



Tradução e adaptação transcultural do *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras

Translation and cross-cultural adaptation of Pfeiffer's Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) for Brazilians older adults

Fernanda Cury Martins Teigão¹ 
Auristela Duarte de Lima Moser¹ 
Javier Jerez-Roig² 

Resumo

Objetivo: Adaptar culturalmente o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) de Pfeiffer para uso no Brasil. **Métodos:** O processo envolveu as seguintes fases: tradução inicial; síntese das traduções; retrotradução; revisão por um comitê de especialistas com *experts* da área para analisar a validade aparente e de conteúdo, contemplando as equivalências semântica, idiomática, cultural, conceitual e clareza e, por fim, um pré-teste com a população alvo. **Resultados:** Na tradução inicial e na retrotradução ocorreram discordâncias entre os tradutores, em 19 e 7 itens respectivamente, que posteriormente foram discutidos e conciliados pelo comitê. O comitê de especialistas sugeriu modificações desde o *layout* até adequações de termos técnicos para facilitar a aplicabilidade dos profissionais e para tornar o instrumento final mais claro e compreensível para a população-alvo. No pré-teste, 36,6% dos avaliados demonstraram dificuldades no entendimento de um item do questionário; o item foi substituído, a escala foi reaplicada obtendo 100% de compreensão. **Conclusão:** O estudo demonstrou que a versão brasileira do SPMSQ estabelecida como Breve Escala de Capacidade Cognitiva apresentou-se transculturalmente adaptada, com seus itens considerados claros e compreensíveis pelos especialistas e pela população-alvo. O instrumento adaptado contribui por se tratar de uma ferramenta breve de avaliação disponível para rastrear a capacidade cognitiva dos idosos. É recomendado a análise das propriedades psicométricas, estabelecendo o grau de validade e confiabilidade, o qual já está em desenvolvimento pelos autores deste estudo.

Palavras-chave: Tradução. Comparação Transcultural. Saúde do Idoso. Testes de Estado Mental e Demência. Envelhecimento Cognitivo. Estudo Transcultural.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Saúde. Curitiba, PR, Brasil.

² Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. Catalunya, Espanha.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio de bolsa de estudo 2018/2020.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Fernanda Cury Martins Teigão
fernandateigao@hotmail.com

Recebido: 04/05/2020
Aprovado: 29/10/2020

Abstract

Objective: Culturally adapt Pfeiffer's Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) for use in Brazil. **Methods:** The process involved the following phases: initial translation; synthesis of translations; back-translation; review by a committee of experts in the field to analyze the apparent and content validity, considering the semantic, idiomatic, cultural, conceptual and clarity equivalences and, finally, a pre-test with the target population. **Results:** In the initial translation and in the back-translation, there were disagreements between the translators, in items 19 and 7 respectively, which were later discussed and reconciled by the committee. The expert committee suggested changes from the layout to adjustments to technical terms to facilitate the applicability of professionals and to make the final instrument clearer and more understandable to the target population. In the pre-test, 36.6% of those evaluated showed difficulties in understanding an item in the questionnaire; the item was replaced, the scale was reapplied obtaining 100% understanding. **Conclusion:** The study demonstrated that the Brazilian version of the SPMSQ established as a Brief Cognitive Capacity Scale was cross-culturally adapted, with its items considered clear and understandable by specialists and the target population. The adapted instrument contributes because it is a brief assessment tool available to track the cognitive ability of old people. The analysis of psychometric properties is recommended, establishing the degree of validity and reliability, which is already under development by the authors of this study.

Keywords: Translating. Cross-Cultural Comparison. Health of the Elderly. Mental Status and Dementia Tests. Cognitive Aging. Cross-Cultural Studies.

INTRODUÇÃO

Dentre as perdas funcionais que acometem a pessoa idosa, as cognitivas estão em evidência, aumentando a vulnerabilidade dessa população. Quadros demenciais podem levar à dependência física¹, sendo um importante fator de risco para a mortalidade desse público. O número de indivíduos que convivem com demência em todo o mundo foi estimado em 35,6 milhões em 2010 e a literatura pressupõe que esse número deve praticamente dobrar a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030². Esses dados conclamam os governos e os formuladores de políticas a tornar a demência uma prioridade mundial da saúde pública.

O declínio cognitivo aumenta a dependência, ou seja, a incapacidade de realizar atividades de vida diária, influenciando sua funcionalidade e qualidade de vida³, as quais demandam acompanhamento multiprofissional constante e de longo prazo. Para esse acompanhamento, são necessárias avaliações que vão desde o rastreamento inicial do problema até a análise dos resultados e do tratamento aplicado.

Nesse contexto, destaca-se o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) de Pfeiffer⁴, um instrumento de rastreamento cognitivo e

suporte diagnóstico para demência, projetado especificamente para pessoas idosas. Esse teste é de fácil administração, pois não requer nenhum material específico para sua conclusão e pode ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde, além do fato de apresentar uma boa sensibilidade (S= 86,2%) e especificidade (E= 99%) em sua versão original em inglês⁵⁻⁶.

