

Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira

Anna Paula Martinez¹

Gisele Regina de Azevedo²

A Escala de Bristol para Consistência de Fezes é usada na descrição de fezes. O objetivo deste estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação para o Brasil, dessa escala. Como metodologia realizou-se a tradução, tradução reversa e discussão. Para essa validação, incluíram-se 85 enfermeiros e 80 médicos e pacientes que correlacionaram imagens de sete tipos de fezes com descrições. Os resultados mostraram que houve diferença de distribuição do sexo, com predomínio do sexo masculino para médicos e feminino para enfermeiros e pacientes. Em relação à concordância entre definições e imagens, o maior percentual, no tipo 5, e os menores percentuais, nos tipos 6 e 7, relacionaram-se aos médicos; no tipo 3 referiram-se aos enfermeiros e no tipo 6 aos pacientes. O índice Kappa geral foi de 0,826. Conclui-se que a escala demonstrou alta confiabilidade em todos os grupos estudados.

Descritores: Tradução; Estudos de Validação; Fezes.

¹ Mestranda, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² PhD, Professor Assistente, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation

The Bristol Stool Form Scale is used for describing feces. The objective of this research was its translation, cultural adaptation and validation for Brazil. The methodology was translation, back-translation and discussion. Validation involved 85 nurses, 80 doctors, and 80 patients, who correlated images of seven types of feces with the descriptions. Results: there was a difference in sex distribution, with males predominating among the doctors and females among nurses and patients. In relation to concordance between definitions and pictures, the highest percentage was in type 5 in all three groups and the lowest was in types 6 and 7 for the doctors, in type 3 for the nurses, and type 6 for the patients. The general Kappa index was 0.826. Conclusion: the scale demonstrated high reliability for all the groups studied.

Descriptors: Translation; Validation Studies; Stools.

Traducción, adaptación cultural y validación de la "Bristol Stool Form Scale"

La "Bristol Stool Form Scale" es usada para describir las heces. Objetivo: traducción, adaptación cultural y la validación para ser utilizada en Brasil. Metodología: Fue realizada la traducción, la traducción inversa y la discusión final. Para validar, se incluyeron 85 enfermeros y 80 médicos y pacientes que correlacionaron diseños de siete tipos de heces con descripciones. Resultados – Hubo diferencia en cuanto a la distribución del sexo con predominio masculino entre los médicos y femenino para los enfermeros y pacientes. Con respecto a la concordancia entre los conceptos y las imágenes, la mayor concordancia fue del tipo 5 en cuanto que el de menor correspondencia para los médicos fueron los tipos 6 y 7, para los enfermeros el 3 y el 6 para los pacientes. El índice de Kappa general fue de 0,826. Conclusión: Los valores obtenidos demuestran la alta confiabilidad de este cuestionario con respecto a los grupos estudiados.

Descriptores: Traducción; Estudios de Validación; Hece.

Introdução

A análise do hábito intestinal e o tipo de fezes sempre foram explorados na avaliação realizada pelos profissionais de saúde, tanto para a caracterização de aspectos fisiológicos dos pacientes como para o diagnóstico e acompanhamento de doenças que envolvam alteração do trânsito intestinal.

Em situações fisiológicas, a caracterização das fezes pode ser bastante útil. Por exemplo, a relação entre o tipo de dieta e o hábito intestinal e, por consequência, a forma das fezes, têm sido exploradas na literatura⁽¹⁻³⁾.

Já em relação ao diagnóstico e acompanhamento, pode-se citar sua importância na incontinência anal, síndrome do intestino irritável, pós-operatório de cirurgias abdominais entre outros⁽⁴⁻⁷⁾.

As funções anais declinam com a idade e as mulheres experimentam maior perda funcional em relação aos homens⁽⁸⁾. Na menopausa, é frequente a incontinência em mulheres e as lesões durante o parto aumentam o risco de comprometimento das funções anais⁽⁸⁾. Porção significativa desse comprometimento é resultante, tão somente, do envelhecimento⁽⁸⁾.

A incontinência anal (IA) pode ser idiopática, congênita, de origem neurológica ou secundária a trauma⁽⁹⁾. Segundo o Consenso de Roma II, a IA pode ser classificada em *leve*, caracterizada pela perda de gases ou *soiling*; *intermediária*, com perda de fezes pastosas ou líquidas até três vezes por semana e *grave*, quando há incontinência total com perda de três ou mais vezes por semana⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Outra condição que se caracteriza por alteração na forma das fezes é a síndrome do intestino irritável⁽¹⁵⁾, que é de natureza funcional e tem como sintomas centrais a dor e o desconforto abdominal, relacionados à alteração do hábito intestinal⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Outra área em que a análise das fezes pode ser útil é no pós-operatório de doenças gastrointestinais⁽¹⁸⁾.

