

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANILA MARIA BATISTA GUEDES

**AVALIAÇÃO DA DOR DE CRIANÇAS: VALIDAÇÃO SEMÂNTICA
DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR**

SÃO PAULO

2016

DANILA MARIA BATISTA GUEDES

**AVALIAÇÃO DA DOR DE CRIANÇAS: VALIDAÇÃO SEMÂNTICA
DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

**Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Guedes, Danila Maria Batista

Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor / Danila Maria Batista Guedes. São Paulo, 2015.

97p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Crianças. 2. Dor – avaliação. 3. Enfermagem pediátrica. 4. Semântica. I. Título.

Nome: Danila Maria Batista Guedes

Título: Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Às crianças, que têm um riso franco esparramado pelo rosto e que me ensinam todos os dias a ter esperança e fé na vida.

Às crianças e suas famílias que tornaram possível a realização deste estudo, e que apesar de terem experienciado processos dolorosos sorriam e me fizeram sorrir com elas. Muito obrigada pela receptividade e generosidade ao compartilharem comigo suas experiências!

*Aos meus pais, **Fátima e Dalton**, que nunca mediram esforços para que eu e meus irmãos alcançássemos nossos objetivos. Serei eternamente grata a vocês pela maneira que me fazem entender a importância da família. Obrigada por sempre acreditarem em mim, apoiando minhas decisões e me fazendo compreender que tudo na vida se consegue com muito esforço e dedicação. É inevitável reconhecê-los nos valores e aprendizados mais importantes da minha vida. Devo tudo o que sou a vocês. Muito obrigada!*

Agradecimentos

A Deus, pelas bênçãos alcançadas e por iluminar minha vida, fortalecendo-me a cada passo que dou.

Ao Benoni Júnior, pelo amor, companheirismo e incentivos diários. Obrigada por compartilhar comigo sua disciplina e determinação. Por compreender as dificuldades e apoiar, incondicionalmente, a dedicação e o esforço necessários aos estudos. Agradeço o apoio que sempre me dá para que eu continue persistindo na busca pelos meus objetivos. Obrigada por dividir a sua vida comigo, você foi imprescindível para a conclusão de mais essa conquista!

À minha orientadora prof^a Dr^a Lisabelle Rossato, não tenho palavras para agradecer a confiança em mim depositada desde que nos conhecemos. Obrigada por me receber de braços abertos, por entender as minhas limitações, por compartilhar comigo sua sabedoria e competência e por me apoiar nos momentos de dificuldade sendo muito mais que orientadora, mas uma amiga e muitas vezes uma mãe. Obrigada por me ensinar a pensar e a procurar respostas para minhas perguntas. Agradeço a competência e dedicação com que conduziu este estudo. O meu amadurecimento profissional é fruto do seu acolhimento professora. Simplesmente, obrigada!

Aos meus queridos irmãos, Dalton Filho, Anderson e Roni, agradeço por estarem sempre ao meu lado me aconselhando, torcendo por mim e apoiando minhas escolhas. Obrigada por serem exemplos para mim!

Aos meus sobrinhos, que despertam em mim mais amor pela pediatria e enchem os meus dias de felicidade, obrigada!

*Agradeço aos meus amados tios e tias, pelo respeito e consideração demonstrados desde o início da minha educação formal. Em especial à minha madrinha, **Socorro**, pelo carinho e por sempre estimular minha dedicação aos estudos. Obrigada!*

*À minha amiga **Zuíla Mayara e sua família**, agradeço o acolhimento, hospitalidade e assistencial período da coleta de dados em Campina Grande. **Zuíla**, obrigada pela sua amizade!*

À Instituição participante, por ter aberto as portas e pela oportunidade de realizar esta pesquisa com todo apoio imperioso, em especial ao Moisés que não mediu esforços para viabilizar a realização deste estudo no hospital. Obrigada à equipe de enfermagem da unidade de internação pediátrica, pela receptividade que confiaram a este estudo.

