

Adaptação cultural para o português do Brasil da escala de avaliação de dor *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised* (FLACCr)

Edna Aparecida Bussotti¹
Ruth Guinsburg²
Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira³

Objetivo: realizar a tradução para a língua portuguesa do Brasil e adaptação cultural da escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised* (FLACCr), com crianças de até 18 anos de idade, acometidas por paralisia cerebral, apresentando ou não comprometimento cognitivo e impossibilitadas de relatar sua dor. Método: estudo de desenvolvimento metodológico de tradução para o português e adaptação cultural da FLACCr. Após aprovação do comitê de ética, o processo contemplou tradução e retrotradução, avaliação da tradução e da retrotradução utilizando a técnica de Delphi e avaliação da equivalência cultural. O processo incluiu as cinco categorias da escala e as quatro orientações de aplicação, considerando nível de concordância igual ou maior a 80%. Resultados: foram necessários três ciclos da técnica de Delphi para consenso entre os juízes. A concordância obtida para as cinco categorias foi: Face 95,5%, Pernas 90%, Atividade 94,4%, Choro 94,4% e Consolabilidade 99,4%. As quatro orientações alcançaram os seguintes níveis de consenso: 1ª 99,1%, 2ª 99,2%, 3ª 99,1% e 4ª 98,3%. Conclusão: o método possibilitou o desenvolvimento da tradução e adaptação cultural da FLACCr. Sendo um estudo capaz de ampliar o conhecimento de profissionais brasileiros sobre a avaliação da dor em crianças com PC.

Descritores: Dor; Criança; Paralisia Cerebral; Estudos de Validação.

¹ Doutoranda, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² PhD, Professor Titular, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

A avaliação da dor na população pediátrica demanda conhecimento técnico-científico e habilidade prática. É um processo complexo, tanto para os profissionais que prestam assistência, quanto para os pesquisadores⁽¹⁾. O desafio torna-se mais evidente quando relaciona-se à avaliação da dor em crianças com comprometimento neurológico, especialmente do sistema cognitivo e da fala.

Entre as patologias mais prevalentes que comprometem o sistema neurológico da criança destaca-se a Paralisia Cerebral (PC), com incidência em torno de 2 a 3:1000 nascidos vivos em países desenvolvidos⁽²⁾, ancorando o foco do presente estudo.

A PC é definida como um grupo de desordens do desenvolvimento da postura e do movimento, causando limitação da atividade, atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro durante o desenvolvimento fetal ou na infância. As desordens motoras da PC são frequentemente acompanhadas por distúrbios sensoriais, cognitivos, de comunicação e percepção, ocorrendo ou não distúrbios comportamentais e processos convulsivos⁽³⁾. Diante desta complexidade, a utilização de instrumentos de avaliação de dor validados e confiáveis é uma prática recomendada⁽⁴⁻⁵⁾.

Entre os instrumentos estruturados para avaliação da dor em crianças com comprometimento neurológico, destaca-se a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised* (FLACCr).

A escala de avaliação de dor FLACC foi desenvolvida em 1997, com base em parâmetros comportamentais, destinada à utilização dos profissionais da saúde, visando contribuir para a prática clínica na avaliação da dor em crianças não verbais ou com prejuízo da fala, impedidas de relatar sua dor⁽⁴⁾. A partir de 2002, os autores da escala FLACC fizeram modificações nos descritores de avaliação, a fim de adequá-la ao atendimento de crianças com comprometimento cognitivo, na faixa etária entre 4 e 19 anos. Intitulando-a FLACC *revised* (FLACCr) ou *revised* FLACC (rFLACC)⁽⁵⁻⁷⁾, os autores também alteraram e ampliaram para quatro orientações de aplicação da escala.

A FLACCr apresenta cinco categorias de avaliação, com escores somados que variam entre zero e dez. A autora classificou os escores da seguinte forma: zero a três (dor leve); quatro a seis (dor moderada) e sete a dez (dor intensa).