Existem vários instrumentos de avaliação cognitiva⁷, muitos já traduzidos e adaptados culturalmente para o Brasil. Apesar de muito utilizados na prática clínica e em pesquisas com pessoas idosas, alguns deles, em sua versão original, não foram especificamente criados para esse público. Alguns acabam restringindo a participação de idosos com comprometimento motor e deficit visuais não corrigidos quando solicitam leitura, escrita de frase e reprodução de desenho. Há os testes que necessitam de terceiros, como cuidadores e familiares, para a sua conclusão e existem instrumentos muito extensos. De acordo com Polit⁸, quanto mais longo for o instrumento, mais cansativo poderá ser para o entrevistado.

Considerando o tempo limitado das consultas de atenção primária, torna-se necessário validar instrumentos de suporte diagnóstico de aplicação

fácil e rápida, de modo a diminuir o número de pacientes com problemas cognitivos diagnosticado tardiamente, atrasando ou mesmo impedindo o tratamento precoce e possível retardamento da evolução da doença⁶.

O SPMSQ é uma breve escala com dez questões, considerado um instrumento de suporte para o diagnóstico e acompanhamento de medidas terapêuticas e evolução ou não do déficit cognitivo, que avalia a memória, a orientação temporal, a capacidade matemática e informações sobre fatos e habilidades cotidianas^{4-6,9}. A escala não necessita de terceiros para sua conclusão e não exclui pacientes com comprometimento físico e visual, além de ter ampla utilização internacional.

Um estudo realizado recentemente em Israel¹⁰ analisou por meio do SPMSQ o impacto dos medicamentos sedativos na cognição de pessoas idosas hospitalizadas que apresentavam estado cognitivo normal no momento da admissão. Em outro estudo recente realizado na Alemanha por Schönstein et al.¹¹, o instrumento foi utilizado para estratificação de risco de pacientes idosos no setor de emergência. Diversos estudos ainda o utilizam como triagem para critérios de inclusão e exclusão em pesquisas, como a de Sri-on et al.¹², realizado na Tailândia.

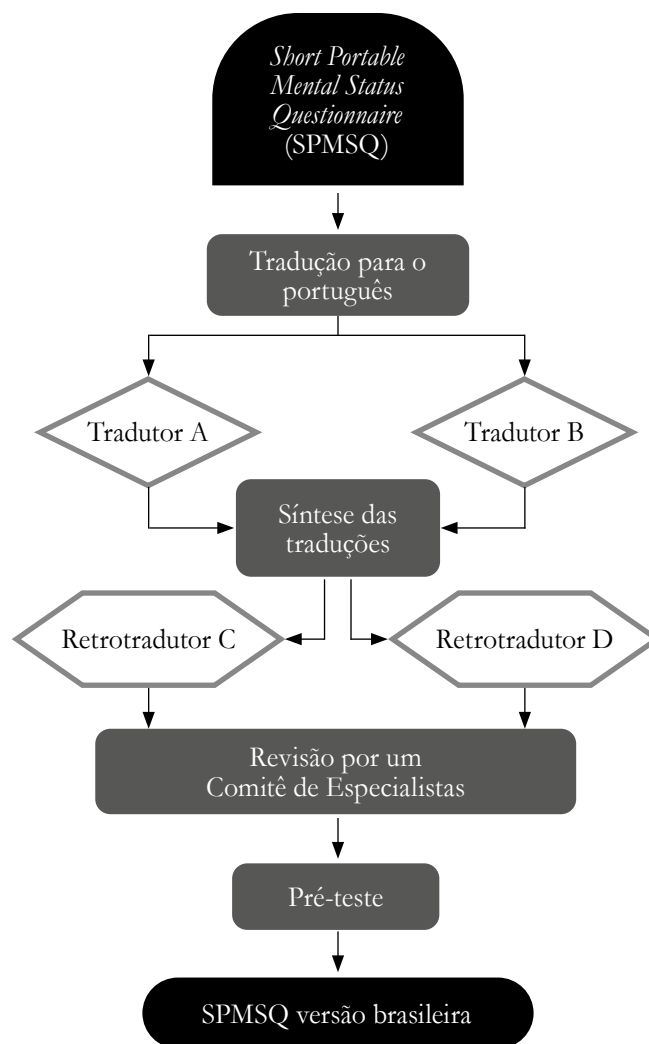
Tal instrumento, apesar de ser amplamente citado na literatura científica internacional⁶⁻¹¹ e possuir versões em outros idiomas^{6,11,13,14}, ainda não tem sua tradução e adaptação cultural ao idioma português brasileiro; as versões usadas do SPMSQ no Brasil correspondem a adaptações livres ou à sua versão em espanhol⁹. Isso dificulta o seu uso por pesquisadores e profissionais da prática clínica, diminuindo a disponibilidade de ferramentas válidas e confiáveis para subsidiar a identificação das condições cognitivas e seu grau de comprometimento em pessoas idosas.

A adaptação transcultural de instrumentos promove o intercâmbio cultural entre realidades socioculturais distintas, buscando seguir uma série de cuidados e severidades metodológicas, garantindo que os aspectos de mensuração do instrumento sejam fidedignos e não distorcidos para a realidade sociocultural à qual se pretende adaptar¹⁵⁻¹⁶. Coluci et al.¹⁷ e Knaut et al.¹⁸ referem que a utilização de um instrumento estrangeiro sem a sua devida adaptação pode colocar em risco a validade e a precisão dos resultados obtidos nas avaliações. Dessa forma, a tradução de uma escala deve primar pela linguagem clara, mantendo-se equivalente no que tange a seus conceitos culturais e sociais¹⁷⁻¹⁸.

