

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE* PARA PORTUGUÊS EUROPEU

TRANSLATION AND CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE *RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE* INTO EUROPEAN PORTUGUESE

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA *RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE* AL PORTUGUÉS EUROPEO

DOI 10.33194/rper.2021.174; Data de Receção: 2021-05-12; Data de Aceitação: 2021-09-07

Victor Reis Pereira¹; Ana Rita Polaco Ribeiro¹; Pedro Coelho¹; Tânia Manuel Moço Morgado²

¹ Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ² Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Autor correspondente: Víctor Jorge Reis Pereira, 4974@chuc.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: A avaliação cognitiva sistemática é essencial para estabelecer planos de reabilitação ajustados à pessoa com traumatismo crânio-encefálico (TCE). A *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS) é uma ferramenta descritiva de enquadramento do nível de cognitivo e comportamental, representando a recuperação típica das pessoas com TCE. Este estudo teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a LCFS.

Metodologia: Foi realizada a equivalência linguística da LCFS com recurso a tradutores e retrotradutores independentes. A equivalência conceptual obteve-se através de um painel de peritos, constituído por 5 elementos selecionados nas áreas das neurociências e enfermagem, seguido de um *cognitive debriefing* formado por 8 enfermeiros com experiência significativa em neurocirurgia. Ao longo deste processo houve o envolvimento e contributo dos autores da escala original.

Resultados: A equivalência linguística foi um processo de decorreu de forma fluída. No Painel de Peritos obteve-se consenso em 79 (94%) dos 84 itens da escala. Da análise realizada no *Cognitive Debriefing* resultaram alterações num número reduzido de termos, obtendo-se a LCFS no português europeu.

Conclusão: A versão portuguesa da LCFS demonstra ser de fácil entendimento e obteve-se uma robusta validade de conteúdo. Sugere-se a realização do estudo psicométrico para assegurar a validação transcultural.

DESCRITORES: Traumatismo Encefálico; Instrumento de Triagem de Avaliação Cognitiva; Cognição; Disfunção Cognitiva.

ABSTRACT

Introduction: Systematic cognitive assessment is essential to establish rehabilitation plans adjusted to the person with traumatic brain injury (TBI). The *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS) is a descriptive tool for framing cognitive and behavioral levels, representing the typical recovery of patients with TBI. This study aims to translate and cross-culturally adapt the LCFS.

Methodology: Linguistic equivalence of the LCFS was performed using independent translators and back-translators. Conceptual equivalence was obtained through an expert panel, with 5 elements selected in the field of neuroscience and nursing, followed by a *cognitive debriefing* composed by 8 nurses, with significant experience in neurosurgery. Throughout this process, there was the involvement and contribution of the authors of the original scale. **Results:** Linguistic equivalence was a fluid process. The expert panel reached a consensus on 79 (94%) of the 84 items on the scale. The analysis carried out in the *cognitive debriefing* resulted in changes in reduced number of terms, obtaining the LCFS in European Portuguese.

Conclusion: The Portuguese version of the LCFS proves to be easy to understand and provides a robust content validity. A psychometric study is suggested to ensure cross-cultural validation.

DESCRIPTORS: Brain trauma; Cognitive Assessment Screening Instrument; Cognition; Cognitive Dysfunction.

RESUMEN

Introducción: la evaluación cognitiva sistemática es fundamental para establecer planes de rehabilitación a la medida de la persona con traumatismo craneoencefálico (TCE). La Escala de Niveles de Funcionamiento Cognitivo (LCFS) de Rancho Los Amigos es una herramienta descriptiva para enmarcar el nivel cognitivo y conductual, que representa la recuperación típica de los pacientes con TCE. Este estudio tuvo como objetivo traducir y adaptar LCFS transculturalmente.

Métodología: La equivalencia lingüística de la LCFS se realizó mediante traductores y retrotraductores independientes. La equivalencia conceptual se obtuvo a través de un panel de expertos, compuesto por 5 elementos seleccionados en el campo de la neurociencia y enfermería, seguido de un *debriefing* cognitivo formado por 8 enfermeros con importante experiencia en neurocirugía. En todo este proceso se contó con la implicación y aportación de los autores de la escala original.

Resultados: La equivalencia lingüística fue un proceso fluido. El panel de expertos se alcanzó consenso en 79 (94%) de los 84 ítems de la escala. El análisis realizado en *debriefing* cognitivo resultó en cambios en un número reducido de términos, obteniendo el LCFS en portugués europeo.