Alguns instrumentos são utilizados para ajudar na classificação e no tratamento⁽¹⁹⁻²⁰⁾; entre eles, destaca-se a Escala de Bristol para Consistência de Fezes -EBCF (*Bristol Stool Form Scale*) que foi desenvolvida e validada por Kenneth W. Heaton e S. J. Lewis. Seu objetivo é avaliar, de maneira descritiva, a forma do conteúdo fecal, utilizando métodos gráficos que representam sete tipos de fezes, de acordo com sua forma e consistência. A inovação dessa escala é que ela

apresenta as imagens que ilustram as fezes, juntamente com descrições precisas quanto à forma e à consistência, recorrendo a exemplos facilmente reconhecíveis⁽²¹⁾. O paciente deve apenas selecionar o tipo de fezes que mais se assemelha a suas próprias fezes, de acordo com a consistência e forma⁽²¹⁻²²⁾.

A EBCF foi validada na versão original, em inglês, tendo sido traduzida, adaptada e validada para o espanhol e, devido à sua simplicidade e eficácia, foi incorporada à prática clínica para a avaliação de pacientes com síndrome do intestino irritável, HIV-diarreia relacionados, e incontinência anal, além de ser instrumento muito utilizado em estudos científicos relacionados aos temas referidos^(21,23). Para a sua utilização no Brasil, faz-se necessário realizar a tradução para a língua portuguesa, a adaptação cultural e, conseqüentemente, a sua validação.

Os objetivos do presente estudo foram a tradução, adaptação cultural e a validação da *Bristol Stool Form Scale* para a língua portuguesa, para uso no Brasil.

Método

Obteve-se permissão para a tradução, validação e adaptação da *Bristol Stool Form Scale* da empresa Norgine LTDA, que detém os direitos autorais e de uso da mesma, concedidos pelos autores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A escala é descritiva e visual, e consta de sete tipos de fezes, sendo composta por imagens e suas respectivas definições.

- Type 1: *Separate hard lumps, like nuts (hard to pass).*
- Type 2: *Sausage-shaped, but lumpy.*
- Type 3: *Like a sausage but with cracks on its surface.*
- Type 4: *Like an Italian sausage or snake, smooth and soft.*
- Type 5: *Soft blobs with clear cut edges (passed easily).*
- Type 6: *Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool.*
- Type 7: *Watery, no solid pieces. Entirely liquid.*

Tradução e adaptação cultural

A tradução para o português foi realizada por dois especialistas em distúrbios digestivos funcionais, ambos com domínio dos idiomas português e inglês. Após ser realizada a tradução, algumas descrições foram modificadas para a adaptação à língua e cultura brasileiras como, por exemplo, nos casos da palavra *nuts* que, no inglês remete à imagem de avelãs, e foi substituída pelo termo “coquinhos”, que oferece imagem análoga; e da palavra *sausage* que, em tipos diferentes, foi traduzida por “linguiça” e por “salsicha”, para melhor entendimento em todo o nosso país.

A seguir foi realizada a tradução reversa (*back translation*) por outros dois especialistas bilíngües.

A versão em português foi então administrada a nove pessoas (3 médicos, 3 enfermeiros e 3 pacientes) para detectar possíveis problemas de compreensão (teste-piloto) e, após ajustes finais, obteve-se a escala definitiva.

Validação

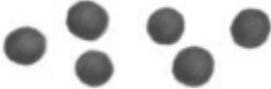
Aplicou-se a versão definitiva (Figura 1) em uma amostra com 165 profissionais de saúde (80 médicos e 85 enfermeiros) e 80 pacientes com mais de 18 anos de idade, aleatoriamente escolhidos em ambulatórios do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, SP. Todas as avaliações foram realizadas em serviços públicos de saúde. Apresentou-se aos sujeitos um quadro com os desenhos representando os sete tipos de fezes. Em seguida, foi pedido que eles correlacionassem um texto selecionado randomicamente da escala traduzida com um dos desenhos. Dez por cento dos entrevistados, escolhidos aleatoriamente, de cada grupo (médicos, enfermeiros e pacientes) foram instruídos a repetir a avaliação em 15 dias (reteste), para testar a sua reprodutibilidade.

