

Tradução e Validação para a Língua Portuguesa do Brasil da Escala Internacional de Gradação da Síndrome das Pernas Inquietas do Grupo Internacional de Estudos da Síndrome das Pernas Inquietas

Arq Neuropsiquiatr 2008; 66(4):832-6.

Alice H Masuko¹, Luciane BC Carvalho², Marco AC Machado³, José F Morais⁴, Lucila BF Prado⁵, Gilmar F Prado⁶.

1. Neurologista, setor Neuro-Sono, Departamento de Neurologia da UNIFESP.
2. Psicóloga, Doutora, setor Neuro-Sono, Departamento de Neurologia da UNIFESP.
3. Cirurgião Dentista, Doutor, Departamento de Neurologia da UNIFESP.
4. Estatístico, Pós-Graduando do Departamento de Medicina da UNIFESP.
5. Médica, Doutora, setor Neuro-Sono, Laboratório de Sono do Hospital São Paulo, Departamento de Neurologia da UNIFESP.
6. Neurologista, Doutor, Professor Adjunto do Departamento de Medicina, Chefe do Setor de Neuro-Sono do Departamento de Neurologia da UNIFESP.

Trabalho realizado no Setor de Neuro-Sono, Departamento de Neurologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Endereço para correspondência:

Gilmar F Prado

Rua Claudio Rossi, 394

São Paulo – SP – Brasil - CEP 01547-000

Fone/fax 55 11 50816629

E-mail: gilmarunifesp@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução. A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é uma doença crônica, sensório-motora, caracterizada por sensações desagradáveis nos membros e uma urgência em movimentá-los. O Grupo Internacional de Estudos da Síndrome das Pernas Inquietas desenvolveu a Escala Internacional de Gravação da Síndrome das Pernas Inquietas (EIGSPI) para avaliar a gravidade dos sintomas da SPI. O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar culturalmente e validar a EIGSPI para o português do Brasil. **Método.** A escala foi vertida para o português, analisada, vertida novamente para o inglês e comparada com a versão original. Foi aplicada em 10 pacientes para adequação cultural. A linguagem foi ajustada e a versão final foi aplicada em 30 pacientes (13 homens, idade média de $58,88 \pm 14,82$). **Resultados.** Houve correlação da aplicação da escala entre três avaliadores. Foram necessárias adaptações lingüísticas para adequação cultural e o alfa de Chronbach mostrou confiabilidade de 80%. **Conclusão.** A EIGSPI foi traduzida, adequada e validada para o português do Brasil, com boa validade e confiabilidade.

Palavras-chave: Síndrome das Pernas Inquietas, Escala, Gravidade, Validação

INTRODUÇÃO

A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é muito prevalente, chegando a 10%, mas, no entanto permanece pouco conhecida da maioria dos profissionais da saúde¹⁻⁷. O primeiro relato da SPI do qual se tem conhecimento é de Thomas Willis, em 1685, que já se referia à sensação de desconforto dos membros e a sua influência sobre o sono. Em 1995, o Grupo Internacional de Estudos da Síndrome das Pernas Inquietas elaborou uma definição da síndrome, com a finalidade de melhor instruir e servir de base para futuras colaborações e pesquisas internacionais^{8,9}. Este mesmo grupo desenvolveu também uma escala constituída por 10 questões, a Escala Internacional de Graduação para SPI (EIGSPI), para avaliar a gravidade e o impacto da doença¹⁰.

A SPI é uma doença crônica que se caracteriza por manifestações exclusivamente subjetivas, em que o paciente se queixa de uma vontade incontrolável em movimentar os membros, associadas a parestesias ou disestesias, sendo que essa sensação desagradável é aliviada pelos movimentos. Os sintomas ou pioram ou só aparecem durante o repouso, sentado ou deitado, com alívio parcial ou total pela atividade motora. Os sintomas apresentam um padrão circadiano, piorando durante o entardecer ou à noite. Outras características clínicas da SPI são distúrbios do sono e suas conseqüências, movimentos periódicos dos membros durante o sono e em vigília. A doença pode evoluir em crises ou progressivamente. Em 40 a 50% dos casos, há um caráter familiar, com herança autossômica dominante^{8,9}.

No Brasil, ainda não temos estudos epidemiológicos que nos ofereçam dados sobre prevalência da SPI, havendo indícios de uma prevalência próxima daquela observada nos Estados Unidos e na Europa Ocidental. O setor Neuro-Sono da Unifesp e a recém criada Associação Brasileira da Síndrome das Pernas Inquietas – ABRASPI têm difundido

bastante os conhecimentos básicos sobre a doença. Sendo bastante oportuno e necessário termos em língua portuguesa um instrumento reconhecido internacionalmente para avaliar o grau de comprometimento destes pacientes, o que também pode ser realizado através do critério da The Johns Hopkins Hospital¹¹, que se correlaciona bem com a EIGSPI.

