

Marina dos Santos Ramos Barbosa¹, Livia Barboza Andrade¹, Maria do Carmo Menezes Bezerra Duarte¹, Roberta Esteves Vieira de Castro²

1. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Recife (PE), Brasil.
2. Rede D'Or São Luiz - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 4 de julho de 2023
Aceito em 24 de agosto de 2023

Autor correspondente:

Marina dos Santos Ramos Barbosa
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Rua dos Coelhoos, 300 - Boa Vista
CEP: 50070-902 - Recife (PE), Brasil
E-mail: marinaramos07@hotmail.com

Editor responsável: Arnaldo Prata-Barbosa

DOI: 10.5935/2965-2774.20230165-pt

Tradução e adaptação transcultural dos pontos âncoras da escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* para língua portuguesa

RESUMO

Objetivo: Traduzir e realizar a adaptação transcultural dos pontos âncoras da escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* do inglês para a língua portuguesa do Brasil.

Métodos: O processo de tradução e adaptação transcultural dos pontos âncoras seguiu todas as etapas recomendadas internacionalmente após a autorização de uso pela autora principal. As etapas foram: tradução da versão original para língua portuguesa por dois tradutores bilíngues nativos do idioma-alvo; síntese das versões; tradução reversa por dois tradutores nativos do idioma de origem; revisão e síntese da retradução; revisão por um comitê de juízes formado por especialistas e elaboração da versão final.

Resultados: O processo de tradução e adaptação transcultural dos pontos âncoras seguiu as recomendações.

As questões linguísticas e semânticas que surgiram foram discutidas pelo comitê de juízes, no qual se observou concordância de 91,8% pela escala de Likert com pequenas alterações de forma consensual. Após reanálise dos autores, não houve alterações, resultando na versão final, de fácil compreensão e administração.

Conclusão: A tradução e a adaptação transcultural dos pontos âncoras da escala de *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* para a língua portuguesa falada no Brasil foram bem-sucedidas com manutenção das propriedades linguísticas e semânticas do instrumento original. A tabela dos pontos âncoras mostrou ser de fácil compreensão e auxílio durante a avaliação das crianças abaixo de 24 meses por meio da escala de *Cornell Assessment of Pediatric Delirium*.

Descritores: Delírio; Criança; Tradução; Unidades de terapia intensiva pediátrica

INTRODUÇÃO

O *delirium* é descrito como uma disfunção cerebral aguda, de curso flutuante, com alteração de consciência e cognição, podendo ocorrer em pacientes gravemente enfermos e estando associado a aumento do tempo de ventilação mecânica e tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), além de maior risco de mortalidade.⁽¹⁻⁴⁾ Segundo a apresentação clínica, o *delirium* pode ser classificado como hiperativo, se houver predomínio de agitação; hipoativo, que é caracterizado por diminuição da resposta aos estímulos, e misto, quando há oscilação entre os sintomas de hipoatividade e hiperatividade.⁽⁵⁻⁷⁾

No cenário pediátrico, estudos sugerem que esse transtorno neurocognitivo ocorra em pelo menos 30% das crianças gravemente doentes, internadas na UTI pediátrica, em uso de assistência ventilatória mecânica e reportam incidência de 4 a 5%, porém é provável que esses números sejam subestimados, devido à baixa sensibilidade das ferramentas utilizadas para identificar todos os tipos de *delirium* e em todas as faixas.⁽⁵⁻¹⁰⁾ Esses achados são ratificados em uma revisão sistemática sobre análise da prevalência de *delirium* pediátrico usando ferramentas validadas, a qual concluiu que o *delirium* pediátrico ocorre em torno de 34% das



admissões em unidades de cuidados intensivos pediátrico, sendo o subtipo hipoativo o mais prevalente.⁽¹¹⁾

