



CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

Vice-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Inovação
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Reabilitação- PPGCR
Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação

Rodrigo Loureiro Cunha

Tradução e adaptação transcultural do instrumento “Stroke Rehabilitation
Motivation Scale”

Rio de Janeiro

2018

Rodrigo Loureiro Cunha

Tradução e adaptação transcultural do instrumento “Stroke Rehabilitation Motivation Scale”

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Augusto Motta, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. ERIKA DE CARVALHO RODRIGUES

Rio de Janeiro
2018
Rodrigo Loureiro Cunha

Tradução e adaptação transcultural do instrumento “Stroke Rehabilitation
Motivation Scale”

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*
em Ciências da Reabilitação do Centro
Universitário Augusto Motta, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Reabilitação.

Aprovado em dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. ERIKA DE CARVALHO RODRIGUES

Prof. Dr. THIAGO LEMOS DE CARVALHO - UNISUAM

Profa. Dra. LAURA ALICE SANTOS DE OLIVEIRA - UNISUAM

Profa. Dra. FERNANDA DE CARVALHO RODRIGUES - UFRJ

Rio de Janeiro
2018

Dedico este trabalho àqueles que são minha base, minha inspiração e minha fortaleza:
Juliana, Rogério, Vera e Mariana.

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma causa importante de disfunção e perda de produtividade. O grau de recuperação funcional alcançado após um AVC é variável e dependente da reorganização plástica do Sistema Nervoso Central (SNC). A reabilitação é um elemento importante nessa recuperação e no ganho de independência com propostas terapêuticas baseadas nos objetivos e anseios do paciente. Neste contexto, a motivação de um indivíduo com seu tratamento figura como um dos aspectos mais importantes na reabilitação, havendo positiva relação entre motivação, mudanças plásticas no SNC e ganhos motores e funcionais. Assim sendo, é fundamental mensurar este constructo psicológico em indivíduos com AVC em reabilitação. Para esta finalidade desenvolveu-se a “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*”. O objetivo deste trabalho foi realizar a tradução e adaptação transcultural para o Brasil desse instrumento. O estudo foi conduzido em 10 etapas: 1) Preparação: discussão e organização da metodologia implementada; 2) Tradução direta: realização de duas traduções do instrumento original para a língua portuguesa; 3) Reconciliação: elaboração de uma Versão Consensual (Vc) a partir das duas versões traduzidas; 4) Retro-traduições: realização de duas traduções da Vc para a língua inglesa; 5-6) Revisão e harmonização das retrotraduições: revisão das retrotraduições por um comitê de especialistas e elaboração da Primeira Versão Brasileira (VB1); 7) Pré-teste: teste da VB1 com 10 pacientes com AVC para avaliação de compreensão e aplicabilidade; 8) Revisão de resultados do pré-teste e Finalização: estudo de validade de conteúdo com as respostas do pré-teste; 9) revisão final: revisão e elaboração da Versão Brasileira Definitiva do instrumento (VBD); e 10) Relatório final: elaboração de relatório descritivo das alterações realizadas na escala. A VB1 apresentou bom nível de compreensão pelos pacientes no pré-teste. O estudo de validade de conteúdo revelou um alto índice de concordância entre os avaliadores do comitê. Apenas 3 dos 34 componentes da escala receberam pontuação abaixo de 4 no Índice de Validade de Conteúdo, com um escore total de 0,97 e o valor geral do coeficiente de kappa foi de 0.868 com $p < 0,001$. Na revisão final apenas pequenas correções gramaticais foram sugeridas e a VBD da “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” foi considerada de fácil compreensão e apta a ser aplicada em pacientes com AVC no Brasil.

Palavras-chave: motivação; acidente vascular cerebral; tradução; reabilitação.

ABSTRACT

Stroke is an important cause of disfunction and loss of functionality and productivity. The degree of functional recovery achieved after a stroke is variable and dependent of plastic reorganization of the Central Nervous System (CNS). Rehabilitation is a vital component for recovery and acquisition of independence and must be focused on patient's objectives and desires. Regarding this, a patient's motivation to treatment is considered one of the most important aspects in rehabilitation, with positive relations between motivation, plastic changes in CNS and motor and functional improvements. Therefore, it is crucial to measure this psychological construct in stroke patients undergoing rehabilitation. Thus, the "*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*" was created for this purpose. The goal of this study was to translate and cross-culturally adapt this scale to Brazil. The study protocol consisted in 9 steps: 1) Preparation: discussion and organization of the methods performed; 2) Forward translations: creation of two translated versions of the scale in portuguese (V1 and V2); 3) Reconciliation: elaboration of a Consensual Version (Vc) from V1 and V2; 4) Back translations: formulation of two translations of the Vc back to English; 5-6) Review and harmonization of back-translations: review of back-translations by an expert's committee and preparation of the First Brazilian Version (VB1); 7) Pre-test: VB1 tested with 10 stroke patients for comprehension and applicability evaluation; 8) Review of pre-test results and Finalization: validity content study done as from the answer to the pre-test; 9) Final review: Review and creation of the Final Brazilian Version of the scale (FBV); and 10) Final report: descriptive report on all the modifications made on the original scale. VB1 revealed good comprehension levels in between the pre-test patients. The content validity study demonstrated high inter-rater agreement between the experts committee members. Only 3 of the 34 items of the scale scored less than 4 on the Content Validity Index (CVI), with a total score of 0,97 and a Kappa coefficient score of 0.868, for the entire scale ($p < 0,001$). At the final review fase, only few grammar corrections were suggested and the FBV of the "*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*" was considered easily understood and adequately adapted for stroke patients in Brazil.

Keywords: motivation; stroke; translating; rehabilitation.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs - Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNS – Central Nervous System

CVI – Content Validity Index

dp – Desvio padrão

EMRA – Escala de Motivação para Reabilitação em AVC

FBV – Final Brazilian Version

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

LCA – Ligamento Cruzado Anterior

M1 – Córtex Motor Primário

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

SRMS – Stroke Rehabilitation Motivation Scale

SUS – Sistema Único de Saúde

UNISUAM- Centro Universitário Augusto Motta

V1 – Versão Traduzida 1

V2 – Versão Traduzida 2

VB1 – Primeira Versão Brasileira do Instrumento

VBD - Versão Brasileira Definitiva

Vc – Versão Consensual

Vi1 – Versão Independente em Inglês 1

Vi2 – Versão Independente em Inglês 2

$\bar{x}$ - Média

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. Aspectos gerais no AVC	11
2.2. Aspectos da reabilitação no AVC	12
2.3. Motivação: aspectos teóricos e neurofisiológicos	14
2.4. Relação entre motivação e recuperação funcional	15
2.5. Importância e instrumentos de mensuração: Escala de Motivação na Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral	16
3. JUSTIFICATIVA	18
4. OBJETIVO	19
5. MATERIAIS E MÉTODOS	20
5.1. Etapas do processo de tradução e adaptação transcultural	20
5.2. Análise estatística	23
5.3. Figura 1 - Fluxograma das etapas de tradução e adaptação transcultural da SRMS	24
5.4. Quadro 1 - Versão Original, Versão Consensual (Vc) e Versões Retrotraduzidas (Vi1 e Vi2) das instruções e perguntas da SRMS	24
5.5. Quadro 2 - Versão Original, Versão Consensual (Vc) e Versões Retrotraduzidas (Vi1 e Vi2) das opções de respostas da SRMS	28
6. ARTIGO ORIGINAL	29
6.1. Introdução	30
6.2. Materiais e métodos	32
6.2.1. Preparação	32
6.2.2. Tradução direta	33
6.2.3. Reconciliação	33
6.2.4. Retrotraduções	33
6.2.5. Revisão e harmonização das retrotraduções	33
6.2.6. Pré-teste	33
6.2.7. Revisão dos resultados do pré-teste e finalização	34
6.2.8. Revisão final	34
6.2.9. Análise estatística	34
6.3. Resultados	34
6.3.1. Tabela 1 - Alterações realizadas pelo Comitê da Vc para a VB1	35
6.3.2. Tabela 2 - Dados demográficos e clínicos dos pacientes do pré-teste	36
6.3.3. Tabela 3 - Alterações realizadas pelo Comitê da VB1 para a VBD	37
6.3.4. Tabela 4 - Valor geral do Coeficiente de Kappa	38
6.4. Discussão	38
6.5. Limitações do Estudo	39
6.6. Conclusão	39

6.7 Referências Bibliográficas	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
9. ANEXOS	49
9.1. ANEXO I - Versão Original da SRMS	49
9.2. ANEXO II - Autorização para tradução do instrumento SRMS	50
9.3. ANEXO III - Parecer Consubstanciado do CEP	51
9.4. ANEXO IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
9.5. ANEXO V - Formulário para aplicação do Pré-teste	56
9.6. ANEXO VI - Versão Brasileira Definitiva (VBD)	61

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pelo surgimento abrupto de sinais de disfunção cerebral focal que durem mais de 24 horas ou que levem ao óbito, tendo como única causa uma lesão vascular (WHO, 2004). As doenças cerebrovasculares figuram no cenário global como importantes agentes de mortalidade e incapacidade. No que diz respeito ao primeiro indicador, o AVC ocupa o segundo lugar no ranking mundial (TSAI; THOMAS; SUDLOW, 2013), com aproximadamente 16,9 milhões de novos casos no mundo e com cerca de 5 milhões de óbitos correspondentes e taxa de mortalidade global de 88.74 a cada 100000 habitantes (FEIGIN et al., 2014; WHO, 2004). No Brasil, os últimos dados de registro de óbitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) indicam que entre junho de 20017 e junho de 2018, a taxa de mortalidade pelas diferentes formas de AVC foi de 14,65 por 100000 habitantes (DATASUS, 2018). Quanto ao segundo indicador, o AVC representa uma causa importante de disfunção, sendo responsável por uma perda relevante de produtividade nos indivíduos acometidos pela doença (COLLINS, 2007; KUKLINA et al., 2012; TSAI; THOMAS; SUDLOW, 2013). Aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com sequelas neurológicas secundárias a um AVC e em 74% dos casos há algum grau de dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) (FEIGIN et al., 2014; LLOYD-JONES et al., 2010; RICHARDS; MALOUIN; NADEAU, 2015).

As doenças cerebrovasculares representam um problema de importância global. Apesar de não haver consenso na literatura, parece existir uma maior prevalência de casos em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (GARRITANO et al., 2012), com uma tendência mundial de aumento no número de casos devido ao incremento dos fatores predisponentes, majoritariamente aqueles relacionados aos hábitos de vida (KUKLINA et al., 2012).

De forma geral a doença é originária da interrupção da perfusão sanguínea cerebral de origem isquêmica ou hemorrágica (ROST, 2013). Nos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos, responsáveis por aproximadamente 87% dos casos de lesão vascular, ocorre a redução da perfusão a alguma região cerebral. Nessa categoria encontram-se os infartos lacunares, os AVC tromboembólicos e os idiopáticos (MIAO; LIAO, 2014). As lesões hemorrágicas caracterizam-se pela ruptura de vasos sanguíneos cerebrais com posterior extravasamento de sangue e comumente com isquemia subsequente (MIAO; LIAO, 2014).

Quanto à sua fisiopatologia, ela é uma condição de alta heterogeneidade caracterizada por diferentes espectros com sintomas que apontam áreas cerebrais específicas lesionadas (BALAMI; CHEN; BUCHAN, 2013; PACI et al., 2011). Para cada forma de apresentação, no

entanto encontram-se ainda subtipos fenotípicos diferentes, referentes ao motivo exato da isquemia ou hemorragia (GARCIA et al., 2013). Em termos de prognóstico para a reabilitação, a forma hemorrágica da doença geralmente é a mais grave, mediando maiores comprometimentos funcionais iniciais, porém tendendo a ter uma maior taxa de recuperação do que as lesões isquêmicas (AZEVEDO DA COSTA; ARAUJO DA SILVA; DA ROCHA, 2006). Aspectos como idade, menor número de comorbidades coexistentes, presença de sinais precoces de melhora dos sintomas e a presença de um cuidador em casa, indicando a importância de uma boa estrutura social no restabelecimento do indivíduo, são indicadores de boa recuperação funcional (JØRGENSEN et al., 1999).

Apesar de existir grande potencial para a reabilitação após o AVC, o tratamento das sequelas motoras e funcionais é demorado. Ademais, muitos pacientes mantêm suas incapacidades a despeito das intervenções terapêuticas, prolongando a sobrecarga emocional, física e socioeconômica que a doença traz consigo (TAN et al., 2009). Nesse sentido, é de extrema importância que se mantenham programas de tratamento específicos, nos quais os objetivos levem em consideração os interesses, anseios e valores do próprio paciente, constituinte mais importante do processo de reabilitação (LENZE et al., 2012).

O sucesso da intervenção terapêutica está intimamente ligado com a participação do paciente na mesma (SCOBIE et al., 2015). Incluir as demandas por autonomia e competência de um paciente na elaboração de objetivos e delineamento de sua reabilitação é uma forma eficaz de mantê-lo participativo e principalmente de estimular sua motivação ao tratamento. Isso é crucial para o bom desempenho, bons resultados e aprendizado motor (COLOMBO et al., 2007; WINSTEIN; KAY, 2015), estando a motivação intimamente ligada à extensão da recuperação funcional (LEE et al., 2015).

Essas afirmativas estão em consonância com o que ocorre com jovens e idosos saudáveis que praticam atividades físicas. Parece haver relação positiva entre a percepção de autonomia, a autoestima e a motivação com a prática de exercícios físicos (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2012). Assim sendo, a motivação aparece como um constructo que deve ser cuidadosamente observado, mensurado e estimulado em indivíduos submetidos à reabilitação física.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos gerais no AVC

É comum que, em decorrência das lesões vasculares encefálicas, pacientes evoluam com comprometimentos sensitivo-motores, cognitivos e de linguagem associados a grandes repercussões no nível de funcionalidade (STOOKEY et al., 2014; MORENO-PALACIOS et al., 2017; RICHARDS; MALOUIN; NADEAU, 2015). No que diz respeito às deficiências e incapacidades, o AVC é um dos principais agentes causadores de disfunções físicas e mentais no mundo (FEIGIN et al., 2015). O Relatório Mundial sobre a Deficiência da OMS de 2011 mostra que os AVCs figuram como umas das principais causas do incremento nos anos vividos com incapacidade na população mundial. Ainda, em um estudo realizado com 1200 pacientes em 5 países e com 10 patologias diferentes, avaliaram-se as medidas de capacidade e desempenho de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Doença (CIF). Os indivíduos portadores de AVC apresentaram as piores pontuações, indicando maiores incapacidades (WHO, 2004). Observa-se frequentemente que esses indivíduos apresentam quadros típicos de hemiparesia (em cerca de 50% dos casos), além de afasias e também distúrbios comportamentais. Todos esses impactando negativamente nos níveis de atividade (dependência para a deambulação e para as atividades de vida diária principalmente) e participação (KWAKKEL; KOLLEN, 2013; LEBRASSEUR et al., 2006; REINKENSMEYER et al., 2016; RICHARDS; MALOUIN; NADEAU, 2015; WINSTEIN et al., 2016).

O grau de recuperação funcional alcançado após um AVC é variável e multifatorial. A presença e gravidade de comprometimentos neurológicos e funcionais além de fatores como idade, tipo de lesão vascular cerebral, presença de doenças cardiovasculares e status funcional prévio são indicadores de prognóstico conhecidos (JØRGENSEN et al., 1999; KNECHT; HESSE; OSTER, 2011; MEYER et al., 2014; MORENO-PALACIOS et al., 2017). Cabe lembrar ainda que esse potencial funcional é dependente da reorganização plástica do Sistema Nervoso Central (SNC) (KNECHT; HESSE; OSTER, 2011; LEE et al., 2015; STINEAR et al., 2007).

No contexto de um grande número de comprometimentos oriundos do AVC e da conhecida capacidade de recuperação insere-se a reabilitação como elemento fundamental no tratamento desses pacientes. Ela deve consistir em um processo dinâmico voltado ao alcance dos objetivos do indivíduo (RICHARDS; MALOUIN; NADEAU, 2015), sendo um recurso fundamental para obtenção de independência funcional (WINSTEIN et al., 2016).

