

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado Profissional em Enfermagem

Nyllo Souza da Silva Bastos

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO
INSTRUMENTO TIME E DO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS**

SÃO PAULO - SP
2014

Nyllo Souza da Silva Bastos

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO
INSTRUMENTO TIME E DO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário São Camilo de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, sob orientação da Prof^a Dr^a Silvia Cristina Furbringer e Silva e co-orientação Prof^a Dr^a Grazia Maria Guerra.

**SÃO PAULO - SP
2014**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Radrizzani

Bastos, Nylo Souza da Silva
Tradução e adaptação transcultural do instrumento TIME e do ciclo de cuidados de feridas / Nylo Souza da Silva Bastos. -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2014.

122 p.

Orientação de Silvia Cristina Furbringer e Silva, Grazia Maria Guerra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Centro Universitário São Camilo, 2014.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Cicatrização de feridas. 3. Tradução. 4. Comparação transcultural. I. Silva, Silvia Cristina Furbringer e II. Guerra, Grazia Maria. III. Centro Universitário São Camilo IV. Título

CDD: 617.93

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Iracema Bastos e Nilton Bastos, exemplos de caráter, decência, dignidade e simplicidade. Vocês me ensinaram as lições de vida mais importantes e a distância em que hoje vivemos, é apenas um detalhe. Pois vocês estarão sempre em meu coração.

Aos meus irmãos Diego Bastos e Bruna Bastos, por sempre acreditarem e estarem ao meu lado.

Aos meus tios José Ramos e Meridiana, pelo acolhimento, confiança, simplicidade, apoio e motivação.

Aos meus amigos e familiares pela minha ausência em diversos momentos.

AGRADECIMENTOS

Concretizar a dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem foi, para mim, mais um desafio a que me propus. Por que me considero uma pessoa de objetivos fixos, e é com grande satisfação que me deparo com mais uma etapa concluída.

À enfermagem, " arte do cuidar", ciência dotada de saberes e práticas admiráveis.

Aos pacientes, razão pela qual me dedico integralmente para aperfeiçoar conhecimentos, visando melhorar cada vez mais a assistência prestada.

À Prof^a Dr^a Silvia e Prof^a Dr^a Grazia, por ter acreditado na possibilidade de execução deste trabalho e pelos grandes ensinamentos que me proporcionaram.

A todos os meus colegas de trabalho, os quais dividem muitas horas de trabalho, plantões e esforço, que compartilharam momentos de ansiedade, luta, cansaço e realizações, muito obrigado pelas palavras e atitudes de incentivo.

“Se um utente tem frio ou febre, ou se sente tonto, ou tem uma escara, a culpa, geralmente, não é a doença mas sim a Enfermagem. Utilizo a palavra Enfermagem por falta de uma melhor... Mas deveria designar o uso apropriado do ar, da luz, do calor, da limpeza, a tranquilidade e a seleção da dieta e a sua administração, com o menor consumo de energia para o utente”.

Florence Nightingale

LISTA DE SIGLAS

UP – ÚLCERAS POR PRESSÃO

NPUAP – NATIONAL PRESURE ULCER ADVISORY PANEL

AHCPR – AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH

NPUAP – THE NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL

EPUAP – EUROPEAN PRESSURE ULCERS ADVISORY PANEL

GNEAUPP – GRUPO NACIONAL PARA O ESTUDO E ASSESSORAMENTO EM ÚLCERAS POR PRESSÃO

UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EUA – ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

CEP – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CONEP – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CT – CONCORDO TOTALMENTE

C – CONCORDO

NCND – NÃO CONCORDO NEM DISCORDO

D – DISCORDO

CT – DISCORDO TOTALMENTE

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – TRADUÇÕES DO INSTRUMENTO TIME: T1, T2 E T3

QUADRO 2 – TRADUÇÕES DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS: T1, T2 E T3.

QUADRO 3 – VERSÃO PROVISÓRIA DO INSTRUMENTO TIME

QUADRO 4 – VERSÃO PROVISÓRIA DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS

QUADRO 5 – VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA DO INSTRUMENTO TIME

QUADRO 6 – VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS

QUADRO 7 – BACK-TRANSLATION DO INSTRUMENTO TIME: T4, T5 E T6

QUADRO 8 – BACK-TRANSLATION DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS: T4, T5 E T6

QUADRO 9 – VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA DO INSTRUMENTO TIME. BACK-TRANSLATED

QUADRO 10 – VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS. BACK-TRANSLATED

QUADRO 11 – APLICAÇÃO DA ESCALA LIKERT NO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS

QUADRO 12 – ORIENTAÇÕES QUANTO A BACK-TRANSLATED SEGUNDO DR. GREGORY SCHULTZ

QUADRO 13 – VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS PARA O PORTUGUÊS

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE TRADUÇÃO

APÊNDICE C – TRADUÇÃO – INGLÊS/PORTUGUÊS – T 1

APÊNDICE D - TRADUÇÃO – INGLÊS/PORTUGUÊS – T 2

APÊNDICE E - TRADUÇÃO – INGLÊS/PORTUGUÊS – T 3

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – LIKERT

APÊNDICE G – TRADUÇÃO VERSÃO PROVISÓRIA - PORTUGUÊS

APÊNDICE H – BACK-TRANSLATION – PORTUGUÊS/INGLÊS – T 4

APÊNDICE I - BACK-TRANSLATION – PORTUGUÊS/INGLÊS – T 5

APÊNDICE J - BACK-TRANSLATION – PORTUGUÊS/INGLÊS –T 6

APÊNDICE K – TRADUÇÃO FINAL – BACK-TRANSLATED – INGLÊS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – TIME

ANEXO B – PRINCIPLES OF WOUND BED PREPARATION

ANEXO C – CIÊNCIA E APROVAÇÃO DO INSTRUMENTO TIME

ANEXO D – CIÊNCIA E APROVAÇÃO DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO F – PARECER DO MENTOR INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS

RESUMO

BASTOS, Nylo Souza da Silva. **Tradução e adaptação do instrumento Time e do Ciclo de cuidados de feridas**. 2014. f. 122. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2014.

Este estudo objetivou traduzir e adaptar culturalmente o instrumento TIME e o Ciclo de Cuidados de Feridas para uso no Brasil. As etapas metodológicas seguiram as diretrizes internacionais para este tipo de estudo, composta pelas seguintes etapas – tradução do instrumento para língua portuguesa, obtenção do consenso das versões traduzidas, avaliação pelo grupo de especialistas, retrotradução e o produto final foi encaminhado para o mentor da escala original para comparação. Resultados: tais etapas permitiram o alcance das equivalências conceitual, de itens, semântica, idiomática e operacional. Concluiu-se que o instrumento TIME e o Ciclo de Cuidados de Feridas estão traduzidos e adaptados culturalmente para uso no Brasil e que o instrumento traduzido e adaptado necessita de uma avaliação de suas qualidades, como a validade de construto e confiabilidade do instrumento.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Cicatrização de feridas, Tradução, Comparação transcultural.

ABSTRACT

BASTOS, Nylo Souza da Silva. **Translation and adaptation of the instrument Time and Wound Bed Preparation**. 2014. f. 122. Dissertation (Professional Master's in Nursing) - São Camilo University Center, São Paulo, 2014.

This study aimed to translate and culturally adapt the TIME and Cycle Wound Care instrument for use in Brazil. The methodological steps followed international guidelines for this type of study, consisting of the following steps - translation tool for English language, obtaining the consensus of the translated versions, reviewed by the expert group, back-translation and the final product was sent to the mentor of the original scale for comparison. Results: such stages allowed the scope of the conceptual similarities of items, semantic, idiomatic and operational. It was concluded that the TIME and Cycle Wound Care instrument are translated and culturally adapted for use in Brazil and translated and adapted the instrument requires an evaluation of their qualities, such as construct validity and reliability of the instrument.

Descriptors: Nursing Care, Wound Healing, Translation, cross-cultural comparison

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	7
LISTA DE QUADROS.....	8
LISTA DE APÊNDICES	9
LISTA DE ANEXOS.....	10
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Motivações do Estudo	16
1.2 A Pesquisa	17
2 OBJETIVO	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4 MÉTODO.....	36
4.1 Adaptação do instrumento TIME e do Ciclo de Cuidados para Feridas	38
4.2 Tradução do instrumento TIME e do Ciclo de Cuidados para Feridas	38
4.2.1 Back-Translation	40
4.2.2 Comparação das escalas nas versões originais e “back-translated”	41
4.3 Análise Semântica	41
5 RESULTADOS.....	43
5.1 Método de tradução e adaptação transcultural do Instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas	43
5.2 Tradução para o português brasileiro e adaptação transcultural do instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas	44
6 DISCUSSÃO	78
7 CONCLUSÕES.....	82
8 REFERÊNCIAS.....	84
9 APÊNDICE.....	90
9.1 APÊNDICE A	90
9.2 APÊNDICE B	91
9.3 APÊNDICE C	95
9.4 APÊNDICE D	97
9.5 APÊNDICE E	99

	14
9.6 APÊNDICE F	101
9.7 APÊNDICE G	104
9.8 APÊNDICE H	106
9.9 APÊNDICE I	108
9.10 APÊNDICE J	110
9.11 APÊNDICE K	112
10 ANEXOS	115
10.1 ANEXO A	115
10.2 ANEXO B	116
10.3 ANEXO C	117
10.4 ANEXO D	118
10.5 ANEXO E	119
10.6 ANEXO F	122

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivações do Estudo

A ideia de realizar um estudo sobre feridas surgiu durante a minha graduação em enfermagem, no período de estágio curricular em uma unidade hospitalar geral de grande porte na Bahia, onde pude presenciar diversos casos de lesões de pele e participar das reuniões do grupo de pele. O contato com essa patologia foi de extrema importância para o meu desenvolvimento profissional.

Enquanto profissional, diariamente tenho a possibilidade de assistir o paciente gravemente crítico, por muitas vezes acometido pela perda da integridade da pele, sendo assistido pelo suporte de uma equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros profissionais).

Desde o início da minha atuação profissional, venho inserido como parte integrante dos grupos de pele, com elaboração de protocolos e responsável pela avaliação e acompanhamento dos pacientes portadores de feridas.

Ao longo do meu trabalho e com pesquisas na literatura, percebi que o cuidado na assistência, principalmente na parte que se trata como prevenção, é a melhor maneira de se estabelecer a integridade do paciente. Pois uma vez acometido por uma lesão, o seu tratamento e evolução se darão por uma gama de fatores.

A assistência prestada sob a visão de pesquisadores renomados e focada na melhoria do paciente, poderia aperfeiçoar o processo de enfrentamento da situação de crise em que se encontra o paciente. Faz-se necessário para que o enfermeiro incorpore em sua prática diária, além de seu julgamento clínico a utilização de instrumentos (escalas), que auxiliam a confirmar o seu julgamento para a adoção de intervenções. Por isso julgo pertinente a tradução do instrumento TIME (*Tissue, Infection, Moisture e Edge*) e do Ciclo de Cuidados de Feridas, para a língua portuguesa, Brasil.

1.2 A Pesquisa

As Úlceras por Pressão (UP) sempre foram um problema para os serviços de saúde, principalmente para as equipes de enfermagem e multidisciplinar, quer seja pela elevada incidência, prevalência e diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas existentes, quer seja pelo aumento da mortalidade, morbidade, custos delas provenientes e diminuição da qualidade de vida dos pacientes.

São muitas as terminologias adotadas indistintamente pelos autores para se referirem a essa lesão, tais como: úlcera por pressão, úlcera por compressão, úlcera de acamado, úlcera de decúbito e escara de decúbito. O termo “úlcera de decúbito” deriva do latim *decumbere*, que significa “deitar-se”, o mesmo acontecendo com o termo “úlcera de acamado”. Tais termos não descrevem adequadamente a fisiopatologia da úlcera por pressão. As “úlceras isquêmicas” são decorrentes de lesão arterial. O termo “escara” define o tecido desvitalizado que recobre a úlcera. (COSTA et al., 2005) Entretanto, o termo úlcera por pressão é o mais aceito por ser o mais descritivo e acurado, definindo-o como uma lesão em qualquer superfície da pele que ocorre como resultado de pressão, justificando-se a utilização do termo úlcera por pressão neste estudo. (ALVES et al., 2008)

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP – Conselho Consultivo Nacional sobre Úlceras por Pressão), uma organização independente formada em 1987 e dedicada à prevenção, manejo, tratamento e pesquisa sobre UP, revisa seu conceito em 2007, definindo-a como uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento, sem alívio de pressão em uma área definida, geralmente uma proeminência óssea, resultando em isquemia, morte celular e necrose tecidual. (STEFANELLO e HAMERSKI, 2006; COSTA et al., 2009)

Fernandes (2008) ressalta que desde a década de 90 a UP tem sido considerada como um indicador negativo do cuidado e, adotada como um dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem por instituições norte-

americanas com esforços direcionados para a redução da incidência por meio de programas de prevenção.