Os fatores de riscos associados ao *delirium* pediátrico mais citados são: dor, ansiedade de separação, ausência do cuidador, admissão em UTI pediátrica, ventilação mecânica, medicações anticolinérgicas, privação do sono (ruídos, frio e luz), contenção mecânica, números de procedimentos (colocação e retirada de dispositivos), uso de sedativos e analgésicos.^(7,12,13) Uma das causas mais citadas para o desenvolvimento do *delirium* pediátrico está relacionada a doses cumulativas de benzodiazepínicos, opioides, número de classes sedativas utilizadas, sedação profunda e cirurgia torácica.⁽⁷⁾

Nos últimos anos, várias ferramentas de triagem para uso em crianças em UTI pediátrica têm sido propostas e validadas. Entre elas está a escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD), uma ferramenta de triagem clínica promissora projetada e validada para uso em UTI pediátrica, de fácil uso, observação rápida, aplicável pela equipe multidisciplinar e que pode detectar todos os tipos de *delirium* e em todas as faixas etárias pediátrica.⁽¹³⁾

Embora tenha sido traduzida para o português e adaptada culturalmente para uso na população pediátrica do Brasil,⁽¹⁴⁾ a CAPD ainda não foi validada para uso na população brasileira e nem foram realizadas a tradução e a adaptação transcultural da tabela dos pontos âncoras, o que auxiliaria na avaliação das crianças abaixo de 2 anos.⁽¹³⁾ Alguns estudos publicados mostram a tradução e a adaptação transcultural da CAPD para outras línguas, entre elas a japonesa, a italiana e a dinamarquesa, incluindo a validação para uso na Dinamarca.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

O processo de adaptação transcultural de instrumentos para novas línguas/culturas não se detém à simples tradução do original e comparação literal com uma retradução. Não há consenso quanto às estratégias de execução, mas recomenda-se que o processo seja metódico na sintonização e contemple o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão. Esse processo apresenta diversas vantagens em relação ao desenvolvimento de um novo instrumento com a mesma finalidade. Além de amenizar a carência de instrumentos disponíveis, também pode contribuir para a realização de estudos transculturais, que podem trazer mais esclarecimentos e compreensão sobre o assunto estudado e suas especificidades nas diferentes línguas e culturas, permitindo a comparação de diferentes populações e a troca de informações sem o viés das barreiras culturais e linguísticas.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente a tabela dos pontos âncoras da CAPD para a língua portuguesa para uso no Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo foi uma pesquisa metodológica de tradução e adaptação transcultural dos pontos âncoras da CAPD para a língua portuguesa falada no Brasil. A CAPD é um instrumento para diagnosticar o *delirium* em crianças sob cuidados intensivos.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ Além da escala, a autora da CAPD elaborou uma tabela com pontos âncoras para auxiliar a avaliação do *delirium* em crianças abaixo de 24 meses,⁽¹³⁾ sendo importantes e necessárias a tradução e a adaptação transcultural da tabela para a língua portuguesa utilizada no Brasil. Embora tenha sido traduzida para o português e adaptada culturalmente para uso na população pediátrica do Brasil, não foram realizadas a tradução e a adaptação transcultural da tabela dos pontos âncoras (Tabela 1).⁽¹⁴⁾

O estudo foi iniciado após autorização de uso pela autora original, Dra. Chane Traube, da *Weil Cornell Medical College*, em Nova Iorque, Estados Unidos, e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE), sob processo 5.882.615. Os procedimentos adotados neste estudo seguiram o modelo proposto por Reichenheim & Moraes e envolveram as seguintes etapas: permissão da autora principal; tradução e concordância; tradução reversa e concordância; análise pelo comitê de juízes; revisão e construção da versão final.⁽²⁰⁾

Descrição da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* e tabela dos pontos âncoras

A CAPD é um instrumento composto de oito questões a serem observadas. Cada um dos oito itens é pontuado de zero a quatro, sendo positivo para *delirium* quando a pontuação total for igual ou maior que nove pontos. Para auxiliar a avaliação das crianças abaixo de 24 meses, a autora desenvolveu uma tabela chamada de pontos âncoras, a qual é composta dos principais marcos do desenvolvimento, dividida em sete colunas (recém-nascido, 4 semanas, 6 semanas, 8 semanas, 28 semanas, 1 ano e 2 anos).⁽¹³⁾

Tradução e adaptação transcultural

A tabela dos pontos âncoras foi traduzida por tradutores experientes bilíngues. Todos os tradutores produziram traduções independentes.