Conclusion: La versión portuguesa del LCFS demuestra ser fácil de entender y se obtuvo una sólida validez de contenido. Se sugiere un estudio psicométrico para asegurar la validación intercultural.

DESCRIPTORES: Traumatismo craneoencefálico; Instrumento de cribado de evaluación cognitiva; Cognición; Disfunción cognitiva.

INTRODUÇÃO

Os últimos dados disponíveis em Portugal estão em consonância com a realidade da União Europeia e evidenciam que a taxa de incidência de traumatismos crânio-encefálicos (TCE) diminuiu para valores na ordem dos 62 a 65 casos por 100000 habitantes/ano no período entre 2011 e 2014, e que nesse mesmo período, as taxas de mortalidade mostram também um drástico declínio para valores de 9 a 10 casos por 100000 habitantes/ano. A média de idades dos traumatizados crânio-encefálicos tem vindo a aumentar, acompanhando a tendência de mudança na etiologia dos TCEs. Nesta matéria temos assistido a uma redução do contributo dos acidentes de viação, associados a adultos jovens e ao aumento na parcela associada a quedas, essencialmente de idosos. Estes dados refletem um decréscimo na gravidade dos acidentes de viação, como resultado da melhoria nas medidas de prevenção rodoviária e nos sistemas de segurança das viaturas, e estão igualmente relacionados com o aumento da esperança média de vida. [1]

O TCE define-se como uma lesão que resulta em alterações de funções cerebrais, manifestadas por confusão, nível de consciência alterado, crises convulsivas, coma ou défices neurológicos focais, sensoriais ou motores, que advêm de forças abruptas e penetrantes na cabeça. [2]

A *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS), a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a *Disability Rating Scale* (DRS) são consideradas referências na avaliação da cognição, da consciência e do comportamento de pessoas com TCE. [3]

A LCFS tornou-se amplamente aceite e usada para descrever os padrões cognitivos e comportamentais das pessoas com TCE e prima por apoiar a equipa de saúde na definição de um programa individualizado de reabilitação. Foi desenvolvida no *Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center*, nos Estados Unidos da América e divulgada em 1972, sendo constituída por 8 níveis de funcionamento cognitivo. Foi revista em 1974 (LCFS-R) e foram adicionados dois níveis (IX e X). Em 1997, verificou-se uma nova revisão que foi publicada em 1998, tendo sido adicionados três itens a três níveis diferentes, sendo esta última versão a utilizada neste estudo, excluindo os níveis correspondentes à categoria funcionamento superior (Nível IX e X). [4] [5]

Como propriedades psicométricas, a LCFS apresenta boa concordância intraavaliadores, interavaliadores, validade concorrente e moderada capacidade preditiva. [6]

Este estudo teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a LCFS, dando resposta à necessidade de ter um instrumento de avaliação cognitiva em Português Europeu que facilite a comunicação entre profissionais de saúde, que permita o acompanhamento da evolução clínica e que contribua para o estabelecimento de planos de reabilitação em pessoas após TCE.

METODOLOGIA

O estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural da LCFS, para o Português Europeu, decorreu entre 2011 e 2020, seguindo as orientações de vários autores. [7] [8]

Levels of Cognitive Functioning Scale

A LCFS é uma escala de avaliação clínica, desenvolvida para pessoas com TCE, com o objetivo de avaliar o nível de funcionamento cognitivo. Na revisão desta escala, em 1974, foram adicionados 2 níveis, dando resposta às fases mais tardias de recuperação, por forma a permitir a avaliação cognitiva da pessoa inserida na comunidade. Contudo, não só no *Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center*, mas também noutras instituições dedicadas ao tratamento e reabilitação das pessoas com TCE, são apenas utilizados os primeiros oito níveis, uma vez que estes caracterizam a maioria dos quadros clínicos apresentados por estas pessoas. Estes oito níveis são hierarquizados, com o nível I a representar o nível mais baixo de funcionamento cognitivo e o nível VIII o nível mais alto. É constituída por 84 itens, distribuídos pelos vários níveis, representando comportamentos, respostas a estímulos, competência das funções cognitivas, resposta à interação social e ambiental e desempenho na realização de atividades de vida, tipicamente observados durante a recuperação após lesão cerebral. [9]

Etapa 1 - Tradução

Partindo da versão da LCFS, revista em 1997, considerada neste estudo a versão original, iniciou-se o processo de tradução, para o Português Europeu, por dois tradutores independentes, originando duas traduções: T1 (por tradutora oficial, portuguesa, bilingue, conhecedora dos objetivos do estudo, com domínio na área da psicologia) e T2 (por tradutora oficial, bilingue, conhecedora da área do estudo).