2.2 Aspectos da reabilitação no AVC

Visando extrair-se o máximo proveito da reabilitação, é essencial a participação ativa do indivíduo na elaboração das propostas de tratamento com atividades funcionalmente relevantes e que ele seja capaz de executar, tornando a prática de exercícios uma parte integrante e importante de sua própria identidade (POPOVIČ et al., 2014; SCOBIE et al., 2015). A determinação colaborativa de objetivos na terapia é essencial (MANSFIELD et al., 2015). Essa inferência está em consenso com o estudo de Duncan e seus colaboradores (2010) no qual se analisa a contribuição de fatores motivacionais à prática regular de exercícios em indivíduos hígidos. Em um contexto de execução de atividade física regular considera-se importante que o praticante se envolva e crie uma identidade com as atividades que desempenha. Isso torna a atividade um hábito contínuo e significativo em sua vida (DUNCAN et al., 2010). Lenze e seus colaboradores, em um estudo em 2012 com idosos em reabilitação de condições agudas, consideram que a baixa adesão e intensidade na reabilitação pode ser causada pela falta de motivação do paciente, oriunda da falta de interação com seu terapeuta. O direcionamento da terapia aos anseios e características do paciente ajuda a amenizar esse problema (LENZE et al., 2012). Além disso, em pacientes pós reconstrução cirúrgica de Ligamento Cruzado Anterior (LCA) o incentivo à autonomia dado pelo fisioterapeuta tem impacto positivo na motivação dos mesmos e consequentemente na adesão à reabilitação (CHAN et al., 2009).

Ao transportar os achados dos estudos com indivíduos sadios e em outros contextos para o contexto da reabilitação de pacientes pós AVC, é possível se fazer considerações semelhantes àquelas feitas em pessoas sadias. O maior envolvimento com o planejamento e a execução de seu tratamento, a compreensão da relevância do tratamento e da sua aplicabilidade nas demandas diárias e no aprimoramento da qualidade de vida, assim como da percepção de melhora como efeito do tratamento, são implicados como fatores determinantes do grau de motivação de um paciente para a continuidade do mesmo (COLOMBO et al., 2007; GRAVEN et al., 2011). Portanto, a seleção de objetivos pelo próprio paciente pode incrementar o seu interesse e a motivação. De forma análoga, a melhora no desempenho, no planejamento, no automonitoramento, na resolução de problemas e os ganhos funcionais elevam a motivação para alcançar os objetivos do tratamento e podem tornar o indivíduo perseverante em seu tratamento (SKIDMORE et al., 2015).

Tan e colaboradores (2009) também sugerem que os efeitos do treinamento na aquisição ou melhora no desempenho e independência funcional levam a uma maior adesão de um indivíduo ao seu programa de reabilitação. Em consequência à maior adesão há melhores resultados que, por sua vez podem levar à capacidade de auto-cuidado e de outras atividades de forma independente. Isso, por sua vez relaciona-se com uma maior qualidade

de vida e assim, menor incapacidade (TAN et al., 2009). Dessa forma, devem ser elaborados planos terapêuticos que mantenham o paciente participativo e integrado visando a sua autonomia (LEBRASSEUR et al., 2006). Estratégias de tratamento centradas nas necessidades do paciente impactam em seu grau de motivação e a motivação, a satisfação e a colaboração, são componentes relevantes para o aprendizado motor e consequentemente para o alcance de bons resultados na reabilitação (POPOVIČ et al., 2014; WINSTEIN; KAY, 2015).

2.3 Motivação: aspectos teóricos e neurofisiológicos

Em face da influência da motivação no envolvimento de um indivíduo em sua reabilitação e nos resultados, como descrito anteriormente, é importante definir e compreender adequadamente esse conceito. A motivação consiste em um construto psicológico que fundamenta como escolhemos nossas ações e nos comportamos enquanto indivíduos. O conceito é bastante amplo e inclui a geração de motivação, sua manutenção e regulação, através de diversos processos dinâmicos. Diversas teorias buscam explicar esse constructo de acordo com diferentes contextos onde a motivação pode ser essencial para o controle comportamental (KIM, 2013). Uma dessas teorias é a Teoria da Autodeterminação que sugere como um processo determinado por fatores internos e externos que irão influenciar o comportamento (CHAN et al., 2009; DUNCAN et al., 2010; ESSERY et al., 2016; GONÇALVES; ALCHIERI, 2010; LONSDALE et al., 2012). Nesse contexto sugere-se então a existência de uma motivação intrínseca e extrínseca. A primeira consiste na autodeterminação por si, definida como o impulso de realizar uma tarefa pelo interesse ou simplesmente a satisfação oriunda da mesma. A segunda concerne diferentes formas de regulação motivacionais externas, onde se levam em consideração efeitos positivos ou negativos de um determinado comportamento ou ato. Isto é, o indivíduo é motivado ou não a realizar algo por meio da presença de reforço positivo ou negativo externo ou do seu julgamento interior da importância ou não, para seu bem-estar, daquilo que se realiza (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2012; VANCAMPFORT et al., 2015).

Alguns autores consideram ainda que a motivação deva ser explicada de maneira mais precisa através de um conjunto de subdivisões formando um *continuum* entre a autodeterminação máxima (motivação intrínseca) e a mínima (motivação extrínseca) ou ausência de autodeterminação (amotivação). De acordo com este conceito, a motivação pode ser entendida de maneira mais global, respeitando-se os diferentes níveis de autoregulação existentes entre suas subdivisões. (FERNANDES; VASCONCELOS-RAPOSO, 2005; GONÇALVES; ALCHIERI, 2010; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2012)

Estes conceitos são relevantes no cenário da reabilitação, pois acredita-se que quanto mais autodeterminado o paciente maior será seu engajamento com uma atividade física contínua por tempo prolongado e consequentemente maiores serão os ganhos (RAHMAN et al., 2015).

Do ponto de vista neural, estudos avaliando o comportamento motivacional animal e humano correlacionam a motivação à atividade em áreas cerebrais intimamente ligadas ao comportamento emocional, ao comportamento por recompensa, à tomada de decisão e ao aprendizado motor, como por exemplo o córtex pré-frontal, o córtex cingulado anterior, a amígdala, o Estriado, a Substância Negra Compacta, Núcleo Accumbens e a área tegmentar ventral do mesencéfalo (DEN OUDEN; KOK; DE LANGE, 2012; FONSLow et al., 2013; GALTRESS; MARSHALL; KIRKPATRICK, 2012; KIM, 2013; VASSENA et al., 2014). No que diz respeito à influência da motivação na aquisição de habilidades motoras, acredita-se que isto se justifique em parte pela plasticidade induzida no córtex motor, durante um contexto de treinamento de uma tarefa, por conexões entre as áreas de motivação e córtex motor primário (M1), especialmente por aquelas oriundas de neurônios dopaminérgicos da área tegmentar ventral do mesencéfalo consideradas essenciais na modulação da plasticidade em M1 e ganho de ação motora habilidosa (DEN OUDEN; KOK; DE LANGE, 2012; NISHIMURA et al., 2011; WINSTEIN; KAY, 2015)(HOSP et al., 2011).

Um outro princípio determinante da motivação e intimamente relacionado com a capacidade funcional e qualidade de vida é a autoeficácia. Esta é a percepção individual da capacidade de desempenho, execução ou resolução bem sucedida de uma tarefa ou da mudança de um estado ou comportamento, a despeito da conjuntura em que esse indivíduo se encontre (LEBRASSEUR et al., 2006). Parece haver relação positiva entre a percepção de autoeficácia e a motivação com a prática de exercícios físicos em jovens e idosos saudáveis (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2012). Quanto maior este construto, maior a capacidade do indivíduo de vencer seus desafios de maneira independente (ESSERY et al., 2016). A noção de autoeficácia pode ser reforçada pela oferta de feedback sobre a evolução do paciente por parte do terapeuta, estimulando assim também a motivação ao tratamento e sendo um fator importante para o sucesso da reabilitação (MANSFIELD et al., 2015).

2.4 Relação entre motivação e recuperação funcional

A relação positiva entre motivação e recuperação funcional parece bastante clara, a partir do que já foi exposto anteriormente. É importante que os fatores que motivam o paciente a buscar seu tratamento, assim como seus objetivos e expectativas sejam identificados (ARNETT; WORLEY, 1999; SKIDMORE et al., 2015), pacientes mais

motivados entendem que a reabilitação tem o papel mais importante na recuperação e que eles são personagens ativos nesse processo no que diz respeito à escolha de metas (MACLEAN et al., 2002). Assim garantem-se bons resultados (ARNETT; WORLEY, 1999).

Dessa forma, sabem da importância de estarem sempre bem informados a respeito dos exercícios que devem executar e de serem constantemente desafiados pelo terapeuta. Para estes indivíduos os ganhos são dependentes do esforço aplicado e o progresso terapêutico está intimamente correlacionado à aquisição de independência para AVDs. Assim sendo, o fisioterapeuta deve se manter atento às demandas do paciente e permitir que o mesmo o questione quanto aos objetivos dos exercícios e busque entender mais seu problema (MACLEAN et al., 2002). Além disso, como mencionado, estratégias que aumentem o feedback ao paciente, como o auditivo e visual e até mesmo atividades com realidade virtual podem tornar o indivíduo mais participativo e interessado, aumentando sua adesão aos exercícios e a quantidade dos mesmos (NOVAK et al., 2014).

A preocupação em atender às demandas do paciente e mantê-lo estimulado com relação à sua recuperação justifica-se ainda pela frequente associação entre incapacidades funcionais e emocionais pós-AVC. A perda de independência para AVDs pode estar relacionada a pensamentos negativos, baixa autoestima e perda de autodeterminação, que impactam negativamente nos níveis de atividade e participação de indivíduos com AVC (CHOI et al., 2015). Estas características em conjunto com a depressão, ansiedade, apatia e outros transtornos comportamentais podem estar associadas com um quadro de desmotivação e menor engajamento com o tratamento (NOVAK et al., 2014; WATKINS et al., 2011), possivelmente devido à perda do comportamento direcionado a objetivos, da iniciativa e do interesse (SKIDMORE et al., 2015). Um outro fator que pode estar associado ao desinteresse e à baixa adesão do paciente à reabilitação, é a falta de informações recebidas de seus terapeutas, sobre sua doença. Isto pode se somar a uma gama de outros fatores relacionados à diminuição da qualidade de vida após um AVC e propiciar o surgimento de sintomas de depressão, problema também frequente nesta população (AYERBE et al., 2013; BAUMANN et al., 2014).

De posse desses conceitos, ao se elaborar programas de reabilitação para pacientes com sequelas de AVC, deve-se buscar envolver o indivíduo com todas as etapas do programa estimulando os elementos intrínsecos e extrínsecos da motivação. O treinamento centrado no paciente permite sua percepção de dificuldades e também de suas capacidades, aumentando sua confiança e motivação, estimulando sua participação e impactando positivamente no aprendizado e ganho de habilidades motoras (JOHANSSON, 2011; WINSTEIN; KAY, 2015; HOSP et al, 2011).

2.5 Importância e instrumentos de mensuração: Escala de Motivação na Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral

Conforme mencionado anteriormente, a motivação ao tratamento é tida como um dos elementos mais significativos na determinação de resultados, acredita-se que quanto maior ela for, melhor a resposta à reabilitação (HALLAMS, S., & BAKER, 2009). A relação entre motivação, mudanças plásticas e bons desfechos na reabilitação tornam o incentivo à motivação do paciente e a mensuração desta algo extremamente importante no contexto de tratamento. No entanto, por ser subjetivo e relacionado a diferentes aspectos psicológicos, este é um construto difícil de se avaliar, em especial em pessoas com AVC submetidas a tratamento de reabilitação. Existem instrumentos de avaliação dos aspectos intrínsecos e extrínsecos da motivação, baseados na Teoria da Autodeterminação, na população geral, em idosos, em estudos sobre educação e na prática de atividades físicas por indivíduos saudáveis (GONÇALVES; ALCHIERI, 2010; GUAY; VALLERAND; BLANCHARD, 2000; PELLETIER et al., 1995; VALLERAND et al., 1992). No entanto, são poucos os instrumentos que avaliam este construto no âmbito da reabilitação específica de pacientes com AVC, apesar de sua grande importância, como já descrito, para esses pacientes, no que diz respeito ao seu envolvimento, entendimento e bons resultados no processo de reabilitação. Na literatura existem apenas 2 instrumentos de avaliação, um questionário para avaliação de motivação em sobreviventes de AVC (HALLAMS, S., & BAKER, 2009) e a “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” (SRMS) (Anexo I), desenvolvida em 2012 (WHITE et al., 2012).

A SRMS surgiu no contexto da escassez de instrumentos que analisassem o nível de envolvimento de pacientes com AVC na reabilitação. A versão original da SMRS foi desenvolvida por White e seus colaboradores em 2012 e publicada em inglês após serem avaliadas sua validade, confiabilidade e consistência interna em um estudo piloto com 18 pacientes com AVC na fase aguda. Ela consiste em 28 quesitos que avaliam o quão motivado, interessado e satisfeito o paciente se encontra com sua recuperação, o grau de conhecimento de sua condição e as razões pelas quais o indivíduo optou por iniciar seu tratamento. Seus itens são aplicados pelo avaliador, através de perguntas feitas ao entrevistado. Para cada item existem cinco opções de resposta: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo Pouco; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo pouco; 5 - Concordo totalmente.

A SRMS baseia-se na Teoria da Autodeterminação e foi desenvolvida com base na Escala de Motivação do Esporte (PELLETIER et al., 1995). Este instrumento avalia as razões pelas quais alguém pratica um esporte e foi empregado como base para a SMRS pois é validado, confiável e bastante aceito no meio acadêmico. Além disto, mensura

adequadamente as influências internas e externas na motivação através de 28 perguntas, como também acontece na SMRS. Desta forma, são preconizadas tanto na Escala de Motivação do Esporte, como na SMRS, as subdivisões das formas e estilos regulatórios da motivação contidos entre a amotivação, a motivação extrínseca e a motivação intrínseca, como estrutura o *Continuum* da Autodeterminação (FERNANDES; VASCONCELOS-RAPOSO, 2005; PELLETIER et al., 1995). Assim sendo, a SMRS avalia os componentes importantes para a existência de comportamentos motivados em seres humanos. (PELLETIER et al., 1995; WHITE et al., 2012).

No Brasil ainda não há instrumentos traduzidos e validados para a avaliação de motivação em pacientes com AVC submetidos à reabilitação. Em vista disso, e da importância do uso de um instrumento com essa finalidade no tratamento de pacientes com AVC, é importante que a SRMS seja traduzida para o Português e adaptada para o uso no Brasil.

3. JUSTIFICATIVA

O Acidente Vascular Cerebral é uma doença neurológica de grande prevalência no Brasil, sendo um dos principais agentes de incapacidades físicas e de funcionalidade no país. Dessa maneira, contribui para o incremento do número de pessoas com demandas de reabilitação. Bons resultados terapêuticos nestes indivíduos dependem de inúmeros fatores relacionados à doença; ao ambiente; à proposta terapêutica e ao próprio paciente, como suas características físicas e construtos psicológicos. Dentre os últimos, considera-se a motivação do paciente como um elemento fundamental para a adesão do mesmo ao seu tratamento, para o máximo envolvimento com os exercícios propostos e, conseqüentemente, para atingir aos melhores resultados possíveis no processo de recuperação.

Em função da importante influência dos aspectos motivacionais no progresso e nos desfechos da reabilitação, faz-se imprescindível que o terapeuta busque observar e manter o nível de motivação de seu paciente ao longo de seu tratamento. O “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*”, é um instrumento especificamente desenvolvido para a avaliação desse construto psicológico no paciente com AVC. Esta escala, por sua vez, ainda não se encontra traduzida para a língua portuguesa e validada no Brasil.

Este estudo irá contribuir para a avaliação do nível de motivação do paciente com AVC ao seu tratamento, proporcionando aos profissionais que acompanham esses pacientes no Brasil uma ferramenta específica adaptada às características sociais, culturais e linguísticas de nossa população.