Análise estatística

- 1 - *Comparação da constituição dos grupos em relação ao sexo e escolaridade (análise descritiva com n e percentual).*
- 2 - *Descrição do nível de acerto e erro na correlação entre a imagem e sua descrição, usando o número absoluto de escolhas.*
- 3 - *Descrição do total de sujeitos avaliados e de cada grupo em relação ao acerto entre as imagens e suas descrições para cada um dos tipos de fezes.*
- 4 - *Análises da concordância entre os grupos (confiabilidade interna e comparação entre os grupos).*
- 5 - *Análise do test-retest.*

O tamanho da amostra está calculado para estimar a concordância de 95%, com precisão de 5% e com 5% de significância. As variáveis quantitativas foram descritas como média e desvio-padrão e, no caso das qualitativas, por números absolutos e percentuais. A fidedignidade foi analisada por meio de porcentagem de concordância e do índice Kappa. As análises comparativas foram realizadas por meio do teste de concordância de Kendall para a porcentagem de concordância, e o método de Fleiss foi utilizado para os valores de Kappa. A reprodutibilidade no período de 15 dias foi avaliada através da porcentagem de concordância, e o índice Kappa entre as respostas e um valor inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Escala de Bristol de Consistência de Fezes

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedacos macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedacos sólidos.

Testado e validado com o gentil permesso da empresa Moegle Ltda.

Figura 1 - Escala de Bristol de Consistência de Fezes

Resultados

A casuística foi dividida em grupos, de acordo com a categoria profissional e os pacientes. O primeiro grupo foi composto por médicos, em sua maioria, do sexo masculino. O segundo grupo foi composto por enfermeiros com a maioria feminina, e o grupo de pacientes também tinha uma maioria feminina. Quanto ao nível educacional, nenhum paciente possuía nível superior. Os pacientes também foram escolhidos aleatoriamente, independente de patologia ou indicação da consulta ambulatorial. Nenhum paciente apresentava qualquer déficit cognitivo que pudesse influenciar os resultados. A Tabela 1 apresenta a distribuição numérica da amostra com relação ao gênero.

Tabela 1 - Características referentes ao gênero dos respondentes que compuseram a amostra. Sorocaba, SP, Brasil, 2011

Variáveis	Médicos		Enfermeiros		Pacientes	
	n=80	%	n=85	%	n=80	%
Sexo (%)						
Masculino	47	58,75	5	5,88	31	38,75
Feminino	33	41,25	80	94,12	49	61,25

A Tabela 2 mostra os resultados de harmonização ou concordância (definição de texto e imagem) para o teste de validação em todas os grupos de indivíduos

Tabela 2 - Correspondência de respostas entre textos e imagens em todas as séries. Sorocaba, SP, Brasil, 2011

Textos	Imagens							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
1	239	1	2	0	0	3	0	245
2	1	218	11	6	0	7	2	245
3	1	13	213	2	3	8	5	245
4	0	2	1	239	0	1	2	245
5	0	1	1	0	242	1	0	245
6	1	3	5	0	0	213	23	245
7	3	6	5	1	0	17	213	245
Total	245	244	238	248	245	250	245	1715

A Tabela 3 mostra a concordância (em porcentagem) entre definições e imagens na relação do tipo de fezes e sujeitos estudados. O maior percentual de concordância foi o tipo 5 (100% para médicos e enfermeiros e 96,3% para pacientes), e o menor percentual de concordância foram os tipos 6 e 7 para os médicos (91,3%), o tipo 3 para enfermeiros (83,5%) e o tipo 6 para pacientes (82,5%).

Tabela 3 - Concordância entre textos e imagens na relação tipo de fezes e sujeitos estudados

Tipo de fezes	Médicos	Enfermeiros	Pacientes	Total
	n=80	n=85	n=80	n=245
	%	%	%	%
1	98,8	98,8	95,0	97,6
2	92,5	87,1	87,5	89,0
3	92,5	83,5	85,0	86,9
4	97,5	100	95,0	97,6
5	100	100	96,3	98,8
6	91,3	87,1	82,5	86,9
7	91,3	85,9	83,8	86,9

O índice Kappa geral foi de 0,826, e o resumo de concordância para esse índice, em cada um dos grupos, está apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados de concordância no estudo global. Sorocaba, SP, Brasil, 2011

Variáveis	Concordância(%)	p*	Kappa	p†
Grupo total	89,5	<0,0001	0,826	<0,0001
Médicos	93,0	<0,0001	0,884	<0,0001
Enfermeiros	91,1	<0,0001	0,825	<0,0001
Pacientes	84,6	<0,0001	0,773	<0,0001

*Teste de concordância de Kendall; †Fleiss *method*.