*Às professoras **Dr^a Elaine Buchhorn e Dr^a Mariana Bueno**, agradeço os ensinamentos, a convivência, o carinho, a confiança e a disponibilidade de sempre. Obrigada!*

*Às professoras **Dr^a Lucila Castanheira Nascimento e Dr^a Mariana Bueno** pelas valiosas contribuições no meu exame de qualificação. Muito obrigada!*

*Aos membros do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Perdas e Luto – **NIPPEL**, pelo conhecimento compartilhado. Em especial às minhas colegas, **Taine Costa, Mily Constanza e Natália Spósito**, pelos momentos descontraídos, parceria e disposição para ajudar.*

*Ao estatístico **Bernardo** pela paciência e compromisso durante o processo de análise dos dados.*

À Miriam Pellegrini pela disponibilidade e competência conferida à revisão de língua portuguesa deste estudo.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo suporte fornecido na minha tão almejada realização profissional, principalmente aos docentes desta Instituição, que em muito enriqueceram minha capacitação profissional. Obrigada!

Às funcionárias da secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica – ENP (Betânia, Adriana, Fernanda e Sílvia), agradeço o carinho e o bom humor diários.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação, da Biblioteca e do Comitê de Ética em Pesquisa. Muito obrigada!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pela concessão da bolsa de Mestrado e apoio financeiro para realização desta pesquisa.

*Ao professor **Everson Meireles**, agradeço o empenho e a disponibilidade que demonstrou no processo de definição da proposta deste estudo. Sua ajuda foi de grande importância, obrigada!*

Agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta etapa da minha trajetória acadêmica fosse concluída com êxito e torceram junto comigo para que tudo desse certo.

Muito obrigada!

“Todos nós crescemos convencidos de que o grande vale mais do que o pequeno...É chato esticar-se todo na ponta dos dedos e não conseguir alcançar o objeto almejado; é duro, para as pernas curtas, tentar acompanhar os adultos a passos miúdos; o copo teima em cair da mãozinha pequena... quanto esforço para sentar numa cadeira, subir uma escada...olhar pela janela, apanhar um objeto...tudo está sempre alto demais. É incômodo ser pequeno, é chato. Para conquistar respeito e admiração é preciso ser grande, ocupar muito espaço. O que é pequeno é banal e desinteressante.

Gente pequena, necessidades pequenas. A criança é pequena, é leve, é pouca coisa...Pior ainda, a criança é fraca...Se ela não obedece, temos força de sobra para impor a nossa vontade. Basta dizer “não se afaste, não toque, passe para lá”... A criança já sabe que não há como resistir...A sensação de impotência faz surgir o culto pela força...É através do nosso exemplo que a criança aprende a menosprezar aquilo que é fraco”.

Janusz Korczak(1986)