No ano de 1992 foi apresentado o primeiro guia de prevenção de UP, e desde então tem aparecido diversos documentos com o objetivo de homogeneizar as abordagens terapêuticas e resumir os avanços que a investigação proporciona. Assim, nos deparamos com os manuais: *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) Norte-Americana, *The National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) Norte-Americana, *European Pressure Ulcers Advisory Panel* (EPUAP) Europeu, *Grupo Nacional para o Estudo e Assessoramento em Úlceras por Pressão* (GNEAUPP) Espanhola. (ORTIZ, 2009; ARON e GAMBA, 2009)

Apesar da modernização dos serviços e cuidados de saúde, a prevalência das UP permanece como um problema a ser resolvido, sanado, principalmente entre pacientes hospitalizados, pois culmina no prolongamento da sua estadia hospitalar, devido a necessidade de profissionais e produtos especializados, aumento do risco de infecções, dor e desequilíbrios emocionais, perda da funcionalidade ou afastamento do trabalho. (ARAÚJO, ARAÚJO e CAETANO, 2011; MEDEIROS, LOPES e JORGE, 2009)

São definidas como “área de lesão localizada da pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores” e estão associadas com maior risco de morbidade e mortalidade. (PERRONE et al., 2011)

Segundo publicação realizada pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e *Grupo Nacional para o Estudo e Assessoramento em Úlceras por Pressão* (GNEAUPP) (LOURO, FERREIRA e PÓVOA, 2007), são definidas as UP como:

Grau I – alteração observável em pele íntegra, relacionada com a pressão, que se manifesta por um eritema cutâneo que não muda ao retirar a pressão. Em pele escura pode apresentar tons roxos, azuis e vermelhos. Em comparação com uma área adjacente ou oposta do corpo não submetida a

pressão, pode incluir a comparação de um ou mais dos seguintes aspectos: temperatura da pele (quente ou fria), consistência do tecido (edema, rigidez); e/ou sensações (dor, formigamento)

Grau II – perda parcial da pele, que envolve a epiderme, a derme ou ambas. Úlcera superficial que tem aspecto de abrasão, flictena.

Grau III – perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa;

Grau IV – destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio (tendão, cápsula articular). Neste grau como no III, podem apresentar lesões com cavernas, túneis ou trajetos sinuosos.

Entre os determinantes críticos para o aparecimento de UP tem-se a intensidade e a duração prolongada de pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. Estes aspectos estão relacionados: à mobilidade do paciente, que se entende como a capacidade em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele, promovendo assim a circulação; e, à percepção sensorial que implica no nível de consciência e reflete na capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir realizando mudanças de decúbito ou solicitando auxílio para realizá-las. (ANSELMINI, PEDUZZI e JUNIOR, 2009)

O risco para o desenvolvimento de UP é resultante de uma combinação entre fatores intrínsecos ou extrínsecos. Além da sensibilidade cutânea alterada, fatores intrínsecos incluem a perda de controle vasomotor, distúrbios na capacidade metabólica da pessoa devido às enfermidades prolongadas, disfunção nutricional, incontinência urinária e/ou fecal, doenças oclusivas de pequenos vasos, anemia, espasticidade, infecção sistêmica, idade avançada, más condições da pele, doenças neurológicas, fraturas ósseas, doenças cardíacas. Os fatores extrínsecos correspondem a quantidade e duração da

pressão aplicada. A pressão pode ter a forma de compressão direta, força de atrito que pode causar lesão por estiramento do tecido subcutâneo e pressão combinada com fricção da epiderme como a provocada por ferimentos do forro da cama. A exposição da pele a umidade pode levar a maceração da pele e o calor local pode aumentar o metabolismo do tecido levando ao desenvolvimento das úlceras. (STEFANELLO e HAMERSKI, 2006; MEDEIROS, LOPES e JORGE, 2009)

Os pacientes em estado crítico apresentam características peculiares em razão da gravidade do seu quadro clínico, associação de procedimentos complexos e necessidade de vigilância e controles mais frequentes e rigorosos. Assim, estão mais expostos a procedimentos invasivos e maior necessidade de manipulação, o que os tornam mais suscetíveis a complicações, resultando em um maior tempo de permanência hospitalar.

O local mais apropriado para o tratamento e estabilidade de pacientes críticos é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), porém, é considerada por muitos autores, como um dos ambientes hospitalares mais agressivos, tensos e traumatizantes para os pacientes, pois somados à situação crítica em que se encontram, existem fatores prejudiciais à sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intervenções terapêuticas frequentes, isolamento, além do medo de agravamento da doença e da consequente morte, que interferem ainda mais no seu estado geral. Assim, os pacientes confinados ao leito por períodos prolongados em ventilação mecânica, com disfunção motora, sensitiva, falência simples ou múltipla de órgãos, assim como cateteres, drenos, sondas e em uso de drogas vasoativas, sedativas e analgésicas, as quais diminuem a percepção sensorial e prejudicam a mobilidade é mais suscetível ao desenvolvimento de UP, uma complicação de fácil ocorrência, em pacientes críticos hospitalizados. (GOMES et al., 2011; ROGENSKI e KURCGANT, 2012; CREMASCO et al., 2009)

De acordo com Serpa e colegas (2011), diversos fatores tem sido associados ao desenvolvimento de UP e, especificamente no caso de pacientes na UTI, os fatores de risco incluem alterações ou déficits nutricionais, umidade, ventilação mecânica, alterações circulatórias, perfusão tissular

alterada e, principalmente, aumento da exposição à pressão, idade, sepse, período prolongado de hospitalização, algumas doenças crônicas como diabetes, nefropatias e lesões medulares, bem como a admissão de emergência.

Segundo dados do Segundo Estudo Nacional de Prevalência de Úlceras por Pressão da Espanha de 2005, são atendidos diariamente entre 57.000 e 100.000 pacientes com UP, dos quais 84,7% são maiores de 65 anos. Os dados de prevalência da Espanha são similares aos países como Itália (8,3%), França (8,9%), Alemanha (10,2%), Portugal (12,5%) e melhores que a Irlanda (18,5%), País de Gales (26,7%), Bélgica (21,1%), Reino Unido (21,9%), Dinamarca (22,7%), Suécia (23%), Inglaterra (7,9%), Holanda (24,2%), Coreia do Sul (oscila entre 10,5% - 45,5%). O da Jordânia se equivale ao da Espanha (12%). Uma curiosidade que se diferencia dos países citados acima, é a prevalência de um hospital de 3.000 leitos na China que estima-se uma prevalência de UP de 1,8%. (AGREDA, BOU, SORIANO e CASANOVA, 2011; ARAÚJO, ARAÚJO e CAETANO, 2011).

Segundo Araújo (2011), o panorama epidemiológico das UP não faz diferenciação entre os países emergentes e desenvolvidos. É relatado que nos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência e o aumento de custos com o prolongamento do internamento dos pacientes são de 15% e 50%, respectivamente. Já no Brasil, é detectada uma prevalência que varia de 27% e 39,4%, entre hospitalizados com esta patologia. (ARAÚJO, ARAÚJO e CAETANO, 2011).

De acordo com um estudo realizado por Guimil e colegas (2007), os custos na Alemanha referente ao tratamento e gasto com materiais para o cuidado com UP e pé diabético passa de 5 bilhões de euros. Na Espanha esse gasto apenas para as UP está cerca de 1.680 milhões de euros por ano e supõe mais de 5% dos cortes sanitários. O *The National Pressure Ulcer Advisory Panel*, afirma que nos Estados Unidos da América o custo estimado do tratamento para úlcera por pressão é de US\$ 2.000 a US\$ 30.000 por paciente, sendo o custo anual estimado em US\$ 8,5 bilhões. (LIMA e GUERRA, 2011)

Considerando os aspectos expostos e a prevalência das UP no processo de hospitalização, este estudo tem por finalidade avançar com os cuidados de enfermagem na prestação da assistência ao indivíduo portador de UP. Para tanto, se faz necessário o desenvolvimento de tecnologias próprias para o tratamento de feridas como também o desenvolvimento de instrumentos que colaborem na acurácia no processo de avaliação de feridas para pacientes hospitalizados que potencialmente estão mais suscetíveis ao aparecimento de UP e necessitam de atenção especial por parte da equipe de enfermagem.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Realizar a tradução e adaptação transcultural do instrumento TIME proposto por Dowsett e do Ciclo de Cuidados de Feridas proposto por Schultz para a língua portuguesa (Brasil).

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, existem em média 40 escalas de avaliação de risco para UP e seus estudos, na maioria revisões da literatura, são opiniões de especialistas ou adaptações de escalas já existentes. No Brasil, os instrumentos de avaliação mais utilizados para prever a ocorrência de UP são as escalas de Waterlow e Braden e com menos uso a de Norton. Conforme revisão de literatura realizado por Araújo (2011), foram encontrados apenas cinco artigos analisando as três escalas em conjunto, dois desenvolvidos na Grã-Bretanha e os demais na Alemanha, Holanda e China, respectivamente. (ARAÚJO, 2011; ARAÚJO et al., 2011)

A Escala de Waterlow, criada em 1985, avalia sete tópicos principais: relação peso/altura, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações. Além de outros quatro itens que pontuam fatores de risco especiais, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (acima de duas horas) e trauma abaixo da medula lombar. Quanto mais alto o escore, maior será o risco de desenvolver UP. Os pacientes submetidos a essa escala são divididos quanto ao seu grau de risco: em risco (escore de 10 a 14 pontos); alto risco (escore de 15 a 19 pontos) e altíssimo risco (escore \geq 20). (ARAÚJO et al., 2011; ROCHA, 2003)

ESCALA DE WATERLOW ADAPTADA À LÍNGUA PORTUGUESA

Itens	Pontos	Itens	Pontos
IMC		SUBNUTRIÇÃO DO TECIDO CELULAR	
Média	0	Caquexia	8
Acima da média	1	Insuficiência Cardíaca	5
Obeso	2	Doença Vascular Periférica	5
Abaixo da média	3	Anemia	2
TIPO DE PELE (em áreas de risco)		Fumante	1
Saudável	0	DEFICIÊNCIA NEUROLÓGICA	
Muito fina	1	Diabetes	4
Seca	1	Paraplegia Motora ou Sensitiva	6
Com edema	1	CIRURGIA GRANDE PORTE/ TRAUMA	
Úmida e pegajosa (em alta temperatura)	1	Abaixo da medula lombar	5
Descorada	2	Acima de duas horas	5
Quebradiça / marcada	3	APETITE	
SEXO / IDADE		Normal	0
Masculino	1	Pouco	1
Feminino	2	Somente líquido	2
14 – 49	1	SNG/E	
50 – 64	2	Anorético	3
65 – 74	3	MEDICAÇÃO	
75 – 80	4	Alta dosagem:	4
80 +	5	Esteróides	
CONTINÊNCIA		Citotóxicos	
Uso de SVD ou continente	0	Antiinflamatório	
Ocasionalmente incontinente	1		
Uso de SVD e incontinente fecal	2		
Duplamente incontinente	3		
MOBILIDADE			
Total	0		
Inquieto / Agitado	1	TOTAL	
Apático	2	EM RISCO	10+
Restrito / Contido	3	ALTO RISCO	15+
Inerte	4	ALTÍSSIMO RISCO	20+
Dependente de cadeira de rodas	5		

Rocha ABL. Tradução para a língua portuguesa, adaptação transcultural e aplicação clínica da escala de Waterlow para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de decúbito [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2003.

A Escala de Braden foi publicada em 1987 e foi adaptada e validada para a língua portuguesa, conforme o trabalho de [Paranhos e Santos \(1999\)](#). Possui sua base voltada para a fisiopatologia da UP e permite avaliação de aspectos importantes à formação da úlcera, segundo seis parâmetros ou sub-escalas: a percepção sensorial mede a capacidade individual de sentir e relatar o desconforto; a umidade mede o nível em que a pele está exposta à umidade; a mobilidade e a atividade avaliam frequência e duração da atividade, além de mudanças de posição; a nutrição reflete o padrão de ingestão alimentar da pessoa avaliada, bem como de suplementos líquidos; o parâmetro fricção e cisalhamento avalia a capacidade em manter a pele livre do contato com o leito durante seu posicionamento ou movimentação. Cada um desses parâmetros

recebe uma pontuação que varia de 1 a 4, exceto o parâmetro de fricção e cisalhamento que varia de 1 a 3.

A pontuação máxima desta escala é 23 e a mínima é 6; sendo as faixas de classificação de risco: 15 a 18 – risco leve; 13 a 14 – risco moderado; 10 a 12 – alto risco; e ≤ 9 – risco elevado. Assim, os valores inferiores indicam piores condições. (GOMES et al., 2011; SERPA et al., 2011; SILVA et al., 2010)

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.33, n.esp. p. 191-206, 1999.

A escala de Norton avalia cinco parâmetros para grau de risco: condição física; nível de consciência; atividade; mobilidade; incontinência. Cada parâmetro é pontuado com valores de 1 a 4. A soma dos cinco níveis produz um escore que varia de 5 a 20 pontos, interpretados da seguinte forma: ≤ 14 (risco) e < 12 (alto risco). Dessa forma, quanto menor for o resultado final, maior será o risco para o desenvolvimento de UP. (ARAÚJO; ARAÚJO e CAETANO, 2011)

Escala de Norton - Total de 14 pontos ou menos “Correndo Risco”				
Condições Físicas	Condições Mentais	Atividades	Mobilidade	Continência
Boa 4	Alerta 4	Deambula 4	Plena 4	Boa 4
Razoável 3	Apático 3	Deambula com ajuda 3	Discretamente limitada 3	Ocasional 3
Ruim 2	Confuso 2	Senta em uma cadeira 2	Muito limitada 2	Freqüente 2
Muito Ruim 1	Torporoso 1	Permanece no leito 1	Imóvel 1	Urinária e Fecal 1
Total: _____	Total: _____	Total: _____	Total: _____	Total: _____

ARAÚJO, T.M., et al. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 19 (3): 381-5, jul/set 2011.

Apesar da existência de diversas escalas que visam o cuidado e prevenção de úlceras por pressão, diversos estudos relatam que a UP ainda é considerada um grande problema para os profissionais de saúde, tanto pelo seu “aparecimento”, quanto pelo seu desenvolvimento e difícil tratamento.