Na fase de reteste não houve nenhum erro e, portanto, houve concordância perfeita, independente do grupo.

Discussão

O formato das fezes se modifica em várias doenças intestinais como, por exemplo, as diarreias infecciosas, colites, constipação intestinal, incontinência anal, síndrome do intestino irritável⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Sua descrição na anamnese pode ser determinante no diagnóstico e acompanhamento dessas doenças associadas a outras características da evacuação⁽¹⁴⁾. Sua utilização, como um parâmetro de melhora e piora, pode facilitar para o profissional a abordagem dessas patologias. Essa descrição varia de acordo com a linguagem do paciente e a sua interpretação também depende da experiência do profissional da saúde.

É muito difícil, entretanto, obter descrição precisa da aparência e consistência de fezes; sendo assim, Heaton e Thompson criaram uma escala visual e descritiva denominada *The Bristol Stool Form Scale* que tem sido amplamente utilizada, a fim de garantir que os pacientes descrevam precisamente seu próprio padrão fecal⁽¹⁵⁾. A tradução, validação e adaptação cultural dos instrumentos de avaliação em saúde, a exemplo dessa escala, são importantes para possibilitar estudos multinacionais ou mesmo para comparar dados dos vários estudos nacionais⁽¹⁷⁾.

A Escala de Bristol tem sido reconhecida pela literatura científica como instrumento valioso na avaliação das doenças intestinais, gerando procura para sua tradução e validação. Esse processo já foi realizado para os idiomas inglês e espanhol, proporcionando a oportunidade de seu uso em nível internacional e a comparação dos dados dos vários centros de pesquisa em países com esse idioma⁽²³⁾.

Esse estudo baseou-se nos processos de validação aceitos mundialmente e a metodologia foi dividida em tradução, adaptação cultural e validação. Nesse processo, julgou-se que a adaptação cultural é a etapa mais importante, já que, além da linguagem, a cultura local pode influenciar a forma de expressão. Após a tradução, praticamente todos os itens sofreram alguma modificação para facilitar o entendimento.

Considerando-se a amostra formada pelos profissionais de saúde como o grupo mais fiel em relação ao entendimento do instrumento, observou-se que, quando comparados com uma amostra de pessoas comuns, se obteve alta correlação entre os resultados. Observe-se que o instrumento foi elaborado para ser usado de modo independente do nível de instrução; assim, pode-se inferir que essa diferença entre os grupos se relacione ao seu conhecimento sobre a área de saúde. A ausência de paciente com nível superior de escolaridade refletiu a realidade da unidade hospitalar, que atende, como referência terciária, a população de baixa renda dessa região do Estado de São Paulo. O índice de correlação obtido foi maior do que o esperado pelos pesquisadores, o que demonstra o cuidado tomado nas fases de tradução e adaptação cultural.

Os resultados comparativos, obtidos neste estudo e naquele realizado para a validação da versão espanhola, diferem bastante, apesar de serem semelhantes em relação ao número de sujeitos estudados⁽²³⁾.

As amostras são semelhantes em relação aos dados demográficos (idade acima de 18 anos, predomínio do sexo feminino). Em relação ao tipo de fezes com maior nível de acerto, observa-se diferença tanto no total de avaliados quanto em cada grupo; porém, com alto percentual de acerto, foi observado em ambos os estudos. Os tipos de fezes com maior acerto ou erro entre os 3 grupos foram diferentes nos dois estudos. No estudo brasileiro, o tipo de fezes com maior acerto foi o 5 e o de menor foi o tipo 6; já no estudo espanhol observou-se que o tipo com maior acerto foi o 4 e o de menor acerto foi o 5. Atribuiu-se esse fato à diferença de idioma e de expressões utilizadas para a descrição das fezes nos meios profissionais e leigos.

Em relação aos três grupos estudados, os médicos brasileiros obtiveram índice de acerto maior no tipo 5; já os espanhóis acertaram mais o tipo 2 e o 7. Os enfermeiros brasileiros tiveram maior acerto no tipo 4 e 5, enquanto os espanhóis acertaram mais o tipo 6. Por fim, os pacientes brasileiros acertaram mais o tipo 6, enquanto os espanhóis acertaram mais o tipo 4.

No tocante à fidedignidade medida pelo percentual de concordância imagem/definição e índice Kappa, este estudo mostrou valores mais altos do que aqueles obtidos pelo grupo espanhol.