Guedes DMB. Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A comunicação da dor varia de acordo com a cultura regional de cada pessoa e os fatores culturais podem influenciar na maneira como as crianças descrevem a dor que sentem. A avaliação da dor em crianças é difícil devido às particularidades dessa faixa etária. Porém, é importante porque ajuda o profissional encontrar respostas à dor da criança, possibilitando um manejo adequado. Nesse sentido, deve-se considerar a escolha de instrumentos que propõem uma avaliação multidimensional da dor, como por exemplo, os Cartões de Qualidade da Dor, que objetivam qualificar a dor da criança e do adolescente. **Objetivo:** Realizar a validação semântica das palavras que compõem os Cartões de Qualidade da Dor com uma amostra de crianças hospitalizadas. **Método:** Estudo metodológico, transversal, realizado em duas etapas de validação semântica com 48 crianças, entre seis e 12 anos, internadas na unidade de internação pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB. A amostra foi calculada de acordo com as diretrizes metodológicas do grupo europeu DISABIKDS[®]. Foram utilizados os formulários para validação semântica propostos pelo DISABIKDS[®] e os Cartões de Qualidade da Dor. Os dados foram organizados em planilhas no programa informático EXCEL e analisados pelo programa de análise estatística SPSS 22.0. As variáveis foram analisadas com estatística descritiva e foram aplicados o Coeficiente de Correlação Bisserial, o Teste Exato de Fisher e o Coeficiente Phi do Teste Qui-quadrado. Adotou-se o nível de significância de 5% para todas as análises. O presente estudo fundamentou-se na Resolução 466 de 2012. **Resultados:** Participaram 36 crianças na primeira etapa de validação semântica, e 12, na segunda. O critério para inclusão das palavras foi que elas deveriam ser conhecidas e utilizadas por mais de 50% da amostra das crianças. Caso a palavra fosse conhecida e utilizada por mais de 50% da amostra de apenas um grupo (meninos, meninas, entre seis e oito anos, entre nove e 12 anos), ela seria considerada como desconhecida por todo o grupo, sendo necessária uma nova etapa de validação semântica para ambos os grupos. Das 18 palavras que compõem os Cartões de Qualidade da Dor, a maioria (11 palavras) foi identificada como conhecida e utilizada por mais de 50% da amostra de ambos os grupos. O restante, sete palavras (39%), não eram conhecidas por mais de 50% das crianças como palavras que elas utilizavam para descrever a dor. Nesses casos, as crianças sugeriram novas palavras que foram reaplicadas na segunda etapa de validação semântica. Ao final da segunda etapa, as 18 palavras haviam se tornado conhecidas e utilizadas pelas crianças para descrever sua dor. **Conclusões:** Concluiu-se que a Validação Semântica dos Cartões de Qualidade da Dor possibilitou um ajustamento do instrumento, tornando-o mais compreensível às crianças da região nordeste do Brasil e mostrando que o instrumento deve ser incluído na rotina clínica dos profissionais para avaliar a dor das crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Medição da dor. Enfermagem pediátrica. Aspectos culturais. Semântica.

Guedes DMB. Children Pain Assessment: A Semantic Validation of Pain Quality Cards [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Communicating pain varies according to the regional culture of each person and cultural factors may influence the way children describe the pain they feel. The assessment of pain in children is difficult due to the particularities of this age group. However, this assessment is important because it helps professionals find answers to the child's pain, thus allowing its appropriate management. In this regard, we should consider the choice of instruments that propose a multidimensional assessment of pain, such as the Pain Quality Cards, which aim to qualify the child's and adolescent's pain. **Objective:** To perform the semantic validation of the words of the Pain Quality Cards with a sample of hospitalized children. **Method:** This is a methodological, cross-sectional study conducted in two stages of semantic validation with 48 children, between six and 12 years of age, admitted to the pediatric unit of a public hospital in the city of Campina Grande - PB. The sample was calculated according to the methodological guidelines of the European Group DISABIKDS[®]. We used the Forms for the Semantic Validation proposed by DISABIKDS[®] and the Pain Quality Cards. Data were organized in spreadsheets in Excel software and analyzed using the SPSS 22.0 statistical program. Variables were analyzed by descriptive statistics. The biserial correlation coefficient, Fisher's exact test and the Phi Chi-square test coefficient were also applied. We adopted a significance level of 5% for all analyses. This study was based on Resolution 466 of 2012. **Results:** Thirty-six children participated in the first phase of semantic validation, and 12 in the second. To be included in the instrument, words should be known and used by more than 50% of children. If a word was known and used by more than 50% of the sample of only one group (boys and girls, from six to eight or boys and girls from nine to 12 years of age), it would be regarded as unknown by the whole group and a new semantic validation phase was required for both groups. Of the 18 words that make up the Pain Quality Cards, most of them (11 words) were identified as known and used by more than 50% of the sample of both groups. The remaining seven words (39%) were not known by over 50% of children as words they regularly use to describe pain. In such cases, the children suggested new words that have been re-applied in the second phase of semantic validation. At the end of the second phase, all 18 words had become known and used by the children to describe their pain. **Conclusion:** We conclude that the Semantic Validation of the Pain Quality Cards allowed an adjustment of the instrument, thus making it more understandable to children in northeastern Brazil. Moreover, our results also show that the instrument should be included in the routine of clinical professionals to assess pain in children.