As etapas realizadas para o processo de tradução e adaptação cultural foram seguidas conforme as recomendações internacionalmente aceitas, a saber: autorização da autora da versão original para a tradução e adaptação cultural dos pontos âncoras; tradução da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores brasileiros com fluência inglesa; síntese das

versões (para avaliar as discrepâncias linguísticas, semânticas, idiomáticas, conceituais e contextuais, para obter uma versão única); retradução (tradução reversa da versão da síntese em português para o idioma-alvo - a língua inglesa - por dois tradutores bilíngues nativos da língua inglesa e com domínio

na língua portuguesa); revisão e harmonização da retradução para elaborar uma única versão; reunião com o comitê de juízes formado por especialistas com experiência prática na área em questão; após o comitê de juízes e incluindo as correções e as adaptações necessárias, reconciliação e elaboração da versão final.

Tabela 1 - Versão original

| | Newborn | 4 weeks | 6 weeks | 8 weeks | 28 weeks | 1 year | 2 years |
|---|---|---|--|---|---|--|--|
| 1. Does the child make eye contact with the caregiver? | Fixates on face | Holds gaze briefly Follows 90 degrees | Holds gaze | Follows moving object/caregiver past midline, regards examiner's hand holding object, focused attention | Holds gaze. Prefers primary parent. Looks at speaker | Holds gaze. Prefers primary parent. Looks at speaker | Holds gaze. Prefers primary parent. Looks at speaker |
| 2. Are the child's actions purposeful? | Moves head to side, dominated by primitive reflexes | Reaches (with some discoordination) | Reaches | Symmetric movements, will passively grasp handed object | Reaches with coordinated smooth movement | Reaches and manipulates objects, tries to change position, if mobile may try to get up | Reaches and manipulates objects, tries to change position, if mobile may try to get up and walk |
| 3. Is the child aware of his/her surroundings? | Calm awake time | Awake alert time Turns to primary caretaker's voice May turn to smell of primary care taker | Increasing awake alert time Turns to primary caretaker's voice May turn to smell of primary care taker | Facial brightening or smile in response to nodding head, frown to bell, coos | Strongly prefers mother, then other familiars. Differentiates between novel and familiar objects | Prefers primary parent, then other familiars, upset when separated from preferred care takers. Comforted by familiar objects especially favorite blanket or stuffed animal | Prefers primary parent, then other familiars, upset when separated from preferred care takers. Comforted by familiar objects especially favorite blanket or stuffed animal |
| 4. Does the child communicate needs and wants? | Cries when hungry or uncomfortable | Cries when hungry or uncomfortable | Cries when hungry or uncomfortable | Cries when hungry or uncomfortable | Vocalizes /indicates about needs, e.g., hunger, discomfort, curiosity in objects, or surroundings | Uses single words, or signs | 3-4-word sentences, or signs. May indicate toilet needs, calls self or me |
| 5. Is the child restless? | No sustained awake alert state | No sustained calm state | No sustained calm state | No sustained calm state | No sustained calm state | No sustained calm state | No sustained calm state |
| 6. Is the child inconsolable? | Not soothed by parental rocking, singing, feeding, comforting actions | Not soothed by parental rocking, singing, feeding, comforting actions | Not soothed by parental rocking, singing, feeding, comforting actions | Not soothed by parental rocking, singing, comforting actions | Not soothed by usual methods e.g., singing, holding, talking | Not soothed by usual methods e.g., singing, holding, talking, reading | Not soothed by usual methods e.g., singing, holding, talking, reading (May tantrum, but can organize) |
| 7. Is the child underactive - very little movement while awake? | Little if any flexed and then relaxed state with primitive reflexes (child should be sleeping comfortably most of the time) | Little if any reaching, kicking, grasping (still may be somewhat discoordinated) | Little if any reaching, kicking, grasping (may begin to be more coordinated) | Little if any purposive grasping, control of head and arm movements, such as pushing things that are noxious away | Little if any reaching, grasping, moving around in bed, pushing things away | Little if any play, efforts to sit up, pull up, and if mobile crawl or walk around | Little if any more elaborate play, efforts to sit up and move around, and if able to stand, walk, or jump |
| 8. Does it take the child a long time to respond to interactions? | Not making sounds or reflexes active as expected (grasp, suck, Moro) | Not making sounds or reflexes active as expected (grasp, suck, Moro) | Not kicking or crying with noxious stimuli | Not cooing, smiling, or focusing gaze in response to interactions | Not babbling or smiling/laughing in social interactions (or even actively rejecting an interaction) | Not following simple directions. If verbal, not engaging in simple dialogue with words or jargon | Not following 1-2 step simple commands. If verbal, not engaging in more complex dialogue |