Conclusão

A Escala de Bristol para a Consistência de Fezes, traduzida e validada para o português para o uso no Brasil, apresentou alta confiabilidade, denotando sua utilidade na prática clínica, atendendo o propósito para o qual foi elaborada.

Agradecimentos

Agradecemos a Jéssica Clementino, pelo auxílio durante a fase de coleta de dados.

Referências

1. Saad RJ, Rao SS, Koch KL, Kuo B, Parkman HP, McCallum RW, Sitrin MD, Wilding GE, Semler JR, Chey WD. Do stool form and frequency correlate with whole-gut and colonic transit? *Am J Gastroenterol*. 2010 Feb;105(2):403-11
2. Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FE, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *GUT*. 1992;33:818-24.
3. Degen LP, Phillips SF. How well does stool form reflect colonic transit? *GUT*. 1996;39:109-13.
4. López G, Antonio J. Incontinência anal/ Anal incontinence. *Iatreia*. 2002;15(3):190-9.
5. Engsbro AL, Simren M, Bytzer P. Short-term stability of subtypes in the irritable bowel syndrome: prospective evaluation using the Rome III classification. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012 Feb;35(3):350-9.
6. Palsson OS, Baggish JS, Turner MJ, Whitehead WE. IBS Patients Show Frequent Fluctuations Between Loose/Watery and Hard/Lumpy Stools: Implications for Treatment. *Am J Gastroenterol*. 2012 Feb;107(2):286-95.
7. Domansky RC. Avaliação do hábito intestinal e fatores de risco para incontinência anal na população geral [tese de doutorado]. São Paulo (SP). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009. 125 p.
8. Martínez ECJ, Flores CO, García JE, Velázquez PI, González MI, Márquez RA. Prevalence of urinary and anal incontinence in women from metropolitan area of Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex*. 2006;74(6):300-5.
9. Bemonte-Monte C, Cervera-Servín JA, García-Vázquez JL. Fecal incontinence, occult lesions to the anal sphincter and related factors in primiparous patients without median routine episiotomy. *Cir Cir*. 2006;74(6):449-55.
10. Martínez P, Godínez MA, Rivas E, Herrera D, Barrón R. Anal incontinence caused by an obstetric trauma. Experience with the technique of overlapping sphincteroplasty. *Ginecol Obstet Mes*. 2006;74(8):418-23.
11. Azevedo GR, Negri AF. Dispositivo para Incontinência anal. *Estima*. (Sociedade Brasileira de Estomaterapia). 2007;5:40-2.
12. Alós R, Solana A, Ruiz MD, Moro D, García-Armengol J, Roig-Vila JV. Novel techniques in treatment of anal incontinence. *Cir Española*. 2005;78(3):41-9.
13. Lumi CM, Munoz JP, La Rosa L. Neuromodulación sacra para el tratamiento de la incontinencia anal. Experiencia piloto prospectiva en Argentina/ Sacral neuromodulation

- in fecal incontinente. The pilot prospective experience in Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2007;37(1):29-36.
14. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. *Dis Colon & Rectum*. 2001;44(1):131-42.
15. Yilmaz S, Dursun M, Ertem M, Canoruc F, Turhanoglu A. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. *Int J Clin Pract*. 2005;59:361-9.
16. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC et al. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91.
17. Heaton KW, Ghosh S, Braddon. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, controlled study with emphasis on stool form. *GUT*. 1991;32:73-9.
18. Hearing SD, Thomas L, Heaton K, Hunt L. Effect of cholecystectomy on bowel function: a prospective, controlled study. *GUT*. 1999;45:889-94.
19. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. Design and validation of a comprehensive fecal incontinence questionnaire. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(10):1502-22.
20. Yusuf SA, Jorge JM, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama J. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIDL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol*. 2004;41(3):202-8.
21. Pérez MM, Martínez AB. The Bristol scale - a useful system to assess stool form? *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101(5):305-11.
22. Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. *Tech Coloproctol*. 2001;5(3):163-4.
23. Parés D, Comas M, Dorcaratto D, Araujo MI, Vial M, Bohle B, et al. Adaptation and validation of the Bristol scale stool form translated into the Spanish language among health professionals and patients. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101(5):312-6.

Recebido: 30.8.2011

Aprovado: 3.4.2012

Como citar este artigo:

Martinez AP, Azevedo GR. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: _____];20(3):[7 telas]. Disponível em: _____

dia
ano
mês abreviado com ponto

URL