4. OBJETIVO

Realizar a tradução para a língua portuguesa do Brasil e a adaptação transcultural do instrumento “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” (SRMS).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de tradução e adaptação transcultural da “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*”. A tradução foi autorizada por Daniel KY Chan (Anexo II), primeiro autor da versão original. O processo de tradução e adaptação se deu em 10 fases, como consta no fluxograma da Figura 1: preparação, tradução direta, reconciliação, retro-traduções, revisão e harmonização das retrotraduções, pré-teste, revisão de resultados do pré-teste e finalização, revisão final e relatório final. A sistematização deste trabalho foi adaptada das recomendações de estudos de operacionalização de trabalhos de adaptação transcultural de Wild et al, 2005; Reichenheim, 2007 e Alexandre e Coluci, 2011.

5.1 Etapas do processo de tradução e adaptação transcultural

Preparação

Esta foi a fase inicial do projeto. Nela foi discutida a metodologia escolhida e a definição e organização e prazos de cada etapa. Foi neste momento que se realizou contato com o autor da escala original para autorização para tradução e adaptação no Brasil. Foi também neste momento em que se selecionaram os dois tradutores para a elaboração das versões traduzidas V1 e V2.

Tradução Direta

A partir da versão original da SRMS foram elaboradas inicialmente duas versões em português por dois tradutores, brasileiros e independentes. Estes tradutores tinham o português como língua materna e eram fluentes na língua inglesa, o que garantiu a maior familiarização e habilidade linguística no idioma alvo pelos mesmos. Nesta etapa os autores do estudo acrescentaram também as recomendações de Borsa et al, 2012 e além das características dos tradutores já descritas, de maneira a garantir maior compreensão dos construtos a serem avaliados, os tradutores eram também da área de saúde e cientes do objetivo da pesquisa.

Reconciliação

Estas versões iniciais (V1 e V2) foram a seguir analisadas, comparadas e conciliadas em uma única versão na língua portuguesa, chamada de versão consensual (Vc). Esta etapa foi realizada pelos autores do trabalho e dois especialistas em reabilitação com conhecimento dos objetivos da pesquisa, novamente em conformidade com as recomendações de Borsa et al, 2012. Avaliaram-se as discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais. Falhas de tradução e a escolha de melhores expressões a serem utilizadas foram apontadas na V1 e V2 e resolvidas nesse mesmo momento mediante discussão entre os participantes desta etapa.

Retrotraduções

Concluída a fase de síntese das versões e elaboração da Vc, iniciou-se a fase de retrotradução do português para o inglês. Esta fase teve por objetivo garantir o controle da qualidade das traduções, pois ao retraduzi-las buscou-se o máximo de equivalência gramatical e conceitual com a versão original. As retrotraduções foram elaboradas por dois tradutores independentes, nativos na língua inglesa, com proficiência em português, habitantes no Brasil, com experiência em tradução de escalas relacionadas às ciências da saúde, sem conhecimento da escala original e sem envolvimento profissional com as diferentes áreas da saúde. Deste processo foram elaboradas duas novas versões independentes em inglês (Vi1 e Vi2).

As modificações feitas pelo comitê e pelos autores e os itens constantes das versões Original, Consensual e Retrotraduções encontram-se descritas no parágrafo de resultados do artigo e nos anexos XXXX referentes aos Quadros 1 e 2 .

Revisão e Harmonização das Retrotraduções

Estas duas etapas foram reunidas em um único momento pelos autores do estudo. Neste momento reuniu-se o comitê multidisciplinar de especialistas em reabilitação neurológica. Este comitê foi formado por 3 fisioterapeutas (os 3 autores do estudo), uma fonoaudióloga, um médico, um educador físico e um neuropsicólogo, todos com experiência no tratamento de pacientes com AVC. Todos os integrantes eram brasileiros com proficiência na língua inglesa, escolhidos por consenso entre os autores e todos tinham conhecimento do objetivo da pesquisa, porém apenas os autores participaram das fases iniciais da etapa de tradução.

Neste primeiro encontro do comitê, as versões retrotraduzidas (Vi1 e Vi2) foram revisadas para detecção e correção de eventuais falhas de tradução. Em seguida ambas foram confrontadas com a versão inglesa original da SMRS e com a Vc, visando avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual, linguística e contextual entre as versões.

Além disto, o comitê observou se os termos ou expressões da versão consensual estavam adequados ao público-alvo, a quem o instrumento se destina, e se generalizações para diferentes contextos regionais poderiam ser realizadas a partir destes. Nessa comparação os termos que mais se aproximaram conceitualmente e contextualmente da versão original, foram harmonizados e escolhidos para compor a primeira Versão Brasileira da escala (VB1). Para considerar um item aceitável estabeleceu-se como percentual de concordância, o valor de 85%, o que correspondeu a 6 concordâncias dentre 7 membros do comitê, seguindo as recomendações encontradas na literatura, que sugerem um percentual de concordância de pelo menos 80%.(ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os itens que geraram maior discussão e dúvida, entre os membros do comitê, quanto à escolha da melhor tradução foram levados pelos autores do trabalho para uma última análise e discussão. Esta análise foi realizada por 3 especialistas reabilitação neurofuncional, com proficiência em inglês e experiência de trabalho em países de língua inglesa.

Pré-teste

Esta etapa consistiu em um estudo observacional transversal no qual a VB1 foi aplicada, pelo autor, na população-alvo da escala. Dez pacientes com sequelas motoras de AVC foram entrevistados.

Este estudo considera as regulamentações descritas na resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISUAM através do parecer consubstanciado de número: 2.056.795 (Anexo III). Todos os participantes (Comitê de especialistas e pacientes) foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV).

Os pacientes participantes desta etapa do estudo foram selecionados pelos autores a partir da população de pacientes com AVC dos seguintes centros de reabilitação na cidade do Rio de Janeiro: Clínica Escola Amarina Motta do Centro Universitário Augusto Motta e ambulatório de Fisioterapia do Centro de Fisiatria e Reabilitação da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Todos os indivíduos selecionados preenchiam os seguintes critérios de inclusão: ser brasileiro e residente no Brasil; idade entre 18 e 75 anos; diagnóstico clínico de AVC, sem outras doenças neurológicas; pelo menos 7 (sete) anos de escolaridade; e que estejam em tratamento fisioterapêutico regular. Foram excluídos aqueles voluntários com déficits cognitivos (avaliados através do Mini exame do Estado Mental, com nota de corte de 18 pontos) ou de linguagem aparente. Os dados demográficos e clínicos da amostra do estudo estão apresentados na Tabela 4.

Os objetivos da realização do pré-teste com a VB1 foram: avaliar a aplicabilidade do instrumento na população brasileira e a análise simultânea da adequação de seus itens e de suas instruções para administração da escala, em relação aos significados e à dificuldade de compreensão pela população-alvo. Esta análise foi realizada em paralelo à aplicação da escala com os indivíduos avaliados respondendo se compreenderam ou não as instruções e cada item do instrumento e se os mesmos se aplicam ou não às suas realidades. Estas respostas foram registradas em formulário específico (Anexo V) pelo avaliador com possíveis alterações sugeridas pelos indivíduos, para cada item não entendido ou não aplicado.

Revisão de Resultados do Pré-teste e Finalização

Esta etapa consistiu em um estudo de validade de conteúdo da escala onde reuniu-se o comitê de especialistas mais uma vez. As respostas dos pacientes no pré-teste com a VB1, em relação à compreensão das instruções e de cada item da escala foram analisadas. Aplicou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), conforme recomendação de Alexandre e Coluci; 2011. O IVC consiste em uma escala do tipo Likert, com pontuação de 1 a 4, sendo 1- não representativo; 2- item necessita de grande revisão para ser representativo; 3- item necessita de pequena revisão para ser representativo; e 4- item representativo. O escore do IVC foi calculado através da soma dos itens que foram pontuados como 3 ou 4 dividida pelo número total de itens. O índice de concordância mínima aceitável foi 0,80. Os itens pontuados como 1 ou 2 foram revisados até atingir-se 0,80 ou excluídos pelo comitê quando não houve concordância aceitável.

Como segunda medida de concordância interavaliador utilizou-se o coeficiente de Kappa. Foram utilizadas as pontuações do IVC (1, 2, 3 ou 4) como respostas de cada membro do comitê para cada item avaliado da escala. O Kappa foi calculado através do site: <http://www.lee.dante.br/>, e também considerou-se um valor mínimo de concordância de 0,80. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TRONCOSO BALTAR, VALÉRIA OKANO, [s.d.]

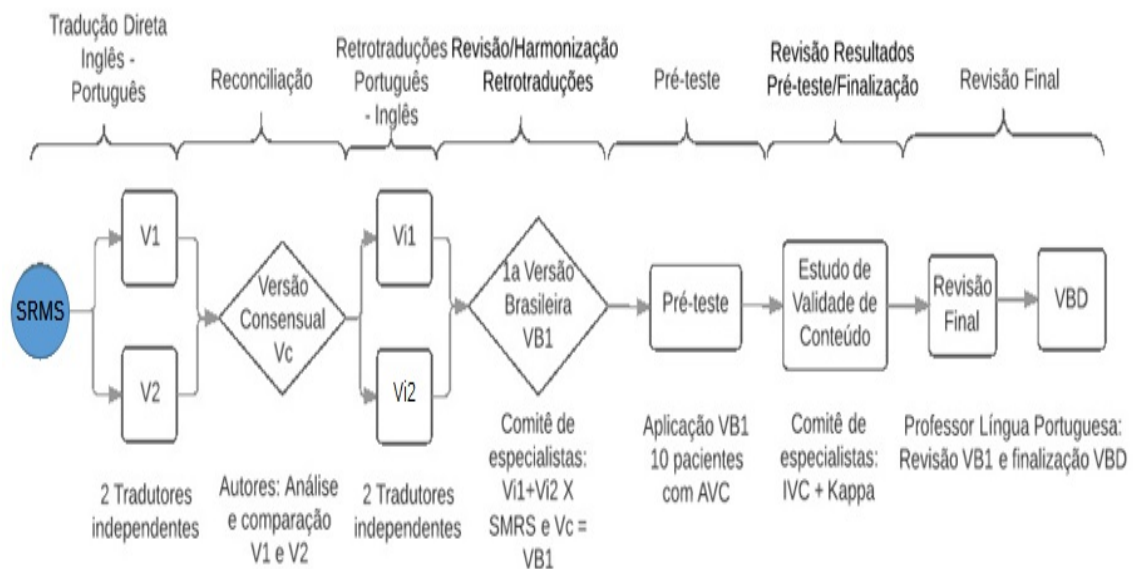
Revisão Final

Esta etapa consistiu na revisão da VB1 por um professor de Língua Portuguesa afim de se detectarem e corrigirem erros gramaticais e semânticos persistentes. Isto representou um último passo de controle de qualidade da tradução antes do instrumento ser liberado para aplicação na população-alvo. Os comentários e correções desta etapa foram considerados pelos autores do estudo e todo o processo de tradução e adaptação foi finalizado com a elaboração da versão brasileira definitiva da escala (VBD) (Anexo VI).

Relatório Final

Como última tarefa do processo de tradução e adaptação transcultural, os autores elaboraram um relatório final do trabalho. A finalidade do relatório é detalhar todas as alterações, sugestões e decisões levantadas para cada item durante as etapas de tradução e harmonização, afim de mantê-las para consultas futuras e para eventuais interpretações de dados da escala.

Figura 1 – Fluxograma das etapas do processo de tradução e adaptação da SRMS.



5.2 Análise Estatística

Para a caracterização dos pacientes com sequelas motoras pós-AVC envolvidos na etapa de pré-teste do estudo, foram coletadas variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil) e clínicas (data do diagnóstico de AVC, diagnóstico cinético-funcional e tempo de tratamento fisioterapêutico até o início do estudo). Estes dados foram apresentados de forma descritiva por meio de médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e frequência relativa e absoluta para as variáveis qualitativas.

6. ARTIGO ORIGINAL

Tradução e adaptação transcultural do instrumento “Stroke Rehabilitation Motivation Scale”

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma causa importante de disfunção e perda de produtividade. O grau de recuperação funcional alcançado após um AVC é variável e dependente da reorganização plástica do Sistema Nervoso Central (SNC). A reabilitação é um elemento importante nessa recuperação e no ganho de independência. Neste contexto, a motivação de um indivíduo com seu tratamento figura como um dos aspectos mais importantes para a reabilitação, havendo uma relação positiva entre motivação, mudanças plásticas no SNC e ganhos motores e funcionais. Assim sendo, é fundamental mensurar este constructo psicológico em indivíduos com AVC em reabilitação. Para esta finalidade desenvolveu-se a “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*”. O objetivo deste trabalho foi realizar a tradução e adaptação transcultural para o Brasil desse instrumento. O estudo foi conduzido em 10 etapas: 1) Preparação: discussão e organização da metodologia implementada; 2) Tradução direta: realização de duas traduções do instrumento original para a língua portuguesa; 3) Reconciliação: elaboração de uma Versão Consensual (Vc) a partir das duas versões traduzidas; 4) Retro-traduições: realização de duas traduções da Vc para a língua inglesa; 5-6) Revisão e harmonização das retrotraduições: revisão das retrotraduições por um comitê de especialistas e elaboração da Primeira Versão Brasileira (VB1); 7) Pré-teste: teste da VB1 com 10 pacientes com AVC para avaliação de compreensão e aplicabilidade; 8) Revisão de resultados do pré-teste e Finalização: estudo de validade de conteúdo com as respostas do pré-teste; 9) revisão final: revisão e elaboração da Versão Brasileira Definitiva do instrumento (VBD); e 10) Relatório final: elaboração de relatório descritivo das alterações realizadas na escala. A VB1 apresentou bom nível de compreensão pelos pacientes no pré-teste. O estudo de validade de conteúdo revelou um alto índice de concordância entre os avaliadores do comitê. Apenas 3 dos 34 componentes da escala receberam pontuação abaixo de 4 no Índice de Validade de Conteúdo, com um escore total de 0,97 e o valor geral do coeficiente de kappa foi de 0.868 com $p < 0,001$. Na revisão final apenas pequenas correções gramaticais foram sugeridas e a VBD da “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” foi considerada de fácil compreensão e apta a ser aplicada em pacientes com AVC no Brasil.

Palavras-chave: motivação; acidente vascular cerebral; tradução; reabilitação.

ABSTRACT

Stroke is an important cause of disfunction and loss of functionality and productivity. The degree of functional recovery achieved after a stroke is variable and dependent of plastic reorganization of the Central Nervous System (CNS). Rehabilitation is a vital component for recovery and acquisition of independence and must be focused on patient's objectives and desires. Regarding this, a patient's motivation to treatment is considered one of the most important aspects in rehabilitation, with positive relations between motivation, plastic changes in CNS and motor and functional improvements. Therefore, it is crucial to measure this psychological construct in stroke patients undergoing rehabilitation. Thus, the "*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*" was created for this purpose. The goal of this study was to translate and cross-culturally adapt this scale to Brazil. The study protocol consisted in 9 steps: 1) Preparation: discussion and organization of the methods performed; 2) Forward translations: creation of two translated versions of the scale in portuguese (V1 and V2); 3) Reconciliation: elaboration of a Consensual Version (Vc) from V1 and V2; 4) Back translations: formulation of two translations of the Vc back to English; 5-6) Review and harmonization of back-translations: review of back-translations by an expert's committee and preparation of the First Brazilian Version (VB1); 7) Pre-test: VB1 tested with 10 stroke patients for comprehension and applicability evaluation; 8) Review of pre-test results and Finalization: validity content study done as from the answer to the pre-test; 9) Final review: Review and creation of the Final Brazilian Version of the scale (FBV); and 10) Final report: descriptive report on all the modifications made on the original scale. VB1 revealed good comprehension levels in between the pre-test patients. The content validity study demonstrated high inter-rater agreement between the experts committee members. Only 3 of the 34 items of the scale scored less than 4 on the Content Validity Index (CVI), with a total score of 0,97 and a Kappa coefficient score of 0.868, for the entire scale ($p < 0,001$). At the final review fase, only few grammar corrections were suggested and the FBV of the "*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*" was considered easily understood and adequately adapted for stroke patients in Brazil.