O instrumento adaptado contribuirá para a realização de estudos transculturais robustos, para comparação entre diferentes contextos e produção de um corpo de conhecimentos mais denso e significativo¹⁹. Para atender a essa necessidade, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de adaptação transcultural, com a validação aparente e de conteúdo do SPMSQ de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras.

MÉTODO

A adaptação transcultural do SPMSQ de Pfeiffer atendeu às recomendações metodológicas amplamente aceitas e recomendadas na literatura internacional, que sugerem as seguintes etapas: tradução; síntese das traduções, retrotradução, análise por um comitê de especialistas e pré-teste da versão adaptada^{15,18}. O estudo foi realizado no período de junho a dezembro de 2019, com pessoas idosas tanto provenientes de Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) quanto da comunidade no município de Curitiba (PR, Brasil). A Figura 1 demonstra, por meio de um fluxograma, o processo de adaptação transcultural.



Fonte: Autora (baseado no fluxograma de Beaton et al.¹⁵).

Figura 1. Fluxograma do processo de tradução e adaptação transcultural. Curitiba, PR, 2020.

Fase I – Tradução: da primeira fase participaram dois tradutores bilíngues tendo como língua materna o português, ou seja, dois brasileiros com fluência na língua inglesa que realizaram duas traduções de forma independente; apenas um estava ciente da finalidade do estudo.

Fase II – Síntese das traduções: as traduções foram confrontadas e analisadas por um comitê revisor, composto pelos dois tradutores, pela pesquisadora e pela orientadora do estudo. Nesse comitê foram discutidas as diferenças item a item entre as versões com o objetivo de realizar a síntese (consenso) das duas traduções formando a primeira versão em português do instrumento.

Fase III – Retrotradução: o instrumento foi traduzido novamente para o inglês por outros dois tradutores, nativos norte-americanos que dominavam o português. Realizaram a tradução de forma independente, desconheciam a finalidade do estudo e não tiveram acesso ao questionário original.

Fase IV – Análise por um comitê de especialistas (validade aparente e de conteúdo): o comitê foi composto por uma equipe multiprofissional enquadrada nos critérios adaptados de Fehring²⁰. Na literatura não há consenso quanto aos critérios de seleção dos *experts*, mas Fehring estabelece parâmetros de seleção dos especialistas para a realização de validação de diagnósticos de enfermagem. Apesar de

seus critérios terem sido criados para outra finalidade, eles têm sido amplamente utilizados em estudos de validação e adaptados quando necessário ao objeto de pesquisa dando base para analisar o nível de experiência prática, conhecimento e habilidade de cada profissional relacionado ao tema. Portanto, para padronizar os critérios de elegibilidade dos especialistas neste estudo utilizou-se uma adaptação dos critérios de Fehring, a saber: (i) mínimo de cinco anos de experiência clínica na área da Geriatria/Gerontologia; (ii) especialização *lato sensu* ou *stricto sensu* em Geriatria/Gerontologia; (iii) pesquisas com publicações relacionadas à temática do envelhecimento.

Os profissionais foram convidados a colaborar voluntariamente com o estudo e foi feita uma breve explanação sobre a pesquisa e seus objetivos. Atendidos os critérios adaptados de Fehring²⁰, o comitê foi constituído por dois médicos, dois fisioterapeutas, dois psicólogos e uma assistente social. O objetivo dessa etapa foi analisar a clareza das questões para facilidade de compreensão da população-alvo, contemplando as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural, bem como a aparência do instrumento e os termos técnicos de acesso ao profissional.

Os especialistas avaliaram o instrumento traduzido utilizando uma escala Likert de 1 a 4 pontos: “não equivalente, pouco equivalente, bastante equivalente e totalmente equivalente” para cada item das equivalências e “não claro, pouco claro, bastante claro e totalmente claro” para a clareza de conteúdo. Para os itens classificados com 1 e 2, solicitava-se justificativa; para tanto, foi entregue para cada especialista um documento específico para registro dessa análise contendo orientações para sua realização e espaços para observações, apontamento de dúvidas e sugestões para adequação.

As propostas de alteração dos especialistas foram analisadas, revistas, discutidas e conciliadas para garantir a melhor adequação à cultura brasileira. Um consenso foi atingido no comitê de especialistas e uma versão pré-teste foi elaborada^{15,20}.

Fase V – Pré-teste: nesta etapa a versão pré-final foi testada em 30 pessoas idosas com idade maior ou igual a 60 anos, no município de Curitiba

(PR), a fim de verificar a clareza de conteúdo. O tamanho da amostra para esta etapa foi definido de acordo com as recomendações propostas por Beaton¹⁵ e Reichenheim e Moraes¹⁶. Procurou-se abranger homens e mulheres de diferentes faixas etárias, institucionalizados e não institucionalizados e com níveis de escolaridade diferenciados, como fez Pfeiffer na construção do instrumento original.

O instrumento SPMSQ é composto por dez questões, que avaliam a memória, orientação temporal, capacidade matemática e informações cotidianas; sua pontuação varia de 0 a 10, considerando a soma dos erros do avaliado. Ele permite a classificação do indivíduo em capacidade cognitiva preservada, incapacidade cognitiva leve, moderada ou severa, levando em consideração a escolaridade do avaliado^{6,9}.