O objetivo deste trabalho foi, então, traduzir, adaptar culturalmente, validar e avaliar a consistência interna da Escala Internacional de Graduação da Síndrome de Pernas Inquietas (EIGSPI) do Grupo Internacional de Estudos da Síndrome das Pernas Inquietas, para a população de pacientes com diagnóstico de SPI, caracterizando os pacientes segundo sexo, idade e os escores da escala.

MÉTODO

Escala Internacional de Graduação da Síndrome das Pernas Inquietas (EIGSPI)

A EIGSPI foi desenvolvida baseada em questões propostas pelos membros do Grupo Internacional de Estudos da Síndrome das Pernas Inquietas¹⁰. Consta de 10 questões com formato e polaridade similares. Cada questão tem um conjunto de cinco opções de respostas, que varia de nenhum (escore zero) a muito grave (escore 4). O escore total varia de 0 a 40.

Seguindo os critérios determinados pelo Mapi Research Institute¹², a escala foi traduzida da língua inglesa para a portuguesa do Brasil por dois tradutores independentes, com fluência na língua inglesa e com conhecimentos sobre distúrbios do sono, surgindo duas versões 1 e 2. Essas 2 traduções foram confrontadas, surgindo a versão de consenso, versão 3. Foi feita a nova tradução dessa versão de consenso para a língua inglesa, *back translation* ou versão 4, por uma tradutora nativa da língua inglesa e esta versão 4 foi

finalmente comparada com o texto original, dando origem a versão 5, que foi aplicada em 10 pacientes com SPI, para determinar se a linguagem era aceitável e compreensível.

Os pacientes foram entrevistados após terem respondido o questionário e as dificuldades de interpretação e sugestões para adequação foram discutidas em reuniões de consenso, gerando-se por fim a versão final ou versão 6 (Anexo 1).

População

A versão final da EIGSPI foi aplicada, entre setembro 2004 e fevereiro de 2005, em 30 pacientes, 17 mulheres, com idade variando de 18 a 81 anos, com diagnóstico clínico de SPI, após avaliação clínico-neurológica por dois neurologistas. Os pacientes foram recrutados do Ambulatório Neuro-Sono, do Departamento de Neurologia da Unifesp. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp e todos os pacientes incluídos, tinham diagnóstico de SPI, e assinaram o consentimento. Foram excluídos pacientes com incapacidade de completar o questionário por razões como demência, afasia ou analfabetismo. Foram avaliadas a confiabilidade e validade do instrumento.

Análise Estatística

Realizou-se uma análise descritiva, considerando-se as variáveis sexo, idade, itens individuais da escala e o escore total de gravidade da SPI utilizando média±desvio padrão para as variáveis contínuas com distribuição normal e n (%) para as variáveis categóricas¹³. Calculamos o Intervalo de Confiança de 95% para avaliar a precisão das variáveis contínuas. Para avaliar a confiabilidade da escala, utilizamos o coeficiente alfa de Cronbach^{14,15}. Apesar do caráter ordinal dos indicadores de gravidade de SPI, utilizamos a Correlação de Spearman para avaliar o critério de validade. Neste caso, consideramos a

opinião e o consenso de três especialistas para avaliar os pacientes quanto ao critério de gravidade de SPI da The Johns Hopkins¹¹. Se não houvesse consenso, consideramos o pior cenário. Utilizamos o software SPSS for Windows® v.13.0. Consideramos $p < 0,05$ estatisticamente significativa.

RESULTADOS

1. Versão e Adaptação Cultural

1a. Instruções e questões

A instrução foi modificada em algumas palavras e modo de construção da sentença com a finalidade de se adequar o texto ao padrão cultural brasileiro, tendo-se sempre em vista a clareza e objetividade (Tabela 1, Anexo 1). As palavras de cada questão foram adaptadas à forma e uso habitual da língua (Português do Brasil), tendo resultado em algumas impropriedades gramaticais que se mostraram necessárias para uma compreensão mais universal do conteúdo expresso, resultando num português mais informal.

Algumas palavras permitiriam uma versão quase literal e se demonstraram compreensíveis para a maioria da população. A versão 5 sofreu algumas alterações após aplicação em 10 pacientes com SPI (Tabela 1, Anexo 1), compondo a versão 6.