Keywords: motivation; stroke; translating; rehabilitation.

6.1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pelo surgimento abrupto de sinais de disfunção cerebral focal que durem mais de 24 horas ou que levem ao óbito, tendo como única causa uma lesão vascular (65). Estas lesões são origem importante de disfunção e responsáveis por perda de funcionalidade e produtividade nos indivíduos acometidos (3,5,6,8,20). No que diz respeito às deficiências e incapacidades, o AVC é considerado um dos principais agentes causais de disfunções físicas e mentais no mundo (4), figurando como um dos principais fatores responsáveis pelo incremento nos anos vividos com incapacidades (21).

O grau de recuperação funcional alcançado após um AVC é variável e multifatorial. A presença e gravidade de comprometimentos neurológicos e funcionais, além de fatores como idade, tipo de lesão vascular cerebral, presença de doenças cardiovasculares e status funcional prévio são indicadores de prognóstico conhecidos (2,19,26,27). Este potencial funcional é dependente de mudanças estruturais e da reorganização plástica do Sistema Nervoso Central (SNC) (17,27,28).

No contexto de um grande número de comprometimentos oriundos do AVC e da conhecida capacidade de recuperação do sistema nervoso insere-se a reabilitação como elemento fundamental no tratamento desses pacientes. Ela deve consistir em um processo dinâmico voltado ao alcance dos objetivos do indivíduo (8), sendo um recurso fundamental para obtenção de independência funcional (25).

O tratamento das sequelas motoras e funcionais no AVC é demorado. Muitos pacientes mantêm suas incapacidades a despeito das intervenções terapêuticas, prolongando a sobrecarga emocional, física e socioeconômica que a doença traz consigo (13). Nesse sentido, é de extrema importância que se mantenham programas de tratamento específicos com a determinação colaborativa de objetivos alinhados com os interesses, anseios e valores do paciente, tornando-o um constituinte indispensável do processo de reabilitação (30). A inclusão das demandas por autonomia e competência de um paciente no delineamento de sua reabilitação é uma forma eficaz de mantê-lo participativo e de estimular sua satisfação e motivação ao tratamento, sendo crucial para o bom desempenho, bons resultados e aprendizado motor (15,16,29). Em um contexto de execução de atividade física regular considera-se importante que o praticante se envolva e crie uma identidade com o planejamento e a execução de seu tratamento, tornando a atividade um hábito contínuo e significativo em sua vida (31).

A motivação de um paciente está intimamente ligada à extensão da sua recuperação funcional (17). A seleção de objetivos pelo próprio paciente pode incrementar o seu interesse assim como a melhora do desempenho no planejamento, no auto-monitoramento, na resolução de problemas e os ganhos funcionais tornando-o perseverante em seu tratamento (35). Devem ser elaborados planos terapêuticos que mantenham o paciente integrado visando a sua autonomia (24). Estratégias de tratamento centradas nas necessidades do paciente, impactam positivamente em seu grau de motivação (31). Ainda, a compreensão da relevância e aplicabilidade do tratamento nas demandas diárias e no aprimoramento da qualidade de vida, além da percepção de melhora que naturalmente ocorre como efeito do tratamento, são fatores determinantes do grau de motivação de um paciente para a continuidade do mesmo (15,34).

Em face, portanto, dessa positiva influência da motivação no envolvimento de um indivíduo em sua reabilitação e nos resultados da mesma, é importante definir e compreender adequadamente esse conceito. A motivação, consiste em um construto psicológico que fundamenta como escolhemos nossas ações e nos comportamos enquanto indivíduos (36). Frequentemente fundamentada pela Teoria da Autodeterminação, a motivação é determinada por fatores internos e externos que influenciam o comportamento (31,33,37–39). Nesse contexto sugere-se então a existência de motivação dos tipos intrínseca e extrínseca. Isto é, o indivíduo é motivado ou não a realizar alguma tarefa pelo interesse ou simples satisfação oriunda da mesma (intrínseca) ou pela presença de reforço positivo ou negativo externo ou do seu julgamento interior da importância ou não, para seu bem-estar, daquilo que se realiza (extrínseca) (18,40). Acredita-se que quanto mais autodeterminado o paciente, maior seu engajamento com uma atividade física contínua por tempo prolongado e consequentemente maiores os seus ganhos (42).

Um outro princípio determinante da motivação e intimamente relacionado com a capacidade funcional e qualidade de vida é a autoeficácia. Esta é a percepção individual da capacidade de desempenho, execução ou resolução bem sucedida de uma tarefa ou da mudança de um estado ou comportamento (24). Quanto maior este construto, maior a capacidade do indivíduo de vencer seus desafios de maneira independente (38).

Do ponto de vista neurofisiológico, a motivação parece estar ligada à atividade do córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, amígdala, estriado, substância negra compacta, núcleo *accumbens* e área tegmentar ventral do mesencéfalo (36,43–46). Áreas cerebrais relacionadas ao comportamento emocional, ao comportamento por recompensa e tomada de decisão e ao aprendizado motor. No que diz respeito à influência da motivação na aquisição de habilidades motoras, acredita-se que isto se justifique pela plasticidade induzida, dentre

outras importantes áreas cerebrais, no córtex motor primário (M1), durante um contexto de treinamento de alguma tarefa (16,45,47,48).

O conhecimento da importante relação entre áreas cerebrais de motivação e plasticidade cortical corroboram a noção de que o grau de envolvimento ativo de um indivíduo e o seu entusiasmo com seu tratamento são essenciais para o bom desempenho e bons resultados (35,49).

A preocupação em atender às demandas de um paciente e em mantê-lo estimulado com sua recuperação justifica-se ainda pela frequente associação entre incapacidades funcionais e emocionais pós AVC. A perda de independência para as atividades de vida diária (AVD) e a perda de autodeterminação, impactam negativamente nos níveis de atividade e participação desses indivíduos (52). Associam-se a esses fatores a depressão, ansiedade, apatia e outros transtornos comportamentais como possíveis causas de desmotivação e menor engajamento com o tratamento (51,53).

A positiva relação entre motivação, mudanças plásticas nas conexões sinápticas em M1 e os consequentes bons desfechos na reabilitação tornam o incentivo à motivação do paciente e a mensuração desta algo extremamente importante no contexto de tratamento. No entanto, este é um construto difícil de se avaliar. Existem diversos instrumentos de avaliação dos aspectos intrínsecos e extrínsecos da motivação (37,60,61). São poucos, porém, os instrumentos que avaliam este construto no âmbito da reabilitação específica de pacientes com AVC (58), dentre eles a “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” (SRMS), desenvolvida em 2012 (62).

A SRMS foi desenvolvida na Austrália, originalmente em inglês. Ela é fundamentada na Teoria da Autodeterminação e apresenta 28 quesitos que avaliam o quão motivado, interessado e satisfeito o paciente se encontra com sua recuperação, o grau de conhecimento de sua condição e as razões pelas quais o indivíduo optou por iniciar seu tratamento. Seus itens são aplicados pelo avaliador através de perguntas feitas ao paciente. Para cada uma existem cinco opções de resposta: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo Pouco; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo pouco; 5 - Concordo totalmente.

No Brasil ainda não há instrumentos traduzidos e adaptados para a avaliação de motivação em pacientes com AVC submetidos à reabilitação. Em vista disso, e da importância da existência de uma escala com essa finalidade no tratamento desta população, o objetivo do presente estudo foi realizar a tradução para a língua portuguesa do Brasil e a adaptação transcultural do instrumento “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” (SRMS).

6.2 MATERIAIS E MÉTODOS

O processo de tradução e adaptação do instrumento se deu em 10 fases: preparação, tradução direta, reconciliação, retro-traduções, revisão e harmonização das retrotraduções, pré-teste, revisão de resultados do pré-teste e finalização, revisão final e relatório final. Estas fases estão representadas no Fluxograma da **Figura 1**. A sistematização deste trabalho foi adaptada das recomendações de estudos de operacionalização de trabalhos de adaptação transcultural de Wild et al, 2005; Reichenheim, 2007 e Alexandre e Coluci, 2011 (63,66,67).

6.2.1 Preparação

Fase inicial do projeto que consistiu na discussão e organização da metodologia escolhida, assim como dos prazos de cada etapa; obtenção da autorização do autor da escala original para o estudo e seleção dos dois tradutores iniciais para a elaboração das versões traduzidas V1 e V2.

6.2.2 Tradução Direta

Duas versões em português da SMRS original (V1 e V2), foram elaboradas por dois tradutores independentes, brasileiros e fluentes na língua. Isto garantiu a maior familiarização e habilidade linguística no idioma alvo pelos mesmos. Além disso, os tradutores eram profissionais da área de saúde e cientes do objetivo da pesquisa, seguindo as recomendações de Borsa et al, 2012 (68), garantindo maior compreensão dos construtos a serem avaliados.

6.2.3 Reconciliação

Nesta etapa V1 e V2 foram analisadas, comparadas e conciliadas em uma única versão consensual (Vc) em português, pelos autores do trabalho e dois especialistas em reabilitação com conhecimento dos objetivos da pesquisa. Discrepâncias e falhas de tradução foram avaliadas e corrigidas e substituídas quando necessário.

6.2.4 Retrotraduções

A Vc foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores independentes, nativos na língua inglesa e com proficiência em português, sem conhecimento do objetivo do estudo ou da escala original e sem envolvimento profissional na área da saúde. Buscou-se o máximo de equivalência gramatical e conceitual com a versão original. Foram elaboradas duas novas versões independentes em inglês (Vi1 e Vi2).

6.2.5 Revisão e Harmonização das Retrotraduções

Estas duas etapas foram reunidas em um único momento pelos autores do estudo. Reuniu-se o comitê multidisciplinar de especialistas em reabilitação neurológica, formado por três fisioterapeutas (os três autores do estudo), uma fonoaudióloga, um médico, um educador físico e um neuropsicólogo, todos com experiência no tratamento de pacientes com AVC. Todos os integrantes eram brasileiros com proficiência na língua inglesa e todos tinham conhecimento do objetivo da pesquisa.

A Vi1 e Vi2 foram revisadas, para detecção e correção de eventuais falhas de tradução e confrontadas com a versão inglesa original da SMRS e com a Vc, visando a manutenção do máximo de equivalências semântica, idiomática, conceitual, linguística e contextual entre as versões. Além disto, o comitê observou a adequação dos termos e expressões para o público-alvo do instrumento e se generalizações para diferentes contextos regionais poderiam ser realizadas a partir dos mesmos. Nessa comparação os termos que mais se aproximaram conceitualmente e contextualmente da versão original, foram harmonizados e escolhidos para compor a primeira Versão Brasileira da escala (VB1). Para aceitação de itens foi necessário um percentual de concordância mínimo de 85%, ou seja, 6 dos 7 membros do comitê, seguindo as recomendações encontradas na literatura, que sugerem um concordância de pelo menos 80% (63).

Os itens que geraram maior discussão e dúvida, entre os membros do comitê, quanto à escolha da melhor tradução foram levados pelos autores do trabalho para uma última análise e discussão. Esta análise foi realizada por 3 especialistas reabilitação neurofuncional, com proficiência em inglês e experiência de trabalho em países de língua inglesa.

6.2.6 Pré-teste

Realizou-se um estudo observacional transversal com aplicação da VB1 em dez pacientes com sequelas de AVC. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram selecionados pacientes da Clínica Escola Amarina Motta do Centro Universitário Augusto Motta e do ambulatório de Fisioterapia do Centro de Fisiatria e Reabilitação da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Os seguintes critérios de inclusão foram: ser brasileiro e residente no Brasil; idade entre 18 e 75 anos; diagnóstico clínico de AVC, sem outras doenças neurológicas; pelo menos 7 (sete) anos de escolaridade; e que estejam em tratamento fisioterapêutico regular. Foram excluídos aqueles voluntários com déficits cognitivos (avaliados através do Mini exame do Estado Mental, com nota de corte de 18 pontos) ou de linguagem aparente.

Em paralelo à aplicação da escala analisou-se a adequação de seus itens e de suas instruções para administração em relação aos significados e à dificuldade de compreensão pela população-alvo. Os participantes deveriam responder se compreenderam ou não as instruções e cada item do instrumento e se os mesmos se aplicam ou não às suas realidades. Estas respostas foram registradas em formulário específico pelo avaliador com possíveis alterações sugeridas pelos indivíduos, para cada item não entendido ou não aplicado.

6.2.7 Revisão de Resultados do Pré-teste e Finalização

A seguir o comitê de especialistas conduziu um estudo de validade de conteúdo e analisou as respostas dos pacientes no pré-teste. Aplicou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), conforme recomendação de Alexandre e Coluci; 2011 (63). Como pontuação do IVC considerou-se o seguinte: 1- não representativo; 2- item necessita de grande revisão para ser representativo; 3- item necessita de pequena revisão para ser representativo; e 4- item representativo. O escore do IVC foi calculado através da soma dos itens que foram pontuados como 3 ou 4 dividida pelo número total de itens. O índice de concordância mínima aceitável foi 0,80. Os itens pontuados como 1 ou 2 foram revisados até atingir-se 0,80 ou excluídos pelo comitê quando não houve concordância aceitável.

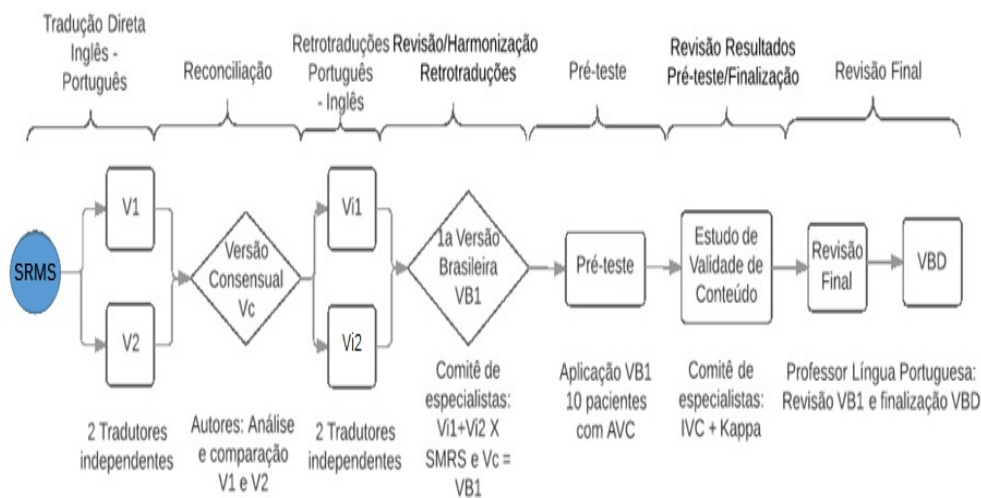
Como segunda medida de concordância interavaliador utilizou-se o coeficiente de Kappa. Foram utilizadas as pontuações do IVC (1, 2, 3 ou 4) como respostas de cada membro do comitê para cada item avaliado da escala. O Kappa foi calculado através do site: <http://www.lee.dante.br/> (64) e também considerou-se um valor mínimo de concordância de 0,80.

6.2.8 Revisão Final

Consistiu na revisão da VB1 por um professor de Língua Portuguesa para detecção e correção de erros gramaticais e semânticos persistentes e elaboração da versão brasileira definitiva da escala (VBD).

Como última tarefa do processo de tradução e adaptação transcultural, os autores elaboraram um relatório final do trabalho. A finalidade do relatório é detalhar todas as alterações, sugestões e decisões levantadas para cada item durante as etapas de tradução e harmonização, afim de mantê-las para consultas futuras e para eventuais interpretações de dados da escala.

Figura 1 - Fluxograma das etapas do processo de tradução e adaptação da SRMS.



6.2.9 Análise Estatística

Para melhor caracterização da população do estudo, foram coletadas variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil) e clínicas (data do diagnóstico de AVC, diagnóstico cinético-funcional e tempo de tratamento fisioterapêutico até o início do estudo). Estes dados foram apresentados de forma descritiva por meio de médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e frequência relativa e absoluta para as variáveis qualitativas.