Dada a escassez de estudos voltados à avaliação sistemática da dor em crianças com PC, este estudo objetivou realizar a tradução para a língua portuguesa do

Brasil e adaptação cultural da escala de avaliação de dor FLACCr com crianças acometidas por PC, apresentando ou não comprometimento cognitivo e impossibilitadas de relatar sua dor.

Método

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico de tradução para a língua portuguesa e adaptação cultural da escala de avaliação de dor FLACCr. Após autorização formal da autora da escala, o estudo foi desenvolvido em duas etapas: tradução para a língua portuguesa do Brasil e adaptação cultural da escala de avaliação de dor FLACCr. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e aprovado sob o protocolo de número 1480/10.

Os critérios para tradução e adaptação cultural da escala FLACCr para a língua portuguesa seguiram um modelo específico, considerando três etapas: tradução e retrotradução, avaliação da tradução e da retrotradução e equivalência cultural⁽⁸⁾.

Tradução para a língua portuguesa e retrotradução para o inglês

A tradução e a retrotradução foram realizadas por dois tradutores, juramentados independentemente, não pertencentes à área da saúde, com fluência em ambos os idiomas, inclusive em suas formas coloquiais.

Avaliação da tradução e da retrotradução por um comitê de juízes

Foram convidados cinco juízes, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: fluência na língua inglesa; disponibilidade para participação do projeto até o consenso final do instrumento; mestrado como nível mínimo de pós-graduação, com a temática "Dor na população pediátrica/neonatal"; exercer prática clínica pediátrica há mais de um ano; ter praticado assistência à criança com PC (com ou sem comorbidades) e demais disfunções neurológicas (períodos estratificados no questionário); e aceitar formalmente sua participação, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O método utilizado para obtenção do consenso foi a técnica de Delphi, que garante o anonimato entre os especialistas, com absoluta reserva das respostas individuais. A avaliação é produzida pelo conjunto

das respostas destes juizes. O método permite obter consenso de um grupo de especialistas sobre um fenômeno, de uma determinada área de conhecimento⁽⁹⁾.

Para conduzir a avaliação da FLACCr foi utilizada a escala de Likert, que baseia-se na indicação de um grau de discordância ou concordância, comparando-se com a escala original, tradução e retrotradução. Neste processo foram incluídas as cinco categorias/indicadores de avaliação e as quatro orientações de aplicação da escala. Para cada item avaliado foi utilizada a seguinte classificação: Discordo Totalmente (DT); Discordo (D); Não Concordo Nem Discordo (NCND); Concordo (C); Concordo Totalmente (CT).

Foi solicitado aos juizes que avaliassem a equivalência semântica, equivalência idiomática e equivalência experimental ou cultural⁽⁸⁾. Esta avaliação também teve como objetivo verificar a validade de conteúdo da escala.

Equivalência cultural

Esta fase teve como finalidade analisar a equivalência entre as versões original e final da escala. Optou-se pela técnica investigativa, que preconiza uma amostra de participantes, preferivelmente entre 30 e 40, que avalie a versão final da escala⁽¹⁰⁾. Assim, foram convidados 38 profissionais (18 enfermeiros, 10 médicos e 10 fisioterapeutas), sendo que, 30 (78,9%) devolveram os questionários devidamente preenchidos.

Os profissionais avaliaram o título, as cinco categorias de medida da dor propostas na escala FLACCr, com seus respectivos descritores e as quatro orientações para aplicação da escala, de acordo com os seguintes atributos⁽¹¹⁾: Compreensibilidade – a categoria avaliada expressa clareza, sendo inteligível; Simplicidade – a categoria avaliada expressa ideia única; Objetividade – a categoria avaliada permite resposta pontual, considerando os comportamentos descritos; Tipicidade – a categoria avaliada está expressa de forma condizente, típica ou própria da categoria avaliada; Relevância – a categoria avaliada expressa pertinência, sendo a frase consistente; Credibilidade – a categoria avaliada está descrita de forma que não parece descaracterizada ou despropositada.

A avaliação de cada atributo foi realizada por meio da escala de Likert, com a classificação DT, D, NCND, C e CT.