Para as questões 1 e 5, em que a palavra “*severe*” aparecia dando possibilidade de tradução para grave ou severo (com sentido de grave), utilizamos o termo “intenso” (“*intense*”) e nas questões 4 e 9 “*how severe*” foi vertido como “qual a intensidade” (Tabela 1). Na questão 2, o termo “*severe*” foi adaptado para “grande” (*big*) em português, tendo sido bem compreendido na aceção desejada no questionário. Na questão 6 traduzimos “*how severe*” como “qual a gravidade”, pois neste caso apresenta sentido de grau de comprometimento. Na questão 8, o termo “*how severe*” foi traduzido dentro de uma

concepção temporal (qual a duração) e formou perfeito sentido com as alternativas apresentadas, demonstrando no conjunto do questionário adequada validade interna (Tabela 1).

O termo *rate* em inglês, foi inicialmente vertido como graduar, entretanto durante a aplicação da versão 5, observamos que os pacientes eram levados a pensar em uma precisão de ordem matemática, dificultando o entendimento consecutivo da questão, motivo por que optamos pela palavra considerar (que em inglês seria *to take in account; to consider*) pois o sentido de graduação é claramente reconhecido nas opções das questões. Adotamos esta palavra (considerar) toda vez que a palavra “*rate*” apareceu (Tabela 1), a não ser nas Instruções, onde optamos pela palavra “responder”.

A palavra “*mild*” foi traduzida como leve e não como o habitual (suave), para adaptar o significado ao sentido de graduação implícito nas opções da questão (questões 1 e 4). Na questão 2, o termo “*mild*” foi traduzido como pequeno (*small*) porque na entrevista após a aplicação da versão 5, observamos que a palavra “leve”, que seria a melhor versão para “*mild*”, freqüentemente necessitava ser referida como “pequeno” para adequada compreensão da questão. Embora não seja a forma mais erudita, o termo “pequeno” foi melhor e facilmente compreendido dentro da sentença e foi adotado na versão definitiva (Anexo 1). O termo “*slight relief*” foi vertido como “pequeno alívio”, pelas mesmas razões acima. A palavra “complete” poderia ser vertida para o português como “completo”, porém no sentido em que foi empregada, optamos pela palavra “total” que é de fácil compreensão em todos os níveis culturais (questão 3).

Na questão 7, retiramos os termos que se referiam à graduação de intensidade associada à graduação de freqüência e mantivemos apenas as expressões referentes à periodicidade dos sintomas, pois a adição daqueles termos dificultou o entendimento de

cada item, e a ausência daqueles termos não prejudicou as respostas (Tabela 1). O procedimento acima nos levou a traduzir o termo “*none*” (nenhum modo) como “nunca” (*never* em Inglês), para conferir idéia de tempo suscitada pela seqüência de alternativas da questão (questão 7). Substituímos a expressão “*carrying out a satisfactory*” por “atividades” por facilitar a compreensão dos itens expostos na questão 9. Os adjetivos (em inglês) que exprimiam estados de humor foram vertidos como substantivos, pois foram mais facilmente compreendidos (questão 10).

1b. Caracterização dos pacientes

Os 13 pacientes do sexo masculino (43,3%) concentraram-se entre 33 e 79 anos com média de idades de $57,54 \pm 12,13$, IC 45,46 a 67,92 (Tabela 2). Os 17 pacientes do sexo feminino (56,7%) concentraram-se entre 18 e 81 anos, com média de idades de $58,30 \pm 13,51$, IC 53,25 a 63,34. Não houve diferença significativa quanto à idade para todos os pacientes ($p > 0,05$).

2. Validação da Escala

2a. Confiabilidade da Escala

A análise de Confiabilidade para as 10 questões da escala, baseada nas instruções Bowling, evidenciou uma predominância de correlações positivas ($p < 0,05$) entre cada questão com escala toda (Tabela 3). Na versão 6 da escala, o alfa de Cronbach mostrou valores em torno de 80%. É válido apontar que a exclusão de qualquer questão não acrescenta nada à consistência interna (Tabela 4).

2b. Validade da Escala

A definição tradicional de validade é a correlação entre a nova escala com outro instrumento que avalia as mesmas características, o “padrão ouro”. Neste estudo, consideramos a opinião e o consenso de três especialistas, treinados com a escala de gravidade da Johns Hopkins, como critério. A escala de gravidade da Johns Hopkins é um instrumento de fácil reprodução e foi escolhido como um critério externo. Os resultados mostraram correlação significativa entre os escores de gravidade de SPI, especialista 1 ($r=0,519$; $p=0,003$), especialista 2 ($r=0,438$; $p=0,016$), especialista 3 ($r=0,448$; $p=0,013$), e o consenso entre eles ($r=0,44$; $p=0,015$).