6.3 RESULTADOS

As traduções iniciais do instrumento (V1 e V2) revelaram um alto grau de equivalência gramatical, semântica e conceitual entre os tradutores. Na elaboração da Vc pelos autores do estudo, incluiu-se o termo “*derrame*”, definição de AVC frequentemente utilizada pela população, nas instruções da escala. Posteriormente o Comitê de Especialistas, visando garantir ainda maior facilidade de compreensão, incluiu também o termo “*isquemia*”. Nos itens 18: “*Do you participate in rehabilitation because other stroke patients in the hospital are getting better through rehabilitation?*” e 24: “*Do you feel like you are learning useful things that you could use outside hospital?*”, o termo “*hospital*” foi retirado e, no item 24 substituído pela palavra “*reabilitação*” nas versões em português. O tratamento de pacientes com AVC no Brasil ocorre predominantemente em ambientes ambulatoriais, dessa forma considerou-se o termo “*hospital*” como não sendo integralmente representativo da realidade de pacientes brasileiros.

As retrotraduções da Vc (Vi1 e Vi2) foram elaboradas de maneira literal pelos tradutores. Estas revelaram grande equivalência conceitual e contextual entre ambas, a Vc e a versão original, demandando poucos ajustes pelo Comitê de Especialistas.

Na elaboração da VB1 a partir da Vc, o Comitê de Especialistas buscou aproximar ao máximo a linguagem do instrumento com o vocabulário usualmente praticado e compreendido pela população-alvo do mesmo. No item 10, o termo “*métodos*” foi substituído por “*maneiras*” e no 14, o termo “*alcançando*” foi substituído por “*conquistando*” por serem considerados termos mais facilmente compreendidos mantendo-se o sentido desejado nas perguntas.

O item 21 inicialmente gerou dúvida quanto ao seu sentido no idioma original. O comitê discutiu que o termo “*weaknesses*” teria tanto o sentido de “fraquezas físicas” como de “fraquezas de forma geral”, gerando ambiguidade em português e inicialmente optando-se pelo uso do termo “*pontos fracos*”. No entanto, tanto o comitê como os especialistas com proficiência em inglês consultados posteriormente consideraram que essa ambiguidade também está presente na língua inglesa. Portanto, para não modificar o sentido original da

escala e induzir o respondente a uma das duas interpretações, optou-se por manter a palavra “fraquezas” nas versões. Todas as alterações realizadas pelo Comitê da Vc para a VB1 estão descritas na **Tabela 1**.

Dez pacientes com sequelas de AVC inseridos em programas regulares de reabilitação participaram do pré-teste da VBD. Desses, 6 (60%) eram do sexo masculino e 4 (40%) feminino, com idade média de 56,5 (desvio padrão de $\pm 13,85$) anos. Quanto aos dados clínicos, 9 (90%) apresentaram diagnóstico cinético-funcional de hemiparesia esquerda e apenas 1 (10%) de hemiparesia direita. O tempo decorrido desde o AVC até a data das entrevistas variou de 11 a 149 meses com média de 64,7 (desvio padrão de $\pm 46,24$) meses. Já o tempo total em reabilitação variou de 7 a 144 meses, com média de 51,3 (desvio padrão de $\pm 42,19$) meses. A pontuação média no Minimental apresentada foi de 27,4 (desvio padrão de $\pm 2,91$). Os dados demográficos e clínicos estão na **Tabela 2**.

6.3.1 Tabela 1 - Alterações realizadas pelo Comitê de Especialistas da Vc para a VB1

VERSÃO CONSENSUAL (Vc)	1ª VERSÃO BRASILEIRA (VB1)
Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Não responda dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos abaixo:	Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame/isquemia). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Tente não responder dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos abaixo:
5. Você sente-se pressionado (a) a participar do programa de reabilitação?	5. Você sente que está sendo pressionado (a) a participar do programa de reabilitação?
8. Você sente-se mal quando não se esforça durante a reabilitação?	8. Você sente-se mal se não se esforça durante a reabilitação?
10. Você gosta de aprender novos métodos para se recuperar do seu AVC?	10. Você gosta de aprender novas maneiras para se recuperar do seu AVC?
14. A reabilitação ajuda você a sentir que está alcançando algo?	14. A reabilitação ajuda você a sentir que está conquistando algo?
16. Em algum momento você sente (ou sentiu) como se não conseguisse alcançar seus objetivos na reabilitação?	16. Em algum momento você sente que não consegue alcançar completamente seus objetivos na reabilitação?
17. Você quer saber o quanto você consegue melhorar através da reabilitação?	17. Você quer saber o quanto de melhora você consegue conquistar através da reabilitação?
18. Você faz reabilitação porque outros pacientes que sofreram AVC estão melhorando através da reabilitação?	18. Você faz reabilitação porque sabe de outros pacientes que sofreram AVC que estão melhorando através da reabilitação?
19. Você acha que seus parentes ou cuidadores apoiam você na recuperação do seu AVC?	19. Você acha que seus familiares ou cuidadores apoiam você na recuperação do seu AVC?
28. Você quer obter bons resultados no seu programa de reabilitação?	28. Você quer se sair bem no seu programa de reabilitação?

6.3.1 Tabela 2 - Dados demográficos e clínicos dos pacientes do pré-teste com a VB1

DADOS DEMOGRÁFICOS	
Sexo - n (%)	
Masculino	6 (60%)
Feminino	4 (40%)
Idade em anos - $\bar{x}$ (dp)	
	56,5 ($\pm 13,85$)
Estado Civil - n (%)	
Solteiro(a)	2 (20%)
Casado(a)	5 (50%)
Viúvo(a)	1 (10%)
Divorciado(a)	1 (10%)
Separado(a)	1 (10%)
Escolaridade - n (%)	
Fundamental Incompleto (pelo menos 7 anos de estudo)	2 (20%)
Fundamental Completo	1 (10%)
Médio Completo	4 (40%)
Superior Completo	3 (30%)
DADOS CLÍNICOS	
Diagnóstico Cinético-funcional - n (%)	
Hemiparesia à Direita	1 (10%)
Hemiparesia à Esquerda	9 (90%)
Tempo em reabilitação em meses - $\bar{x}$ (dp)	
	51,3 ($\pm 42,19$)
Pontuação Minimental - $\bar{x}$ (dp)	
	27,4 ($\pm 2,91$)
Tempo desde o AVC em meses - $\bar{x}$ (dp)	
	64,7 ($\pm 46,24$)

O Estudo de Validade de Conteúdo realizado pelo Comitê de Especialistas mostrou um alto índice de concordância entre seus membros durante a discussão das respostas dos pacientes no pré-teste. Tendo em vista o bom nível de compreensão da escala apresentado pelos pacientes e a presença de poucas sugestões de alterações, dos 34 componentes da VB1 (28 perguntas, 1 parágrafo de instruções e 5 opções de resposta), apenas 3 apresentaram necessidade de revisão e ajustes. O primeiro item discutido e alterado foi o parágrafo de instruções. O comitê considerou que houve necessidade de pequena revisão para tornar o item representativo. O termo “*abaixo*”, no final do texto, foi então substituído por “*a seguir*”, visto que a escala é lida ao paciente e não pelo paciente e considerou-se essa instrução mais clara. Após esta alteração o item foi considerado representativo por todos os avaliadores (IVC = 1,00). A pergunta número 7 (*Você sente satisfação ao realizar algumas das tarefas difíceis do programa de reabilitação?*) foi considerada de difícil compreensão pelos pacientes entrevistados por ser longa. O comitê definiu então que também havia necessidade de

pequena revisão neste item para torná-lo representativo. Para minimizar erros de compreensão, retirou-se a expressão “*algumas das*” da frase. Após a alteração o item foi considerado representativo por todos (IVC = 1,00). Por último, a pergunta que necessitou de maior discussão foi a de número 25 (*Você faz a reabilitação porque o médico disse para você fazer?*). Três pacientes no pré-teste consideraram o objetivo desta pergunta repetido, visto que a pergunta de número 12 (*Você faz reabilitação porque é isso que seus médicos e terapeutas querem que você faça?*) faz referência a componentes extrínsecos da motivação e menciona o desejo dos médicos quanto à participação do paciente em reabilitação, como parece também ocorrer no item 25. Inicialmente considerou-se que o termo “*told you to*” carrega um sentido impositivo como uma ordem ou prescrição e a tradução literal para “*disse para você fazer*” poderia não transmitir esse sentido à pergunta em português. Dessa maneira, pensou-se, em um primeiro momento, na substituição do termo “*disse para*” por “*mandou*”. No entanto, após consulta aos 3 especialistas proficientes em inglês e nova discussão no comitê, a maioria dos membros optou pela manutenção do termo “*disse para você fazer*”, visto que, assim como no item 21, neste item a escala original já parece trazer consigo ambiguidade no sentido dessa frase, podendo o termo ter um sentido impositivo ou não. Após esta discussão o item apresentou IVC = 0,83, sendo considerado representativo. Ao final das revisões o IVC apresentou escore de 0,97 para a escala como um todo. Estas informações estão contidas na Tabela 3.

O coeficiente de kappa também revelou um alto índice de concordância entre os avaliadores do comitê. O valor geral de kappa (**Tabela 4**) para o instrumento como um todo foi de 0.868 com $p < 0,001$.

6.2.3 Tabela 3 - Alterações realizadas pelo Comitê de Especialistas da VB1 para a VBD

ITEM	1ª VERSÃO BRASILEIRA (VB1)	VERSÃO BRASILEIRA DEFINITIVA (VBD)	IVC
Instruções	Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Não responda dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos abaixo :	Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame/isquemia). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Tente não responder dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos a seguir :	1
Pergunta 7	Você sente satisfação ao realizar algumas das tarefas difíceis do programa de reabilitação?	Você sente satisfação ao realizar algumas das tarefas difíceis do programa de reabilitação?	1
Pergunta 25	Você faz a reabilitação porque o médico disse para você fazer?	Você faz a reabilitação porque o médico disse para você fazer?	0,83

6.2.4 Tabela 4 - Valor geral do Coeficiente de Kappa

Kappa geral	0.868
P-valor geral	< 0.001
Intervalo de 95% de confiança do	sup: 0.926

Kappa	inf: 0.811
--------------	-------------------

Fonte: <http://www.lee.dante.br>

6.4 DISCUSSÃO

A motivação à reabilitação é um dos elementos mais significativos na determinação de bons resultados, quanto maior ela for, melhor a resposta esperada ao tratamento (58). É importante que os fatores que motivam o paciente, assim como seus objetivos e expectativas sejam identificados (49), impactando dessa forma, positivamente na reorganização plástica neural (45), no aprendizado e ganho de habilidades motoras (16,56,57).

Em função da importância dos aspectos motivacionais no progresso e nos desfechos da reabilitação, é imprescindível que exista uma ferramenta capaz de mensurar o nível de motivação de um paciente neurológico ao seu tratamento. A aplicação de uma metodologia rigorosa e organizada na elaboração da Versão Brasileira da EMRA, portanto baseou-se no entendimento dessa importância pelos autores.

A sistematização deste estudo seguiu uma compilação de protocolos de operacionalização de trabalhos de adaptação transcultural de Wild et al, 2005; Borsa et al, 2012; Reichenheim, 2007 e Alexandre e Coluci, 2011(63,66–68). Foram respeitadas as etapas sugeridas pelos referidos autores para que se garantisse o máximo de equivalência linguística, conceitual, semântica e contextual no processo de tradução e adaptação transcultural da EMRA e, de maneira a criar-se uma versão final do instrumento totalmente adaptada ao público-alvo brasileiro.

As etapas de tradução direta, de reconciliação e de retro-traduições foram importantes no projeto, pois nelas garantiu-se o controle da qualidade das traduções e o máximo de equivalência gramatical e conceitual com a versão original em inglês. A escolha de tradutores nativos em ambas as fases de traduções foi fundamental para que isso ocorresse, assim como a existência de um comitê de especialistas formado por profissionais com vasto conhecimento em reabilitação de pacientes com AVC (66,67). Seguir adequadamente protocolos asseguram qualidade e reprodutibilidade a escalas traduzidas (69).

O pré-teste e posterior estudo de validade de conteúdo feito pelos especialistas revelaram que a versão brasileira da EMRA é adequada e aplicável à população brasileira. O Índice de Validade de Conteúdo e o Coeficiente de Kappa são importantes pois avaliam o nível de representatividade e relevância de cada item de um instrumento de medida em relação àquilo que o referido instrumento se propõe a avaliar e a proporção de concordâncias entre avaliadores (63). Neste estudo o escore do IVC calculado no Comitê de Especialistas foi 0,97, e o coeficiente de kappa 0,868 ($p < 0,001$). Isso revela um altíssimo nível de concordância entre seus membros, no que tange a representatividade dos itens da versão brasileira da EMRA, e reforça que todo o processo de tradução e adaptação foi realizado adequadamente. Estes resultados estão em consonância com os de outros estudos de tradução e adaptação transcultural de escalas no Brasil, que também sugerem índices de concordância entre especialistas acima de 80% (63,70–72).

6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O pré-teste conduzido com a população-alvo da EMRA utilizou apenas 10 pacientes. No entanto, consideramos este fato como uma limitação relativa, visto que foram seguidas as sugestões dos estudos de operacionalização utilizados como base para este trabalho, que recomendam um quantitativo mínimo de 10 indivíduos. A aplicação do pré-teste em um número maior de pessoas provavelmente muniria os autores com mais informações a respeito do grau de adaptabilidade da EMRA no Brasil.

Uma outra limitação deste trabalho foi a ausência de análise das demais características psicométricas da versão brasileira da EMRA (além da validade de conteúdo) e da avaliação de sua reprodutibilidade em uma nova e maior amostra de pacientes com AVC. Isto deverá ser desenvolvido pelos autores em um futuro estudo de validação da referida escala.

6.6 CONCLUSÃO

A elaboração da EMRA, versão brasileira da “*Stroke Rehabilitation Motivation Scale*” seguiu os critérios e etapas estabelecidos para uma correta tradução e adaptação transcultural. O estudo de validade de conteúdo revelou que a versão em português é de fácil compreensão pelos usuários, sendo aceita com um alto índice de concordância pelos especialistas em reabilitação escolhidos para avaliá-la. Desta maneira, conclui-se que a EMRA está apta a ser utilizada no Brasil. A aplicação da escala, pode contribuir para a compreensão do nível de motivação do paciente, proporcionando aos profissionais brasileiros uma ferramenta específica adaptada às características sociais, culturais e linguísticas de nossa população.