Nos últimos 20 anos surgiram e se aprimoraram diversas técnicas para a prevenção, cuidado e tratamento de feridas agudas, crônicas e de difícil

cicatrização, incluindo recursos e técnicas mais avançadas, que acabam elevando o gasto com essa ferida e muitas vezes não se obtém o resultado no tempo esperado. O cuidado com feridas coloca em dúvida quanto ao melhor tratamento para intensificar e impulsionar a cicatrização da ferida. Surge então o conceito de preparação do leito da ferida, que visa preparar o leito da ferida para uma rápida cicatrização. (MOFFATT e AGREDA, 2004)

O conceito clínico na otimização de condições clínicas em preparar o leito da ferida, visa o modo de encorajar a cura endógena normal. É uma abordagem que deve ser considerada para todas as feridas que não estão progredindo para cicatrização normal. A preparação do leito da ferida é um conceito, que proporciona uma abordagem estruturada no tratamento de feridas crônicas. A cicatrização de feridas é uma série complexa de eventos que são interligados e dependentes uns dos outros. Feridas agudas geralmente seguem um processo bem definido descrito como: coagulação, inflamação, proliferação celular e reparação da matriz, epitelização e remodelação de tecido cicatricial. (DOWSETT e NEWTON, 2006; DOWSETT, 2006)

Por definição de Falanga (2004) e Schultz e colegas (2003), o preparo do leito da ferida é “a gestão de uma ferida, a fim de acelerar a cicatrização endógena ou para facilitar a eficácia de outras medidas terapêuticas.” (ARON e GAMBA, 2009)

A preparação do leito da ferida não é um conceito estático. Pelo contrário, é um conceito dinâmico ao qual deve se adequar às necessidades da ferida e do seu processo de cicatrização. Falanga foi o primeiro a pesquisar e publicar artigos sobre o conceito em preparar o leito da ferida. (MOFFATT e AGREDA, 2004)

De acordo com Moffatt e Agreda (2004), a preparação do leito da ferida oferece grandes possibilidades para melhorar a qualidade de vida dos pacientes cujas feridas cicatrizam com dificuldade, como serve concomitantemente para apoiar os profissionais de saúde em todos os aspectos relacionados com o tratamento, sendo assim, eficaz com os complexos problemas associados ao processo de cicatrização.

No ano de 2002 surgiu o acrônimo TIME, que visa preparar o leito da ferida. Foi desenvolvido por um grupo de especialistas reconhecidos nas áreas de medicina e enfermagem e envolvidos no cuidado de feridas da *International Wound Bed Preparation Advisory Board* (Junta Consultiva Internacional sobre preparação do leito de feridas) e com a supervisão da Dra. Caroline Dowsett.

O quadro TIME é uma ferramenta útil para a prática, com base na identificação de barreiras para a cura e a implementação de um plano de cuidados para remover essas barreiras e promover cicatrização de feridas. (DOWSETT e NEWTON, 2006) O objetivo do esquema TIME é otimizar o leito da ferida mediante a redução do edema, exsudato, da carga bacteriana e, de forma não menos importante, a correção de anomalias que retardam a cicatrização. Facilita assim, o processo endógeno normal da cicatrização de feridas, tendo sempre em conjunto os fatores subjacentes intrínsecos e extrínsecos, que repercutem na capacidade da ferida em recuperar-se. (FALANGA, 2004)

No ano de 2003 foi publicado no formato de quadro, que relata as observações clínicas de intervenções para cada etapa da fisiopatologia envolvida e os resultados esperados para cada um dos 4 componentes. O instrumento TIME foi revisado no ano de 2004 por Falanga, sendo criada assim uma nova versão, com o intuito de esclarecer o componente relacionado à margem epidérmica. (Anexo A) (ARON e GAMBA, 2009)

T: *Tissue*: tecido necrótico, esfacelo ou material fibrinoso. De acordo com Falanga (2004), o desbridamento deve ser realizado, não somente para promover a obstrução física, para que possa ocorrer a contração, como também para reduzir o número de microrganismos, toxinas e outras substâncias, que reduzem as defesas do hospedeiro.

I: *Infection*: os níveis de bactéria na ferida são definidos como contaminação, colonização, infecção local ou colonização crítica e infecção sistêmica.

M: *Mosisture*: o meio úmido é necessário para uma melhor cicatrização, porém o excesso de fluido pode causar maceração na margem da ferida e na pele ao redor e impedir a cicatrização. Por outro lado, o ressecamento leva à lenta migração das células epidérmicas e limita a regeneração dérmica.

E: *Edge*: a etapa final de cura da ferida é a epitelização, que é a divisão ativa, migração, maturação de células da epiderme a partir da margem da ferida do outro lado da ferida aberta.

Quando as margens da epiderme de uma ferida não migram através do leito da ferida ou as bordas não conseguem contrair e reduzir em tamanho, é necessário tomar medidas dadas ao T, I, M, assegurando assim que todos os aspectos da preparação do leito da ferida tenham sido levados em questão. (ARON e GAMBÀ, 2009)

Nos diferentes tipos de feridas, deve-se prestar atenção quanto aos aspectos das feridas e as intervenções podem influir em mais de um elemento do quadro TIME. Por exemplo, o desbridamento pode ser utilizado para o controle de tecido não viável, mas também o tratamento pode incluir o controle de inflamação e infecção. (MOFFATT e AGREDA, 2004)

Com o intuito de fornecer um programa de cuidados, visando à preparação do leito da ferida, a *International Wound Bed Preparation Advisory Board*, com a supervisão do Dr. Gregory Schultz, desenvolveu em 2004 o Ciclo de Cuidados de Feridas (ANEXO B) no qual inclui o quadro TIME. (DOWSETT e NEWTON, 2006)

Originalmente, os curativos eram conhecidos e utilizados apenas como coberturas que serviam como proteção para as feridas. No entanto, com o desenvolvimento tecnológico, hoje se encontra disponível muitos curativos sofisticados. Muitos deles específicos para cada tipo de lesão e outros, com aplicabilidade nas diversas fases do processo de cicatrização das lesões cutâneas. Entretanto, o custo desta nova tecnologia é relativamente alto e eleva de forma surpreendente os custos hospitalares. Esse desenvolvimento

tecnológico mostra uma necessidade crescente de transformação e/ou adaptação das práticas tradicionais. (BLANES, 2004; DEALEY, 2008)

Vowden e Vowden (2002) referem que a utilização de produtos sofisticados e dispendiosos no tratamento de feridas, apenas se justifica se for garantido um pré-requisito essencial: a formação de um leito da ferida saudável, através de sua adequada preparação.

Para Santos e Carvalho (2008) conhecer os custos da assistência possibilita conhecer o valor econômico do trabalho e planejar a obtenção de recursos. Nesse contexto, o enfermeiro como profissional responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle do trabalho da enfermagem, ao conhecer os custos do seu trabalho, o enfermeiro se instrumentaliza para tomar decisões que garantam a otimização dos recursos disponíveis, sem que o controle dos custos venha a depreciar a qualidade da assistência.

Corroborando com Santos e Carvalho (2008) a Organização Mundial de Saúde (OMS), já em 1982, apontava o enfermeiro como profissional da área de saúde com o maior potencial para assegurar uma assistência rentável, ou seja, eficaz em função dos custos. Isso pelo simples fato dos enfermeiros estarem presentes em todos os serviços e trabalharem diretamente com o cliente, podendo avaliar a assistência prestada.

A partir disso, a proposta deste estudo é traduzir e adaptar o instrumento TIME e o Ciclo de Cuidados de Feridas, com o intuito de melhorar a prática na assistência do cuidado com feridas.

MÉTODO

4 MÉTODO

A importância da pesquisa transcultural, no domínio da Enfermagem, baseia-se na premissa do estabelecimento de um corpo universal de conhecimentos científicos que fundamente a profissão atravessando fronteiras, generalizando teorias, identificando padrões e sínteses de denominadores comuns em teorias que sejam válidas entre várias culturas. (O'BRIEN, 1981; DECHESNAY, 1983).

A adaptação transcultural tem dois componentes – a tradução do instrumento e sua adaptação, propriamente dita. Isso implica na combinação da tradução literal de palavras e sentenças individuais, de um idioma para outro, de um contexto cultural para outro e na avaliação da qualidade da medida adaptada em relação aos componentes de sensibilidade: proposta da medida, compreensibilidade, validade aparente e de conteúdo, replicabilidade e adequação das escalas (GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON, 1993).

A adaptação transcultural de instrumentos de medida consiste em um processo que inclui tradução e adaptações linguísticas necessárias para que o instrumento possa ser utilizado por uma população com idioma e características culturais distintas da do instrumento original. Uma simples tradução do instrumento não abrange todas as complexidades culturais das sociedades do instrumento original, assim é necessário que se busque ajustar as palavras ao contexto cultural para que se mantenha o mesmo conceito ou ideia que o original propõe (Guillemin, 1995). O objetivo é garantir que a versão adaptada seja equivalente à versão original, além de proporcionar uma melhor compreensão para a população alvo (Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz, 2000).

A autorização formal para uso dos instrumentos (Anexo A e Anexo B), foram obtidos junto à Dra. Caroline Dowsett e Dr. Gregory Schultz respectivamente, que juntos mantêm os direitos autorais. O procedimento para autorização foi realizado durante o mês de dezembro de 2012, através de contato por correio eletrônico (Apêndice A). A resposta também foi tida pelo

método de correio eletrônico com o consentimento e autorização para a execução da tradução. (Anexo C e Anexo D)

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, em 03/11/2013. Não se enquadrando na categoria de sujeito da pesquisa, foi então dispensado da necessidade de apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 14/11/2013 e da necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para comitê de especialistas, conforme parecer número 458.600. (Anexo E)

Herdman e colegas (1998) alegam que a adaptação transcultural de instrumentos devem atender a equivalência nas seguintes áreas:

1) Equivalência conceitual: avalia a equivalência do construto na cultura original em comparação a cultura alvo. Procura garantir que a população em estudo compreenda de maneira equivalente os conceitos expostos no instrumento. Pode ser garantido através de uma exaustiva revisão de literatura sobre o tema na população alvo e na original (**Herdman et al., 1998**).

2) Equivalência de itens: avalia se os itens que compõem a escala estimam os mesmos domínios e se são relevantes nas mesmas culturas. Envolve revisão teórica, consulta com especialistas e com a população alvo (**Herdman et al., 1998**).

3) Equivalência Semântica: assegura que o sentido das palavras é o mesmo nos dois instrumentos, ou seja, objetiva alcançar efeitos similares nos respondentes de ambas culturas (**Herdman et al., 1998**). Consistirá em cinco etapas: (1ª) uma tradução da escala inglês para o português, por profissional com conhecimento profundo da língua inglesa; (2ª) uma retrotradução por um profissional familiarizado com a língua e a cultura inglesa; (3ª) análise semântica por comitê de especialistas, (4ª) o autor do presente estudo avaliará as apreciações feitas pelos especialistas, discutindo os itens e decidindo por aqueles que farão parte da nova versão da escala para o português; (5ª) aplicação da versão final a uma amostra da população alvo, buscando avaliar

se o instrumento foi bem compreendido por esta população. (Juniper et al., 1995)

4) equivalência de mensuração: refere-se às propriedades psicométricas utilizadas para testar a equivalência de um instrumento em duas línguas diferentes, avaliada por meio de medidas de confiabilidade e validade (Herdman et al., 1998).

4.1 Adaptação do instrumento TIME e do Ciclo de Cuidados para Feridas

Buscando alcançar a maior equivalência possível entre instrumentos aplicados em idiomas diferentes, os instrumentos TIME e Ciclo de Cuidados para Feridas foram adaptados para a língua portuguesa, seguindo o referencial metodológico proposto por GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995 e BEATON et al., 2000, que compreende:

- Tradução para o português;
- “back-translation” para o inglês;
- Avaliação da equivalência entre o instrumento original e a versão “back-translation”.

4.2 Tradução do instrumento TIME e do Ciclo de Cuidados para Feridas

A tradução do instrumento TIME e do Ciclo de Cuidados para Feridas, originalmente desenvolvidos em língua inglesa, foi a primeira etapa do processo.

Nesta etapa, optou-se por selecionar tradutores fluentes nas maneiras formais e coloquiais dos idiomas envolvidos em ambas as versões. Assim, a escolha das tradutoras atendeu ao critério proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), que sugerem que os tradutores devem ser nascidos no país onde a escala estará sendo avaliada e ter domínio do idioma nativo e do original da escala. Assim para a tradução da escala do inglês para o português (primeira etapa), foram selecionadas as seguintes participantes: três brasileiras selecionadas a partir de um contato prévio, com experiência na área e com domínio notório da língua inglesa. A primeira enfermeira residiu na Inglaterra, a

segunda com viagens frequentes para Europa e a terceira com conhecimento comprovado por curso de extensão em inglês e convívio com a língua em ambiente de trabalho.

Foi elaborado um instrumento para facilitar a tradução e possíveis sugestões quanto a tradução realizada. (Apêndice B) Tal instrumento foi enviado para cada uma das três enfermeiras via correio eletrônico, para que pudessem realizar a tradução.

As enfermeiras realizaram a tradução de forma independente, permitindo a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos, formando assim 3 traduções independentes, denominadas T1, T2 e T3. (Apêndice C, Apêndice D e Apêndice E). Isso possibilitou ampla discussão quando notada divergência entre as versões fornecidas, gerando boa adequação dos enunciados ao que era proposto no instrumento original.

Após o recebimento das traduções, foi elaborado pelo pesquisador uma síntese das três versões, com o intuito de facilitar o processo de retrotradução. Formando assim a primeira versão provisória traduzida do instrumento. (Apêndice G)

Esta síntese da versão prévia da tradução foi discutida pelo pesquisador e um grupo de revisão composto por 4 enfermeiras, que neste estudo serão intituladas como grupo de especialistas. Foram intituladas por este termo, por serem enfermeiras selecionadas a partir de um contato prévio devido grau de confiabilidade, terem no mínimo 2 anos de experiência na área da enfermagem, especialistas na área de terapia intensiva e interesse no tema proposto. O grupo foi composto por 4 enfermeiras, para facilitar o processo de decisões, onde caso houvesse um empate em alguma decisão, o pesquisador decidiria qual conduta seguir.