COMENTÁRIOS

A escala de graduação da síndrome das pernas inquietas (EIGSPI) do Grupo Internacional de Estudos da Síndrome das Pernas Inquietas foi adaptada e validada para o Português do Brasil. Foram necessárias mudanças em algumas palavras e formulação das sentenças. A GIESPI foi aplicada em uma amostra de 30 pacientes, e se mostrou um instrumento adequado, com consistência interna e também mediu adequadamente o que se propunha, ou seja, graduar a SPI em pacientes brasileiros. Algumas mudanças decorreram de peculiaridades relacionadas ao grau de instrução da população brasileira. O Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF) mostra que, em 2005, o analfabetismo era de 7% e o alfabetismo de nível rudimentar, 30%¹⁶. Segundo a classificação do INAF, os indivíduos com alfabetismo rudimentar caracterizam-se por localizar uma informação simples em enunciados de uma só frase, o que exigiu bastante atenção na elaboração dos enunciados. O questionário foi, então, elaborado com sentenças inteligíveis pela maioria da população, evitando-se construções que seriam apreendidas apenas por um segmento mais instruído, a despeito de pequenas incorreções gramaticais¹⁷.

O termo “graduar”, por exemplo, gerou dificuldade de entendimento quando a versão 5 foi aplicada, sendo então substituído pelo termo “responder”, não se perdendo a idéia de graduação, a qual se encontra implícita nas opções apresentadas em cada pergunta (Tabela 1, Anexo1), sendo um procedimento necessário na adaptação de questionários para outra língua. Não utilizamos em nenhum momento no questionário o equivalente à sigla “RLS”, que em português seria SPI, pois além de não ser difundida e coloquial, no Brasil não existe o hábito de se referir às doenças desta maneira quando em diálogos com o paciente, sendo as siglas utilizadas somente pelos profissionais da saúde¹⁸.

Alguns aspectos culturais e lingüísticos tiveram que ser adaptados no questionário. Por exemplo, a palavra “*severe*”, cuja melhor versão em Português seria a palavra “grave” sofreu adaptações para “qual a intensidade” ou “intenso”, pois durante a aplicação da versão 5, percebemos que os pacientes muitas vezes não percebiam seus sintomas como graves, embora fossem relativamente intensos. É provável que a concepção de gravidade de uma doença no Brasil envolva outros aspectos, e que a piora de qualidade de vida per se não seria entendida como grave. O termo “*severe*” também remete em Inglês a noção de intensidade, sentido que talvez seja mais facilmente recuperável no campo semântico dos usuários de Inglês. Por razões culturais e educacionais¹⁹⁻²², mantivemos o sentido de “intenso” na questão 6 para medir o impacto da SPI como um todo, onde foi apropriado.

CONCLUSÃO

Concluimos que após todo o processo formal de versão, adaptação cultural e validação em amostra de pacientes com Síndrome das Pernas Inquietas do Ambulatório Neuro-Sono da Disciplina de Neurologia da UNIFESP, pudemos elaborar a Escala Internacional de Graduação da Síndrome das Pernas Inquietas com validade interna e

externa para graduação da gravidade da SPI, conforme o que propôs o Grupo Internacional de Estudos da SPI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trenkwalder C, Walters AS, Hening W. Periodic limbs movements and restless legs syndrome. *Neurol Clin* 1996;14:629-50.
2. Culebras A. Restless legs syndrome and periodic limb movements of sleep. *In: Culebras A. Clinical Handbook of Sleep Disorders*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1996, 251-6.
3. Rothdach AJ, Trenkwalder C, Haberstok J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in elderly population. *Neurology* 2000;54:1064-8.
4. Prado GF. Síndrome das pernas inquietas: há quanto tempo é ignorada? *Rev Neurocienc* 2002;10(1):38-43.
5. Montplaisir J, Nicolas A, Godbout R, Walters AS. Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *In: Krigger MH, Roth T, Dement WC (eds). Principles and Practice of Sleep Medicine*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000, 742-52.
6. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. *Arch Intern Med* 2000;160:2137-41.
7. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institute Health. *Sleep Med* 2003;4:101-19.
8. Walters AS, Group Organizer and Correspondent. Toward a better definition of the restless legs syndrome. *Mov Dis* 1995;5:634-42.
9. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2003;4:121-32.
10. Zucconi M, Ferini-Strambi L. Epidemiology and clinical findings of Restless Legs Syndrome. *Sleep Med* 2004;5:293-9.
11. Allen PA, Earley CJ. Validation of the Johns Hopkins of Restless Legs severity scale. *Sleep Med* 2001(2):239-42.