6.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azevêdo Da Costa F, Araujo Da Silva DL, Da Rocha VM. Condición funcional de los pacientes tras un accidente vascular encefálico. *Revista Neurología*. 2006;42(10):591–5.
2. Jørgensen HS, Reith J, Nakayama H, Kammersgaard LP, Raaschou HO, Olsen TS. What determines good recovery in patients with the most severe strokes? The Copenhagen Stroke Study. *Stroke*. 1999;30:2008–12.
3. Tsai CF, Thomas B, Sudlow CLM. Epidemiology of stroke and its subtypes in Chinese vs white populations. *Neurology*. 2013;81(3):264–72.
4. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014;383(9913):245–55.
5. Matovinovic M sabljarić. Pathophysiology and classification of kidney. *eJIFCC*. 2009;20(1):1–10.
6. Kuklina E V, Tong X, George MG, Bansil P. Epidemiology and prevention of stroke: a worldwide perspective. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(2):199–208.
7. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2010 update: A report from the american heart association. *Circulation*. 2010;121(7).
8. Richards CL, Malouin F, Nadeau S. Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge [Internet]. 1º ed. Vol. 218, Sensorimotor Rehabilitation: At the Crossroads of Basic and Clinical Sciences. Elsevier B.V.; 2015. 253-280 p. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.01.003>
9. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(6):519-527.
10. Balami JS, Chen RL, Buchan AM. Stroke syndromes and clinical management. *Qjm*. 2013;106(7):607–15.
11. Paci M, Nannetti L, Dippolito P, Lombardi B. Outcomes from ischemic stroke subtypes classified by the Oxfordshire Community Stroke Project: A systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011;47(1):19–23.
12. P. SG, a. GP, a. GA, G. VP, P.M. RC, J.R. PS, et al. Aetiological classification of ischaemic strokes: Comparison of the new A-S-C-O classification and the classification

- by the Spanish Society of Neurology's Cerebrovascular Disease Study Group. *Neurologia* [Internet]. 2013;28(7):417–24. Available at: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=2013573817>
13. Tan WS, Heng BH, Chua KS-G, Chan KF. Factors predicting inpatient rehabilitation length of stay of acute stroke patients in Singapore. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2009;90(7):1202–7. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.027>
 14. Scobbie L, Duncan E a, Brady MC, Wyke S. Goal setting practice in services delivering community-based stroke rehabilitation: a United Kingdom (UK) wide survey. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2015;37(14):1291–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25243765>
 15. Colombo R, Pisano F, Mazzone A, Delconte C, Micera S, Carrozza MC, et al. Design strategies to improve patient motivation during robot-aided rehabilitation. *J Neuroeng Rehabil* [Internet]. 2007;4:3. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17309790>
 16. Winstein CJ, Kay DB. Translating the science into practice: Shaping rehabilitation practice to enhance recovery after brain damage. *Prog Brain Res*. 2015;218:331–60.
 17. Lee KB, Lim SH, Kim KH, Kim KJ, Kim YR, Chang WN, et al. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. *Int J Rehabil Res Int Zeitschrift für Rehabil Rev Int Rech réadaptation* [Internet]. 2015;38(2):173–80. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4415968&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 18. Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Teoria Da Autodeterminação: Compreensão Dos Fatores Motivacionais E Autoestima De Idosos Praticantes De Exercícios Físicos. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2012;16(1):18–24. Available at: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/551>
 19. Moreno-palacios JA, Moreno-martínez I, Bartolomé-nogués A, López-blanco E, Juárez-fernández R, García-delgado I. Factores pronósticos de recuperación funcional del ictus al año. 2017;64(2):55–62.
 20. Stookey AD, Katzel LI, Steinbrenner G, Shaughnessy M, Ivey FM. The Short Physical Performance Battery as a Predictor of Functional Capacity after Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(1):1–11.
 21. Oms. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. 2011. 1-360 p. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1
 22. Kwakkel G, Kollen BJ. Review Predicting activities after stroke : what is clinically relevant ? 2013;8(January):25–32.
 23. Reinkensmeyer DJ, Burdet E, Casadio M, Krakauer JW, Kwakkel G, Lang CE, et al. Computational neurorehabilitation: modeling plasticity and learning to predict recovery. *J Neuroeng Rehabil* [Internet]. 2016;13(1):42. Available at: <http://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-016-0148-3>
 24. Lebrasseur NK, Sayers SP, Michelle M, Fielding RA. Research Report Muscle Impairments and Behavioral Factors Mediate Functional Limitations and Disability. 2006;
 25. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. AHA / ASA Guideline Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. 2016.
 26. Meyer MJ, Pereira S, McClure A, Teasell R, Thind A, Koval J, et al. A systematic review of studies reporting multivariable models to predict functional outcomes after post-stroke inpatient rehabilitation. 2014;1–8.
 27. Knecht S, Hesse S, Oster P. Rehabilitation After Stroke. 2011;108(36):600–7.
 28. Stinear CM, Barber PA, Smale PR, Coxon JP, Fleming MK, Byblow WD. Functional potential in chronic stroke patients depends on corticospinal tract integrity. *Brain*. 2007;130(1):170–80.

29. Popovic MD, Kostic MD, Rodic SZ, Konstantinovic LM. Feedback-mediated upper extremities exercise: Increasing patient motivation in poststroke rehabilitation. *Biomed Res Int*. 2014;2014.
30. Mansfield A, Wong JS, Bryce J, Brunton K, Inness EL, Knorr S, et al. Use of Accelerometer-Based Feedback of Walking Activity for Appraising Progress With Walking-Related Goals in Inpatient Stroke Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair* [Internet]. 2015;29:847–57. Available at: <http://nnr.sagepub.com/content/early/2015/01/17/1545968314567968.full>
31. Duncan LR, Hall CR, Wilson PM, Jenny O. Exercise motivation: a cross-sectional analysis examining its relationships with frequency, intensity, and duration of exercise. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2010;7(1):7. Available at: <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/7/abstract>
32. Carpenter B, Freedland KE, Baum CA, et al. Rehabilitation of older adults: a randomized controlled trial. 2013;13(8):708–12.
33. Chan DK, Lonsdale C, Ho PY, Yung PS, Chan KM. Patient Motivation and Adherence to Postsurgery Rehabilitation Exercise Recommendations: The Influence of Physiotherapists' Autonomy-Supportive Behaviors. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2009;90(12):1977–82. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.024>
34. Graven C, Brock K, Hill K, Ames D, Cotton S, Joubert L. From rehabilitation to recovery: protocol for a randomised controlled trial evaluating a goal-based intervention to reduce depression and facilitate participation post-stroke. *BMC Neurol* [Internet]. 2011;11(1):73. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3135526&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
35. Skidmore ER, Whyte EM, Butters MA, Terhorst L, Reynolds CF. Strategy training during inpatient rehabilitation may prevent apathy symptoms after acute stroke. *PM&R*. 2015;7(6):562–570.
36. Kim S il. Neuroscientific model of motivational process. *Front Psychol*. 2013;4(MAR):1–12.
37. Gonçalves MP, Alchieri JC. Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. *Psico-USF*. 2010;15(1):125–34.
38. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2016;8288(April):1–16. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27097761>
39. Lonsdale C, Hall AM, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Murray A, et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale,. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2012;13:104. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3475041&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
40. Vancampfort D, Stubbs B, Venigalla SK, Probst M. Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2015;81:216–20. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.006>
41. Fernandes HM, Vasconcelos-raposo J. de Auto-Determinação: validade para a sua aplicação no contexto desportivo. 2005;10(3):385–95.
42. Rahman RJ, Hudson J, Thogersen-Ntoumani C, Doust JH. Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Psychol Heal Med*. 2015;20(5):518–29.
43. Fonslow BR, Stein BD, Webb KJ, Xu T, Choi J, Kyu S, et al. NIH Public Access. 2013;10(1):54–6.

44. Galtress T, Marshall AT, Kirkpatrick K. Motivation and timing: Clues for modeling the reward system. *Behav Processes*. 2012;90(1):142–53.
45. Den Ouden HEM, Kok P, de Lange FP. How prediction errors shape perception, attention, and motivation. *Front Psychol*. 2012;3(DEC):1–12.
46. Vassena E, Silvetti M, Boehler CN, Achten E, Fias W, Verguts T. Overlapping neural systems represent cognitive effort and reward anticipation. *PLoS One*. 2014;9(3).
47. Nishimura Y, Onoe H, Onoe K, Morichika Y, Tsukada H, Isa T. Neural substrates for the motivational regulation of motor recovery after spinal-cord injury. *PLoS One*. 2011;6(9).
48. Hosp JA, Pekanovic A, Rioult-Pedotti MS, Luft AR. Dopaminergic projections from midbrain to primary motor cortex mediate motor skill learning. *J Neurosci*. 2011;31(7):2481–7.
49. Arnett GW, Worley CM. The Treatment Motivation Survey: defining patient motivation for treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1999;115(3):233–8.
50. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. The Concept of Patient Motivation: A Qualitative Analysis of Stroke Professionals' Attitudes -- Maclean et al. 33 (2): 444 -- *Stroke*. 2002;444–9. Available at: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/33/2/444>
51. Novak D, Nagle A, Keller U, Riener R. Increasing motivation in robot-aided arm rehabilitation with competitive and cooperative gameplay. *J Neuroeng Rehabil* [Internet]. 2014;11:64. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4021830&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
52. Choi YI, Park JH, Jung M-Y, Yoo EY, Lee J-S, Park SH. Psychosocial Predictors of Participation Restriction Poststroke in Korea: A Path Analysis.
53. Watkins CL, Wathan J V., Leathley MJ, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, et al. The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: A randomized controlled trial. *Stroke*. 2011;42(7):1956–61.
54. Baumann M, Bihan EL, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *Bio Med Cent Neurol*. 2014;14(1):1–12.
55. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe C, Rudd A. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2013;202(1):14–21. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23284148>
56. Yenari MA, Han HS. Rehabilitation and plasticity. *Clin Recover from CNS Damage*. 2013;32:122–8.
57. Johansson BB. Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurol Scand*. 2011;123(3):147–59.
58. Hallams, S., & Baker K. The development of a questionnaire to assess motivation in stroke survivors: a pilot study. *New Zeal J Physiother*. 2009;37(2):55–60.
59. Vallerand RJ, Pelletier LG, Blais MR, Briere NM, Senécal C, Vallières EF. The Academic Motivation Scale: a measure of intrinsic, extrinsic and amotivation in education. *Educational and Psychological Measurement*. 1992;52(4):1003-1017.
60. Pelletier L, Tuson K, Fortier M, Vallerand R, Briere N, Blais M. Toward a New Measure of Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation, and Amotivation in Sports - the Sport Motivation Scale (Sms). *J Sport Exerc Psychol* [Internet]. 1995;17(1):35–53. Available at: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=3&SID=P1yae5WexBKm6Ck3LvD&page=1&doc=4
61. Guay F, Vallerand RJ, Blanchard C. On the Assessment of Situational Intrinsic and Extrinsic Motivation: The Situational Motivation Scale (SIMS). *Motiv Emot*.

- 2000;24(3):175–213.
62. White GN, Cordato DJ, O'Rourke F, Mendis RL, Ghia D, Chan DKY. Validation of the Stroke Rehabilitation Motivation Scale: A pilot study. *Asian J Gerontol Geriatr*. 2012;7(2):80–7.
 63. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16:3061–8.
 64. Troncoso Baltar, Valéria Okano V. Laboratório de Epidemiologia e Estatística [Internet]. Análise de Concordância - Kappa. [citado 25 de outubro de 2017]. Available at: <http://www.lee.dante.br/pesquisa/kappa/index.html>
 65. Who. Global burden of stroke. *atlas Hear Dis stroke*. 2004;15:50–1.
 66. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal* [Internet]. 2005;8(2):94–104. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
 67. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665–73.
 68. Borsa JC. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments : Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas : Algumas Considerações Adaptación y Validación de Instrumentos Psicológicos entre Culturas : Algunas Consideraciones. *Paidéia* [Internet]. 2012;22(53):423–32. Available at: www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/en_14.pdf
 69. Nigri PZ, Peccin MS, Almeida GJ de M, Cohen M. Tradução, validação e adaptação cultural da escala de atividade de vida diária. *Acta Ortopédica Bras* [Internet]. 2007;15(2):101–4. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 70. Maria H, Moleda R, Signor L, Bisch NK, Maria H, Barros T. Tradução , adaptação transcultural e validação de conteúdo da versão em português do Coping Behaviours Inventory (CBI) para a população brasileira Translation , cross-cultural adaptation , and content validation of the Portuguese version of the Coping Behaviours Inventory (CBI) for the Brazilian population Traducción , adaptación cultural y validación del contenido de la versión en portugués del Coping Behaviours Inventory (CBI) para la población brasileña. 2014;30(10):2049–56.
 71. Conti MA, Scagliusi F, de Oliveira Queiroz GK, Hearst N, Cordás TA. Adaptação transcultural : tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;503–13.
 72. Borges R, Pedreira S, Rocha SV, Alves C. Validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso. 2016;14(73):158–62.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação é um aspecto de suma importância em nossas vidas, fundamentando como escolhemos nossas ações e como nos comportamos. É um dos fatores norteadores para realizarmos nossas tarefas do dia-a-dia em busca do alcance de metas e objetivos intrínsecos ou extrínsecos. No contexto da reabilitação neurofuncional este construto não é entendido de

maneira distinta, e exerce grande influência no nível de envolvimento de um paciente com seu tratamento e na magnitude da resposta ao mesmo. Este estudo foi bem-sucedido ao traduzir e adaptar a “Stroke Rehabilitation Motivation Scale”, instrumento que eficazmente avalia o nível de motivação de pacientes com AVC aos seus tratamentos de reabilitação. Graças a um protocolo metodológico extenso e rigoroso, a versão brasileira do instrumento mantém equivalência conceitual e gramatical com sua versão original e encontra-se apta para uso por profissionais de reabilitação brasileiros. Este estudo, portanto, contribui para a compreensão da importância de se mensurar a motivação de pacientes e cria condições para que isto seja feito com pacientes hospitalares e ambulatoriais e ainda, no âmbito da pesquisa através de novos e mais detalhados trabalhos que utilizem a SRMS como ferramenta de avaliação.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061–3068, 2011.
- ARNETT, G. W.; WORLEY, C. M. The Treatment Motivation Survey: defining patient motivation for treatment. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics**, v. 115, n. 3, p. 233–238, 1999.
- AYERBE, L. et al. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **Br J Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 14–21, 2013.
- AZEVEDO DA COSTA, F.; ARAUJO DA SILVA, D. L.; DA ROCHA, V. M. Condicion funcional de los pacientes tras un accidente vascular encefalico. **Revista de Neurologia**, v. 42, n. 10, p. 591–595, 2006.
- BALAMI, J. S.; CHEN, R. L.; BUCHAN, A. M. Stroke syndromes and clinical management. **Qjm**, v. 106, n. 7, p. 607–615, 2013.
- BAUMANN, M. et al. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. **Bio Med Central Neurology**, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2014.
- CHAN, D. K. et al. Patient Motivation and Adherence to Postsurgery Rehabilitation Exercise Recommendations: The Influence of Physiotherapists’ Autonomy-Supportive Behaviors. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 90, n. 12, p. 1977–1982, 2009.
- CHOI, Y. I. et al. Psychosocial Predictors of Participation Restriction Poststroke in Korea: A Path Analysis. [s.d.].
- COLOMBO, R. et al. Design strategies to improve patient motivation during robot-aided rehabilitation. **Journal of neuroengineering and rehabilitation**, v. 4, p. 3, 2007.
- DEN OUDEN, H. E. M.; KOK, P.; DE LANGE, F. P. How prediction errors shape perception, attention, and motivation. **Frontiers in Psychology**, v. 3, n. DEC, p. 1–12, 2012.
- DUNCAN, L. R. et al. Exercise motivation: a cross-sectional analysis examining its relationships with frequency, intensity, and duration of exercise. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, n. 1, p. 7, 2010.
- ESSERY, R. et al. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. **Disability and rehabilitation**, v. 8288, n. April, p. 1–16, 2016.