Tradução para o português e síntese das versões

A tabela foi traduzida por dois tradutores nativos da língua portuguesa com domínio na língua inglesa, dando origem a duas versões. As sínteses das duas versões, independentemente traduzidas, foram analisadas e comparadas durante uma reunião entre os tradutores e a autora principal. Foi utilizada uma abordagem de consenso para resolver qualquer diferença, resultando em uma única versão da escala em português.

Retradução para o inglês e síntese das versões

A síntese das versões em português foi traduzida de volta para o inglês por dois outros tradutores independentes, nativos da língua inglesa, com fluência em português. Os tradutores não tinham familiaridade com os conceitos explorados na tabela, nem conhecimento de sua versão original em inglês. Foi realizada a síntese das duas versões, independentemente traduzidas, resultando em uma única versão da escala em inglês.

Comitê de juízes

Após essa etapa, as versões foram revisadas e avaliadas por um comitê de juízes, composto de 13 profissionais especialistas no conteúdo abordado (fisioterapeutas, médicos pediatras intensivistas, enfermeiros e neurologista). Essa fase busca encontrar uma solução para as discordâncias das traduções: conceitual (referente à formulação conceitual da tabela), idiomática (diferentes expressões linguísticas), semântica (diferenças relacionadas ao conteúdo da tabela) e experiencial (relacionada a diferenças culturais).⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Após a reunião do comitê de juízes, produziu-se uma versão pré-final da tabela dos pontos âncoras. Cada item foi revisado e foram incorporadas as modificações pertinentes dos especialistas, produzindo a versão final da tabela dos

pontos âncoras. Dessa forma, foi elaborada a versão final da tabela dos pontos âncoras da CAPD adaptada para a língua portuguesa falada no Brasil.

RESULTADOS

Após a primeira etapa da tradução, foram obtidas duas versões da tabela dos pontos âncoras na língua portuguesa. Na síntese das versões, os autores consideraram uma combinação das versões, pois as traduções eram semelhantes, e os termos diferentes eram sinônimos. Na retradução da versão em português para a língua inglesa, não foram realizadas alterações nas palavras sugeridas pelos tradutores, porque não existia divergência entre os itens da escala original e a versão retraduzida.

A descrição dos itens avaliados e alterados, de forma consensual, pela autora principal durante a reunião do comitê de juízes está em negrito na tabela 2. Algumas palavras foram retiradas ou adicionadas para melhorar a concordância e facilitar a compreensão. Identificamos que a última linha da tabela foi a que mais sofreu alterações de termos específicos em relação à última versão traduzida da tabela original, porém não mudou a semântica, pois os termos (chupar/sucção), (agarrar/preensão), (perturbadores/desconfortáveis) foram descritos como sinônimos. Na elaboração da versão final (Tabela 3), apesar dos itens terem sido considerados pouco alterados em comparação com a versão original, observou-se que esses termos eram sinônimos e, quando retraduzidos para o inglês, ficavam idênticos ao original (*grasp, suck, noxious stimuli*) e não modificavam a semântica dos itens.

Durante a reunião do comitê de juízes, os participantes foram convidados a preencher um formulário para avaliar o grau de concordância. Após a análise dos resultados, obtivemos concordância de 91,8% na escala de Likert.