Nesta etapa foi elaborado e utilizado um instrumento contendo a versão original da escala, a síntese da versão traduzida e um espaço para que o grupo de especialistas registrassem suas sugestões. Incluindo uma escala Likert com as seguintes classificações: Concordo Totalmente (CT); Concordo (C); Não

Concordo Nem Discordo (NCND); Discordo (D) e Discordo Totalmente (DT) (Apêndice F). Após revisão, concluiu-se a primeira versão provisória única da escala, baseada nas três primeiras traduções realizadas. (Apêndice F)

4.2.1 Back-Translation

Back-translation é o termo utilizado para definir o procedimento de re-tradução do instrumento, ou seja, traduzir a versão do idioma-alvo para o idioma de origem e a comparação entre essa versão e o instrumento de origem.

A finalidade da back-translation é verificar se existem divergências no significado e conteúdo entre a versão original e a traduzida, as tradutoras não foram orientadas quanto aos objetivos do estudo e conceitos temáticos do material, procedimento denominado back-translation cega.

Segundo [Guillemin, Bombardier e Beaton \(1993\)](#), [Guillemin \(1995\)](#) e [Beaton e colegas \(2000\)](#) deve-se proceder tantas back-translations quantas traduções forem efetuadas. [Guillemin e colegas \(1993\)](#) ainda apontam que de preferência os retrotradutores devem ser nascidos e alfabetizados em país de língua igual à da escala original e que possuam domínio linguístico e cultural do idioma da versão a ser adaptada. Seguindo estes critérios, a versão provisória única foi encaminhada para três pessoas naturalizadas como Brasileiras, com cidadania norte-americana, tendo vivência de no mínimo 10 anos nos Estados Unidos e fluência nos dois idiomas. Estes tradutores realizaram a tradução de forma independente, permitindo a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos, formando assim 3 traduções independentes, denominadas de T4, T5 e T6. (Apêndice H, Apêndice I e Apêndice J).

Após cada uma delas realizar o “back-translation” da versão provisória, foi avaliado pelo pesquisador e por um professor de línguas de nacionalidade inglesa e com fluência nos dois idiomas, as três versões, formulando assim uma versão provisória única, denominada de “Back-Translated”. (Apêndice K)

4.2.2 Comparação das escalas nas versões originais e “back-translated”

Para ser efetuada a comparação das versões da escala, foi apresentado ao grupo de especialistas, as quais juntamente com o pesquisador, apresentaram sua opinião quanto a tradução das escalas, visando uma melhor forma idiomática, conceitual e uma adaptação transcultural. Para esta etapa foi utilizado o mesmo instrumento Likert do processo de tradução. (Apêndice F)

4.3 Análise Semântica

A análise semântica do instrumento consistiu na submissão da escala original ao grupo de especialistas, com o objetivo de avaliarem a compreensão dos itens da escala. Foi solicitado que colaborassem oferecendo sugestões ao conteúdo, com expressões e frases, tornando-as mais compreensíveis ao contexto brasileiro. Algumas modificações foram propostas por uma das enfermeiras quanto à semântica do instrumento, e as demais enfermeiras não fizeram nenhuma alteração. Contudo, verificou-se que não houve nenhuma concordância entre as alterações propostas pela enfermeira. Sendo assim, optou-se por manter os itens traduzidos sem nenhuma alteração.

O instrumento resultante denominado “Back-Translated”, por fim foi enviado via correio eletrônico para o Dr. Gregory Schultz (Ciclo de Cuidados para Feridas), para uma comparação e possível modificação entre as escalas original e “back-translated”.

O instrumento TIME, não foi encaminhado para a Dra Caroline Dowsett, por ter se mantida a forma intacta do instrumento original. Não necessitando de uma avaliação quanto a tradução, já que a autora não tem fluência na língua portuguesa.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Método de tradução e adaptação transcultural do Instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas

O desenvolvimento do estudo foi descrito no fluxograma abaixo. (Figura 1):

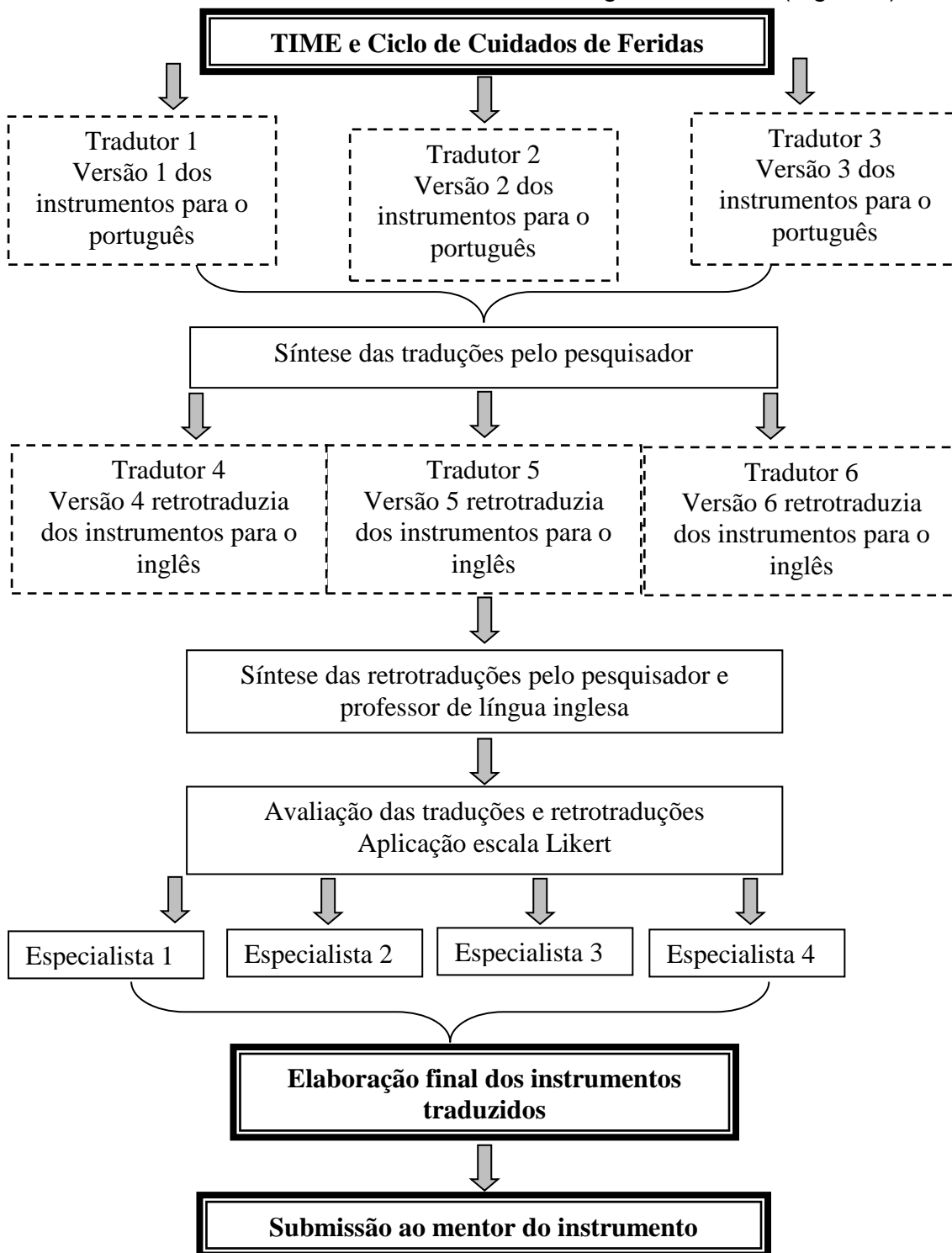


Figura 1- Percurso metodológico da tradução e adaptação transcultural dos instrumentos TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas para o português brasileiro.

5.2 Tradução para o português brasileiro e adaptação transcultural do instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas

Na primeira fase do estudo, na qual foi realizada a tradução para o português brasileiro, participaram 3 tradutoras, selecionadas a partir de um contato prévio, com experiência na área e com domínio notório da língua inglesa, que seguiam as seguintes características profissionais:

A primeira tradutora chamada de T1, possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Jorge Amado - Bahia, Especialização em Terapia Intensiva e residiu em Londres (Inglaterra). A segunda tradutora chamada de T2, possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico pelo Hospital Israelita Albert Einstein e viagens frequentes para Europa. A terceira tradutora chamada de T3, possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, MBA em Administração e Gestão de Negócios, High Advanced Level em Inglês – Cultural Norte Americano e convívio com a língua em ambiente de trabalho.

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO TIME			
QUADRO ORIGINAL TIME	TRADUÇÃO T1	TRADUÇÃO T2	TRADUÇÃO T3
TISSUE	Tecido	Tecido	Tecido
INFECTION	Infecção	Infecção	Infecção
MOISTURE	Umidade	Umidade	Umidade
EDGE	Borda	Borda	Margem / Borda

Quadro 01: Traduções do instrumento time: T1, T2 e T3.

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS			
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	T1	T2	T3
Clinical observations	Observações Clínicas	Observações Clínicas	Observações clínicas
Proposed pathophysiology	Fisiopatologia Proposta	Fisiopatologia proposta	Fisiopatologia proposta
WBP clinical actions	Ação Clínica	Manejo clínico do leito da ferida	WBP ações clínicas
Effect of WBP actions	Efeito das Ações de Preparo do Leito da Ferida	Efeito das ações da WBP	Efeito das ações WBP
Clinical outcome	Resultado Clínico	Resultados clínicos	Evolução clínica
Tissue non-viable or deficient	Tecido não viável ou deficiente	Tecido inviável ou deficiente	Tecido não viável ou deficiente
Defective matrix and cell debris impair healing	Matriz defeituosa e cura obstaculizada de todos os detritos celulares	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos	Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Desbridamento episódico ou contínuo. *autolítico, afiado cirúrgico, enzimática, mecânica ou biológica. *agentes biológicos	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos	Desbridamento (um episódio ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restauração da base da ferida e extracelular funcional Proteínas de matriz	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular	Restauração do leito da ferida e proteínas de matriz extracelulares funcionais

Viable wound base	Base de ferida viável	Base de ferida viável	Leito da ferida viável
Infection or Inflammation	Infecção ou inflamação	Infecção ou Inflamação	Infecção ou inflamação
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada. Citocinas inflamatórias. Atividade de protease. Atividade do fator de crescimento.	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	* Contagem bacteriana alta * Inflamação prolongada * Citocinas inflamatórias * Atividade de proteases * Atividade do fator de crescimento
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatory *Protease inhibition	Remover focos de infecção tópica ou sistêmica. Antimicrobianos Anti-inflamatórios Inibição da protease	Remover focos infectado Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease	Remover focos infectados (tópico ou sistêmico): * antimicrobianos * anti-inflamatórios * Inibição da protease
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada Citocinas inflamatórias Atividade de protease Atividade do fator de crescimento	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: * Citocinas inflamatórias * Atividade de proteases * Atividade do fator de crescimento
Bacterial balance and reduced inflammation	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.	Equilíbrio bacteriano e redução na inflamação
Moisture imbalance	Desequilíbrio de umidade	M-desequilíbrio de umidade	Moisture imbalance / desequilíbrio de umidade
Desiccation slows epithelial	Dessecação lenta da migração de	Dissecção retardada	Dessecação lenta das células

cell migration	células epiteliais	migração celular epithelial	epiteliais
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excessivos fluidos causam maceração da margem da ferida	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida	Causas excessivas de fluídos; maceração da margem da ferida
Apply moisture-balancing dressings	Aplicar curativos para equilíbrio da umidade	Aplicar curativos de equilíbrio de umidade	Aplicar curativos úmidos-equilibrados
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluidos	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.	Compressão, pressão negativa ou outros métodos para remoção de fluídos.
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restauração da migração de células epiteliais Evitado dessecação	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecação prevenida.	Restaurado migração de células epiteliais. Dessecação evitada
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excesso de fluido controlado, maceração evitada	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.	Edema, controle excessivo de fluídos, maceração evitada
Moisture balance	Equilíbrio da umidade/hidratação	Hidratação equilibrada	Equilíbrio na hidratação
Edge of wound — non-advancing or undermining	Borda da ferida Não avança ou mina	E- borda da ferida - sem evolução ou minando	Edge of wound — non-advancing or undermining Leito da ferida – não avançado ou ?

Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queratinócitos não migráveis Células da ferida não responsivas Anormalidade na matriz extra-celular ou atividade de protease anormal	Queracinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.	Queratinócitos “não-migradores”, células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou anormal atividade de protease
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas Desbridamento Enxertia de pele Agentes biológicos Terapias adjuvantes	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes	Reavaliar causas ou considerar terapias corretivas: *Debridamento, *Exerto de pele *Agentes biológicos *Terapias adjuvantes
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Migrando queratinócitos e resposta celular da ferida Restauração do perfil apropriado de protease	Queracinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.	Migração de queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil de protease apropriado
Advancing edge of wound	Borda da ferida avançando	Avanço da borda da ferida.	Avançando a borda da ferida

Quadro 02: Traduções do instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas: T1, T2 e T3.

Após o recebimento das traduções, foi elaborado pelo pesquisador uma síntese das três versões, com o intuito de facilitar o processo de retrotradução. Formando assim a primeira versão provisória traduzida do instrumento.