KEYWORDS: Child. Pain measurement. Pediatric nursing. Cultural Characteristics. Semantics.

Guedes DMB. Evaluación del dolor de niños: validación semántica de las Tarjetas de Cualidade del Dolor [disertación]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMEN

Introducción: La comunicación del dolor varía de acuerdo con la cultura regional de cada persona y los factores culturales pueden influir en la manera como los niños describen el dolor que sienten. La evaluación del dolor en niños es difícil debido a las particularidades de esa franja etaria. Pero, es importante porque ayuda al profesional a encontrar respuestas al dolor del niño, posibilitando un manejo adecuado. En ese sentido, se debe considerar la elección por instrumentos que proponen una evaluación multidimensional del dolor, por ejemplo de las Tarjetas de cualidade del Dolor, que objetivan cualificar el dolor del niño y del adolescente.

Objetivo: Realizar la validación semántica de las palabras que componen las Tarjetas de cualidade del Dolor con una muestra de niños hospitalizados. **Método:** Estudio metodológico, transversal, realizado en dos etapas de validación semántica con 48 niños, entre seis y 12 años, internados en la unidad de hospitalización pediátrica de un hospital público del municipio de Campina Grande – PB. La muestra fue calculada de acuerdo con las directrices metodológicas del grupo europeo DISABIKDS®. Fueron utilizados los formularios para Validación Semántica propuestos por el DISABIKDS® y las Tarjetas de cualidade del Dolor. Los datos fueron organizados en planillas en EXCEL y analizados por el SPSS 22.0. Las variables fueron analizadas con estadística descriptiva y fueron aplicados el Coeficiente de Correlación Biserial, el Test Exacto de *Fisher*, el Coeficiente *Phi* del Test Qui-cuadrado. Para todos los análisis el nivel de significancia adoptado fue de 5%. El presente estudio se fundamentó en la Resolución 466 de 2012. **Resultados:** Participaron 36 niños en la primera etapa de validación semántica y 12 en la segunda. Como criterio de inclusión de las palabras en el instrumento, todas ellas deberían ser conocidas y utilizadas por más del 50% de la muestra de los niños. Caso la palabra fuera conocida y utilizada por más de 50% de la muestra de apenas un grupo (niños, niñas, entre seis y ocho años, entre nueve y 12 años), ésta sería considerada como desconocida por todo el grupo, siendo necesaria una nueva etapa de validación semántica para ambos grupos. De las 18 palabras que componen las Tarjetas de cualidade del Dolor, la mayoría (11 palabras) fue identificada como conocida y utilizada por más de 50% de la muestra de ambos grupos. El restante, siete palabras (39%), no fueron conocidas por más de 50% de los niños como palabras que ellos utilizan para describir el dolor. En ese caso, los niños sugirieron nuevas palabras que fueron reaplicadas en la segunda etapa de validación semántica. Al final de la segunda etapa las 18 palabras fueron conocidas y utilizadas por los niños para describir su dolor. **Conclusiones:** Se concluyó que la validación semántica de las Tarjetas de Cualidade del Dolor posibilitó un ajuste del instrumento, haciéndolo más comprensible a los niños de la región nordeste de Brasil, mostrando que el instrumento debe ser incluido en la rutina clínica de los profesionales para evaluar el dolor de los niños.