Etapa 2 - Síntese das traduções

A partir da versão da LCFS original e da comparação com as duas traduções T1 e T2, foi realizada a síntese das traduções, produzindo uma tradução comum (T12), que originou a primeira versão da escala LCFS, no Português Europeu (V1).

Etapa 3 - Retrotradução

Partindo da primeira versão da escala LCFS, no Português Europeu, duas tradutoras independentes (tradutoras oficiais, bilingues, uma conhecedora dos objetivos do estudo e outra apenas conhecedora da área em estudo) traduziram esta versão para o inglês: Retrotradução 1 (R1); Retrotradução 2 (R2).

Etapa 4 - Síntese da retrotradução

Foi realizada síntese das retrotraduções (RT1 e RT2), resultando na RT12, que foi enviada aos autores para verificação e validação semântica. Este processo revelou-se positivo, uma vez que foram recomendados pequenos ajustes. Desta resposta, foram realizadas pequenas alterações na V1, resultando na segunda versão da escala LCFS, no Português Europeu (V2).

Etapa 5 - Painel de Peritos

Seguidamente foi constituído um painel transdisciplinar de 5 peritos. Os peritos foram selecionados intencionalmente, tendo sido convidados pessoalmente, sendo-lhes apresentado o objetivo e a metodologia pretendida.

O painel de peritos, com média de exercício profissional de 19 anos, com desvio padrão (DP) de 9 anos, foi constituído por: Médico assistente hospitalar em Neurocirurgia numa unidade de traumatizados crânio-encefálicos; Psicóloga clínica, com especialização em avaliação psicológica; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com doutoramento em desenvolvimento e intervenção psicológica; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com mestrado em ciências de enfermagem e Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com doutoramento em saúde mental.

Este painel de peritos teve como objetivo avaliar a equivalência semântica/idiomática; experiencial/cultural e conceptual, entre a versão da LCFS revista e a V2 no Português Europeu. Foi definido como critério de consenso, a concordância de pelo menos 80% dos peritos para a tradução e adaptação de cada item da escala [8]. Desta etapa resultou a terceira versão da LCFS em Português Europeu (V3).

Posteriormente, foi solicitada a clarificação aos autores, dos itens que não reuniram total unanimidade, através do envio dos comentários e dúvidas de todos os peritos. Após a obtenção da resposta dos autores alcançou-se a quarta versão da LCFS, em Português Europeu (V4).

Etapa 6 - Cognitive Debriefing

Para garantir a clareza e compreensibilidade da V4 da LCFS, realizou-se um *cognitive debriefing* com 8 enfermeiros, selecionados de forma intencional, tendo como critério a experiência no cuidado a pessoas com traumatismos crânio-encefálicos.

Os enfermeiros que participaram tinham entre 12 e 42 anos de exercício profissional. No contexto específico de cuidados neurocirúrgicos à pessoa com TCE, apresentavam uma média de 20 anos (DP= 9 anos) de experiência profissional. Os elementos deste painel analisaram e manifestaram-se individualmente sobre cada um dos itens da escala.

Etapa 7 - Revisão e relatório final

As reduzidas sugestões de alteração que emergiram do *cognitive debriefing* foram consideradas, resultando na versão final (V5) da LCFS em Português Europeu.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados relativos às diferentes etapas que constituíram o processo de tradução e adaptação transcultural da LCFS, para o Português Europeu.

Etapa 1 a 4

Os processos de tradução e retrotradução não geraram dificuldades às tradutoras. A RT 12 foi muito similar à versão original, sendo apenas reconhecidas diferenças em alguns tempos verbais. A síntese das retrotraduções foi enviada aos autores que, na resposta e este contato, acrescentaram termos, que facilitaram a interpretação do conteúdo de alguns itens e que foram úteis nas etapas seguintes (tabela 1).