- FEIGIN, V. L. et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 383, n. 9913, p. 245–255, 2014.
- FERNANDES, H. M.; VASCONCELOS-RAPOSO, J. de Auto-Determinação: validade para a sua aplicação no contexto desportivo. v. 10, n. 3, p. 385–395, 2005.
- FONSLOW, B. R. et al. Neural Systems Underlying Motivated Behavior in Adolescence: Implications for Preventive Medicine. **Preventive Medicine**, 55(Suppl): S7–S16, 2012.
- GALTRESS, T.; MARSHALL, A. T.; KIRKPATRICK, K. Motivation and timing: Clues for modeling the reward system. **Behavioural Processes**, v. 90, n. 1, p. 142–153, 2012.
- GARRITANO, C. R. et al. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, n. 6, p. 519-527, 2012.
- GONÇALVES, M. P.; ALCHIERI, J. C. Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 125–134, 2010.
- GRAVEN, C. et al. From rehabilitation to recovery: protocol for a randomised controlled trial evaluating a goal-based intervention to reduce depression and facilitate participation post-stroke. **BMC Neurology**, v. 11, n. 1, p. 73, 2011.
- GUAY, F.; VALLERAND, R. J.; BLANCHARD, C. On the Assessment of Situational Intrinsic and Extrinsic Motivation: The Situational Motivation Scale (SIMS). **Motivation and Emotion**, v. 24, n. 3, p. 175–213, 2000.
- HALLAMS, S., & BAKER, K. The development of a questionnaire to assess motivation in stroke survivors: a pilot study. **New Zealand Journal of Physiotherapy**, v. 37, n. 2, p. 55–60, 2009.
- HOSP, J. A. et al. Dopaminergic projections from midbrain to primary motor cortex mediate motor skill learning. **The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience**, v. 31, n. 7, p. 2481–2487, 2011.
- JOHANSSON, B. B. Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 123, n. 3, p. 147–159, 2011.
- JØRGENSEN, H. S. et al. What determines good recovery in patients with the most severe strokes? The Copenhagen Stroke Study. **Stroke; a journal of cerebral circulation**, v. 30, p. 2008–2012, 1999.
- KIM, S. IL. Neuroscientific model of motivational process. **Frontiers in Psychology**, v. 4, n. MAR, p. 1–12, 2013.
- KNECHT, S.; HESSE, S.; OSTER, P. Rehabilitation After Stroke. v. 108, n. 36, p. 600–607, 2011.
- KUKLINA, E. V et al. Epidemiology and prevention of stroke: a worldwide perspective. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 12, n. 2, p. 199–208, 2012.
- KWAKKEL, G.; KOLLEN, B. J. Review Predicting activities after stroke : what is clinically relevant ? v. 8, n. January, p. 25–32, 2013.
- LEBRASSEUR, N. K. et al. Research Report Muscle Impairments and Behavioral Factors Mediate Functional Limitations and Disability Following Stroke. **Physical Therapy**. v. 86, n. 10, p. 1342-1350, 2006.
- LEE, K. B. et al. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. **International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de réadaptation**, v. 38, n. 2, p. 173–80, 2015.
- LENZE, E.J. et al. Enhanced Medical Rehabilitation increases therapy intensity and engagement and improves functional outcomes in post-acute rehabilitation of older adults: a randomized controlled trial. **J Am Med Dir Assoc**. v. 13, n. 8, p. 708–712, 2012.
- LLOYD-JONES, D. et al. Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2010 update: A report from the american heart association. **Circulation**, v. 121, n. 7, 2010.
- LONSDALE, C. et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to

- increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale., **BMC musculoskeletal disorders**, v. 13, p. 104, 2012.
- MACLEAN, N. et al. The Concept of Patient Motivation: A Qualitative Analysis of Stroke Professionals' Attitudes. **Stroke**, v. 33 n. 2, p. 444–449, 2002.
- MANSFIELD, A. et al. Use of Accelerometer-Based Feedback of Walking Activity for Appraising Progress With Walking-Related Goals in Inpatient Stroke Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. **Neurorehabilitation and Neural Repair**, v. 29, p. 847–857, 2015.
- MATOVINOVIC, M. SABLJAR. Pathophysiology and classification of kidney. **eJIFCC**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2009.
- MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Teoria Da Autodeterminação: Compreensão Dos Fatores Motivacionais E Autoestima De Idosos Praticantes De Exercícios Físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 1, p. 18–24, 2012.
- MEYER, M. J. et al. A systematic review of studies reporting multivariable models to predict functional outcomes after post-stroke inpatient rehabilitation. p. 1–8, 2014.
- MORENO-PALACIOS, J. A. et al. Factores pronósticos de recuperación funcional del ictus al año. v. 64, n. 2, p. 55–62, 2017.
- NISHIMURA, Y. et al. Neural substrates for the motivational regulation of motor recovery after spinal-cord injury. **PLoS ONE**, v. 6, n. 9, 2011.
- NOVAK, D. et al. Increasing motivation in robot-aided arm rehabilitation with competitive and cooperative gameplay. **Journal of neuroengineering and rehabilitation**, v. 11, p. 64, 2014.
- OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência**. 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.
- P., S. G. et al. Aetiological classification of ischaemic strokes: Comparison of the new A-S-C-O classification and the classification by the Spanish Society of Neurology's Cerebrovascular Disease Study Group. **Neurologia**, v. 28, n. 7, p. 417–424, 2013.
- PACI, M. et al. Outcomes from ischemic stroke subtypes classified by the Oxfordshire Community Stroke Project: A systematic review. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 47, n. 1, p. 19–23, 2011.
- PELLETIER, L. et al. Toward a New Measure of Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation, and Amotivation in Sports - the Sport Motivation Scale (Sms). **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v. 17, n. 1, p. 35–53, 1995.
- POPOVIC, M. D. et al. Feedback-mediated upper extremities exercise: Increasing patient motivation in poststroke rehabilitation. **BioMed Research International**, v. 2014, 2014.
- RAHMAN, R. J. et al. Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: a self-determination theory perspective. **Psychol Health Med**, v. 20, n. 5, p. 518–529, 2015.
- REINKENSMEYER, D. J. et al. Computational neurorehabilitation: modeling plasticity and learning to predict recovery. **Journal of neuroengineering and rehabilitation**, v. 13, n. 1, p. 42, 2016.
- RICHARDS, C. L.; MALOUIN, F.; NADEAU, S. **Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge**. 1. ed. [s.l.] Elsevier B.V., 2015. v. 218
- SCOBIE, L. et al. Goal setting practice in services delivering community-based stroke rehabilitation: a United Kingdom (UK) wide survey. **Disability and rehabilitation**, v. 37, n. 14, p. 1291–8, 2015.
- SKIDMORE, E.R. et al. Strategy training during inpatient rehabilitation may prevent apathy symptoms after acute stroke. **PM&R**, v. 7, n. 6, p.562–570, 2015.
- STINEAR, C. M. et al. Functional potential in chronic stroke patients depends on corticospinal tract integrity. **Brain**, v. 130, n. 1, p. 170–180, 2007.
- STOOKEY, A.D. et al. The Short Physical Performance Battery as a Predictor of Functional Capacity after Stroke. **J Stroke Cerebrovasc Dis**, v. 23, n. 1, p. 1–11, 2014.

- TAN, W. S. et al. Factors predicting inpatient rehabilitation length of stay of acute stroke patients in Singapore. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 90, n. 7, p. 1202–1207, 2009.
- TRONCOSO BALTAR, VALÉRIA OKANO, V. **Laboratório de Epidemiologia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.lee.dante.br/pesquisa/kappa/index.html>>. Acesso em: 25 out. 2017.
- TSAI, C. F.; THOMAS, B.; SUDLOW, C. L. M. Epidemiology of stroke and its subtypes in Chinese vs white populations. **Neurology**, v. 81, n. 3, p. 264–272, 2013.
- VALLERAND, R.J.; PELLETIER, L.G.; BLAIS, M.R.; BRIERE, N.M.; SENÉCAL, C.; VALLIÈRES, E.F. The Academic Motivation Scale: a measure of intrinsic, extrinsic and amotivation in education. **Educational and Psychological Measurement**, v. 52, n. 4, p. 1003–1017, 1992.
- VANCAMPFORT, D. et al. Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. **Preventive Medicine**, v. 81, p. 216–220, 2015.
- VASSENA, E. et al. Overlapping neural systems represent cognitive effort and reward anticipation. **PLoS ONE**, v. 9, n. 3, 2014.
- WATKINS, C. L. et al. The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: A randomized controlled trial. **Stroke**, v. 42, n. 7, p. 1956–1961, 2011.
- WHITE, G. N. et al. Validation of the Stroke Rehabilitation Motivation Scale: A pilot study. **Asian Journal of Gerontology and Geriatrics**, v. 7, n. 2, p. 80–87, 2012.
- WINSTEIN, C. J. et al. **AHA / ASA Guideline Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery**. [s.l.: s.n.].
- WINSTEIN, C. J.; KAY, D. B. Translating the science into practice: Shaping rehabilitation practice to enhance recovery after brain damage. **Progress in Brain Research**, v. 218, p. 331–360, 2015.
- YENARI, M. A.; HAN, H. S. Rehabilitation and plasticity. **Clinical Recovery from CNS Damage**, v. 32, p. 122–128, 2013.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1 – VERSÃO ORIGINAL DA SRMS

The 28-item Stroke Rehabilitation Motivation Scale (SRMS-28)*

Patient name _____ ID _____ Date ____/____/____

"We are looking at the reasons people have for doing rehabilitation after stroke. I'd like you to tell me how much these statements represent your reasons for participating in Rehabilitation. Try not to answer yes or no, but rather in the terms below".

Completely disagree	Somewhat disagree	Neither agree nor disagree	Somewhat agree	Completely agree
1	2	3	4	5

1. Do you feel rehabilitation will help you to recover from your stroke?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
2. Do you feel as if you won't be able to recover from your stroke?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
3. Do you feel rehabilitation will teach you what you need to know to recover?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
4. Do you want to show the doctors how quickly you can recover from your stroke?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
5. Do you feel like you're being pressured to participate in the rehabilitation program?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
6. Do you like participating in the rehabilitation program?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
7. Does it feel satisfying to perform some of the difficult tasks in the rehabilitation program?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
8. Do you feel bad if you don't make an effort during rehabilitation?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
9. Do you think you are not/were not ready to begin the rehabilitation process?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
10. Do you like learning new ways of recovering from your stroke?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
11. Do you want to show your family members how quickly you can recover from your stroke?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
12. Do you perform rehabilitation because it is what the doctors and therapists want you to do? (Question 4)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
13. Do you find participating in rehabilitation exciting? (Question 2)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
14. Does rehabilitation help you feel like you're achieving something? (Question 3)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
15. Does rehabilitation make you feel good about yourself?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
16. Do you ever feel like you can't quite reach your goals in rehabilitation?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
17. Do you want to find out how much improvement you can achieve through rehabilitation?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
18. Do you participate in rehabilitation because other stroke patients in the hospital are getting better through rehabilitation? (Question 1)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
19. Do you feel that your relatives or carers support you in your recovery from your stroke?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
20. Do you find rehabilitation to be fun?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
21. Do you feel that rehabilitation helps you to improve some of your weaknesses?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
22. Do you feel that you have no choice but to participate in rehabilitation? (Question 5)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
23. Do you feel like your motivation for participating in rehabilitation has gotten lower? (Question 6)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
24. Do you feel like you are learning useful things that you could use outside hospital? (Question 7)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
25. Do you do rehabilitation because the doctor told you to?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
26. Do you feel that starting rehabilitation as soon as possible has allowed/will allow you to recover faster?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
27. Do you feel good when doing your rehabilitation?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
28. Do you want to do well in your rehabilitation program?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

9.2. ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO SRMS

De: Daniel Chan <chan.dky@gmail.com>

Enviado: terça-feira, 15 de dezembro de 2015 08:34

Para: rodrigo loureiro cunha; Dennis Cordato

Assunto: Re: Translation and cross-cultural adaptation permission for the SRMS

OK with me
DC

On Tue, Dec 15, 2015 at 10:36 AM, rodrigo loureiro cunha <rodc_fisio@hotmail.com> wrote:

Dear Professor Daniel KY Chan, my name is Rodrigo Loureiro Cunha. I'm a Physiotherapist at the Rio de Janeiro State University in Rio de Janeiro, Brazil. I take part in a master's degree programme in Rehabilitation Sciences advised by Prof. Dr. Erika de Carvalho Rodrigues. I would like your permission to translate and adapt the Stroke Rehabilitation Motivation Scale (SRMS – as published in: Asian J Gerontol Geriatr 2012; 7: 80–7) to Portuguese, as my Master's in Rehabilitation dissertation. Due to the specificity of the Stroke Rehabilitation Motivation Scale and the absence of other scales in portuguese with this objective, I consider relevant and important for clinical practice and research means, the translation and adaptation of this instrument in Brazil. I would also like to know if it is of your interest to take part of this project as a consultant to our team. This would be rather helpful at the back translation review moment in order to clarify any potential misinterpretations of concepts or items, ensuring equivalence and preventing eventual erros.

Please indicate your agreement by returning this email specifying any credit line or other conditions you may eventually require.

Thank you very much for considering my request.

Sincerely yours,

Rodrigo Loureiro Cunha.

--

Regards,
Daniel

9.3 ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO
AUGUSTO MOTTA/ UNISUAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução e adaptação transcultural do instrumento Escala de Motivação na Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral

Pesquisador: RODRIGO LOUREIRO CUNHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64805417.0.0000.5235

Instituição Proponente: SOCIEDADE UNIFICADA DE ENSINO AUGUSTO MOTTA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.056.795

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de tradução e adaptação transcultural da Stroke Rehabilitation Motivation Scale. A folha de rosto do projeto está devidamente preenchido assim como a identificação do pesquisador responsável. O título do projeto é claro e objetivo. Existe embasamento científico e justificativa para a pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a tradução para a língua portuguesa do Brasil e a adaptação transcultural do instrumento "Stroke Rehabilitation Motivation Scale" (SRMS). Objetivo bem definido assim como a descrição da metodologia com justificativa. Critérios de inclusão e exclusão estão adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação de riscos e benefícios está adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem descrita e detalhada. Sua contribuição científica é muito relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Possui título na folha, a linguagem é acessível e bem escrita, possui as informações da pesquisa e

Endereço: Av. Paris, 72 TEL: (21)3882-9797 (Ramal: 1015)

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-010

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9797

E-mail: comitedeetica@unisum.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
AUGUSTO MOTTA/ UNISUAM**



Continuação do Parecer: 2.056.795

os procedimentos a serem realizados. Explica de forma adequada o sigilo, privacidade e acesso aos resultados, assim como responsáveis e seus contatos.

O contato do CEP foi divulgado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está aprovado.

Cabe ressaltar que o pesquisador se compromete em anexar na Plataforma Brasil um relatório ao final da realização da pesquisa. Pedimos a gentileza de utilizar o modelo de relatório final que se encontra na página eletrônica do CEP-UNISUAM (<http://www.unisuam.edu.br/index.php/introducao-comite-etica-em-pesquisa>). Além disso, em caso de evento adverso, cabe ao pesquisador relatar, também através da Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_826166.pdf	04/04/2017 18:11:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	04/04/2017 18:10:46	RODRIGO LOUREIRO CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	04/04/2017 18:09:56	RODRIGO LOUREIRO CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/02/2017 19:25:42	RODRIGO LOUREIRO CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paris, 72 TEL: (21)3882-9797 (Ramal: 1015)
Bairro: Bonsucesso **CEP:** 21.041-010
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9797 **E-mail:** comitedeetica@unuam.edu.br

Página 02 de 03



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
AUGUSTO MOTTA/ UNISUAM**



Continuação do Parecer: 2.056.795

RIO DE JANEIRO, 10 de Maio de 2017

Assinado por:
SUSANA ORTIZ COSTA
 (Coordenador)

9.4 ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO GTRANS CULTURAL DO INSTRUMENTO “*STROKE REHABILITATION MOTIVATION SCALE*” EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.

Você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido, entendido e concordado com este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe do estudo sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Esta pesquisa tem como objetivo adaptar e traduzir para a língua portuguesa o instrumento “**STROKE REHABILITATION MOTIVATION SCALE**” utilizado para avaliar o nível de motivação do portador de AVC ao seu tratamento de reabilitação.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste estudo será submetido(a) a responder a um questionário que corresponde a uma versão final traduzida para o português, contendo algumas perguntas simples a serem respondidas.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Se você concordar com o uso das suas informações, conforme descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes deste projeto de pesquisa. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os

resultados alcançados com este projeto, possamos utilizar essa versão brasileira para avaliar as pessoas submetidas a tratamento fisioterapêutico devido a um AVC.

CUSTOS

Não haverá qualquer forma de pagamento pela sua participação no estudo. Você também não arcará com nenhum custo adicional, uma vez que as informações serão coletadas conforme a rotina da instituição.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar deste projeto de pesquisa, as informações sobre a sua saúde, seus dados pessoais e imagens realizadas durante a aplicação do teste serão mantidos de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados dos testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação neste estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e as avaliações relativas ao estudo serão imediatamente suspensas.

ACESSO A RESULTADOS DE EXAMES

Você tem o direito de ser atualizado(a) sobre os resultados parciais do estudo ou sobre resultados que sejam do conhecimento do pesquisador do estudo. Os resultados de suas avaliações são seus e estarão disponíveis.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o Fisioterapeuta Rodrigo Loureiro Cunha no telefone (21) 988659122 de 8:00 às 20:00hs.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Augusto Motta/UNISUAM, formado por profissionais de diferentes áreas que revisam os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar dos mesmos. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP da UNISUAM, localizado à Av. Paris 72, Bonsucesso, Rio de Janeiro, pelo telefone (21)3882-9797 ou ainda pelo e-mail: comitedeetica@unisuam.edu.br.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e de minhas avaliações durante o atendimento nesta instituição. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste projeto.