PALABRAS-CLAVE: Niño. Dimensión del dolor. Enfermería pediátrica. Características Culturales. Semántica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva da escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.	45
Tabela 2 – Associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.	46
Tabela 3 – Associação entre o sexo e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.	48
Tabela 4 – Associação entre os diagnósticos médicos e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.	51
Tabela 5 – Distribuição da amostra na primeira etapa de validação semântica, segundo a não utilização das palavras para descrever a dor. Campina Grande, 2015.	54
Tabela 6 – Distribuição da amostra na segunda etapa de validação semântica, segundo a não utilização das palavras para descrever a dor. Campina Grande, 2015.	56
Tabela 7 – Apresentação da versão final das palavras conhecidas e utilizadas por mais de 50% das crianças para descrever a dor resultante do processo de validação semântica. Campina Grande, 2015.	56

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 DEFINIÇÃO DE DOR.....	20
1.2 A DOR NA CRIANÇA.....	21
1.3 AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS.....	22
1.4 CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR.....	25
1.5 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA.....	26
2 OBJETIVO	29
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	32
3.2 A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE PIAGET COMO REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.3 O PROJETO DISABKIDS COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	34
3.4 LOCAL DO ESTUDO.....	35
3.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	35
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	37
3.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	38
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
3.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4 RESULTADOS	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS.....	42
4.1.1 Gênero e faixa etária.....	42
4.1.2 Diagnósticos médicos.....	44
4.2 APLICAÇÃO DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR.....	45
4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA, GÊNERO E DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DAS CRIANÇAS E A ESCOLHA DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR.....	46

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA.....	52
4.4.1 Primeira etapa de validação semântica.....	52
4.4.2 Segunda etapa de validação semântica.....	55
5 DISCUSSÃO.....	57
6 CONCLUSÕES.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	78

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Foram dias pensando sobre como escrever esta apresentação, narrar fatos da minha vida e os caminhos que percorri. Construir um relato das experiências vividas e rever o passado com os olhos do presente. Somos o lugar onde nos fizemos e as pessoas com quem convivemos. Então, o que relatar?

Quarta filha de uma família de três filhos homens nasci em Corrente, uma pequena cidade com 25.407 habitantes a 864 km da capital do estado do Piauí, Teresina, numa manhã de sábado do dia 26 de agosto de 1989, pelas mãos de uma enfermeira.

Logo na infância, o mundo do ensino já me atraía, e o fato de minha mãe ser professora fez desabrochar em mim o sonho de também seguir essa profissão. Morei em Corrente até os 12 anos, onde realizei o ensino fundamental, e quando estava para cursar a sétima série do ginásio, meus pais buscaram uma cidade maior que oferecesse melhores condições de estudo para mim. Foi em Teresina, onde morei com uma tia e primos, que cursei o ginásio e o 2º grau no Colégio São Francisco de Sales. Comecei a pensar sobre qual profissão seguiria no primeiro ano do ensino médio. Não sabia ao certo qual seria, mas tinha certeza da área das ciências biológicas.

Quando terminei o segundo grau, me mudei para Campina Grande, na Paraíba para morar com meus três irmãos. A enfermagem entrou na minha vida em um momento cheio de incertezas, pressão familiar e trouxe consigo toda a maturidade que eu precisava para, enfim, tomar as rédeas das minhas próprias decisões. Foi uma escolha tomada no momento e da maneira certos, nós nos escolhemos, a enfermagem e eu.

Realizei o Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba, onde me graduei em 2013. Durante a graduação fui uma aluna eclética, gostava de diversas áreas da enfermagem, não me restringindo a uma determinada parte teórica ou prática. Porém, no segundo ano cursei o componente curricular “Projeto de Pesquisa e Extensão”, e isso permeou tudo o que escolhi realizar durante minha graduação.

A partir de então, me inscrevi como voluntária nos projetos de pesquisa e extensão dos professores e procurei participar de congressos e eventos científicos que eram acessíveis ao meu contexto geográfico e financeiro. Fui aluna bolsista por um ano do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e aluna bolsista, também por um ano, do Programa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

A minha pesquisa de iniciação científica teve como objetivo identificar os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em um hospital público onde a Sistematização da Assistência de Enfermagem ainda não é rotina do serviço e sua implementação caminha a passos lentos, lutando contra a resistência de muitos profissionais.