Alguns pesquisadores consideram que os níveis mínimos de consenso estão entre 50% e 80%⁽¹²⁻¹³⁾. Assim, adotou-se o nível mínimo de concordância de 80%, tanto para os cinco juizes, no momento da fase de consenso da tradução e da equivalência cultural, quanto

para os 30 profissionais que participaram da fase de adaptação cultural.

Os resultados foram analisados através de estatística descritiva, medições das frequências absoluta e relativa das respostas emitidas pelo comitê de cinco juizes e pelos 30 profissionais da saúde, considerando um nível de concordância igual ou maior que 80%. O resultado foi obtido pela soma dos valores dos itens de classificação CT e C na escala de Likert.

A versão final do instrumento retrotraduzido para a língua inglesa foi enviada à autora da escala original, tendo total concordância com a versão brasileira.

Resultados

Os juizes participantes do comitê foram um médico e quatro enfermeiras, respeitando-se todos os critérios de inclusão, estabelecidos previamente. As versões traduzidas e retrotraduzidas da escala foram encaminhadas aos juizes para o consenso, constituindo assim, a primeira rodada de avaliação.

No retorno do comitê de juizes, observou-se que o instrumento não havia alcançado consenso igual ou maior que 80% na tradução e retrotradução das categorias: Face (60% de consenso na tradução e 40% na retrotradução), Atividade (40% de consenso na tradução e 50% na retrotradução), Choro (60% de consenso na tradução e 50% na retrotradução), Consolabilidade (60% de consenso na tradução e 60% na retrotradução), 1ª orientação de uso da escala (60% de consenso na tradução e 60% na retrotradução), 2ª orientação (40% de consenso na tradução), 3ª orientação (60% de consenso na tradução e 60% na retrotradução) e 4ª orientação (20% de consenso na tradução e 20% na retrotradução).

A categoria Atividade, no escore 1, foi enviada à autora da escala original, para que esclarecesse o termo *splinting*, conforme sugestão de um dos juizes. A autora explicou que a palavra relaciona-se ao quadro respiratório da criança, contribuindo para o consenso do comitê. A palavra *gasping* foi mantida em inglês, por não haver tradução para o português e ser utilizada frequentemente na prática clínica.

Adotaram-se as sugestões do comitê, executando-se a segunda rodada de avaliação com os juizes.

Recebidas as versões da segunda rodada, identificou-se falta de consenso para a 4ª orientação de aplicação da escala. As pesquisadoras consideraram as sugestões dos juizes, sendo necessária uma terceira rodada. Devolvidas as versões do comitê, identificou-

se conformidade igual ou maior a 80% em todas as categorias da escala.

A autora da escala original solicitou que o título fosse mantido como se apresenta em inglês (FLACCr),

podendo a letra "r" ser inserida no início ou no final do título. Assim, manteve-se a sigla FLACCr para a versão em português falado no Brasil, conforme a Figura 1.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
Orientações para aplicação da escala			
<p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p>2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p>3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.</p>			
<p>© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.</p>			

Figura 1 - Versão final em português falado no Brasil da escala de avaliação de dor FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Na fase de equivalência cultural, dos 30 profissionais participantes, 18 eram enfermeiros, seis médicos e seis fisioterapeutas. Do total, 28 (93,3%) eram do sexo feminino e 26 (86,6%) apresentavam tempo de formação e atuação em pediatria superior a 10 anos. Quando questionados sobre a frequência aproximada de assistência a crianças com PC no último ano, 11 (36,6%) responderam que cuidaram diariamente de crianças com PC, 11 (36,6%) cuidaram frequentemente (mais de uma vez ao mês), sete (23,6%) cuidaram algumas vezes (uma vez a cada dois meses) e um (3,2%) cuidou raramente (uma vez a cada três meses).

Os profissionais avaliaram as cinco categorias da escala Face, Pernas, Atividade, Choro e Consolabilidade, considerando os atributos Compreensibilidade, Simplicidade e Objetividade, conforme a Tabela 1, e a Tipicidade, Relevância e Credibilidade, conforme a Tabela 2.