Tabela 1- Exemplos de itens alterados no processo de tradução linguística da LCFS

Itens alterados no processo de tradução linguística da LCFS		
Versão original	Retrotradução (RT 12)	Resposta dos autores
<i>Unaware of others needs and feelings</i>	<i>Unaware of others needs and feelings</i>	<i>Limited awareness of others needs and feelings</i>
<i>Irritable</i>	<i>Irritable</i>	<i>May easily become irritable</i>
<i>Responds to external stimuli with physiological changes generalized gross body movement and/or not-purposeful vocalization</i>	<i>Responds to external stimuli with physiological changes generalized gross body movement and/or not-purposeful vocalization</i>	<i>Responds to external stimuli with physiological changes generalized gross body movement, increased or decreased level of activity and/or not-purposeful vocalization</i>

Etapa 5 - Painel de Peritos

Os peritos tiveram acesso à versão original da LCFS, diferentes traduções e versão que resultou do processo realizado até então (V2). Foi solicitado que individualmente, cada perito analisasse todos os 84 itens constituintes da escala em estudo.

Deste processo obtiveram-se os seguintes resultados: 36 (43%) itens tiveram concordância de todos os peritos, sem sugestões de alteração; 33 (39%) itens obtiveram a concordância da totalidade dos peritos, após reduzidas alterações; 10 (12%) itens da escala, alcançaram 80% de concordância dos peritos (4 em 5 peritos), após sofrerem alterações; 5 (6%) itens não obtiveram nível de concordância mínima, por dificuldades no processo de análise, tendo sido pedidos esclarecimentos aos autores.

O resultado final (V4) traduziu-se na alteração de alguns termos e adequação sintática de alguns itens particularmente os mais extensos (tabela 2).

Tabela 2 – Exemplos de itens alterados na etapa Painel de Peritos

Itens alterados na etapa Painel de Peritos	
Versão 2	Versão 4
<i>Ausência <u>total</u> de mudanças comportamentais <u>quando apresentado a</u> um estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso</i>	<i>Ausência de mudanças comportamentais <u>observáveis perante</u> um estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso</i>
<i><u>Demonstra retração</u> ou vocalização a estímulos dolorosos</i>	<i><u>Apresenta resposta motora em retirada</u> ou vocalização a estímulos dolorosos</i>
<i><u>Em alerta, não agitado, mas</u> pode vaguear ao acaso ou com uma vaga intenção de ir para casa</i>	<i><u>Vigil, sem agitação,</u> pode vaguear ao acaso ou com uma vaga intenção de ir para casa</i>
<i><u>Impróprio</u></i>	<i><u>Inapropriado</u></i>

Etapa 6 - Cognitive Debriefing

Neste processo, 8 enfermeiros analisaram a clareza e a compreensibilidade de cada item da LCFS, na sua versão 4 (V4).

O termo “pode”, presente em vários itens, suscitou dúvidas em todos os elementos. A decisão da sua substituição pela expressão “por vezes”, foi unânime, por traduzir de forma mais clara a frequência e flutuação de algumas respostas e comportamentos das pessoas com TCE. Os termos “inconsistentemente” e “emergente” também foram alvo de discussão, no entanto, foram mantidos por serem caracterizadores da condição comportamental e cognitiva da pessoa com TCE e pela importância da valorização de pequenas mudanças que caracterizam a evolução cognitiva pós TCE (tabela 3).

Palavras como “automonitorização” e “estruturação” suscitaram algum debate, todavia, não foram substituídas por não terem sido encontradas alternativas que melhor definissem o que se pretendia avaliar.

Todos os elementos manifestaram necessidade de associar a expressão “de outrem” ao termo “orientação”, em dois itens, de forma a aumentar a clareza do nível de apoio em avaliação.

Tabela 3 – Exemplos de itens alterados na etapa Cognitive Debriefing

Itens alterados na etapa Cognitive Debriefing	
Versão 4	Versão 5
<i><u>Pode apresentar</u> comportamento de oposição/ não cooperação.</i>	<i><u>Por vezes apresenta</u> comportamento de oposição/ não cooperação.</i>
<i><u>Inconsistentemente</u> orientado em relação ao espaço e/ou tempo.</i>	<i><u>Por vezes orientado</u> em relação ao espaço e/ou tempo.</i>
<i>As respostas podem ser <u>significativamente</u> tardias.</i>	<i>As respostas podem ser tardias.</i>

Etapa 7 - Revisão e relatório final

Os investigadores consideraram as alterações sugeridas no *cognitive debriefing* definindo a versão final (V5) da LCFS em Português Europeu (tabela 4).