Tabela 2 - Versão com os ajustes do comitê de juízes

| | Recém-nascido | 4 semanas | 6 semanas | 8 semanas | 28 semanas | 1 ano | 2 anos |
|--|-----------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 1 - A criança faz contato visual com cuidador? | Fixa o olhar no rosto | Fixa o olhar por pouco tempo. Acompanha movimentos em até 90 graus | Mantém o olhar Fixa o olhar | Segue o objeto/cuidador em movimento além da linha média, considera a mão do examinador segurando o objeto, atenção focada Mantém atenção, segue objetos/cuidador em movimento além da linha média | Fixa o olhar. Prefere os pais. Olha para quem está falando | Fixa o olhar. Prefere os pais. Olha para quem está falando | Fixa o olhar. Prefere os pais. Olha para quem está falando |

Continua...

...continuação

| | Recém-nascido | 4 semanas | 6 semanas | 8 semanas | 28 semanas | 1 ano | 2 anos |
|---|--|--|---|---|--|--|--|
| 2- As ações da criança são propositais? | Move a cabeça para o lado, dominado/a por reflexos primitivos | Alcança (com alguma falta de coordenação) Sim, com alguma descoordenação | Alcança Sim | Movimentos simétricos, consegue agarrar passivamente um objeto dado | Sim, com movimentos suaves coordenados | Alcança e manipula objetos, tenta mudar de posição, se móvel pode tentar levantar-se Alcança e manipula objetos. Tenta mudar de posição. Se mexe para tentar se levantar | Alcança e manipula objetos. Tenta mudar de posição. Se mexe para tentar se levantar e andar Alcança e manipula objetos, tenta mudar de posição, se móvel pode tentar levantar-se e andar |
| 3- A criança está consciente do que a cerca? | Calmo enquanto está acordado | Alerta enquanto está acordado/a Vira-se para a voz do/da principal cuidador/a Pode virar-se ao sentir o cheiro do/da principal cuidador/a Acordado e alerta. Vira-se em direção a voz e ao sentir o cheiro do principal cuidador/a | Aumento de alerta enquanto acordado/a Vira-se para a voz do/da principal cuidador/a Pode virar-se ao sentir o cheiro do/da principal cuidador/a Permanece mais tempo em alerta. Vira-se em direção a voz e ao sentir o cheiro do principal cuidador/a | Sorrir ou feições positivas em resposta ao balançar a cabeça, franze o rosto e faz careta | Prefere fortemente a mãe a outros familiares. Diferencia objetos novos à objetos familiares | Prefere cuidadores diretos aos demais. Chateia-se ao ser separado do principal cuidador. É confortado por objetos familiares como um cobertor ou pelúcia favorito | Prefere cuidadores diretos aos demais. Chateia-se ao ser separado do principal cuidador. É confortado por objetos familiares como um cobertor ou pelúcia favorito |
| 4- A criança comunica necessidades e desejos? | Chora quando sente fome ou desconforto Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Vocaliza/ indica suas necessidades, ex: fome, desconforto, curiosidade ao seu redor ou objetos | Usa palavras soltas ou sinais | Fala frases com 3 a 4 palavras ou sinais. Pode indicar necessidades fisiológicas, usa "eu" ou "mim" |
| 5- A criança está agitada ou inquieta? | Nenhum estado de alerta de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada |
| 6- A criança está inconsolável? | Não é acalmado/a pelos pais ao balançar no colo, cantar, alimentar, ações reconfortantes Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar, cantar, ser alimentado Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar, cantar, ser alimentado Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar, cantar, ser alimentado Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado por métodos habituais, como: cantando, segurando no colo ou falando | Não é acalmado por métodos habituais, como: cantando, segurando no colo, falando e lendo | Não é acalmado por métodos habituais, como: cantando, segurando no colo, falando e lendo (pode fazer birra, mas consegue organizar-se) |

Continua...