As cinco categorias da escala, representadas nas Tabelas 1 e 2, alcançaram consenso superior a 80%, variando da seguinte forma: Face de 93% a 100% (média de 95,5%); Pernas de 83,3% a 93,3% (média de 90%); Atividade de 90% a 100% (94,4%); Choro de 90% a 96,6% (média de 94,4); e Consolabilidade

de 96,7% a 100% (média de 99,4%). A categoria Pernas, embora tenha alcançado consenso, com resultados satisfatórios, apresentou a menor média de concordância em comparação com as demais. As quatro orientações referentes à aplicação da escala também foram avaliadas pelos 30 profissionais, segundo os atributos Compreensibilidade, Simplicidade, Relevância e Credibilidade, conforme a Tabela 3.

As quatro orientações da escala obtiveram consenso superior a 80%, variando da seguinte forma: 1ª orientação de 96,7% a 100% (média de 99,1%); 2ª orientação de 96,7% a 99,2% (média de 99,2%); 3ª orientação de 96,7% a 100% (média de 99,1%); e 4ª orientação de 96,6% a 100% (média de 98,3%). As quatro orientações apresentaram excelentes índices de concordância, com média menor na 4ª orientação.

Tabela 1 - Avaliação dos atributos Compreensibilidade, Simplicidade e Objetividade, das cinco categorias da FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Atributos	1-Face		2-Pernas		3-Atividade		4-Choro		5-Consolabilidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Compreensibilidade										
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	2	6,6	2	6,7	1	3,3	2	6,7	1	3,3
Não Concordo Nem Discordo	0	-	2	6,7	0	-	0	-	0	-
Concordo	14	46,7	12	40,0	17	56,7	10	33,3	9	30,0
Concordo Totalmente	14	46,7	14	46,6	12	40,0	17	56,7	20	66,7
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Simplicidade										
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	0	-	1	3,3	2	6,7	0	-	0	-
Não Concordo Nem Discordo	0	-	1	3,3	0	-	0	-	0	-
Concordo	18	60,0	13	43,4	16	53,3	10	33,3	8	26,7
Concordo Totalmente	12	40,0	15	50,0	12	40,0	19	63,4	22	73,3
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
Objetividade										
Discordo Totalmente	0	-	1	3,3	0	-	0	-	0	-
Discordo	2	6,6	0	-	3	10,0	0	-	0	-
Não Concordo Nem Discordo	0	-	1	3,3	0	-	0	-	0	-
Concordo	14	46,7	14	46,7	17	56,7	10	33,3	7	23,3
Concordo Totalmente	14	46,7	14	46,7	10	33,3	19	63,4	23	76,7
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Tabela 2 - Avaliação dos atributos Tipicidade, Relevância e Credibilidade, das cinco categorias da FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Atributos	1-Face		2-Pernas		3-Atividade		4-Choro		5-Consolabilidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipicidade										
Discordo Totalmente	0	-	1	3,3	1	3,3	0	-	0	-
Discordo	2	6,7	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Não Concordo Nem Discordo	0	0,0	4	13,3	2	6,7	0	-	0	-
Concordo	18	60,0	13	43,4	18	60,0	13	43,4	10	33,3
Concordo Totalmente	10	33,3	12	40,0	9	30,0	15	50,0	20	66,7
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
Relevância										
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	1	3,3	0	-	0	-	0	-	0	-