Nesta fase, o idoso não foi avaliado quanto à sua capacidade cognitiva e, sim, sua compreensão em relação às dez questões. Os itens classificados com mais de 10% de “não compreensão” foram reformulados e substituídos por alternativas equivalentes, de modo que não fossem alterados conceito e estrutura-base do instrumento, e em seguida testados novamente em outro grupo de participantes com as mesmas características. Assim, a versão em português do SPMSQ de Pfeiffer só foi definida quando pelo menos 90% dos seus itens foram considerados claros e compreensíveis¹⁶⁻¹⁷.

O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (nº 3.526.745). Todos os participantes, incluindo pessoas idosas e especialistas, foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliadas 30 pessoas idosas na primeira rodada do pré-teste, sendo 56,7% mulheres e 43,3% homens, compondo uma amostra heterogênea, com grande amplitude etária, abrangendo idosos de 60 a 92 anos de idade, com média de 72,17 anos ($\pm 10,16$). Destes, 46,7% eram institucionalizados e 53,3%, da comunidade, com diferentes níveis de escolaridade, com predominância de um a quatro anos de estudo

(50,0% da amostra). Na segunda rodada, foram avaliadas outras 30 pessoas idosas com características sociodemográficas parecidas com as do primeiro grupo, como pode ser observado na Tabela 1.

Na tradução inicial, os dois tradutores apresentaram versões semelhantes, com diferenças em 19 itens do questionário, porém, em termos considerados sinônimos. Foi priorizado o uso de termos e expressões familiares para a população brasileira, conforme mostrado na Tabela 2, em que é possível observar as versões dos tradutores A e B e sua síntese. Após discussão entre os tradutores e os pesquisadores, chegou-se ao consenso na tradução de “*years of education*” para “escolaridade”, em vez de “educação”. Da mesma forma, considerando o termo original “*record*”, para o qual foi sugerido pelo tradutor A a palavra “registre” e pelo tradutor B a palavra “grave”, após discussão chegou-se a um consenso e o termo foi substituído por “registre”. Nas questões 5 e 6, as sentenças “*How old are you?*” e “*When were you born?*”, relativamente simples, geraram muita dúvida

sobre qual tradução seria mais apropriada, se “Qual é a sua idade?” ou “Quantos anos você tem?” na questão 5 e “Qual é a data de seu nascimento?” ou “Quando você nasceu?” na questão 6. Optou-se por “Quantos anos você tem?” e “Qual é a data de seu nascimento?”, respectivamente.

Na retrotradução as versões apresentaram pequenas diferenças que foram ajustadas em consenso. Na Tabela 3 observa-se que sete itens foram modificados, sendo apenas de acesso ao examinador. No cabeçalho a palavra “lista” foi substituída por “escala”, “indivíduo”, por “avaliado”, “não tiver”, por “não possuir” e “ajuda”, por “auxílio”. Na parte de instruções das questões 3 e 9, a frase “descrição da localização for dada” foi substituída por “descrição da localização for fornecida” e “nome próprio feminino mais um sobrenome”, por “nome próprio feminino seguido de um sobrenome”, a fim de padronizar com termos mais formais, pois se pressupõe que o questionário será utilizado por profissionais da área da saúde com ensino superior.

Tabela 1. Características sociodemográficas no pré-teste (N=60). Curitiba, PR, 2020.

Variável	1º Grupo - n(%)	2º Grupo - n(%)
Sexo		
Masculino	13 (43,3%)	14 (46,7%)
Feminino	17 (56,7%)	16 (53,3%)
Escolaridade		
Não alfabetizado	2 (6,7%)	4 (13,3%)
1-4 anos	15 (50,0%)	12 (40,0%)
5-8 anos	4 (13,3%)	7 (23,3%)
9-11 anos	5 (16,7%)	6 (20,0%)
Ensino superior	4 (13,3%)	1 (3,3%)
Estado civil		
Casado	6 (20,0%)	4 (13,3%)
Solteiro	6 (20,0%)	9 (30,0%)
Viúvo	7 (23,3%)	9 (30,0%)
Divorciado	11 (36,7%)	8 (26,7%)
Moradia		
Comunidade	16 (53,3%)	12 (40,0%)
ILPI	14 (46,7%)	18 (60,0%)

ILPI = Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Tabela 2. Tradução inicial e síntese do *Short Portable Mental Status Questionnaire*. Curitiba, PR, 2020.

Original	Versões		Síntese das traduções
	Tradutor A	Tradutor B	Consenso
Cabeçalho			
Circle Appropriate	Circule a melhor opção	Circule o apropriado	Circule a melhor opção
Yrs of education	Escolaridade	Educação	Escolaridade
Record	Grave	Registre	Registre
Subject	Paciente	Indivíduo	Indivíduo
Without reference	Sem ajuda	Sem o uso	Sem ajuda
Based	Baseado	Com base	Com base
Questions	Questões	Perguntas	Questões
Questões e Instruções			
What is the name of this place?	Onde você está?	Qual é o nome deste lugar?	Qual é o nome deste lugar?
What is your telephone number?	Qual seu número de telefone?	Qual é o seu número de telefone?	Qual é o seu número de telefone?
What is your street address?	Qual o seu endereço?	Qual é o seu endereço?	Qual é o seu endereço?
How old are you?	Qual é a sua idade?	Quanto anos você tem?	Quantos anos você tem?
Stated age	Idade informada	Idade indicada	Idade informada
When were you born?	Qual é a data de seu nascimento?	Quando você nasceu?	Qual é a data de seu nascimento?
Needs no verification	Não é necessário verificação	Não precisa de verificação	Não é necessário verificação
Subtract	Diminua	Subtraia	Subtraia
All the way down	Até o final	Até o fim	Até o fim
The entire series must be performed	A série inteira deve ser feita	Toda a série deve ser realizada	Toda a série deve ser realizada
Rodapé			
Allow one more error	Permita um erro a mais	Permitir um erro a mais	Permitir um erro a mais
Intact intellectual functioning	Função intelectual intacta	Funcionamento intelectual intacto	Função intelectual intacta

Tabela 3. Alterações realizadas após o processo de retrotradução. Curitiba, PR, 2020.