...continuação

| | Recém-nascido | 4 semanas | 6 semanas | 8 semanas | 28 semanas | 1 ano | 2 anos |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 7- A criança está hipoativa? Muito pouco movimento durante a vigília? | Pouca ou nenhuma flexão, estado de relaxamento com reflexos primitivos | Pouca ou nenhuma tentativa de alcançar, chutar, agarrar (ainda um pouco descoordenado) | Pouca ou nenhuma tentativa de alcançar, chutar, agarrar (mais coordenado) | Pouca ou nenhuma tentativa proposital de agarrar, controle de movimentos da cabeça e dos braços, como empurrar coisas que perturbam para longe | Pouca ou nenhuma ação de alcançar, agarrar, mover-se pela cama e empurrar | Pouco ou nenhum esforço para brincar, sentar, levantar, engatinhar ou andar | Pouco ou nenhum esforço para brincar, sentar, se movimentar, ficar de pé, andar ou pular |
| | | | | Pouco ou nenhum controle de cabeça e dos braços como empurrar coisas que a incomodam | | | |
| 8- A criança leva muito tempo para responder às interações? | Não emite sons ou reflexos ativos como se espera (agarrar, chupar, Moro) Não emite sons ou reflexos ativos como se espera (preensão, sucção, Moro) | Não emite sons ou reflexos ativos como se espera (agarrar, chupar, Moro) Não emite sons ou reflexos ativos como se espera (preensão, sucção, Moro) | Não chuta ou chora com estímulos perturbadores Não chuta ou chora com estímulos desconfortáveis) | Não responde, não sorri e não fixa o olhar em resposta a interações | Não balbucia ou sorri/gargalhar em interações sociais (ou rejeita a interação) | Não obedece a comandos simples. Se verbal, não inicia diálogos simples com palavras ou jargões | Não obedece a comandos de 2 passos. Se verbal, não inicia diálogos mais complexos |

Tabela 3 - Versão final

| | Recém-nascido | 4 semanas | 6 semanas | 8 semanas | 28 semanas | 1 ano | 2 anos |
|--|--|--|---|---|--|---|---|
| 1 - A criança faz contato visual com cuidador? | Fixa o olhar no rosto | Fixa o olhar por pouco tempo. Acompanha movimentos em até 90 graus | Fixa o olhar | Mantém atenção, segue objetos/ cuidador em movimento além da linha média | Fixa o olhar. Prefere os pais. Olha para quem está falando | Fixa o olhar. Prefere os pais. Olha para quem está falando | Fixa o olhar. Prefere os pais. Olha para quem está falando |
| 2- As ações da criança são propositais? | Movimenta a cabeça para o lado, dominado/a por reflexos primitivos | Sim, com alguma descoordenação | Sim | Movimentos simétricos, consegue agarrar passivamente um objeto dado | Sim, com movimentos suaves coordenados | Alcança e manipula objetos. Tenta mudar de posição. Se mexe para tentar se levantar | Alcança e manipula objetos, tenta mudar de posição, se móvel pode tentar levantar-se e andar. |
| 3- A criança está consciente do que a cerca? | Calmo enquanto está acordado | Acordado e alerta. Vira-se em direção a voz e ao sentir o cheiro do principal cuidador/a | Permanece mais tempo em alerta. Vira-se em direção a voz e ao sentir o cheiro do principal cuidador/a | Sorrir ou feições positivas em resposta ao balançar a cabeça, franze o rosto e faz careta | Prefere fortemente a mãe a outros familiares. Diferencia objetos novos à objetos familiares | Prefere cuidadores diretos aos demais. Chateia-se ao ser separado do principal cuidador. É confortado por objetos familiares como um cobertor ou pelúcia favorito | Prefere cuidadores diretos aos demais. Chateia-se ao ser separado do principal cuidador. É confortado por objetos familiares como um cobertor ou pelúcia favorito |
| 4- A criança comunica necessidades e desejos? | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável | Chora quando sente fome ou quando está desconfortável. | Vocaliza/ indica suas necessidades, ex: fome, desconforto, curiosidade ao seu redor ou objetos | Usa palavras soltas ou sinais | Fala frases com 3 a 4 palavras ou sinais. Pode indicar necessidades fisiológicas, usa "eu" ou "mim" |

Continua...