Nome e Assinatura do participante

____/____/____

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha

____/____/____

9.5 ANEXO 5 – FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO DE RESPOSTAS DOS PACIENTES PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE

PRÉ-TESTE DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE MOTIVAÇÃO PARA REABILITAÇÃO PÓS-AVC

Data __/__/__

INSTRUÇÕES AOS PARTICIPANTES

Este projeto tem como objetivo adaptar a Escala de Motivação para Reabilitação no AVC para uso no Brasil. Esta escala foi desenvolvida na Austrália, portanto seu idioma original é o inglês, e já está traduzida para português. Ela mede o quanto de motivação você tem em relação ao seu tratamento e sua recuperação. Nesta etapa do projeto estamos avaliando se os itens em português estão adequados para aplicação no Brasil e se são compreensíveis. As instruções gerais e cada item da escala serão lidos a você e você deverá informar se o item se aplica à sua realidade, se compreendeu o que foi perguntado e, caso não tenha compreendido, se sugere alguma alteração nas palavras utilizadas.

IDENTIFICAÇÃO DO VOLUNTÁRIO:

Nome _____ Sexo: _____
Idade: _____ Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Solteiro(a) Viúvo(a) Separado(a)
Escolaridade: 7 anos Fundamental Completo Médio Completo Ensino Superior

DADOS CLÍNICOS DO VOLUNTÁRIO:

Data do AVC __/__/__ Diagnóstico Cinético-funcional: _____
Tempo de tratamento fisioterapêutico até a data atual: _____
Minimental: _____
Ocupação: _____

“Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Não responda dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos abaixo:

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

Discordo totalmente	Discordo um Pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

1. Você acha que a reabilitação vai ajudar você a se recuperar do seu AVC?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

2. Você acha que não será capaz de se recuperar do seu AVC?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

3. Você acha que a reabilitação vai ensinar o que você precisa saber para se recuperar?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

4. Você quer mostrar aos médicos quão rapidamente você pode se recuperar do seu AVC?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

5. Você sente que está sendo pressionado (a) a participar do programa de reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

6. Você gosta de participar do programa de reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

7. Você sente satisfação ao realizar algumas das tarefas difíceis do programa de reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

8. Você sente-se mal se não se esforça durante a reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. CORRETO ERRADO

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? SIM NÃO

Item se aplica? SIM NÃO

9. Você acha que não está (ou não estava) pronto para começar o processo de reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? SIM NÃO

Se SIM, o que você não compreendeu?

Se NÃO, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

10. Você gosta de aprender novas maneiras para se recuperar do seu AVC?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

11. Você quer mostrar aos seus familiares quão rapidamente você pode recuperar-se do seu AVC?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

12. Você faz reabilitação porque é isso que seus médicos e terapeutas querem que você faça?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

13. Você acha estimulante participar da reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

14. A reabilitação ajuda você a sentir que está conquistando algo?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

15. A reabilitação faz você sentir-se bem com você mesmo (a)?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

16. Em algum momento você sente que não consegue alcançar completamente seus objetivos na reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

17. Você quer saber o quanto de melhora você consegue conquistar através da reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

18. Você faz reabilitação porque sabe de outros pacientes que sofreram AVC que estão melhorando através da reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

19. Você acha que seus familiares ou cuidadores apoiam você na recuperação do seu AVC?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

20. Você acha que a reabilitação é divertida?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

21. Você acha que a reabilitação ajuda você a melhorar alguns de seus pontos fracos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

22. Você sente como se não tivesse outra opção a não ser participar da reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

23. Você acha que sua motivação para participar da reabilitação tem diminuído?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

24. Você acha que está aprendendo coisas úteis que poderia usar fora da reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

25. Você faz a reabilitação porque o médico disse para você fazer?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

26. Você acha que iniciar a reabilitação o quanto antes tem permitido (ou permitirá) a você uma recuperação mais rápida?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

27. Você sente-se bem quando está fazendo a sua reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

28. Você quer se sair bem no seu programa de reabilitação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Houve dificuldade para compreender o item? **SIM NÃO**

Se **SIM**, o que você não compreendeu?

Se **NÃO**, diga o que você entendeu. **CORRETO ERRADO**

Você sugere alguma(s) mudança(s) no item para melhorar sua compreensão? **SIM NÃO**

Item se aplica? **SIM NÃO**

5.4 Quadro 1 – Versão Original, Versão Consensual (Vc) e Versões Retrotraduzidas (Vi1 e Vi2) das instruções e perguntas da SRMS

ORIGINAL	VERSÃO CONSENSUAL (Vc)	RETRO-TRADUÇÃO 1 (Vi1)	RETRO-TRADUÇÃO 2 (Vi2)
----------	------------------------	---------------------------	---------------------------

We are looking at the reasons people have for doing rehabilitation after stroke. I'd like you to tell me how much these statements represent your reasons for participating in Rehabilitation. Try not to answer yes or no, but rather in the terms below.	Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Não responda dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos abaixo :	We are investigating the reasons that lead people to do rehabilitation after a cerebrovascular accident - CVA (stroke). I would like you to tell me to what extent these phrases represent your reasons for participating in rehabilitation. Do not answer “yes” or “no”, rather, use the terms below:	We're investigating the reasons people decide to do rehabilitation after a Cerebral Vascular Accident – CVA (stroke). I'd like you to tell me to what extent the following phrases represent your reasons for taking part in rehabilitation. Don't answer “yes” or “no”, choosing instead one of the below mentioned terms:
1. Do you feel rehabilitation will help you to recover from your stroke?	Você acha que a reabilitação vai ajudar você a se recuperar do seu AVC?	Do you think that rehabilitation will help you recover from your CVA?	Do you think that rehabilitation will help you recover from your CVA?
2. Do you feel as if you won't be able to recover from your stroke?	Você acha que não será capaz de se recuperar do seu AVC?	Do you think that you won't be able to recover from your CVA?	Do you think that you won't be able to recover from your CVA?
3. Do you feel rehabilitation will teach you what you need to know to recover?	Você acha que a reabilitação vai ensinar o que você precisa saber para se recuperar?	Do you think that rehabilitation will teach you what you need to know to recover?	Do you think that rehabilitation will teach you what you need to know to recover?
4. Do you want to show the doctors how quickly you can recover from your stroke?	Você quer mostrar aos médicos quão rapidamente você pode se recuperar do seu AVC?	Do you want to show the doctors how quickly you can recover from your CVA?	Do you want to show the doctors how quickly you can recover from your CVA?
5. Do you feel like you're being pressured to participate in the rehabilitation program?	Você sente-se pressionado (a) a participar do programa de reabilitação?	Do you feel pressured to participate in the rehabilitation program?	Do you feel pressured into taking part in the rehabilitation program?
6. Do you like participating in the rehabilitation program?	Você gosta de participar do programa de reabilitação?	Do you like participating in the rehabilitation program?	Do you like taking part in the rehabilitation program?
7. Does it feel satisfying to perform some of the difficult tasks in the rehabilitation program?	Você sente satisfação ao realizar algumas das tarefas difíceis do programa de reabilitação?	Do you feel satisfaction in performing some of the difficult tasks in the rehabilitation program?	Do you feel a sense of satisfaction when managing to perform some of the harder tasks in the rehabilitation program?
8. Do you feel bad if you don't make an effort during rehabilitation?	Você sente-se mal quando não se esforça durante a reabilitação?	Do you feel bad when you don't make an effort during rehabilitation?	Do you feel bad when you don't make an effort during the rehabilitation?

9. Do you think you are not/were not ready to begin the rehabilitation process?	Você acha que não está (ou não estava) pronto para começar o processo de reabilitação?	Do you think that you are not (or were not) ready to start the rehabilitation process?	Do you think you aren't (or weren't) ready to start the rehabilitation process?
10. Do you like learning new ways of recovering from your stroke?	Você gosta de aprender novos métodos para se recuperar do seu AVC?	Do you like learning new methods for recovering from your CVA?	Do you like learning new methods to recover from your CVA?
11. Do you want to show your family members how quickly you can recover from your stroke?	Você quer mostrar aos seus familiares quão rapidamente você pode recuperar-se do seu AVC?	Do you want to show your family members how quickly you can recover from your CVA?	Do you want to show your relatives how quickly you can recover from your CVA?
12. Do you perform rehabilitation because it is what the doctors and therapists want you to do?	Você faz reabilitação porque é isso que seus médicos e terapeutas querem que você faça?	Do you participate in rehabilitation because that is what your doctors and therapists want you to do?	Do you do rehabilitation because it's what your doctors and therapists want you to do?
13. Do you find participating in rehabilitation exciting?	Você acha estimulante participar da reabilitação?	Do you find participating in rehabilitation stimulating?	Do you find it stimulating taking part in rehabilitation?
14. Does rehabilitation help you feel like you're achieving something?	A reabilitação ajuda você a sentir que está alcançando algo?	Does rehabilitation help you feel as if you are achieving something?	Does rehabilitation help you feel that you're achieving something?
15. Does rehabilitation make you feel good about yourself?	A reabilitação faz você sentir-se bem com você mesmo (a)?	Does rehabilitation make you feel good about yourself?	Does rehabilitation make you feel good about yourself?
16. Do you ever feel like you can't quite reach your goals in rehabilitation?	Em algum momento você sente (ou sentiu) como se não conseguisse alcançar seus objetivos na reabilitação?	Do you sometimes feel (or have you ever felt) that you are incapable of achieving your objectives in rehabilitation?	At any moment do you feel (or have you felt) unable to achieve your objectives in rehabilitation?
17. Do you want to find out how much improvement you can achieve through rehabilitation?	Você quer saber o quanto você consegue melhorar através da reabilitação?	Do you want to know how much you will manage to improve with rehabilitation?	Do you want to know how much you can improve with rehabilitation?
18. Do you participate in rehabilitation because other stroke patients in the hospital are getting better through rehabilitation?	Você faz reabilitação porque outros pacientes que sofreram AVC estão melhorando através da reabilitação?	Do you participate in rehabilitation because other patients who have had a CVA are improving through rehabilitation?	Do you do rehabilitation because other CVA patients are getting better with rehabilitation?
19. Do you feel that your relatives or carers support you in your recovery from your stroke?	Você acha que seus parentes ou cuidadores apoiam você na recuperação do seu AVC?	Do you think that your family or carers support you in your recovery from your CVA?	Do you think your relatives or carers support you in the recovery from your CVA?

20. Do you find rehabilitation to be fun?	Você acha que a reabilitação é divertida?	Do you think rehabilitation is fun?	Do you think that the rehabilitation is fun?
21. Do you feel that rehabilitation helps you to improve some of your weaknesses?	Você acha que a reabilitação ajuda você a melhorar algumas de suas fraquezas?	Do you think rehabilitation helps you improve some of your weaknesses?	Do you think the rehabilitation helps you to improve some of your weaknesses?
22. Do you feel that you have no choice but to participate in rehabilitation?	Você sente como se não tivesse outra opção a não ser participar da reabilitação?	Do you feel that you had no other option but to participate in rehabilitation?	Do you feel as if you have no option other than to take part in rehabilitation?
23. Do you feel like your motivation for participating in rehabilitation has gotten lower?	Você acha que sua motivação para participar da reabilitação tem diminuído?	Do you think that your motivation to participate in rehabilitation has decreased?	Do you think that your motivation to take part in the rehabilitation has diminished?
24. Do you feel like you are learning useful things that you could use outside hospital?	Você acha que está aprendendo coisas úteis que poderia usar fora da reabilitação?	Do you think you are learning useful things that you could use outside rehabilitation?	Do you think you're learning things that could be useful outside of rehabilitation?
25. Do you do rehabilitation because the doctor told you to?	Você faz a reabilitação porque o médico disse para você fazer?	Do you do rehabilitation because the doctor told you to?	Do you do rehabilitation because your doctor told you to do it?
26. Do you feel that starting rehabilitation as soon as possible has allowed/will allow you to recover faster?	Você acha que iniciar a reabilitação o quanto antes tem permitido (ou permitirá) a você uma recuperação mais rápida?	Do you think that beginning rehabilitation as soon as possible has allowed you (or will allow you) to recover faster?	Do you think starting rehabilitation as soon as possible has enabled (or will enable) you to have a quicker recovery?
27. Do you feel good when doing your rehabilitation?	Você sente-se bem quando está fazendo a sua reabilitação?	Do you feel good when you are doing your rehabilitation?	Do you feel good when you are doing your rehabilitation?
28. Do you want to do well in your rehabilitation program?	Você quer obter bons resultados no seu programa de reabilitação?	Do you want to get good results in your rehabilitation program?	Do you want to achieve good results in your rehabilitation program?

5.5 Quadro 2 – Versão Original, Versão Consensual (Vc) e Versões Retrotraduzidas (Vi1 e Vi2) das opções de respostas da SRMS

ORIGINAL	Completely disagree	Somewhat disagree	Neither agree nor disagree	Somewhat agree	Completely agree
VERSÃO CONSENSUAL (Vc)	Discordo totalmente	Discordo um Pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente

RETRO-TRADUÇÃO 1 (Vi1)	Totally disagree	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Totally agree
RETRO-TRADUÇÃO 2 (Vi2)	I completely disagree	I disagree slightly	I neither agree nor disagree	I agree slightly	I completely agree

9.6 ANEXO VI – VERSÃO BRASILEIRA DEFINITIVA DA ESCALA DE MOTIVAÇÃO PARA REABILITAÇÃO EM AVC

Escala de Motivação para Reabilitação em AVC (EMRA)

Nome do paciente _____ RG _____ Data ____ / ____ / ____

“Nós estamos investigando as razões que levam as pessoas a fazer reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral – AVC (derrame/isquemia). Eu gostaria que você me dissesse o quanto essas frases representam as suas razões para participar da Reabilitação. Tente não responder dizendo “sim” ou “não”, ao invés disso, utilize os termos a seguir:

Discordo totalmente	Discordo um Pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

- Você acha que a reabilitação vai ajudar você a se recuperar do seu AVC?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você acha que não será capaz de se recuperar do seu AVC?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você acha que a reabilitação vai ensinar o que você precisa saber para se recuperar?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você quer mostrar aos médicos quão rapidamente você pode se recuperar do seu AVC?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você sente que está sendo pressionado (a) a participar do programa de reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você gosta de participar do programa de reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você sente satisfação ao realizar tarefas difíceis do programa de reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você se sente mal se não se esforça durante a reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você acha que não está (ou não estava) pronto para começar o processo de reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você gosta de aprender novas maneiras para se recuperar do seu AVC?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você quer mostrar aos seus familiares quão rapidamente você pode se recuperar do seu AVC?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você faz reabilitação porque é isso que seus médicos e terapeutas querem que você faça?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Você acha estimulante participar da reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

14. A reabilitação ajuda você a sentir que está conquistando algo?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
15. A reabilitação faz você se sentir bem com você mesmo (a)?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
16. Em algum momento você sente que não consegue alcançar completamente seus objetivos na reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
17. Você quer saber o quanto de melhora você consegue conquistar através da reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
18. Você faz reabilitação porque sabe de outros pacientes que sofreram AVC que estão melhorando através da reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
19. Você acha que seus familiares ou cuidadores apoiam você na recuperação do seu AVC?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
20. Você acha que a reabilitação é divertida?
2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
21. Você acha que a reabilitação ajuda você a melhorar alguns de seus pontos fracos?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
22. Você sente como se não tivesse outra opção a não ser participar da reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
23. Você acha que sua motivação para participar da reabilitação tem diminuído?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
24. Você acha que está aprendendo coisas úteis que poderia usar fora da reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
25. Você faz a reabilitação porque o médico mandou você fazer?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
26. Você acha que iniciar a reabilitação o quanto antes tem permitido (ou permitirá) a você uma recuperação mais rápida?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
27. Você se sente bem quando está fazendo a sua reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
28. Você quer se sair bem no seu programa de reabilitação?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