Síntese das traduções	Alterações após retrotradução
Da <u>lista</u> abaixo	Da <u>escala</u> abaixo
Indivíduo	Avaliado
Não <u>tiver</u> um telefone	Não <u>possuir</u> um telefone
Sem <u>ajuda</u>	Sem o <u>auxílio</u>
Ou <u>outra ajuda</u> para a memória	Ou <u>outros recursos</u> para a memória
Descrição da localização for <u>dada</u>	Descrição da localização for <u>fornecida</u>
Nome próprio feminino <u>mais um</u> sobrenome	Nome próprio feminino <u>seguido de um</u> sobrenome

Análise do comitê de especialistas

Após análise do comitê de especialistas, foram sugeridas modificações no título, a saber: no lugar de “questionário”, colocar “escala” e, de “estado mental”, “capacidade cognitiva”. Dessa forma, o título final do teste ficou “Breve Escala de Capacidade Cognitiva”.

Recomendaram ainda, no lugar de “escolaridade”, colocar “anos de estudo” e subdividi-los em “1-4, 5-8, 9-11 e mais de 11/ensino superior”, além de adicionar o item “não alfabetizado”.

Sugeriu-se que o item “orientações para o avaliador” fosse colocado em negrito e caixa-alta para chamar atenção antes de iniciar a avaliação. O texto inicial das orientações não foi alterado, porém foi colocado em tópicos para propiciar uma aparência mais clara, indicando a importância da leitura do instrumento pelo examinador, antes da sua aplicação.

Na questão 3 aconselharam alteração da pergunta “qual é o nome deste lugar?” para “em que lugar estamos agora?”, pois facilita o entendimento da questão proposta. Já na questão 4, devido à segunda opção de pergunta, sugeriu-se, em vez de “4” e “4a”, que gerou confusão entre alguns especialistas, a colocação de “4a” e “4b”, sendo adicionado um expoente “a” e “b” para auxiliar a aplicação da escala, chamando atenção para a resposta a apenas uma das duas questões.

Sugeriram também a mudança da disposição das questões 5 e 6, trocando-as de lugar, por serem complementares, uma vez que uma pergunta sobre a idade e a outra, a data de nascimento. Para o profissional confirmar se a idade relatada confere, é interessante que a pergunta relacionada à data de nascimento seja feita antes.

No item “instruções” das questões 7 e 8, após o processo de tradução inicial e retrotradução, constava “requer apenas o sobrenome”, porém

os especialistas identificaram que a interpretação da frase dá a entender que seria aceito apenas o sobrenome como resposta e não o nome; por esse motivo, a frase foi alterada para “pode ser nome completo ou não”. Na questão 10, sugeriram, no lugar da palavra “subtraia”, o termo “diminua” e, de “até o fim”, “até 0”, para não haver continuidade da subtração para números negativos.

Foi também recomendada a adição de um “R:” de resposta em todas as perguntas, para possibilitar a anotação dos resultados, e da frase “número total de erros” em caixa-alta e negrito, para destacar a importância de anotar a soma dos erros e não dos acertos.

O teste original levou em consideração a escolaridade do avaliado para a classificação do resultado final; por esse motivo, foi procurado o melhor termo ou expressão para facilitar a compreensão desta seção por parte do examinador. Foi proposta a ideia de empregar “retirar um erro” para pessoas idosas não alfabetizadas e “adicionar um erro” para aquelas com ensino superior; no entanto, o indivíduo não alfabetizado sem nenhum erro não poderia ter resultado negativo (-1). Após discussão, optou-se por manter a palavra “permitir”, que possibilita usar esse recurso se necessário; também foi solicitado um local específico para a colocação dessa pontuação. Por fim, alteraram-se os termos “função intelectual” e “deficiência intelectual” para “capacidade cognitiva” e “incapacidade cognitiva”, respectivamente, por refletirem aqueles mais utilizados na literatura atual.

Para o pré-teste, foi considerada a concordância mínima de 90% para a validação de cada questão, ou seja, se um número maior ou igual a 90% dos participantes classificasse a questão como clara, ela não necessitaria de correções, enquanto as com percentual menor que 90% seriam submetidas a correções e nova rodada de avaliação por outro de pessoas idosas²⁶⁻²⁷. Os resultados desse julgamento estão na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação de Clareza de Conteúdo no pré-teste. Curitiba, PR, 2020.

