperature of 41°C or greater is very hot.	Hipertermia: Se a pele está muito quente o paciente é descrito clinicamente como muito quente. A temperatura deve ser aferida o mais rápido possível - uma temperatura de 41°C ou superior é muito quente.
Very low PEFr: The PEFr predicted after consideration of the age and sex of the patient. Some patients may know their 'best' PEFr and this may be used. If the ratio of measured to predicted is less than 33% then this criterion is fulfilled.	PFE (Pico de Fluxo Expiratório) muito baixo: é determinado após consideração da idade e sexo do paciente. Alguns pacientes podem saber seu "melhor" PFE e este dado pode ser utilizado. Se a relação de medida deste é inferior a 33%, o critério para PFE muito baixo é preenchido.
Very low SpO₂: This is a saturation of less than 95% on O ₂ therapy less than 92% on air.	Saturação de O₂ muito baixa: Saturação inferior a 95% em terapia com O ₂ e inferior a 92% em ar ambiente.
Visible abdominal mass: A mass in the abdomen that is visible to the naked eye.	Massa abdominal visível: Uma massa no abdômen que é visível a olho nu.

Vomiting: Any emesis.	Vômito: qualquer êmese.
Vomiting blood: Vomited blood may be fresh (bright or dark red) or coffee ground in appearance.	Vômito de sangue: Evidência de vômito com sangue, o sangue vomitado pode ser fresco (brilhante ou vermelho escuro) ou em borras de café.
Walking: In a major incident any patient who can walk fulfils this criterion.	Anda: Em um incidente grave, qualquer paciente que consegue andar cumpre este critério.
Warm newborn: If the skin feels warm the patient is clinically said to be warm. The temperature should be taken as soon as possible – a child of 28 days or under with a temperature of 37.5-38.4°C is warm.	Neonato febril: Se a pele está moderadamente quente, o paciente está clinicamente descrito como moderadamente quente. A temperatura deve ser aferida o mais rápido possível - uma criança de 28 dias ou menos, com uma temperatura de 37,5-38,4°C, é considerada moderadamente quente.
Wheeze: This can be audible wheeze or a feeling of wheeze. Very severe airway obstruction is silent (no air can move).	Chieira: Pode haver uma cheira audível ou uma sensação de chiado. Obstrução grave das vias aéreas pode ser silenciosa (não passa nenhum ar).
Widespread discharge or blistering: Any discharging or blistering eruption covering more than 10% of the body surface area.	Erupções ou vesículas disseminadas: Qualquer secreção ou erupção de bolhas cobrindo mais de 10% da área de superfície corporal.
Widespread rash blistering: Any rash or blistering eruption covering more than 10% of the body surface area.	Erupção de bolhas generalizada: Qualquer erupção ou erupção de bolhas, cobrindo mais de 10% da área de superfície corporal.

ANEXOS

ANEXO A: Autorização para a realização da pesquisa