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Atributos	1-Face		2-Pernas		3-Atividade		4-Choro		5-Consolabilidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não Concordo Nem Discordo	1	3,3	5	16,7	0	-	0	-	0	-
Concordo	18	60,1	11	36,7	21	70,0	12	40,0	10	33,3
Concordo Totalmente	10	33,3	14	46,6	9	30,0	17	56,7	20	66,7
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
Credibilidade										
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	0	-	1	3,3	1	3,3	0	-	0	-
Não Concordo Nem Discordo	0	-	2	6,7	0	-	0	-	0	-
Concordo	20	66,7	12	40,0	18	60,0	12	40,0	10	33,3
Concordo Totalmente	10	33,3	15	50,0	11	36,7	17	56,7	20	66,7
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Tabela 3 - Avaliação dos atributos Compreensibilidade, Simplicidade, Relevância e Credibilidade, das quatro orientações da FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Atributos	1ª Orientação		2ª Orientação		3ª Orientação		4ª Orientação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Compreensibilidade								
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	0	-	0	-	0	-	1	3,3
Não Concordo Nem Discordo	0	-	0	-	0	-	0	-
Concordo	12	40,0	13	43,3	15	50,0	13	43,3
Concordo Totalmente	18	60,0	17	56,7	15	50,0	16	53,4
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100
Simplicidade								
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	1	3,3	0	-	0	-	1	3,3
Não Concordo Nem Discordo	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Concordo	11	36,7	14	46,7	14	46,7	13	43,3
Concordo Totalmente	18	60,0	16	53,3	15	50,0	16	53,4
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100
Relevância								
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	0	-	0	-	0	-	0	-
Não Concordo Nem Discordo	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Concordo	12	40,0	13	43,3	13	43,3	11	36,7
Concordo Totalmente	18	60,0	17	56,7	16	53,4	19	63,3
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100
Credibilidade								
Discordo Totalmente	0	-	0	-	0	-	0	-
Discordo	0	-	0	-	0	-	0	-
Não Concordo Nem Discordo	0	-	0	-	0	-	0	-
Concordo	12	40,0	12	40,0	15	50,0	12	40,0
Concordo Totalmente	18	60,0	18	60,0	15	50,0	18	60,0
Sem Resposta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

Discussão

A seleção da escala a ser traduzida e submetida à adaptação cultural foi determinada após diversas pesquisas na literatura, envolvendo discussões com profissionais sobre instrumentos factíveis a serem aplicados à beira do leito e a experiência prévia das pesquisadoras com a utilização da FLACC. Alguns autores descrevem a FLACCr como ferramenta de fácil aplicação à beira do leito e discutem a acurácia e sensibilidade de outros instrumentos para aplicação em criança com comprometimento neurológico. O propósito é assistir, da melhor maneira possível, esta população tão vulnerável⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Vale ressaltar que, em 2011, o *Royal College of Nursing*⁽¹⁶⁾ publicou um guia de boas práticas clínicas para reconhecimento e avaliação da dor aguda em crianças, no qual incluiu a avaliação de crianças com comprometimento neurológico. Entre os instrumentos existentes, indicou a FLACCr como uma ferramenta adequada para esta população. Enfatizou a importância da quarta orientação da escala, em que família/cuidador são questionados sobre os comportamentos específicos considerados sinais de alerta para a caracterização da dor. O guia ainda reforçou que os instrumentos devem conter validade e confiabilidade bem estabelecidas.

O presente estudo prevê um método específico. Pesquisadores na área recomendam dois tradutores para validação e dois tradutores para retrotradução⁽⁸⁾. Em 2003, foi proposta uma simplificação na metodologia, mais especificamente na fase de tradução e retrotradução⁽¹⁷⁾. Neste sentido, alguns autores têm simplificado as fases de tradução e retrotradução, sem comprometer a qualidade da versão final⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Este estudo seguiu o método descrito na literatura⁽⁸⁾, com variação no número de tradutores nas fases de tradução e retrotradução, fato que não se refletiu nos resultados apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3. Considerou-se como consenso um índice de concordância igual ou maior a 80%.

Os 30 profissionais (especialistas) que participaram da avaliação da equivalência cultural da FLACCr eram de diferentes categorias (multiprofissional), conforme referencial teórico utilizado^(8,10). O grupo foi composto por profissionais com experiência na área pediátrica e no cuidado à criança com PC, evidenciando-se no fato de 26 (86,6%) possuírem experiência na área de pediatria há mais de 10 anos e 73,2% terem assistido crianças com PC diariamente e frequentemente no ano anterior. É possível afirmar que, os resultados obtidos

na fase de equivalência cultural, em que foi concluída a adaptação, são consistentes com evidências de resultados satisfatórios.