Questões	Clareza			
	Não claro n(%)	Pouco claro n(%)	Bastante claro n(%)	Totalmente Claro n(%)
1. Qual é a data de hoje?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
2. Que dia da semana é hoje?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
3. Em que lugar estamos agora?	0(0)	2(6,7%)	1(3,3%)	27 (90%)
4 ^a . Qual é o seu número de telefone?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
4 ^b . Qual é o seu endereço?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
5. Quantos anos você tem?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
6. Qual é a data de seu nascimento?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
7. Quem é o presidente do Brasil atualmente?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
8. Quem foi o presidente antes dele?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
9. Qual era o nome de solteira da sua mãe?	0(0)	0(0)	0(0)	30 (100%)
10. Diminua 3 de 20 e continue diminuindo 3 de cada novo número até o 0.	1 (3,3%)	10(33,3%)	5 (16,7%)	14 (46,7%)

Apenas uma questão avaliada teve percentual de concordância menor que 90% (questão 10), sendo reformulada para “De 20, diminua de 3 em 3 até o 0” e reavaliada na segunda rodada por outro grupo de pessoas idosas, obtendo 100% de clareza. A partir disso, todas as questões foram consideradas claras e

compreensíveis pelo público-alvo, não necessitando de uma nova rodada de avaliações.

Após a conclusão do pré-teste, foi finalmente obtida a versão final em português do questionário (arquivo complementar).

BREVE ESCALA DE CAPACIDADE COGNITIVA

Tradução Brasileira do *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* de Pfeiffer

Data: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino FemininoAnos de estudo: Não alfabetizado 1-4 anos 5-8 anos 9-11 anos Ensino superior

ORIENTAÇÕES PARA O AVALIADOR

- Faça as perguntas de 1 a 10 da escala abaixo.
- Realize a pergunta 4^b somente se o avaliado não possuir um telefone.
- Registre o número total de ERROS com base nas respostas às 10 perguntas.
- Todas as respostas devem ser dadas sem o auxílio de calendário, jornal, documentos ou outros recursos para a memória.

QUESTÕES	INSTRUÇÕES	+	-
1. Qual é a data de hoje? R: ____/____/____	Correto somente quando dia, mês e ano estiverem certos.		
2. Que dia da semana é hoje? R: _____	Correto apenas se o dia da semana estiver certo.		
3. Em que lugar estamos agora? R: _____	Correto se qualquer descrição da localização ou local for fornecida. (Minha casa, a cidade, nome do hospital / instituição em que está)		
4 ^a . Qual é o seu número de telefone? R: _____ - _____ / _____ - _____	Correto quando o número puder ser verificado ou o paciente puder repetir o mesmo número mais tarde na entrevista.		
4 ^b . Qual é o seu endereço? R: _____	Pergunte somente se o paciente não possuir um telefone.		
5. Qual é a data de seu nascimento? R: ____/____/____	Correto somente quando dia, mês e ano estiverem certos.		
6. Quantos anos você tem? R: _____ anos	Correto quando a idade informada corresponder à data de nascimento.		
7. Quem é o presidente do Brasil atualmente? R: _____	Pode ser nome completo ou não.		
8. Quem foi o presidente antes dele? R: _____	Pode ser nome completo ou não.		
9. Qual era o nome de solteira da sua mãe? R: _____	Não é necessária verificação, somente se requer um nome próprio feminino seguido de um sobrenome diferente do paciente.		
10. De 20, diminua de 3 em 3 até o 0. R: (17 - 14 - 11 - 8 - 5 - 2)	Toda a série deve ser realizada; qualquer erro na série ou falta de vontade de tentar é classificado como incorreto.		
NÚMERO TOTAL DE ERROS			<input type="text"/>

0-2 erros – Capacidade cognitiva preservada
 3-4 erros – Incapacidade cognitiva leve
 5-7 erros – Incapacidade cognitiva moderada
 8-10 erros – Incapacidade cognitiva grave

- Para idosos não alfabetizados – permitir um erro a mais*
- Para idosos com ensino superior – permitir um erro a menos*

*PONTUAÇÃO CORRETA

Referência:

Teigão FCM, Moser ADL, Roig JJ. Tradução e adaptação transcultural do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2020;23(4):e200128. Arquivo complementar, Breve escala de capacidade cognitiva: tradução brasileira do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer; p.10.

DISCUSSÃO

O processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento é uma atividade complexa, visto que envolve um conjunto de tarefas até que se alcance a equivalência funcional, sendo importante que as escalas de qualquer ordem sigam normas para validação, pois isso possibilita a comparação entre estudos de diferentes países, línguas e culturas¹⁶. O método seguido no processo de tradução deste estudo foi escolhido por possuir abrangência e exigência minuciosa de explicações dos passos realizados¹⁵ e por ser uma metodologia internacionalmente aceita e recomendada¹⁹.

Na fase de tradução inicial, os dois tradutores apresentaram versões sem grandes discrepâncias, o que facilitou a síntese delas, tendo ocorrido o mesmo com o processo de retrotradução, em que houve pequenos ajustes de palavras e expressões. Isso se deveu provavelmente ao fato de as perguntas representarem questões ligadas ao cotidiano, como ocorreu com a versão em espanhol do SPMSQ, que teve pequenas adequações no processo de tradução⁶.

As recomendações feitas pelo comitê de especialistas aconteceram prioritariamente em torno da melhor escrita da expressão. Foram sugeridas adequações desde o *layout*, para facilitar a aplicabilidade dos profissionais, até expressões mais claras e compreensíveis, a fim de alcançar o melhor entendimento por parte das pessoas idosas. Palavras mais apropriadas, sem alteração conceitual, para garantir uma melhor equivalência semântica e cultural foram sugeridas, como a mudança de “questionário” para “escala”, visto que o resultado da aplicação do instrumento é expressado em alternativas predeterminadas, havendo uma graduação de medida.