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO TIME	
QUADRO ORIGINAL TIME	TRADUÇÃO VERSÃO PROVISÓRIA
TISSUE	Tecido
INFECTION	Infecção
MOISTURE	Umidade
EDGE	Borda

Quadro 3: Versão Provisória do Instrumento TIME

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	TRADUÇÃO VERSÃO PROVISÓRIA
Clinical observations	Observações Clínicas
Proposed pathophysiology	Fisiopatologia proposta
WBP clinical actions	Manejo clínico do leito da ferida
Effect of WBP actions	Efeitos das ações da WBP
Clinical outcome	Resultados clínicos
Tissue non-viable or deficient	Tecido inviável ou deficiente
Defective matrix and cell debris impair healing	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular
Viable wound base	Base de ferida viável
Infection or Inflammation	Infecção ou Inflamação
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias

Protease activity Growth factor activity	Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remover focos infectado Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento
Bacterial balance and reduced inflammation	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.
Moisture imbalance	desequilíbrio de umidade
Desiccation slows epithelial cell migration	Dissecção retarda migração celular epithelial
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida
Apply moisture-balancing dressings	Aplicar curativos de equilíbrio de umidade
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecção prevenida.
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.
Moisture balance	Hidratação equilibrada

Edge of wound — non-advancing or undermining	borda da ferida - sem evolução ou minando
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.
Advancing edge of wound	Avanço da borda da ferida.

Quadro 04: Versão Provisória do Instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas.

Esta síntese da versão prévia da tradução foi discutida pelo pesquisador e um grupo de revisão composto por 4 enfermeiras, que neste estudo serão intituladas como grupo de especialistas. Foram intituladas por este termo, por serem enfermeiras selecionadas a partir de um contato prévio devido grau de confiabilidade, terem no mínimo 2 anos de experiência na área da enfermagem, especialistas na área de terapia intensiva e interesse no tema proposto. O grupo foi composto por 4 enfermeiras, para facilitar o processo de decisões, onde caso houvesse um empate em alguma decisão, o pesquisador decidiria qual conduta seguir. A análise das equivalências conceitual, semântica, idiomática, experiencial e operacional, realizada pelo grupo de especialistas, objetivou a aplicabilidade prática dos termos usados no instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas. Todos os itens foram avaliados em conjunto pelo grupo de especialistas, formando assim a versão provisória única.

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO TIME	
QUADRO ORIGINAL TIME	TRADUÇÃO VERSÃO ÚNICA
TISSUE	Tecido
INFECTION	Infecção
MOISTURE	Umidade
EDGE	Borda

Quadro 05: Versão Provisória Única TIME

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	TRADUÇÃO VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA
Clinical observations	Observações Clínicas
Proposed pathophysiology	Fisiopatologia proposta
WBP clinical actions	Manejo clínico do leito da ferida
Effect of WBP actions	Efeitos das ações da WBP
Clinical outcome	Resultados clínicos
Tissue non-viable or deficient	Tecido inviável ou deficiente
Defective matrix and cell debris impair healing	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular
Viable wound base	Base da ferida viável
Infection or Inflammation	Infecção ou Inflamação

High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remover focos de infecção Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento
Bacterial balance and reduced inflammation	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.
Moisture imbalance	desequilíbrio da umidade
Desiccation slows epithelial cell migration	Dissecção retardada migração celular epitelial
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida
Apply moisture-balancing dressings	Aplicar curativos para equilíbrio da umidade
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecção prevenida.
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.

Moisture balance	Hidratação equilibrada
Edge of wound — non-advancing or undermining	borda da ferida - sem evolução ou minando
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.
Advancing edge of wound	Avanço da borda da ferida.

Quadro 06: Versão Provisória Única Ciclo de Cuidados de Feridas

A versão provisória única foi encaminhada para três pessoas naturalizadas como Brasileiras, com cidadania norte-americana, tendo vivência de no mínimo 10 anos nos Estados Unidos e fluência nos dois idiomas. Estes tradutores realizaram a tradução de forma independente, permitindo a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos, formando assim 3 traduções independentes, T4, T5 e T6.

BACK-TRANSLATION DO INSTRUMENTO TIME			
QUADRO ORIGINAL TIME	TRADUÇÃO T4	TRADUÇÃO T5	TRADUÇÃO T6
TISSUE	Tissue	Tissue	Tissue
INFECTION	Infection	Infection	Infection
MOISTURE	Moisture	Humidity	Moisture
EDGE	Edge	Edge / Border	Margin / Edge

Quadro 07: Back-Translation Instrumento TIME: T4, T5 e T6.

BACK-TRANSLATION DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS			
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	T4	T5	T6
Clinical observations	Clinical observations	Clinical Observations	Clinical observations
Proposed pathophysiology	Proposed pathophysiology	Pathophysiology Proposed	Proposed pathophysiology
WBP clinical actions	WBP clinical actions	Clinic Action	WBP clinical actions
Effect of WBP actions	Effect of WBP actions	WBT's action's effects	Effect of Shares Preparing the Wound Bed
Clinical outcome	Clinical outcome	Clinical Results	Clinical outcome
Tissue non-viable or deficient	Tissue non-viable or deficient	Tissue impractical or poor	Fabric impractical or poor
Defective matrix and cell debris impair healing	Defective matrix and cell debris impair healing	Defective matrix and cell healing damaged by debris	Mother and hindered defective healing of all cellular debris
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	Episodic or continuous debridement. * autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological. biological agents *
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restoration wound base and extracellular matrix proteins	Restoration wound base and extracellular matrix proteins	Restoration of the wound base and extracellular functional Matrix proteins
Viable wound base	Viable wound base	Viable wound bed	Viable wound base

Infection or Inflammation	Infection or Inflammation	Infection or inflammation	Infection or Inflammation
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	High bacterial counts or prolonged inflammation. Inflammatory cytokines. Protease activity. Activity of the growth factor.
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory *Protease Inhibition	Remove outbreaks of topical or systemic infection. antimicrobial Anti-inflammatory Inhibition of the protease
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Low bacterial count or controlled ignition inflammatory cytokines Protease activity Activity of the growth factor
Bacterial balance and reduced inflammation	Bacterial balance and reduced inflammation	Bacterial balance and reducing inflammation.	Bacterial balance and reduce inflammation
Moisture imbalance	Moisture imbalance	imbalance of moisture	Moisture imbalance
Desiccation slows epithelial cell migration	Desiccation slows epithelial cell migration	Drying slow migration of epithelial cells	Drying slow migration of epithelial cells
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excess fluid cause maceration of wound margin	Excess fluid cause maceration of wound margin	Excessive fluids cause maceration of the wound margin

Apply moisture-balancing dressings	Apply moisture-balancing dressings	Apply dressing for moisture balance	Apply moisture-balancing dressings
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.	Compression negative pressure or other methods of removing fluids
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	restored migration of epithelial cells, dissection prevented.	Restoration of epithelial cell migration avoided desiccation
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excess fluid controlled maceration avoided.	Edema, excess fluid controlled, prevented maceration
Moisture balance	Moisture balance	Equilibrium moisture / hydration	Moisture balance
Edge of wound — non-advancing or undermining	Edge of wound — non-advancing or undermining	edge of the wound - developments without undermining	Wound edge No advances or mine
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queracinóctos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.	Not migratable keratinocytes Non-responsive wound cells Abnormality in the extracellular matrix or an abnormal protease
Re-assess cause or consider corrective therapies:	Reassess cause or consider corrective	Reassess cause or consider corrective	Reassess cause or consider corrective

*Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	therapies debridement Skin grafts biological agents adjuvant therapy
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Migration queracínóitos and cells sensitive wounds. Restoration of appropriate protease profile.	Migrating keratinocytes and cellular response of the wound Restore profile suitable protease
Advancing edge of wound	Advancing edge of wound	Advancing edge of the wound.	Advancing edge of wound

Quadro 08: Back-Translation Instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas: T4, T5 e T6.

Não foram relatadas dificuldades para a tradução do instrumento de forma geral, visto que a escala é composta por termos técnicos, não incluindo fenômenos de origem psicossocial. Quanto à retrotradução, não houve discrepâncias importantes entre ambas versões retrotraduzidas e a versão original do instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas. Além disso, não foram apontadas dificuldades para a retrotradução por parte dos tradutores.

Após cada uma delas realizar o “back-translation” da versão provisória, foi avaliado pelo pesquisador e por um professor de línguas de nacionalidade inglesa e com fluência nos dois idiomas, as três versões, formulando assim uma versão provisória única, denominada de “Back-Translated”.

BACK - TRANSLATED DO INSTRUMENTO TIME	
QUADRO ORIGINAL TIME	VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA
TISSUE	TISSUE
INFECTION	INFECTION
MOISTURE	MOISTURE
EDGE	EDGE

Quadro 09: Versão Provisória Única do Instrumento TIME. Back-Translated

BACK - TRANSLATED DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA
Clinical observations	Clinical Observations
Proposed pathophysiology	Pathophysiology Proposed
WBP clinical actions	WBP Clinic Action
Effect of WBP actions	WBT's action's effects
Clinical outcome	Clinical Results
Tissue non-viable or deficient	Tissue impractical or poor
Defective matrix and cell debris impair healing	Defective matrix and cell healing damaged by debris
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restoration wound base and extracellular matrix proteins
Viable wound base	Viable wound bed
Infection or Inflammation	Infection or inflammation
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines

Protease activity Growth factor activity	Protease Activity of the growth factor	Activity
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory *Protease Inhibition	
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory Protease Activity of the growth factor	cytokines Activity
Bacterial balance and reduced inflammation	Bacterial balance and reducing inflammation.	
Moisture imbalance	imbalance of moisture	
Desiccation slows epithelial cell migration	Drying slow migration of epithelial cells	
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excess fluid cause maceration of wound margin	
Apply moisture-balancing dressings	Apply dressing for moisture balance	
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.	
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	restored migration of epithelial cells, dissection prevented.	
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excess fluid controlled maceration avoided.	

Moisture balance	Equilibrium moisture / hydration
Edge of wound — non-advancing or undermining	edge of the wound - developments without undermining
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queracínóitos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Migration queracínóitos and cells sensitive wounds. Restoration of appropriate protease profile.
Advancing edge of wound	Advancing edge of the wound.

Quadro 10: Versão Provisória Única do Instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas. Back-Translated

Para ser efetuada a comparação das versões da escala, foi apresentado ao grupo de especialistas, as quais juntamente com o pesquisador, apresentaram sua opinião quanto a tradução das escalas, visando uma melhor forma idiomática, conceitual e uma adaptação transcultural. Para esta etapa foi utilizado um instrumento Likert. Não foi necessário a aplicação do instrumento Likert na tradução do instrumento TIME devido a tradução e back-translated ficarem iguais ao instrumento original.

Nessa fase da pesquisa foram entregues ao grupo de especialistas, via e-mail, um instrumento contendo a síntese da tradução e retrotradução para o julgamento dos itens da escala, a fim de verificar a equivalência semântica de tais termos. Os especialistas avaliaram e julgaram cada item qualificando de acordo com a escala Likert e caso discordassem colocariam observações para revisão do item no espaço designado para tal função. A escala Likert estava dividida com as seguintes classificações: Concordo Totalmente (CT); Concordo (C); Não Concordo Nem Discordo (NCND); Discordo (D) e Discordo Totalmente (DT).

AVALIAÇÃO DA TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO PELO GRUPO DE ESPECIALISTAS													
ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Clinical observations	Observações Clínicas	4 100 %					Clinical Observations	4 100 %					
Proposed pathophysiology	Fisiopatologia proposta	4 100 %					Pathophysiology Proposed	4 100 %					
WBP clinical actions	Manejo clínico do leito da ferida	4 100 %					Clinic Action	2 50 %	2 50 %				
Effect of WBP actions	Efeitos das ações do Preparo do Leito da Ferida	3 75 %	1 25 %				WBT's action's effects	3 75 %	1 25 %				
Clinical outcome	Resultados clínicos	4 100 %					Clinical Results	4 100 %					

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Tissue non-viable or deficient	Tecido inviável ou deficiente	4 100 %					Tissue impractical or poor	2 50 %	1 25 %	1 25%			
Defective matrix and cell debris impair healing	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos	2 50 %	1 25 %	1 25%			Defective matrix and cell healing damaged by debris	3 75 %		1 25%			
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos	4 100 %					Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	4 100 %					
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular	3 75 %	1 25 %				Restoration wound base and extracellular matrix proteins	2 50 %	1 25 %	1 25%			
Viable wound base	Leito de ferida viável	4 100 %					Viable wound bed	4 100 %					

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Infection or Inflammation	Infecção ou Inflamação	4 100 %					Infection or inflammation	4 100 %					
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	3 75 %	1 25 %				Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	2 50 %	1 25 %	1 25%			
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remover focos infectados Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease	4 100 %					Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory *Protease Inhibition	4 100 %					

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Bacterial balance and reduced inflammation	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.	4 100 %					Bacterial balance and reducing inflammation.	4 100 %					
Moisture imbalance	M-desequilíbrio de umidade	4 100 %					M-imbalance of moisture	3 75 %		1 25%			
Desiccation slows epithelial cell migration	Dissecção retarda migração celular epitelial	1 25 %	2 50 %	1 25%			Drying slow migration of epithelial cells	1 25 %	1 25 %	2 50%			
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida	4 100 %					Excess fluid cause maceration of wound margin	4 100 %					
Apply moisture-balancing dressings	Aplicar curativos de equilíbrio de umidade	3 75 %	1 25 %				Apply dressing for moisture balance	3 75 %	1 25 %				

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.	4 100 %					Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.	4 100 %					
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecação prevenida.	3 75 %	1 25 %				restored migration of epithelial cells, dissection prevented.	2 50 %	1 25 %	1 25%			
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.	4 100 %					Edema, excess fluid controlled maceration avoided.	4 100 %					
Moisture balance	Hidratação equilibrada	4 100 %					Equilibrium moisture / hydration	3 75 %	1 25 %				

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Edge of wound — non-advancing or undermining	E- borda da ferida - sem evolução ou minando	4 100 %					E- edge of the wound - developments without undermining	2 50 %	1 25 %	1 25%			
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.	2 50 %		2 50%			Queratinócitos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.	2 50 %	1 25 %	1 25%			

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjuvant therapies	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes	3 75 %	1 25 %				Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	4 50 %					
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.	3 75 %		1 25%			Migration keratinocytes and cells sensitive wounds. Restoration of appropriate protease profile.	2 50 %		2 50%			
Advancing edge of wound	Avanço da borda da ferida.	4 100 %					Advancing edge of the wound.	4 100 %					

Quadro 11: Aplicação da escala Likert no Instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas.