Ao avaliar os resultados de consenso, conforme as Tabelas 1 e 2, observa-se que, comparada às demais categorias, especialmente nos atributos Compreensibilidade, Tipicidade e Relevância, a categoria Pernas obteve menor concordância entre os especialistas, com variação de 83,3% a 93,3% e média de 90% nos atributos avaliados.

A criança com PC pode apresentar variações importantes, relacionadas ao comprometimento postural e à movimentação de membros. De acordo com a proposta, utilizando-se a escala na avaliação da dor, o avaliador deve conversar com a família/cuidador sobre comportamentos e posturas considerados normais para a criança e sinais de alerta para dor, constituindo-se em procedimento complementar para uma avaliação mais precisa. Na ausência da família/cuidador, o profissional assume o compromisso de observar a criança com mais frequência, reconhecendo comportamentos e posturas normais e sinais de alerta⁽²⁰⁾. Buscou-se, também, a definição da palavra "Normal", num dicionário da língua portuguesa⁽²¹⁾: refere-se àquilo que é comum ou habitual. Sendo assim, os descritores da categoria Pernas foram mantidos, conforme o consenso estabelecido.

A 4ª orientação da escala obteve o menor índice de concordância entre os juízes, logo na primeira rodada. A discussão entre os juízes ocorreu à luz do entendimento da primeira frase da orientação: "The revised FLACC can be used for all non-verbal children". Alguns juízes questionaram se a escala poderia ser utilizada apenas para crianças não verbais. Ao término da 3ª rodada, houve consenso entre os juízes de que a FLACCr aplica-se a todas as crianças não verbais e que os descritores acrescentados em negrito aplicam-se às crianças com dificuldades cognitivas. Ou seja, a autora manteve a escala original FLACC, indicada para todas as crianças não verbais (sem comprometimento neurológico) e acrescentou descritores para crianças com comprometimento neurológico na mesma escala, obtendo a FLACCr.

Embora a 4ª orientação tenha obtido excelentes concordâncias entre os profissionais especialistas, variando de 96,6% a 100%, com média de 98,3%, em relação à avaliação da dor de crianças não verbais, a 4ª orientação é bem clara e ressalta que o profissional pode abordar a família/cuidador para discutir comportamentos específicos que indiquem dor, e que os mesmos podem ser adicionados na escala, para

que outros profissionais tenham acesso à informação. Pesquisadores da temática reforçam a importância da abordagem da família/cuidador de crianças com PC, auxiliando no reconhecimento de sinais de dor e, assim, contribuindo para um melhor resultado clínico^(20,22).

As demais categorias da escala obtiveram consenso superior a 80%, com algumas considerações que remetem novamente à aproximação do profissional à beira do leito, na abordagem da família/cuidador.

Vale ressaltar que, ainda são incipientes nesse meio discussões sobre avaliação de dor em populações vulneráveis, como crianças com PC. As dificuldades são amplas e a falta de profissionais capacitados e interessados na temática gera ineficiência na prática clínica. Alguns estudos revelam que indivíduos com comprometimento cognitivo são particularmente vulneráveis ao subtratamento da dor, quando comparados àqueles sem comprometimento cognitivo e que conseguem relatar sua dor. Além disso, alguns pesquisadores têm descrito a falta de padrões de medida de dor para esta população tão vulnerável⁽⁵⁻⁶⁾. Dessa forma, é premente nesse meio, a instrumentalização dos profissionais da saúde, com ferramentas que possam uniformizar condutas e gerar indicadores clínicos e administrativos. Instrumentos de avaliação de dor validados são ferramentas úteis, quando utilizados de maneira planejada e sistemática, sobretudo no desenvolvimento da discussão com a equipe assistencial sobre formas de avaliação e manejo da dor, possibilitando a melhoria contínua do processo⁽¹⁴⁾.

Conclusão

Seguindo a orientação metodológica foi possível desenvolver, com resultados satisfatórios, a tradução e adaptação da escala de avaliação de dor FLACCr.

A seleção dos profissionais participantes dessa primeira etapa foi fundamental para alcançar os resultados demonstrados.