Durante a coleta dos dados, com a realização do exame físico nas crianças, pude vivenciar a rotina de uma unidade pediátrica e compartilhar de momentos alegres e tristes com as crianças e suas famílias. Essa experiência provocou uma combustão nos meus sentimentos relacionados à pediatria, digo isso porque eu adoro crianças e sou fascinada pela sua doçura, mas trabalhar com e para elas ainda não era uma certeza para mim, o que se confirmou quando pude acompanhar o que é ser uma enfermeira pediatra.

Os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram identificados. O objetivo da pesquisa foi alcançado; porém, um desses diagnósticos inquietou-me: o diagnóstico de dor aguda. O hospital no qual a pesquisa foi realizada é referência no atendimento de emergência e trauma. Portanto, supõe-se que as crianças que ali estavam internadas, principalmente na UTI, enfrentavam processos dolorosos. Mas o que me impressionou foram as intervenções que eram ou não realizadas quando uma criança estava com dor.

Procurei aprofundar-me na temática da dor infantil e na maneira como ela é avaliada pelo profissional. Essa inquietação, atrelada à minha escolha de fazer uma pós-graduação *stricto sensu*, me trouxe ao Mestrado na Escola de Enfermagem da USP, especificamente à professora LisabelleMariano Rossato.

Meu projeto de dissertação foi realizado no mesmo hospital que a minha pesquisa de iniciação científica, que despertou em mim a necessidade de estudar a

dor infantil. Essa experiência me permitiu perceber que este serviço precisa de evidências para melhorar a qualidade do cuidado prestado às crianças e aos adolescentes que ali são internos, especificamente no quesito de avaliação da dor. Os resultados desta pesquisa são uma das evidências que pretendo levar para eles como retorno.

Diante de tudo que foi exposto, acredito que meu crescimento profissional tem me proporcionado conquistas que se refletem na minha vida pessoal, e a realização desta dissertação vem confirmar esse fato.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DE DOR

A dor é uma das principais causas de sofrimento em seres humanos, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas (Bottega, Fontana, 2010). Ela produz repostas neurovegetativas como taquicardia, taquipneia, sudorese e ansiedade. Na avaliação clínica comportamental, observa-se verbalização, expressões faciais e postura de dor. Sua etiologia pode ser de origem inflamatória, visceral e somática, entre outras (Ferreira, 2009).

O evento doloroso é uma experiência única de cada ser humano, difícil de ser mensurada pelo outro, já que a percepção e a resposta à dor são fatores pessoais, que se baseiam na interação das dimensões sensitiva, cognitiva e afetiva vivenciadas pelo indivíduo (Rossato, Magaldi, 2006).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP), em 1979, conceituou dor como “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano”. Porém, essa definição torna-se incompleta por excluir populações especiais que não têm possibilidades de descrever a dor que sentem como crianças, neonatos e pessoas com déficits cognitivos (Correia, Linhares, 2008).

Diante disso, em 2011, a IASP revisou a taxionomia e acrescentou uma nota à definição original de dor, na qual esclarece que “a inabilidade de comunicar verbalmente a dor não nega a possibilidade de o indivíduo a ter experienciado e sua necessidade de receber o tratamento adequado para o seu alívio” (IASP *Subcommittee on Taxonomy*, 2011). Esta explicação é importante, visto que a impossibilidade de relato da dor não impede o seu processamento neurofisiológico, que ocorre concomitantemente ao processo de desenvolvimento infantil (Doca, 2014).

O conceito de dor abrange aspectos sensitivo-discriminativo (sensação física), afetivo-motivacional (emocional) e cognitivo-avaliativo (pensamento) e suas variações podem decorrer de sua localização, qualidade, intensidade, frequência,

duração, natureza e etiologia. Tais critérios são empregados na classificação da dor e se distinguem em dor aguda, crônica e recorrente (IASP, 2013).