Na análise de dados referente a escala Likert, foram analisados 28 itens do instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas por 4 enfermeiros, tanto da versão em português, quanto da versão back-translated. O valor total de votos são de 112, isso referente a 4 votos por item.

Na análise do instrumento na versão português, pode ser observado um valor de 96 votos no quesito CT, equivalendo a 85,71%. No quesito C são 10 votos, equivalendo a 8,92%. No quesito NCND são 6 votos, que se equivalem a 5,35%. Já nos quesitos D e DT não foram contabilizados nenhum voto.

Na análise do instrumento na versão back-translated, pode ser observado um valor de 86 votos no quesito CT, equivalendo a 76,78%. No quesito C são 13 votos, equivalendo a 11,60%. No quesito NCND são 13 votos, que se equivalem a 11,60%. Já nos quesitos D e DT não foram contabilizados nenhum voto.

Nota-se um alto nível de concordância entre os quesitos CT e C, sendo constatado um percentual de 81,25% e 15,80% respectivamente. O restante sendo equivalente a 11,80%, encontrados no quesito NCND.

Para uma maior confiabilidade no trabalho final proposto, que é a tradução e adaptação transcultural do instrumento TIME e Ciclo de Cuidados de Feridas, foram encaminhadas via correio eletrônico, a versão final da tradução e a versão final Back-Translated para o Dr. Gregory Schultz, para que o autor avalie-se a concordância e equivalência entre as duas versões. A resposta foi obtida através de correio eletrônico, aprovando o instrumento traduzido, porém modificando itens da versão back-translated que segundo o Dr. Schultz, parecem diferir do significado original da versão em inglês, então foi incluído alguma frase ou clarificação do conceito ou ideia apresentada do documento original em Inglês. Saliento que não foi alterado o padrão inicial do instrumento, seguindo-se de forma efetiva os cuidados propostos pelo mentor, sem demais alterações propostas para o instrumento. (Anexo F)

Conforme resposta via e-mail do Dr. Gregory Schultz, as orientações são as seguintes:

BACK - TRANSLATED DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS		
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	VERSÃO PROVISÓRIA ÚNICA BACK-TRANSLATED	Observações
Clinical observations	Clinical Observations	
Proposed pathophysiology	Pathophysiology Proposed	
WBP clinical actions	WBP Clinic Action	
Effect of WBP actions	WBT's action's effects "WBT" should be WBP	Deve ser mantido o prefixo Preparo do leito da ferida (WBP) e não WBT
Clinical outcome	Clinical Results	
Tissue non-viable or deficient	Tissue impractical or poor "impractical" should be "necrotic" or "dead" tissue	Trocar tecido impraticável por tecido necrosado ou tecido morto.
Defective matrix and cell debris impair healing	Defective matrix and cell healing damaged by debris "damaged" should be "slowed" or "stopped"	Trocar células danificadas por células paradas ou retardado.
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restoration wound base and extracellular matrix proteins	
Viable wound base	Viable wound bed	

Infection or Inflammation	Infection or inflammation	
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of growth factor	
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory * Protease Inhibition	
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Bacterial count low or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease Activity Activity of growth factor	
Bacterial balance and reduced inflammation	Bacterial balance and reducing inflammation.	
Moisture imbalance	imbalance of moisture	
Desiccation slows epithelial cell migration	Drying slow migration of epithelial cells	
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excess fluid cause maceration of wound margin	
Apply moisture-balancing dressings	Apply dressing for moisture balance	
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.	

Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	restored migration of epithelial cells, dissection prevented.	
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excess fluid controlled maceration avoided.	
Moisture balance	Equilibrium moisture / hydration	
Edge of wound — non-advancing or undermining	developments without undermining change “developments without undermining” to “epithelial cells not migrating or undermining present at wound edge”	Mudar todo o tópico para Edge of wound — epithelial cells not migrating or undermining present at wound edge
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queracínóitos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.	
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Migration keratinocytes and cells sensitive wounds . Change “Migrating keratinocytes and cells sensitive wounds” to Migrating and proliferating keratinocytes and other wound cells.” Restoration of appropriate protease profile.	Trocar todo o tópico para Migrating and proliferating keratinocytes and other wound cells. Restoration of appropriate protease profile.
Advancing edge of wound	Advancing edge of the wound.	

Quadro 12: Orientações quanto a Back-Translated segundo Dr. Gregory Schultz

Todas as sugestões referentes ao instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas, proposto pelo mentor do instrumento, Dr. Gregory Schultz foram levadas em consideração. Desta forma, após apreciação e interpretação das sugestões, foi auterado pelo pesquisador os itens, elaborando assim a versão final em português do instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas.

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	TRADUÇÃO VERSÃO FINAL
Clinical observations	Observações Clínicas
Proposed pathophysiology	Fisiopatologia proposta
WBP clinical actions	Manejo clínico do leito da ferida
Effect of WBP actions	Efeitos das ações da WBP
Clinical outcome	Resultados clínicos
Tissue non-viable or deficient	Tecido necrosado ou tecido morto
Defective matrix and cell debris impair healing	Células paradas e cura celular prejudicada por detritos
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular
Viable wound base	Base da ferida viável
Infection or Inflammation	Infecção ou Inflamação
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento

Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Remover focos de infecção Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento
Bacterial balance and reduced inflammation	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.
Moisture imbalance	desequilíbrio da umidade
Desiccation slows epithelial cell migration	Dissecção retarda migração celular epitelial
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida
Apply moisture-balancing dressings	Aplicar curativos para equilíbrio da umidade
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecção prevenida.
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.
Moisture balance	Hidratação equilibrada

Edge of wound — non-advancing or undermining	borda da ferida – células da ferida não migram ou borda da ferida minando
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Migração e proliferação de queratinócitos e outras células da ferida. Restauração do perfil apropriado de protease.
Advancing edge of wound	Avanço da borda da ferida.

Quadro 13: Versão final do instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas para o Português.

Conforme descrito anteriormente, não houve necessidade de encaminhar a versão traduzida e o Back-Translated do instrumento TIME, para a Dra. Caroline Dowsett.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O processo de tradução e adaptação de um instrumento é complexo e, em alguns aspectos, assemelha-se ao processo de construção do próprio instrumento, necessitando inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto. A busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida deve guiar o processo, de maneira a evitar formas, muitas vezes sutis, de distorção. Atenção ainda maior deve ser dada quando o fenômeno a ser avaliado é subjetivo, como são os fenômenos psicopatológicos.

De acordo com [Guillemin e colegas \(1993\)](#), juntamente com [Juniper e colegas \(1995\)](#), o processo de tradução e adaptação de instrumentos desenvolvidos em outros idiomas possibilita economia de tempo e recursos financeiros, além de permitir a comparação de resultados de pesquisas desenvolvidos nos diferentes países.

A escolha de um instrumento criado em outra cultura e idioma traz ao pesquisador o desafio de adaptá-lo a sua realidade, por meio dos processos de tradução e adaptação transcultural. A obtenção de equivalência entre os instrumentos é um dos passos para garantir a adequada tradução. Os processos de tradução e adaptação garantem a validade de conteúdo de um instrumento para outra língua e cultura, tornando-o confiável. Considerar um instrumento confiável é acreditar em sua capacidade de medir, minimizando ou eliminando as ocorrências de erros. ([BEATON et al., 2000](#)).

O conceito de preparo do leito da ferida, algoritmo que desencadeia uma estrutura para tomada de decisões clínicas sistemáticas, publicado a primeira vez em 2000, tem resistido ao teste do tempo. Os componentes chave da gestão e avaliação da ferida, que é a identificação e o tratamento da causa da ferida, abordando as preocupações centradas no paciente, que institui metas para a cicatrização de feridas, otimizando o seu tratamento, e colaborando com os membros da equipe multiprofissional, permanecem válidas 10 anos depois.

Melhores práticas de cuidados para pacientes com feridas crônicas exigem uma abordagem sistemática da equipe de profissionais de saúde

experientes e qualificados. Esses membros da equipe vão variar de acordo com as necessidades do paciente. A equipe interdisciplinar precisa trabalhar de perto com os pacientes e suas famílias a lidar com o estilo de vida complexo, autocuidado e vários pedidos de tratamento de pacientes que apresentam feridas crônicas.

A natureza de lesões crônicas, dada a dificuldade de cicatrização e uma alta tendência a recorrer, condições que muitas vezes geram cuidados prolongados e hospitalizações frequentes, possuem um efeito adverso sobre os custos de saúde e o tempo de internação hospitalar. É necessário uma gestão adequada de feridas crônicas, indicando o instrumento essencial para alcançar a aceleração da cicatrização e melhora do estado geral do paciente e sua qualidade de vida, bem como para alcançar uma redução nos custos dos cuidados de saúde em termos de profissionais e hospitalização. Foi identificado a falta de orientações específicas sobre o assunto ou protocolos de tratamento, permitindo uma gestão padronizada ao paciente portadores de lesões de pele, e uso dos métodos terapêuticos atualmente disponíveis. O Ciclo de Cuidados de Feridas nasce justamente para preencher muitas dessas lacunas, necessidades, tanto na natureza clínica como na econômica. O Ciclo de Cuidados de Feridas fornece uma abordagem racional, uma gestão mais eficaz de feridas que não cicatrizam.

Dentro de uma perspectiva multidisciplinar, o Ciclo de Cuidados de Feridas traça uma estratégia recente de obtenção de uma abordagem abrangente para o manejo às necessidades do paciente. Este instrumento explora o raciocínio científico por trás dos procedimentos atuais para o tratamento de lesões de pele, e analisa a melhor forma de fornecer a correta aplicação de um paradigma de tratamento, a fim de obter melhores chances de sucesso.

Em relação a tradução e adaptação do acrônimo TIME e o instrumento Ciclo de Cuidados de Feridas, consideram-se estabelecidas as equivalências conceitual, de itens e operacional, admitindo que o manejo com a ferida no Brasil, em muito se assemelha aos dos países mais desenvolvidos, e que foram respeitados a linha de pensamento do instrumento original e o modo de

aplicação. Quanto à equivalência semântica, não foram observados maiores dificuldades na tradução, se relacionando de forma coloquial e seguindo as expressões idiomáticas empregadas no instrumento original. As divergências foram supridas pelo grupo de especialistas e o pesquisador, priorizando-se a adaptação à cultura brasileira, em detrimento da equivalência semântica.

A utilização deste instrumento adequadamente traduzido contribuirá para a internacionalização de resultados de pesquisas brasileiras e diretamente na assistência ao paciente. Entretanto, verificar a aplicabilidade e utilidade clínica, juntamente com a sua validade, são medidas necessárias e que contribuirão no processo de avaliação e manejo das feridas.

_____ CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

O processo de tradução e adaptação do instrumento TIME e do Ciclo de Cuidados de Feridas, resultou em um instrumento adequadamente adaptado à língua portuguesa adotada no Brasil.

A síntese das versões traduzidas, as retrotraduções e a versão final do instrumento traduzido para a língua portuguesa foram consideradas equivalentes nos aspectos semânticos e idiomáticos em relação à versão original em língua inglesa. Para que se complete o processo de validação do instrumento, faz-se necessário a avaliação do mesmo por profissionais envolvidos na assistência, além da avaliação das propriedades psicométricas do instrumento traduzido para o português.

Buscar estratégias para a avaliação de cuidados em feridas, deve ser uma meta para os profissionais de saúde, assim como a implementação de instrumentos que auxiliem e guiem o seu manejo. Logo, a escolha de um instrumento adequado, é o primeiro passo ao manejo eficaz.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

AGREDA, J. J. S, BOU, J. T., SORIANO, J. V., CASANOVA, P. L. Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. **Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes**. Ed. Gerokomos, 22(2), p. 77-90, 2011.

ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Revista Inst. Ciênc. Saúde**, 26(4): 397-402, 2008.

ANSEMI, M. L., PEDUZZI, M., JUNIOR, I. F. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 22 (3): 257-64, 2009.

ARAÚJO, T. M. et al. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 19 (3): 381-5, jul/set 2011.

ARAÚJO, T. M., ARAÚJO, M. F. M., CAETANO, J. Á. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paul Enferm**, 24 (5): 695-700, 2011.

ARON, G., GAMBA, M. A. TIME, Preparo do leito da ferida e a história do TIME. **Rev. Estima** – vol 7 (4), p. 20 – 24, 2009.

BEATON, D. E., BOMBARDIER, M. D., GUILLEMIN, F., FERRAZ M. B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000.

BLANES, L. Tratamento de feridas. **Cirurgia vascular: guia ilustrado**. São Paulo: 2004.

COSTA, J. B. et al. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 22 (5): 607-11, 2009.

COSTA, M. P. et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta Ortop Bras**, 13(3) – 2005.

CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 22 (Especial – 70 anos): 897-902, 2009.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um guia para as Enfermeiras. 3. Ed. São Paulo: **Atheneu**, 2008.

DECHESNAY, M. The creation and dissolution of paradoxes in nursing practice. **Topics in Clinical Nursing**. 5(3): 7, 1983.

DOWSETT, C. AYELLO, E. TIME principles of chronic wound bed preparation and treatment. **Br J Nurs** 13 (Suppl 15): S16 – S23, 2006.

DOWSETT, C., NEWTON, H. Wound Bed Preparation: TIME in practice. Clinical Practice Development; **Wounds UK**, 2006. [Capturado em 18 Set. 2012]. Disponível em: http://www.woundsinternational.com/pdf/content_86.pdf

FALANGA, J. Preparación del lecho de la herida: ciencia aplicada a la práctica. **Documento de Posicionamento EWMA, GNEAUPP**, n.3 – julho 2004.

FERNANDES, L. M., CALIRI, M. H. L., HAAS, V. L. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta Paul Enferm**. 21 (2): 305-11, 2008.

GOMES, F. S. L. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45 (2): 313-18, 2011.

GUILLEMIN, F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**. V. 24, n. 2, p. 61-3, 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**, v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

GUIMIL, J. A. E. et al, Monitorização de úlceras por pressão em uma Unidade de cuidados intensivos. **Ed. Gerokomos**, 18 (3), p. 142-150, 2007.

HERDMAN, M. et al. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**. v. 7, p 323-35. 1998.

JUNIPER, E. F., GUYAT, G. H., JAESCHKE, R. How to development and validate a new quality of life instrument. In: Spilker B, editor. **Quality of life assessment in clinical trials**. New York: Raven Press Ltd, 1995.

LIMA, A.C.B., GUERRA, D.M., Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (1), p. 267 – 277, 2011.

LOURO, M., FERREIRA M., PÓVOA, P., Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol 19 N. 3, Julho – Setembro, 2007.

MEDEIROS, A. B. F., LOPES, C. H. A. F., JORGE, S. B. J. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc Enferm USP**, 43 (1): 223-8, 2009.

MOFFATT, C. J., AGREDA, J. J. S., Preparación del lecho de la herida en la práctica. **Documento de Posicionamento EWMA, GNEAUPP**, n.3 – julho 2004.

O'BRIEN, M. E. Transcultural nursing research – alien in an alien land. **Image (IN)**, v.13, n.2, p.37-9, 1981.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Relatório da Organização Mundial da Saúde. 2010**. Disponível no site <http://www.who.int/en/>. Acesso em 23 de novembro 2012.

ORTIZ, J. Á. H., Prevención y cuidados en úlceras por presión. ¿Dónde estamos? **Gerokomos** 20 (3): 132-140, 2009.

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

PERRONE, F. et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr., Campinas**, 24(3): 432-438, maio/jun. 2011.

ROCHA, A. B. L. Tradução para a língua portuguesa, adaptação transcultural e aplicação clínica da escala de Waterlow para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de decúbito [tese]. São Paulo: **Universidade Federal de São Paulo**. Escola Paulista de Medicina; 2003.

ROGENSKI, N. M. B., KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20 (2): [07 telas], mar.-abr. 2012.

SANTOS, D. S.; CARVALHO, E. C. Analysis of cost in the nursing: integrative review Online **Brazilian Journal of Nursing** [On line]. [Capturado em 06 Out. 2012]; Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1747/405>

SCHULTZ, G., SIBBALD, G., FALANGA, V. et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. **Wound Repair Regen.** 11: 1-28, 2006.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19 (1): [08 telas], jan.-fev. 2011.

SILVA, E. W. N. L., et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, 22 (2): 175-185, 2010.

STEFANELLO, T. D., HAMERSKI, C. R., Tratamento de úlcera de pressão através do laser AsGa de 904 nm – um relato de caso. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.10, n.2, p.99-103, mai./ago. 2006.

VOWDEN, K., VOWDEN, P. Wound Bed Preparation. **World Wide Wounds. Mach** 2002.

APÊNDICE

9 APÊNDICE

9.1 APÊNDICE A

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Dear

I am a student of Masters in Professional Nursing University Center, Sao Paulo - Brazil and will develop the research project entitled "Translation and cultural adaptation of the framework TIME and Cycle Wound Care in intensive care units." This project has aimed at making cross-cultural adaptation and translation of the instrument TIME and Cycle Wound Care for Portuguese (Brazil).

I am writing to ask your help. Your consent to be able to translate and validate the instrument, as my dissertation, so it can be used in Brazil. The first step of this work is the translation process, which includes: Translations of scale for Portuguese aimed at adapting this instrument to our Brazilian culture.

Some translations back into English will be made again.

The process for assessing the equivalence between the original instrument and the translated version back, you will need to achieve more accurate version I would like to ask your help to assess the equivalence between the versions to be made, so this way I'll be able to finish the process and validate the scale for use in Brazil.

Thank you for your cooperation worthy, attention, interest and time spent. I'll be so proud to perform validation of a scale so important in my country and that will be a great help to all researchers working with wounds.

Sincerely,

Nyllo Souza da Silva Bastos

9.2 APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE TRADUÇÃO**

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO TIME		
QUADRO ORIGINAL TIME	TRADUÇÃO	OBSERVAÇÕES
TISSUE		
INFECTION		
MOISTURE		
EDGE		

TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS		
QUADRO ORIGINAL CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS	TRADUÇÃO	OBSERVAÇÕES
Clinical observations		
Proposed pathophysiology		
WBP clinical actions		
Effect of WBP actions		
Clinical outcome		
Tissue non-viable or deficient		
Defective matrix and cell debris impair healing		
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents		
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins		
Viable wound base		
Infection or Inflammation		
High bacterial counts or prolonged inflammation		

Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity		
Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition		
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity		
Bacterial balance and reduced inflammation		
Moisture imbalance		
Desiccation slows epithelial cell migration		
Excessive fluid causes maceration of wound margin		
Apply moisture-balancing dressings		
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid		
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided		
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided		

Moisture balance		
Edge of wound — non-advancing or undermining		
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity		
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies		
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile		
Advancing edge of wound		

9.3 APÊNDICE C

TRADUÇÃO - INGLÊS / PORTUGUÊS – T1

TIME

Tissue- Tecido

Infection- Infecção

Moisture- Umidade

Edge- Borda

Princípios da preparação do leito da ferida

Observações Clínicas	Fisiopatologia Proposta	Ação Clínica	Efeito das Ações de Preparo do Leito da Ferida	Resultado Clínico
Tecido não viável ou deficiente	Matriz defeituosa e cura obstaculizada de todos os detritos celulares	Desbridamento episódico ou contínuo. *autolítico, afiado cirúrgico, enzimática, mecânica ou biológica. *agentes biológicos	Restauração da base da ferida e extracelular funcional Proteínas de matriz	Base de ferida viável
Infecção ou inflamação	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada. Citocinas inflamatórias. Atividade de protease. Atividade do fator de crescimento.	Remover focos de infecção tópica ou sistêmica. Antimicrobianos Anti-inflamatórios Inibição da protease	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada Citocinas inflamatórias Atividade de protease Atividade do fator de crescimento	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação
Desequilíbrio de umidade	Dessecação lenta da migração de células epiteliais	Aplicar curativos para equilíbrio da umidade	Restauração da migração de células epiteliais Evitado dessecação	Equilíbrio da umidade/hidratação
	Excessivos fluidos causam maceração da margem da ferida	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluidos	Edema, excesso de fluido controlado, maceração evitada	
Borda da ferida Não avança ou mina	Queratinócitos não migráveis Células da ferida não responsivas Anormalidade na matriz extracelular ou atividade de protease anormal	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas Desbridamento Enxertia de pele Agentes biológicos Terapias adjuvantes	Migrando queratinócitos e resposta celular da ferida Restauração do perfil apropriado de protease	Borda da ferida avançando

9.4 APÊNDICE D

TRADUÇÃO - INGLÊS / PORTUGUÊS – T 2

TIME

Tissue- Tecido

Infection- Infecção

Moisture- Umidade

Edge- Borda

Princípios da preparação do leito da ferida

Observações Clínicas	Fisiopatologia proposta	Manejo clínico do leito da ferida	Efeitos das ações da WBP	Resultados clínicos
Tecido inviável ou deficient	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular	Base de ferida viável
Infecção ou Inflamação	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	Remover focos infectado Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.
M-desequilíbrio de umidade	Dissecção retarda migração celular epithelial	Aplicar curativos de equilíbrio de umidade	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecção prevenida.	Hidratação equilibrada
	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.	
E- borda da ferida - sem evolução ou minando	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes	Queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.	Avanço da borda da ferida.

9.5 APÊNDICE E

TRADUÇÃO - INGLÊS / PORTUGUÊS – T 3

Tissue- Tecido

Infection- Infecção

Moisture- Umidade

Edge- margem/borda

Princípios da preparação do leito da ferida

Observações clínicas	Fisiopatologia proposta	WBP ações clínicas	Efeito das ações WBP	Evolução clínica
Tecido não viável ou deficiente	Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Desbridamento (um episódio ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos	Restauração do leito da ferida e proteínas de matriz extracelulares funcionais	Leito da ferida viável
Infecção ou inflamação	* Contagem bacteriana alta * Inflamação prolongada * Citocinas inflamatórias * Atividade de proteases * Atividade do fator de crescimento	Remover focos infectados (tópico ou sistêmico): * antimicrobianos * anti-inflamatórios * Inibição da protease	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: * Citocinas inflamatórias * Atividade de proteases * Atividade do fator de crescimento	Equilíbrio bacteriano e redução na inflamação
Moisture imbalance / desequilíbrio de umidade	Dessecação lenta das células epiteliais	Aplicar curativos úmidos-equilibrados	Restaurado migração de células epiteliais. Dessecação evitada	Equilíbrio na hidratação
	Causas excessivas de fluídos; maceração da margem da ferida	Compressão, pressão negativa ou outros métodos para remoção de fluídos.	Edema, controle excessivo de fluídos, maceração evitada	
Edge of wound — non-advancing or undermining Leito da ferida — não avançado ou ?	Queratinócitos “não-migradores”, células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou anormal atividade de protease	Reavaliar causas ou considerar terapias corretivas: *Debridamento, *Exerto de pele *Agentes biológicos *Terapias adjuvantes	Migração de queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil de protease apropriado	Avançando a borda da ferida

9.6 APÊNDICE F

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – LIKERT

AVALIAÇÃO DA TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO PELO GRUPO DE ESPECIALISTAS													
ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Clinical observations	Observações Clínicas						Clinical Observations						
Proposed pathophysiology	Fisiopatologia proposta						Pathophysiology Proposed						
WBP clinical actions	Manejo clínico do leito da ferida						Clinic Action						
Effect of WBP actions	Efeitos das ações do Preparo do Leito da Ferida						WBT's action's effects						
Clinical outcome	Resultados clínicos						Clinical Results						
ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Tissue non-viable or deficient	Tecido inviável ou deficiente						Tissue impractical or poor						
Defective matrix and cell debris impair healing	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos						Defective matrix and cell healing damaged by debris						
Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos						Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents						
Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular						Restoration wound base and extracellular matrix proteins						
Viable wound base	Leito de ferida viável						Viable wound bed						
ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Infection or Inflammation	Infecção ou Inflamação						Infection or inflammation						
High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento						Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity of the growth factor						

Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatory *Protease inhibition	Remover focos infectados Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease						Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory *Protease Inhibition							
Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento						Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor							
Bacterial balance and reduced inflammation	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.						Bacterial balance and reducing inflammation.							
ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões	
Moisture imbalance	M-desequilíbrio de umidade						M-imbalance of moisture							
Desiccation slows epithelial cell migration	Dissecção retardada migração celular epitelial						Drying slow migration of epithelial cells							
Excessive fluid causes maceration of wound margin	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida						Excess fluid cause maceration of wound margin							
Apply moisture-balancing dressings	Aplicar curativos de equilíbrio de umidade						Apply dressing for moisture balance							
Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.						Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.							
Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecção prevenida.						restored migration of epithelial cells, dissection prevented.							
Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.						Edema, excess fluid controlled maceration avoided.							
Moisture balance	Hidratação equilibrada						Equilibrium moisture / hydration							

ESCALA ORIGINAL	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS	CT	C	NCND	D	DT	RETROTRADUÇÃO	CT	C	NCND	D	DT	Sugestões
Edge of wound — non-advancing or undermining	E- borda da ferida - sem evolução ou minando						E- edge of the wound - developments without undermining						
Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.						Queratinócitos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.						
Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes						Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies						
Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.						Migration queratinócitos and cells sensitive wounds. Restoration of appropriate protease profile.						
Advancing edge of wound	Avanço da borda da ferida.						Advancing edge of the wound.						

9.7 APÊNDICE G**TRADUÇÃO VERSÃO PROVISÓRIA - PORTUGUÊS**

T	Tissue- Tecido
I	Infection- Infecção
M	Moisture- Umidade
E	Edge- Borda

TIME – Princípios da preparação do leito da ferida

Observações Clínicas	Fisiopatologia proposta	Manejo clínico do leito da ferida	Efeitos das ações da WBP	Resultados clínicos
T ecido inviável ou deficiente	Matriz defeituosa e cura celular prejudicada por detritos	Desbridamento (episódico ou contínuo): * Autolítico, cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico * Agentes biológicos	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular	Base de ferida viável
I nfeção ou inflamação	Contagens bacterianas altas ou inflamação prolongada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	Remover focos infectado Tópico / sistêmico: * antimicrobianos * Anti-inflamatórios * Inibição da protease	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: Citocinas inflamatórias Atividade de proteases Atividade do fator de crescimento	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação.
M -desequilíbrio de umidade	Dissecção retarda migração celular epithelial	Aplicar curativos de equilíbrio de umidade	Restaurada a migração de células epiteliais, dissecção prevenida.	Hidratação equilibrada
	Excesso de fluidos causam maceração da margem da ferida	Compressão, pressão negativa ou outros métodos de remoção de fluido.	Edema, excesso de líquido controlado, maceração prevenida.	
E - borda da ferida - sem evolução ou minando	Queratinócitos não-migrantes Células de feridas não-responsivas e anormalidades na matriz extracelular ou atividade anormal de protease.	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: * Desbridamento * Enxertia de pele * Agentes biológicos * Terapias adjuvantes	Queratinócitos e células de feridas sensíveis. Restauração do perfil apropriado de protease.	Avanço da borda da ferida.