Houve alteração também do termo “estado mental” para “capacidade cognitiva”, pois tal expressão abrange várias doenças psiquiátricas e, neste instrumento, são avaliadas especificamente a memória e a detecção de demência, relacionando-se apenas com questões cognitivas²¹, além de refletir o termo mais utilizado na literatura atual²².

A substituição do termo “níveis de escolaridade” por “anos de estudo” deu-se devido à dificuldade

de compreensão de “ensino fundamental” e “ensino médio”; os termos utilizados no pré-teste sobre o nível de escolaridade não eram familiares para os participantes, uma vez que em sua época as bases curriculares da educação brasileira indicavam os termos “primário”, “ginásio” e “colegial”²³ e a fusão do primário com o ginásio só se deu na década de 1970²⁴, sendo que a idosa mais velha participante da pesquisa nasceu em 1928. Por esse motivo, optou-se pela utilização de “anos de estudo”, conforme já fazem alguns questionários, como Brucki et al.²⁵, que propuseram sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental (MEEM) no Brasil, no qual o nível de escolaridade foi o principal influenciador no desempenho do teste.

As alterações sugeridas pelos especialistas foram analisadas e discutidas até que se chegasse a um consenso para garantir a melhor adequação à cultura brasileira, como fez Moraes e Alvarenga²⁶ que utilizaram o mesmo método do presente estudo, onde em seu processo de tradução, asseguraram a qualidade, clareza da escrita e principalmente manutenção da ideia original do teste, diferentemente do estudo de Catani et al.²⁷ no qual só foi obtido consenso após três rodadas de avaliação pelos especialistas.

Foram feitas mudanças no *layout* da escala, para melhorar visualmente e evitar erros na avaliação. As modificações na aparência dos testes são comuns no processo de adaptação transcultural, como também fizeram Cauduro et al.²⁸, em cujo estudo os especialistas sugeriram alteração da posição das instruções e a troca da nomenclatura utilizada na escala.

O item de maior discussão entre os especialistas foi a ponderação final considerando a escolaridade do avaliado, refletindo sobre a compreensão do avaliador no quesito “permitir um erro a mais” para pessoas idosas não alfabetizadas e “permitir um erro a menos” para aquelas com ensino superior, ou seja, se um avaliado apresentar três erros e for analfabeto, será desconsiderado um erro e o resultado final será dois erros; para o mesmo exemplo, se apresentar ensino superior, será considerado um erro a mais e classificado com quatro erros no resultado final. Por isso, foi solicitado um local específico para anotação desse resultado.

Com o propósito de realizar uma adequada adaptação transcultural e assegurar que o construto fosse apropriadamente avaliado na população-alvo, o pré-teste da versão brasileira do SPMSQ foi realizado com pessoas idosas provenientes de ILPI e da comunidade, com diversos níveis de escolaridade e condições socioeconômicas variadas, a fim de verificar a clareza dos itens ou possíveis “incompreensões” por parte dessa população.

Foi observado problema de compreensão da questão 10, a única pergunta que teve percentual de concordância menor que 90%; 36,6% dos indivíduos avaliados consideraram a questão não clara ou pouco clara, tendo sugerido alterações consideradas pertinentes, de modo que ela foi modificada e na segunda aplicação obteve 100% de compreensão.

Ocorrência parecida observou-se na adaptação transcultural do SPMSQ para o espanhol⁶, no qual, além de pequenos ajustes, somente a questão 9 foi reformulada. Em vez de perguntar o nome de solteira da mãe, perdido com o casamento na cultura anglo-saxônica e sem sentido para o ambiente cultural deles, no SPMSQ-VE solicitam-se o primeiro e o segundo sobrenomes.

Há a utilização do SPMSQ em vários países, porém, alguns não citam se a escala foi adaptada ou validada para a realidade em questão. Um exemplo é o estudo de Ferruci et al.¹³, realizado na Itália, de modo prospectivo com 5.024 sujeitos, os quais foram acompanhados por três anos para verificação da associação do comprometimento cognitivo (com SPMSQ) ao risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC). O estudo concluiu que a incidência de AVC era menor naqueles com escore normal no SPMSQ e maior naqueles com comprometimento grave.

Apesar de sua relevância, o estudo além de retirar a questão 3, neste caso, utilizando nove das dez questões, ainda, usam o número total de acertos 7-9 (normal), 4-6 (comprometimento moderado) e 0-3 (comprometimento grave), apresentando discordância com a escala original e não relatando os motivos de tal alteração, o que pode comprometer a fidedignidade dos resultados.

Por essas razões, a devida adaptação transcultural é essencial para decretar se o instrumento é adequado

ao contexto cultural, bem como se atende aos objetivos propostos²⁹⁻³⁰.

Considera-se limitação deste estudo a falta da avaliação das propriedades psicométricas, etapa fundamental para aumentar o poder de evidência do instrumento e que se encontra em desenvolvimento pelos autores deste estudo.