Levando-se em consideração o impacto da dor na qualidade de vida do paciente, a *American Agency of Investigation and Quality in Public Health* e a *American Pain Society* descrevem a dor como o quinto sinal vital. Dessa forma, ele deve ser avaliado como os outros sinais vitais do paciente que são temperatura, pulso, respiração e pressão (Sousa, 2002).

1.2 A DOR NA CRIANÇA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), apesar da preocupação com o alívio da dor das crianças, esta não é comumente reconhecida, podendo ser tratada de modo inadequado, mesmo quando há recursos suficientes disponíveis.

No ambiente clínico, ainda são frequentes os mitos sobre a dor em crianças, entre eles destacam-se: as crianças não sentem dor ou sentem menos que os adultos; acostumam-se à dor ou a procedimentos dolorosos; não conseguem localizar a dor; e não se lembram das experiências de dor com o mesmo grau que o adulto (Tacla, Hayashida, Lima, 2008; Kline, 2009).

Consta na resolução nº41 de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, descrito em seu artigo 7º, que é direito das crianças e adolescentes “não sentir dor, quando existam meios para evitá-la”. Frente a isso, é direito de todos, inclusive das crianças e adolescentes, terem o alívio de sua dor garantido, por questões éticas e humanitárias, e não somente clínicas (Ribeiro et al., 2011).

A expressão da dor pela criança é difícil e diversas são as razões que explicam o motivo pelo qual a dor em crianças não recebe a mesma atenção que a dor em adultos. Entre elas está a dificuldade que o profissional da saúde apresenta em mensurar a dor infantil, quer por não perguntar se ela sente dor, quer por desconhecer que a criança menor possui maior dificuldade em comunicá-la (Rossato, Magaldi, 2006).

Ao avaliar a dor, deve-se levar em consideração não apenas os fatores relacionados a essa dor, mas também o contexto no qual a criança está inserida.

Por ser o enfermeiro o profissional que permanece por mais tempo ao lado dos pacientes internados, é ele quem gerencia a dor. Portanto, deve compreender as peculiaridades e características do desenvolvimento infantil, para poder utilizar os métodos de avaliação adequados a cada faixa etária (Costa, Lima, Ferrari, 2012).

Na faixa etária pediátrica, a forma como a dor é percebida, é influenciada por aspectos socioculturais e afetivos. O desenvolvimento cognitivo é outro aspecto importante, uma vez que esse é determinante para a forma como a criança demonstra a dor (Ferreira, 2009).

Além de especificidades quanto ao processo neurofisiológico de transmissão, modulação e resposta, a dor pediátrica também possui especificidades quanto à sua epidemiologia, avaliação e manejo. Segundo Doca (2014), mesmo sendo pouco frequentes na literatura científica, os estudos epidemiológicos constituem pré-requisitos fundamentais para o desenvolvimento e planejamento de políticas institucionais e/ou públicas tão necessárias à adequada avaliação e manejo da dor pediátrica.

Ainda em seu estudo, Doca (2014) revela alta prevalência da dor na população pediátrica, pelo fato de as crianças serem mais vulneráveis e suscetíveis a efeitos adversos da experiência dolorosa, tanto em curto quanto em longo prazo. Porém, o conhecimento da prevalência de dor não é suficiente, fazendo-se necessária a caracterização epidemiológica que indique, por exemplo, o tipo, a intensidade, a localização, a frequência e a duração da dor (Goodman, McGrath, 1991).

1.3 AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS

O manejo da dor é uma situação desafiadora para o profissional, visto que a sensação algica é um fenômeno subjetivo. Para se realizar um manejo adequado, o primeiro passo é a sua avaliação, pois não é possível manipular um problema dessa natureza sem que haja uma medida para nortear o tratamento ou a conduta terapêutica (De Bortoli, 2011).