Tabela 4- Versão final da LCFS (Português Europeu)

VERSÃO FINAL DA LCFS (Português Europeu)
Nível 1: Sem Resposta (Assistência Total)
Ausência de mudanças comportamentais observáveis perante estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso.
Nível 2: Resposta Generalizada (Assistência Total)
Apresenta resposta reflexa generalizada a estímulos dolorosos.
Responde a estímulos externos com mudanças fisiológicas generalizadas, movimento corporal grosseiro, aumentando ou diminuindo o nível de atividade e/ou vocalização não intencional.
As respostas mencionadas anteriormente podem ser as mesmas independentemente do tipo e localização do estímulo.

As respostas podem ser tardias.

Nível 3: Resposta Localizada (Assistência Total)

Apresenta resposta motora em retirada ou vocalização a estímulos dolorosos.

Afasta-se ou dirige-se a estímulos auditivos.

Pestaneja quando uma luz intensa entra no seu campo visual.

Segue objetos em movimento que entrem no seu campo visual.

Responde ao desconforto puxando tubos ou imobilizações.

Responde inconsistentemente a ordens simples.

As respostas são diretamente relacionadas com o tipo de estímulo.

Por vezes responde a algumas pessoas (especialmente a família e amigos), mas não a outras.

Nível 4: Confuso - Agitado (Assistência Máxima)

Apresenta períodos de vigília e de elevado estado de atividade/reactividade.

Apresenta tentativas para remover imobilizações, dispositivos médicos ou sair da cama.

Por vezes executa atividades motoras tais como sentar, andar e alcançar algo, sem qualquer propósito aparente ou a pedido de outrem.

Momentos muito breves e geralmente não intencionais de atenção mantida.

Ausência de memória de curto prazo.

Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização.

Por vezes chora ou grita de forma exagerada em resposta a estímulos, mesmo após a sua remoção.

Por vezes apresenta comportamento agressivo e/ou de fuga.

O humor por vezes oscila da euforia à hostilidade sem relação aparente com o ambiente.

Incapaz de cooperar nos cuidados.

As verbalizações são frequentemente incoerentes e/ou inadequadas para as atividades ou ambiente.

Nível 5: Confuso - Inapropriado - Não Agitado (Assistência Máxima)

Vígil, sem agitação, por vezes vagueia ao acaso ou com vaga intenção de ir para casa.

Por vezes torna-se agitado em resposta a estímulos externos e/ou à falta de estruturação ambiental.

Desorientado relativamente ao espaço e/ou tempo.

Frequentes e breves períodos de atenção mantida, de carácter não intencional.

Comprometimento grave da memória de curto prazo.

Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização.

Demonstra frequentemente o uso inadequado de objetos, sem orientação de outrem.

Por vezes é capaz de executar tarefas que lhe são familiares, com estruturação e orientação de outrem.

Incapaz de aprender novas informações.

Capaz de responder adequadamente a ordens simples, de forma consistente, com estruturação e orientação de outrem.

As respostas a ordens simples, sem estruturação e orientação, são aleatórias e despropositadas.

Capaz de conversar socialmente, num nível automático, por breves períodos de tempo, quando lhe é fornecida estruturação e orientação.

As verbalizações sobre acontecimentos atuais tornam-se inadequadas e confabuladas quando não lhe é fornecida estruturação e orientação.

Nível 6: Confuso - Apropriado (Assistência Moderada)

Inconsistentemente orientado em relação ao espaço e/ou tempo.

Capaz de executar tarefas, que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante 30 minutos, com assistência moderada.

A memória de longo prazo tem maior profundidade e detalhe do que a memória de curto prazo.

Reconhecimento vago de alguns funcionários.

Capaz de usar auxiliares de memória com assistência máxima.

Consciência emergente de respostas apropriadas para as necessidades básicas do próprio e da família.

Comportamento progressivamente direccionado a objetivos relacionados com a satisfação das suas necessidades básicas.

Necessita de assistência moderada para resolver problemas e obstáculos à conclusão de tarefas.
 Necessita de assistência mínima para executar tarefas aprendidas no passado.
 Demonstra iniciativa para executar tarefas reaprendidas.
 Necessita de assistência máxima para executar novas tarefas aprendidas, demonstrando reduzida ou nenhuma iniciativa.
 Sem consciência da sua deficiência, da sua incapacidade e dos riscos relativos à segurança.
 Segue orientações simples de forma consistente.
 As verbalizações são apropriadas em situações estruturadas e fortemente familiares.