A utilização de escalas de avaliação de dor é uma realidade em algumas instituições. Recomenda-se a disponibilização de escalas devidamente validadas. Caso a equipe de saúde escolha um instrumento existente em outra língua, é necessário que se desenvolva o processo de tradução e adaptação cultural. Desta forma, será possível a avaliação de dor de maneira mais fidedigna.

A próxima etapa deste estudo será a avaliação da confiabilidade e da consistência das propriedades psicométricas da FLACCr em crianças com PC.

Este é um dos trabalhos pioneiros no Brasil voltados à população pediátrica com PC, que apresenta

ou não comprometimento cognitivo. Além disso, o estudo requer continuidade, para que esta população se beneficie do manejo adequado da dor.

Referências

1. Mitchell A, Boss BJ. Adverse effects of pain on the nervous systems of newborns and young children: a review of literature. *J Neurosci Nurs*. 2002 Oct;34(5):228-36.
2. Power R, Mcmanus V, Fourie R. Hardship, dedication and investment: An exploration of Irish mothers commitment to communicating with their children with cerebral palsy. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Aug;16(6):531-8.
3. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005 Aug;47(8):571-6.
4. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997 May-Jun;23(3):293-7.
5. Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Trzcinka A, Malviya S. The reliability and validity of the Face, Leg, Activity, Cry, Consolability Observational Tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. *Anesth Analg*. 2002 Nov;95(5):1224-9.
6. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke CN, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatr Anesthesia*. 2006 Mar;16(3):258-65.
7. Manworren RC, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. *Pediatr Nurs*. 2003 Mar-Apr;29(2):140-6.
8. Guillemin F, Bombardier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1414-32.
9. Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1997 ago;31(1):259-73.
10. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
11. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
12. Salmond SW. Orthopedic nursing research priorities: a Delphi study. *Orthop Nurs*. 1994 Mar-Apr;13(2):31-45.

13. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnosis. *Nurs Diagn.* 1992 Jan-Mar;3(1):12-22.
14. Bussotti EA, Pedreira MLG. Pain in children with cerebral palsy and implications on nursing practice and research: integrative review. *Rev Dor. (São Paulo)* 2013;14(2):142-6.
15. Hunt AK, Franck LS. Special needs require special attention: A pilot project implementing the paediatric pain profile for children with profound neurologic impairment in a in-patient following surgery. *J Child Health Care.* 2011 Sep;15(3):210-20.
16. Royal College of Nursing. Clinical Practice Guideline: The recognition and assessment of acute pain in children. [Internet]. 2009 [acesso 20 jun 2013]. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/269185/003542.pdf
17. Falcão DM, Ciconelli RM, Ferraz MB. Translation and Cultural Adaptation of Quality of Life Questionnaires: An Evaluation of Methodology. *J Rheumatol.* 2003 Feb;30(2):379-85.
18. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Rev Psiquiatr. Clin.* 2005;32(4):202-10.
19. Ayres MT. Adaptação Transcultural para o Português do Instrumento "The Bowel Disease Questionnaire", utilizado para a avaliação de distúrbios gastrointestinais funcionais. Rio de Janeiro [dissertação] Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro [Internet]. 2003 [acesso 20 out 2013]. Disponível em: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1372778284.pdf>
20. Solodiuk J, Curley MAQ. Pain Assessment in nonverbal Children with severe cognitive impairment: The Individualized Numeric Rating Scale. *J Pediatric Nurs. (INRS).* 2003 Aug;18(4):295-9.
21. Ferreira ABH. Mini Aurélio: dicionário da língua portuguesa. [Internet]. 2008. [acesso 10 dez 2014]. Disponível em: <http://www.agaleradownload.org/novo-dicionario-aurelio-5-0>
22. Hunt A, Goldman A, Seers K, Crichton N, Mastroiannopoulou K, Moffat V, et al. Clinical validation of the paediatric pain profile. *Dev Med Child Neurol.* 2004 Jan;46(1):9-18.

Recebido: 14.02.2014

Aceito: 21.02.2015