...continuação

| | Recém-nascido | 4 semanas | 6 semanas | 8 semanas | 28 semanas | 1 ano | 2 anos |
|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 5- A criança está agitada ou inquietada? | Nenhum estado de alerta de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada. | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada | Não se mantém calmo de forma sustentada |
| 6- A criança está inconsolável? | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado pelos pais com ações reconfortantes como: balançar no colo, cantar, ser alimentado | Não é acalmado por métodos habituais, como: cantando, segurando no colo ou falando | Não é acalmado por métodos habituais, como: cantando, segurando no colo, falando e lendo | Não é acalmado por métodos habituais, como: cantando, segurando no colo, falando e lendo (pode fazer birra, mas consegue organizar-se) |
| 7- A criança está hipoativa? Muito pouco movimento durante a vigília? | Pouca ou nenhuma flexão, estado de relaxamento com reflexos primitivos | Pouca ou nenhuma tentativa de alcançar, chutar, agarrar (ainda um pouco descoordenado) | Pouca ou nenhuma tentativa de alcançar, chutar, agarrar (mais coordenado) | Pouco ou nenhum controle de cabeça e dos braços como empurrar coisas que a incomodam | Pouca ou nenhuma ação de alcançar, agarrar, mover-se pela cama e empurrar | Pouco ou nenhum esforço para brincar, sentar, levantar, engatinhar ou andar | Pouco ou nenhum esforço para brincar, sentar, se movimentar, ficar de pé, andar ou pular |
| 8- A criança leva muito tempo para responder às interações? | Não emite sons ou reflexos ativos como se espera (preensão, sucção, Moro) | Não emite sons ou reflexos ativos como se espera (preensão, sucção, Moro) | Não chuta ou chora com estímulos desconfortáveis) | Não responde, não sorrir e não fixa o olhar em resposta a interações | Não balbucia ou sorri/gargalhar em interações sociais (ou rejeita a interação) | Não obedece a comandos simples. Se verbal, não inicia diálogos simples com palavras ou jargões | Não obedece a comandos de 2 passos. Se verbal, não inicia diálogos mais complexos |

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o processo de tradução e adaptação transcultural da tabela dos pontos âncoras da CAPD do inglês para o português do Brasil. Foram criteriosamente seguidas as etapas, de acordo com as recomendações encontradas na literatura. As equivalências linguística e semântica entre a tabela original e a versão em português brasileiro foram satisfatórias, visto que não houve divergência.

O processo de tradução e adaptação transcultural é meticuloso e necessário, devendo-se preservar características da versão original. Tal adaptação é importante, pela heterogeneidade da população e pela utilização de vários termos regionais.⁽²⁰⁾ A versão da tabela dos pontos âncoras da CAPD em português, produzida neste estudo, possui equivalência técnica e semântica em relação à versão original. A avaliação da equivalência entre os itens da escala original, as sínteses das versões traduzidas para o português e a síntese das retraduzões permitem afirmar que a maioria dos itens, tanto na tradução quanto na retradução, assemelham-se com a versão original, sendo considerados com pequenas alterações. O fato de não existirem termos completamente alterados na análise das equivalências dos itens deve-se, em nossa opinião, à simplicidade do instrumento, que possui termos práticos e linguagem simples.

Durante a etapa de avaliação pelo comitê de juízes com especialistas multidisciplinares, houve alguns questionamentos sobre concordância e alguns termos específicos, os quais foram alterados de forma consensual, mantendo as características semânticas da versão original. As principais alterações foram feitas na última linha da primeira coluna (RN) e da segunda coluna (4 semanas), tendo sido substituídos os termos “chupar” por “sucção” e “agarrar” por “preensão”, por serem considerados termos habitualmente mais utilizados na prática diária. Nas demais colunas, algumas palavras foram modificadas para melhorar a concordância e a compreensão, como o termo “perturbam” foi substituído por “incomodam”; o termo “perturbadores” por “desconfortáveis”; substituímos a palavra “mantém” por “fixa”; “falta de coordenação” passou a “descoordenação” e “se mexe” a “se móvel”. As alterações foram feitas de forma consensual, levando em consideração a opinião dos especialistas e a observância de manter as características semânticas do instrumento original.