Nível 7: Automático - Apropriado (Assistência mínima)

Consistentemente orientado em relação a si e ao espaço, em ambientes fortemente familiares. Assistência mínima na orientação temporal.
 Capaz de executar tarefas que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante pelo menos 30 minutos, com assistência mínima para as concluir.
 Capaz de usar auxiliares de memória com assistência mínima.
 Necessita de assistência mínima para novas aprendizagens.
 Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais e domésticas, apresentando vaga memória do que esteve a fazer.
 Capaz de monitorizar a precisão e a totalidade de cada passo das rotinas pessoais e domésticas e modificar o plano com assistência mínima.
 Tem consciência superficial da sua condição, mas não das suas deficiências e incapacidades específicas, nem das limitações que estas colocam na sua capacidade de completar as rotinas com segurança e precisão, em contexto doméstico, comunitário, de trabalho e lazer.
 Assistência mínima para a segurança nas rotinas domésticas e atividades comunitárias.
 Planeamento irrealista do futuro.
 Incapaz de pensar sobre as consequências de uma decisão ou ação.
 Sobrestima capacidades.
 Tem dificuldade em reconhecer as necessidades e os sentimentos dos outros.
 Por vezes apresenta comportamento de oposição/ não cooperação.
 Tem dificuldade em reconhecer comportamentos inapropriados de interação social.

Nível 8: Intencional - Apropriado (Supervisão)

Consistentemente orientado em relação a si, ao espaço e ao tempo.
 Executa e completa tarefas, que lhe são familiares, de forma independente, durante 1 hora, em ambientes com distrações.
 Capaz de recordar e integrar acontecimentos passados e recentes.
 Capaz de usar auxiliares de memória com supervisão.
 Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais, domésticas, comunitárias, de trabalho e de lazer, que lhe são familiares, com supervisão e modifica o plano, quando necessário, com assistência mínima.
 Não necessita de assistência para executar novas tarefas aprendidas.
 Tem consciência e reconhece as suas deficiências e incapacidades, quando estas interferem com a conclusão de tarefas, mas necessita de supervisão para tomar as medidas corretivas necessárias.
 Pensa sobre as consequências de uma decisão ou ação, com assistência mínima.
 Sobrestima ou subestima as suas capacidades.
 Reconhece as necessidades e os sentimentos dos outros e responde de forma apropriada com assistência mínima.
 Facilmente apresenta humor depressivo.
 Facilmente irritável.
 Baixa tolerância à frustração.
 Argumentativo.
 Tem dificuldade em compreender outros pontos de vista.
 Involuntariamente dependente/independente.
 Capaz de reconhecer um comportamento de interação social como inapropriado, enquanto este ocorre e de tomar medidas corretivas com assistência mínima.

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o processo de tradução e adaptação da LCFS para o Português Europeu.

Nas etapas de equivalência linguística não foram identificadas dificuldades no processo de tradução e retrotradução e verificou-se qualidade nas traduções, facilitando as etapas seguintes.

A participação dos profissionais de diferentes áreas da saúde no painel de peritos, tal como vários autores sugerem [7] [8], permitiu uma análise profunda e multidimensional da LCFS, tendo-se obtido consenso em 94% dos itens que a constituem, apesar da extensão da escala.

Na etapa *cognitive debriefing* foram incluídos enfermeiros com elevada experiência profissional no cuidado à pessoa com TCE, os quais reconheceram a compreensibilidade dos itens da escala e a sua relevância e pertinência para a prática.

As intervenções, sugestões e esclarecimentos dos autores da escala original para a validação semântica, na verificação de propostas de acerto, na apresentação de alternativas com clarificação de palavras e explicação de conceitos foram considerados fortes contributos, pois permitiram maximizar a compreensão dos itens, otimizando as etapas ao longo do estudo.

Neste estudo, a fase metodológica foi similar à utilizada no processo de adaptação e validação transcultural da LOCFAS (Levels of Cognitive Functioning Assessment Scale - Escala de Avaliação de Níveis de Funcionalidade Cognitiva) para o contexto italiano. [12] A escala LOCFAS resultou do processo de transformação e adaptação dos primeiros cinco níveis da LCFS [6] [10] [11]. No entanto, salienta-se a utilização de um maior número de peritos e a realização da etapa de *cognitive debriefing* no presente estudo, tornando o processo de tradução e adaptação transcultural da LCFS mais rigoroso.