Reconhecendo a importância de disponibilizar os instrumentos adaptados, tendo em vista o compromisso assumido pelo pesquisador para com a sociedade, oferecendo aos profissionais e pesquisadores um instrumento adequado nacionalmente, os autores o disponibilizaram em arquivo complementar.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a versão brasileira do *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ-BR), denominada Breve Escala de Capacidade Cognitiva, é adequada e apresentou-se transculturalmente adaptada para o português do Brasil, visto que os itens foram considerados claros e compreensíveis pelos especialistas e pela população-alvo. A tradução e a adaptação cultural do instrumento, além de disponibilizar uma nova ferramenta que se destacou entre as já existentes por ser breve, não necessitar de terceiros e não excluir idosos com déficit visuais, auxiliará os profissionais brasileiros nos ambientes clínicos e de pesquisa no rastreamento cognitivo desse público. O processo de avaliação e análise das propriedades psicométricas é recomendado para aumentar o poder de evidência do instrumento, o qual está em desenvolvimento pelos autores deste estudo, estabelecendo seu grau de validade e confiabilidade.

A conclusão de todas as etapas contribuirá com os profissionais de saúde e a comunidade científica, por se tratar de mais uma ferramenta de avaliação disponível, a ser utilizada em ensaios clínicos, comparações de indicadores internacionais, além de rastrear, planejar e acompanhar o tratamento das disfunções cognitivas das pessoas idosas.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390(10113):2673-734.
2. Corrêa MS, Giacobbo BL, Vedovelli K, de Lima DB, Ferrari P, de Lima Argimon 2º, et al. Age effects on cognitive and physiological parameters in familial caregivers of Alzheimer's disease patients. *PLoS ONE*. 2016;11(10):1-16.
3. Silva CSO, Barbosa MMS, Pinho L, Figueiredo MFS, Amaral CO, Cunha FO, et al. Estratégia saúde da família: relevância para a capacidade funcional de idosos. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):792-8.
4. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41.
5. Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikström J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1987;35(5):412-6.
6. Martínez de La Iglesia J, Herrero RD, Vilches MCO, Taberné CA, Colomer CA, Luque RL. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129-34.
7. Martins NIM, Caldas PR, Cabral ED, Lins CCDSA, Coriolano MGWS. Cognitive assessment instruments used in elderly Brazilians in the last five years. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(7):2513-30.
8. Polit DF. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1746-53.
9. de Andrade FLJP, deLima JMR, Fidelis KNM, Jerez-Roig J, de Lima KC. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(2):186-97.
10. Smichenko J, Gil E, Zisberg A. Relationship between Changes in Sedative Hypnotic Medications Burden and Cognitive Outcomes in Hospitalized Older Adults. *J Gerontol Ser A*. 2020;75(9):1-10.
11. Schönstein A, Wahl HW, Katus HA, Bahrmann A. SPMSQ for risk stratification of older patients in the emergency department: An exploratory prospective cohort study. *Z Gerontol Geriatr*. 2019;52:222-8.
12. Sri-On J, Vanichkulbodee A, Sinsuwan N, Rojsaengroeng R, Kamsom A, Liu SW. Disaster preparedness among Thai elderly emergency department patients: a survey of patients' perspective. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):1-7.
13. Ferrucci L, Guralnik JM, Corti MC, Pahor M, Havlik D. Cognitive impairment and risk of stroke in the older population-Reply. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(11):1411-7.
14. Chi IDSW, Boey KW. Hong Kong validation of measuring instruments of mental health status of the elderly. *Clin Gerontol*. 1993;13(4):35-51.
15. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *Am Acad Orthop Surg*. 2002;1-9.
16. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.
17. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):925-36.
18. Knaut LA, Moser ADL, Melo SDA, Richards RR. Tradução e adaptação cultural à língua portuguesa do American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Shoulder Assessment Form (ASES) para avaliação da função do ombro. *Rev Bras Reumatol*. 2010;50(2):176-83.
19. Lino CRM, Brüggemann OM, de Souza ML, de Barbosa SFF, dos Santos EKA. Adaptação Transcultural de Instrumentos de Pesquisa Conduzida Pela Enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enferm*. 2017;26(4):1-9.
20. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6):625-9.
21. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JAT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JCS. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the cache county study on memory in aging. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):708-14.
22. Duran-Badillo T, Salazar-González BC, Cruz-Quevedo JE, Sánchez-Alej EJ, Gutierrez-Sanchez G, Hernández-Cortés PL. Função sensorial, cognitiva, capacidade de caminhar e funcionalidade de idosos. *Rev Latinoam Enferm*. 2020;28:1-9.

23. Marchelli P. Da LBD 4.024/61 ao debate contemporâneo sobre as bases curriculares nacionais. E-curriculum. 2014;12(3):1480-511.
24. Helene O. Evolução da escolaridade esperada no Brasil ao longo do século XX. Educ Pesqui. 2012;38(1):197-216.
25. Brucki SMD, Nitrin R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3 B):777-81.
26. Moraes JMM, Alvarenga MS. Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da The Eating Motivation Survey (TEMS) para o Português do Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;33(10):1-9.
27. Catani RR, Valadares EDS, Lacombe JB, Mendonça TMS, da Silva CHM, Paro HBMS. Cross-cultural adaptation of the four habits coding scheme (4HCS) for teaching and assessing patient-centered communication skills in Brazil. Cad Saúde Pública. 2018;34(11):1-10.
28. Cauduro GN, Reppold CT, Pacheco JTB. Adaptação transcultural do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). Aval Psicol. 2017;16(3):293-300.
29. de Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(3):649-59.
30. Fortes CPDD, Araújo APQC. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. Cad Saúde Coletiva. 2019;27(2):202-9.