9.8 APÊNDICE H**BACK-TRANSLATION – PORTUGUÊS/INGLÊS – T 4**

T	Tissue
I	Infection
M	Moisture
E	Edge

Principles of wound bed preparation

Clinical observations	Proposed pathophysiology	WBP clinical actions	Effect of WBP actions	Clinical outcome
Tissue non-viable or deficient	Defective matrix and cell debris impair healing	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	Restoration wound base and extracellular matrix proteins	Viable wound base
Infection or Inflammation	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Bacterial balance and reduced inflammation
Moisture imbalance	Desiccation slows epithelial cell migration	Apply moisture-balancing dressings	Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Moisture balance
	Excess fluid cause maceration of wound margin	Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	
Edge of wound — non-advancing or undermining	Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Advancing edge of wound

9.9 APÊNDICE I**BACK-TRANSLATION – PORTUGUÊS/INGLÊS - T 5**

T	Tissue
I	Infection
M	Humidity
E	Edge / Border

Principles of wound bed preparation

Clinical Observations	Pathophysiology Proposed	Clinic Action	WBT's action's effects	Clinical Results
Tissue impractical or poor	Defective matrix and cell healing damaged by debris	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	Restoration wound base and extracellular matrix proteins	Viable wound bed
Infection or inflammation	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory *Protease Inhibition	Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Bacterial balance and reducing inflammation.
M- imbalance of moisture	Drying slow migration of epithelial cells	Apply dressing for moisture balance	restored migration of epithelial cells, dissection prevented.	Equilibrium moisture / hydration
	Excess fluid cause maceration of wound margin	Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.	Edema, excess fluid controlled maceration avoided.	
E- edge of the wound - developments without undermining	Queracinóctos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.	Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	Migration queracinóctos and cells sensitive wounds. Restoration of appropriate protease profile.	Advancing edge of the wound.

9.10 APÊNDICE J**BACK-TRANSLATION – PORTUGUÊS/INGLÊS - T 6**

T	Tissue
I	Infection
M	Moisture
E	Margin / Edge

Principles of wound bed preparation

Clinical observations	Proposed pathophysiology	WBP clinical actions	Effect of Shares Preparing the Wound Bed	Clinical outcome
Fabric impractical or poor	Mother and hindered defective healing of all cellular debris	Episodic or continuous debridement. * autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological. biological agents *	Restoration of the wound base and extracellular functional Matrix proteins	Viable wound base
Infection or Inflammation	High bacterial counts or prolonged inflammation. Inflammatory cytokines. Protease activity. Activity of the growth factor.	Remove outbreaks of topical or systemic infection. antimicrobial Anti-inflammatory Inhibition of the protease	Low bacterial count or controlled ignition inflammatory cytokines Protease activity Activity of the growth factor	Bacterial balance and reduce inflammation
Moisture imbalance	Drying slow migration of epithelial cells	Apply moisture-balancing dressings	Restoration of epithelial cell migration avoided desiccation	Moisture balance
	Excessive fluids cause maceration of the wound margin	Compression negative pressure or other methods of removing fluids	Edema, excess fluid controlled, prevented maceration	
Wound edge No advances or mine	Not migratable keratinocytes Non-responsive wound cells Abnormality in the extracellular matrix or an abnormal protease	Reassess cause or consider corrective therapies debridement Skin grafts biological agents adjuvant therapy	Migrating keratinocytes and cellular response of the wound Restore profile suitable protease	Advancing edge of wound

9.11 APÊNDICE K**TRADUÇÃO VERSÃO PROVISÓRIA – BACK-TRANSLATED – INGLÊS**

T	Tissue
I	Infection
M	Moisture
E	Edge

Principles of wound bed preparation

Clinical Observations	Pathophysiology Proposed	Clinic Action	WBT's action's effects	Clinical Results
Tissue impractical or poor	Defective matrix and cell healing damaged by debris	Debridement (episode or continuous): * Autolytic, surgical, enzymatic, mechanical or biological * Biological Agents	Restoration wound base and extracellular matrix proteins	Viable wound bed
Infection or inflammation	Bacterial count high or prolonged inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Remove infected foci Topic / systemic: * antimicrobial * Anti-inflammatory *Protease Inhibition	Bacterial count low or controlled inflammation: inflammatory cytokines Protease Activity Activity of the growth factor	Bacterial balance and reducing inflammation.
M- imbalance of moisture	Drying slow migration of epithelial cells	Apply dressing for moisture balance	restored migration of epithelial cells, dissection prevented.	Equilibrium moisture / hydration
	Excess fluid cause maceration of wound margin	Compression, negative pressure or other methods Removal of fluid.	Edema, excess fluid controlled maceration avoided.	
E- edge of the wound - developments without undermining	Queracinóitos non-migrants Nonresponsive cells wounds and abnormalities in the extracellular matrix abnormal protease activity.	Reassess cause or consider corrective therapies: * Debridement * Skin grafts * Biological Agents * Adjuvant therapies	Migration queracinóitos and cells sensitive wounds. Restoration of appropriate protease profile.	Advancing edge of the wound.

ANEXOS

10 ANEXOS

10.1 ANEXO A

TIME

FALANGA, J. Preparación del lecho de la herida: ciencia aplicada a la práctica.
Documento de Posicionamento EWMA, GNEAUPP, n.3 – julho 2004

T	Tissue
I	Infection
M	Moisture
E	Edge

10.2 ANEXO B

TIME – Principles of wound bed preparation

DOWSETT, C., NEWTON, H., Wound Bed Preparation: TIME in practice. Clinical Practice Development; Wounds UK, 2006. [Capturado em 18 Set. 2012]. Disponível em: http://www.woundsinternational.com/pdf/content_86.pdf

Clinical observations	Proposed pathophysiology	WBP clinical actions	Effect of WBP actions	Clinical outcome
Tissue non-viable or deficient	Defective matrix and cell debris impair healing	Debridement (episodic or continuous): *Autolytic, sharp surgical, enzymatic, mechanical or biological *Biological agents	Restoration of wound base and functional extracellular matrix proteins	Viable wound base
Infection or Inflammation	High bacterial counts or prolonged inflammation Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Remove infected foci Topical/systemic: *Antimicrobials *Anti-inflammatories *Protease inhibition	Low bacterial counts or controlled inflammation: Inflammatory cytokines Protease activity Growth factor activity	Bacterial balance and reduced inflammation
Moisture imbalance	Desiccation slows epithelial cell migration	Apply moisture-balancing dressings	Restored epithelial cell migration, desiccation avoided	Moisture balance
	Excessive fluid causes maceration of wound margin	Compression, negative pressure or other methods of removing fluid	Edema, excessive fluid controlled, maceration avoided	
Edge of wound — non-advancing or undermining	Non-migrating keratinocytes Non-responsive wound cells and abnormalities in extracellular matrix or abnormal protease activity	Re-assess cause or consider corrective therapies: *Debridement *Skin grafts *Biological agents *Adjunctive therapies	Migrating keratinocytes and responsive wound cells. Restoration of appropriate protease profile	Advancing edge of wound

10.3 ANEXO C**CIÊNCIA E APROVAÇÃO DO MENTOR DO INSTRUMENTO TIME**

Dear Nylo

17/12/2012

I am happy for you to translate and adapt this work to develop your practice. You may also want to know that the TIME framework has been revisited recently and a paper has been published. It is available on the Wounds International website.

Kind regards

Dr Caroline Dowsett
Nurse Consultant Tissue Viability
Community Health Newham
East London NHS Foundation Trust
The Centre Manor Park
30 Church Road
Manor Park
London E12 6AQ
Telephone: 0208 553 7484
Fax: 0208 553 7480

10.4 ANEXO D

CIÊNCIA E APROVAÇÃO DO MENTOR DO CICLO DE CUIDADOS EM FERIDAS

Hello Nylo,

13/12/2012

I would be glad to assist you in your Masters in Professional Nursing degree research project. I copied Dr Linda Cowan and Dr Joyce Stechmiller who may also be able to help with your project, since they are both RN, PhD, ARNP faculty members at UF.

I also suggest that you to consider translating the newly published article that updates the Wound Bed Preparation and TIME that was published this month's in International Wound Journal. I tried to attach the pdf copy of this paper but the email was not deliverable.

Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1–19.

Gregory Schultz, Ph.D.
UF Research Foundation Professor
Department of Obstetrics and Gynecology
Institute for Wound Research
Room M337F
1600 South West Archer Road
University of Florida
Gainesville, Florida 32610-0294 USA
office phone 352-273-7560
fax 352-392-6994
cell 352-538-1951
email schultzg@ufl.edu

10.5 ANEXO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUADRO TIME E DO CICLO DE CUIDADOS DE FERIDAS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: NYLLO SOUZA DA SILVA BASTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21017113.8.0000.0062

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 458.600

Data da Relatoria: 06/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que pretende traduzir um instrumento junto ao grupo de especialista sobre cuidados com feridas.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Realizar a tradução e adaptação transcultural do instrumento TIME proposto por Schultz e do Ciclo de Cuidados de Feridas proposto por Dowsett para a língua portuguesa (Brasil).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foi possível definir os riscos e benefícios ao participante pois as escalas não serão aplicadas em pacientes.

Esse estudo somente se propõe a traduzir e validar o conteúdo das escalas junto ao grupo de especialista. Compreendemos que o especialista é um consultor da área do saber não está exposto a riscos ou benefícios no estudo, assim, não se enquadrando como sujeito de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

*Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo.

*Projeto de pesquisa vinculado mestrado profissional em enfermagem.

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144
Bairro: Pompéia **CEP:** 05.025-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3465-2669 **Fax:** (11)3465-2654 **E-mail:** secretariacep@saocamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 458.600

*Instituição Coparticipante: não há.

*Tipo de pesquisa: Trata-se de uma pesquisa transcultural. Trata-se de uma pesquisa nível I, exploratória, de abordagem quantitativa.

*O instrumento TIME e o Ciclo de Cuidados para Feridas serão adaptados para a língua portuguesa, seguindo o referencial metodológico proposto por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993); GUILLEMIN (1995) e BEATON et al (2000), que compreende:

¿ Tradução para o português;

¿ ¿back-translation¿ para o inglês;

¿ Avaliação da equivalência entre o instrumento original e a versão ¿back-translation

Participarão desta primeira etapa um grupo de especialistas: três enfermeiras com título de estomatoterapia e/ou intesivista, com domínio da língua inglesa e tempo de atuação de no mínimo cinco anos na área da saúde, a serem selecionadas a partir de um contato prévio. As enfermeiras serão independentes, permitindo a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos.

*A autorização formal para uso dos instrumentos foram obtidos junto à Dra. Caroline Dowsett e Dr. Gregory Schultz respectivamente, que juntos mantêm os direitos autorais. O procedimento para autorização foi realizado durante o mês de dezembro de 2012, através de contato por correio eletrônico.

*TCLE - Há uma declaração de participação da pesquisa direcionada ao especialista.

*Coleta de dados estimada para dezembro e janeiro de 2014.

*Orçamento: total no valor de R\$ 4.670,00 será subsidiado pelos próprios pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

1. Folha de Rosto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos assinada pelo pesquisador e assinatura do responsável pela instituição proponente. .
2. Parecer da Comissão de Pesquisa do Centro Universitário São Camilo.
3. Formulário de Encaminhamento assinado pela orientadora.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Essa pesquisa foi retirada de pauta, pois após discussão em plenária compreendeu-se que o

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144
 Bairro: Pompéia CEP: 05.025-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3465-2669 Fax: (11)3465-2654 E-mail: secretariacoep@saocamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 458.600

estudo não permite definir os riscos e benefícios ao participante, pois as escalas não serão aplicadas em pacientes por profissionais. Esse estudo somente se propõe a traduzir e validar o conteúdo das escalas junto ao grupo de especialista. Assim, compreendemos que o especialista é um consultor da área do saber e não está exposto a riscos ou benefícios no estudo, desta forma, não se enquadrando na categoria de sujeito de pesquisa.

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 14 de Novembro de 2013

Assinador por:
Adriana Aparecida de Faria Lima
(Coordenador)

10.6 ANEXO F

CIÊNCIA E APROVAÇÃO DO MENTOR DO CICLO DE CUIDADOS EM FERIDAS

09/05/2014

Hello Nyllo,

I apologize for not replying sooner – I had too many tasks at the end of the academic semester.

I highlighted in YELLOW BLOCK the sections of the “back-translated” version that seem to differ from the original meaning of the English version, and I included some phrase or clarification of the concept or idea presented in the original English paper.

Please email me if you have additional questions or need further clarification of the terms or concepts.

Cheers, GS

Gregory Schultz, Ph.D.
Professor
Department of Obstetrics and Gynecology
Institute for Wound Research
University of Florida
1600 South West Archer Road
Room M337F
Gainesville, Florida 32610-0294 USA
phone 352-273-7560
fax 352-392-6994
cell 352-538-1951
email schultzg@ufl.edu