Embora no processo de tradução e adaptação transcultural não exista um padrão-ouro a ser seguido rigorosamente, algumas diretrizes relatam e recomendam passos essenciais a serem seguidos para esse tipo de estudo.⁽²⁰⁾ Após os pequenos ajustes sugeridos consensualmente durante a reunião do comitê de juízes e a reunião final com os tradutores e autoras, originou-se a versão final da tabela dos pontos âncoras da CAPD para a língua portuguesa falada no Brasil.

CONCLUSÃO

A tabela com os pontos âncora da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* encontra-se traduzida e adaptada transculturalmente para o português do Brasil, estando pronta para ser testada em maior escala. Para tal, novos estudos são necessários, para avaliar as propriedades psicométricas da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium*, viabilizando sua utilização em todas as regiões do Brasil.

Contribuições dos autores

Todos os autores contribuíram ativamente nas etapas do processo do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Dervan LA, Di Gennaro JL, Farris RW, Watson RS. Delirium in a tertiary PICU: risk factors and outcomes. *Pediatr Crit Care Med*. 2020;21(1):21-32.
2. Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA, et al. Delirium in critically ill children: an international point prevalence study. *Crit Care Med*. 2017;45(4):584-90.
3. Castro RE, Rodríguez-Rubio M, Magalhães-Barbosa MC, Prata-Barbosa A. Delirium pediátrico em tempos da COVID-19. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(4):483-6.
4. Silver G, Traube C, Gerber LM, Sun X, Kearney J, Patel A, et al. Pediatric delirium and associated risk factors: a single-center prospective observational study. *Pediatr Crit Care Med*. 2015;16(4):303-9.
5. European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:141.
6. Dechnik A, Traube C. Delirium in hospitalised children. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(4):312-21.
7. Faria RS, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):137-47.
8. Lago PM, Molon ME, Piva JP. Delirium e agitação psicomotora em UTI pediátrica. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Programa de Atualização em Terapia Intensiva Pediátrica - PROTIPED. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora; 2009. Ciclo 1; Volume 4: p. 37-68.
9. Creten C, Van Der Zwaan S, Blankespoor RJ, Leroy PL, Schievelde JN. Pediatric delirium in the pediatric intensive care unit: a systematic review and an update on key issues and research questions. *Minerva Anestesiol*. 2011;77(11):1099-107.
10. Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):972-86.
11. Semple D, Howlett M, Strawbridge J, Breatnach CV, Hayden JC. A systematic review and pooled prevalence of delirium in critically ill children. *Crit Care Med*. 2022;50(2):317-28.
12. Hughes CG, Pandharipande PP, Ely EW, editors. *Delirium: acute brain dysfunction in the critically ill*. Nashville, USA: Springer; 2020. p. 93-103.
13. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, et al. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Crit Care Med*. 2014;42(3):656-63.
14. Barbosa MS, Duarte MC, Bastos VC, Andrade LB. Tradução e adaptação transcultural da escala Cornell Assessment of Pediatric Delirium para língua portuguesa. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(2):195-200.
15. Hoshino H, Matsuishi Y, Shimojo N, Enomoto Y, Kido T, Inoue Y. Development of the Japanese version of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium. *Acute Med Surg*. 2017;5(1):98-101.
16. Simonsen BY, Lisby M, Traube C, Skovby P. The Cornell Assessment of Pediatric Delirium: translation and inter-rater reliability in a Danish pediatric intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2019;63(7):900-4.
17. Simeone S, Rea T, Gargiulo G, Esposito MR, Guillari A, Traube C, et al. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: Italian cultural validation and preliminary testing. *Prof Inferm*. 2019;72(1):25-33.
18. Costa RM, Cardinot TM, Oliveira LP. Etapas para validação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2020;8:92-102.
19. Silva NR, Felipini LM. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação em Fonoaudiologia para o português brasileiro: uma análise das diretrizes. *TradTerm*. 2018;32:32-51.
20. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):1-9.