Na adaptação e validação transcultural da LOCFAS para o contexto italiano foi realizado um pré-teste [12], que representa uma implicação do presente estudo para a investigação, dando continuidade e concluindo o processo de validação transcultural da LCFS para o Português Europeu. Simultaneamente, permite testar a sua aplicabilidade, constituindo-se também como uma implicação significativa para a prática clínica, através da disponibilização de um instrumento validado para a comunidade clínica e científica.

Sugere-se ainda a realização de estudos posteriores de comparação com outras escalas de avaliação da consciência e cognição, validadas para o Português Europeu.

CONCLUSÃO

Neste estudo realizou-se o processo de tradução e adaptação transcultural da LCFS para o Português Europeu através de um processo metodológico rigoroso, que na sua versão final apresenta equivalência linguística e semântica com a escala original.

Este instrumento, validado e com uma linguagem uniformizada, facilitará a avaliação cognitiva e comportamental pela equipa de saúde transdisciplinar e a implementação de programas de reabilitação sistematizados e ajustados às necessidades e especificidades das pessoas com TCE.

Relativamente à metodologia, reconhece-se como limitação o facto de não terem sido incluídos outros profissionais de saúde na etapa relativa ao *cognitive debriefing*. Outra limitação relaciona-se com a não realização da validação transcultural da LCFS, representando uma implicação para a investigação que já teve início, através da realização de um estudo na fase pré-teste para avaliação das suas propriedades psicométricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mascarenhas Lino. Sobre a Necessidade de Promover a Prevenção Primária do Traumatismo Craniano. Cartas ao Editor, Acta Med Port. 2020 Mar;33(3):213-216. <https://doi.org/10.20344/amp.13241>
2. Bruns J Jr, Hauser WA. The epidemiology of traumatic brain injury: a review. Epilepsia. 2003; 44 Suppl 10:2-10. PubMed; PMID: 14511388.
3. Simões J. A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma. Universidade de Aveiro. 2011.
4. Hagen C., Malkmus D., Durham P. A Levels of cognitive functioning. Rehabilitation of the Head Injured Adult; Comprehensive Physical Management, Downey, CA: Professional Staff Association of Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. 1979.
5. Hagen C. The Rancho Levels of Cognitive Functioning: The Revised levels. (3rd ed.), Downey, CA: Rancho Los Amigos Medical Center, Communication Disorders Department. 1998.
6. Flannery J, Abraham I. Psychometric properties of a cognitive functioning scale for patients with traumatic brain injury. West J Nurs Res. 1993 Aug;15(4):465-77. PubMed; PMID - 8356838.
7. Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F. & Ferraz, M. B. Recommendations for the cross-cultural adaptation of healthy status measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health. 2002.
8. Sousa V. D., & Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011.17(2), 268-274. <https://doi.org/b4msr3>
9. Lin K, Dulebohn SC. Ranchos Los Amigos. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020 Aug; 30. PubMed; PMID - 28846341
10. Flannery J. Cognitive assessment in the acute care setting: reliability and validity of the Levels of Cognitive Functioning Assessment Scale

(LOCFAS). J Nurs Meas. 1995; 3(1): 43-58. PubMed; PMID - 7493188

11. Flannery J. Using the levels of cognitive functioning assessment scale with patients with traumatic brain injury in an acute care setting. Rehabil Nurs. 1998; 23(2): 88-94. PubMed; PMID - 9668871
12. Galeoto G., Turriziani S., Berardi A., Sansoni J., Santilli V., Mascio M., Paoloni M.- Levels of cognitive functioning assessment scale: italian cross-cultural adaptation and validation. Annali di igiene medicina preventiva e di comunità. 2020. 32 (1), 16-26. ISSN 1120-9135. <http://dx.doi.org/10.7416/ai.2020.2326>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: VP, AR, PC, TM

Metodologia: VP, AR, PC, TM

Tratamento de dados: VP, AR, PC, TM

Preparação do rascunho original: VP, AR, PC, TM

Redação e edição: VP, AR, PC, TM

Revisão: VP, AR, PC, TM

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética do CHUC (Ref.ª: CHUC-95-12).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Agradecimentos:

Os autores agradecem a todos os participantes neste estudo e ao Núcleo de Investigação em Enfermagem do CHUC, na pessoa do Enfermeiro Supervisor António Marques e ao Enfermeiro Ricardo Ferreira, pela colaboração na revisão deste artigo.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.