12. Linguistic validation of a Quality of Life Questionnaire. Mapi Research Institute 2002.
In: <http://mapi-research-inst.org>
13. Lang T. Twenty statistical errors even you can find in biomedicalresearch articles.
Croat Med J 2004;(4):361-70.
14. Cronbach IJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika 1951;297-334.
15. Bowling A. Measuring health-a review of quality of life measurent seals. 2nd ed
Buckmngnan Open University Press. 1997, 9-15.
16. INAF – Indicador de analfabetismo Funcional (Internet address). Instituto Paulo Montenegro (12/05/2006). In: http://www.ipm.org.br/an_ind.php
17. Correia de Campos C, Manzano G M, Bannwart de Andrade L, Castelo Filho A, Nóbrega JAM. Tradução e validação do questionário de avaliação de gravidade dos sintomas e do estado funcional na síndrome do túnel do carpo. Arq Neuropsiquiatr 2003;61:51-5.
18. Diccionario de Siglas Médicas – y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados com la codificación de las altas hospitalarias. Laguna JY, Cunat VA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (12/05/2006). In: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/diccionarioSiglasMedicas.pdf>
19. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. Cienc saude col 2003;8(1):173-83.
20. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad Saude Pub 1988;4(4):363-81.
21. Herzlich, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. Physis 2004;14(2):383-94.
22. Duarte LFD, Leal OF. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

Tabela 1. Termos da versão original em inglês que necessitaram ser adaptados na versão final em português, e o correspondente significado novamente em inglês.

Item	Original English	English (versão final – 6)
instrução	rate	Answer
Q1	rate	to consider to take in account
	severe Mild	Intense Light
Q2	rate	to consider to take in account
	severe mild	Big Small
Q3	slight relief complete	little relief Total
	how severe mild	how intense Light
Q5	severe	Intense
Q6	how severe	how severe
Q7	none	Never
Q8	how severe	how long
Q9	how severe	how intense what is the intensity
	carrying out a satisfactory	Activities
Q10	angry	Anger
	depressed	Depression
	sad	Sadness
	anxious irritable	Anxiety Irritability

Q = questão.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por idade e sexo.

	Homens (n=13)	Mulheres (n=17)	Total (n=30)
Idade (anos)			
média±DP	57,54±12,13	58,88±14,82	58,30±13,51
95%IC	45,46 a 67,92	52,29 a 60,77	53,25 a 63,34
Variação	33 - 79	18 - 81	18 - 81

DP=desvio padrão; IC=intervalo de confiança

Tabela 3. Matriz de correlações ordinais (Spearman) entre as questões (q) da escala.

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10
q1	1,00	0,42*	0,27	0,68**	0,09	0,78**	0,06	0,37*	0,39*	0,58**
q2	0,42*	1,00	-0,32	0,28	0,28	0,40*	0,00	0,25	0,14	0,30
q3	0,27	-0,03	1,00	0,12	0,29	0,17	-0,06	0,28	0,28	0,23
q4	0,68**	0,28	0,12	1,00	0,19	0,69**	0,26	0,49**	0,56**	0,50**
q5	0,09	0,28	0,29	0,19	1,00	0,12	0,19	0,30	0,28	0,38*
q6	0,78**	0,40*	0,17	0,69**	0,12	1,00	0,26	0,47**	0,66**	0,62**
q7	0,06	0,00	-0,06	0,26	0,19	0,26	1,00	0,49**	0,45*	0,25
q8	0,37*	0,25	0,28	0,49**	0,30	0,47**	0,49**	1,00	0,42*	0,39*
q9	0,39*	0,14	0,28	0,56**	0,28	0,66**	0,45*	0,42*	1,00	0,46**
q10	0,58**	0,30	0,23	0,50**	0,38*	0,62**	0,25	0,39*	0,46**	1,00

*Correlação significativa para p=0,05.

** Correlação significativa para p=0,01.

Tabela 4. Alfa de Cronbach para todas as questões (q) juntas e retirando-se uma a uma, e Correlação entre cada questão com todas as outras juntas.

Questão retirada	Correlação Corrigida entre uma questão com todas	Alfa de Cronbach retirando-se uma questão
-	-	0,83
q1	0,63	0,80
q2	0,35	0,83
q3	0,19	0,84
q4	0,65	0,78
q5	0,35	0,83
q6	0,77	0,79
q7	0,37	0,83
q8	0,60	0,80
q9	0,63	0,80
q10	0,65	0,79