O manejo da dor pediátrica pode ser realizado por meio de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas. As primeiras, de uso específico dos

médicos, envolvem o uso de analgésicos, anestésicos, sedativos e outras drogas para prevenção ou tratamento da dor. As intervenções não farmacológicas, por outro lado, podem ser utilizadas, em geral, por qualquer profissional de saúde, ou mesmo pelo acompanhante da criança (Linhares, Doca, 2010).

Nas intervenções não farmacológicas, salientam-se os métodos comportamentais (dessensibilização, reforço positivo e relaxamento), os métodos cognitivos (informação preparatória, mudança de memória e distração), os métodos físicos (aplicação de calor e frio, massagem e posicionamento), o suporte emocional (presença de pessoas significativas para a criança, toque terapêutico ou afetivo e conforto) e o suporte ambiental (minimização de estímulos desagradáveis, luminosidade e odores) (Batalha, 2010). Para ser eficaz, a escolha das intervenções não farmacológicas deve considerar a idade da criança, o tipo e o contexto da dor (procedimentos ou exames invasivos e dolorosos, cirurgia, quadro clínico) e suas características (Linhares, Doca, 2010).

Apesar de o tratamento farmacológico em pediatria ter avançado muito nos últimos anos e de os profissionais de saúde considerar a importância da prevenção da dor, a literatura afirma que o tratamento insuficiente da dor das crianças é um fato comum (Kopf, Patel, 2010; Batalha, 2010; Menossi, Lima, Corrêa, 2008).

O manejo inadequado da dor pediátrica não pode ser mais atribuído à falta de evidências científicas, mas sim à falta de aplicação do conhecimento já existente na prática (Queiroz et al., 2007), à inexistência de serviços especializados no manejo da dor pediátrica e à falta de treinamento de profissionais de saúde, entre outros fatores (Stinson, McGrath, 2007).

A dor é considerada um sinal vital tão importante quanto os outros e deve ser avaliada em um ambiente clínico, para se instituir um tratamento ou conduta terapêutica. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação confiável (Pedroso, Celich, 2006).

Alguns autores consideram que os diferentes estágios de crescimento e desenvolvimento, as experiências limitadas e a pouca fluência verbal da criança dificultam a avaliação da dor pelos profissionais (Claro, 1993; Goldman, 1993). Além disso, a formação deficitária dos profissionais de saúde, o medo da dependência medicamentosa pelos pais e profissionais de saúde (Friebert, 2009) e o desconhecimento de instrumentos adequados (Viana, Dupas, Pedreira, 2006) também dificultam a avaliação da dor da criança.

Segundo o *United States Department of Health and Human Services* (1986), a ausência de instrumentos objetivos para aferir a dor na prática clínica, ou os erros que possam advir de uma avaliação e tratamento ineficazes, poderão comprometer a qualidade da assistência e contribuir para a morbidade e aumento do tempo de internação.

A escolha do instrumento de avaliação da dor deve considerar, além dos grupos para os quais se destinam (neonatos, lactentes, crianças e adolescentes), os critérios psicométricos dos mesmos, tais como validade, fidedignidade, sensibilidade, especificidade e aplicabilidade clínica (Doca, 2014). O estudo realizado por Stevens et al. (2012) encontrou na literatura mais de 40 instrumentos para avaliação da dor neonatal, 30 eram de autorrelatos de dor feitos por crianças e 20 medidas observacionais sobre dor, considerando-se apenas a avaliação da dor aguda.

Alguns instrumentos unidimensionais consideram a dor como uma qualidade simples e única, quantificando apenas sua intensidade. Esses instrumentos têm sido usados em hospitais e clínicas para se obter informações rápidas, não invasivas e confiáveis sobre a dor e a analgesia (Sousa, 2002).

Outros métodos consideram a dor como uma experiência multidimensional. Os instrumentos multidimensionais avaliam e mensuram as diferentes dimensões da dor, a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações (Savendra et al., 1995). Por meio das escalas multidimensionais, torna-se possível avaliar a dor em suas múltiplas dimensões, ou seja, levando-se em consideração os componentes sensoriais, afetivos e avaliativos que são refletidos na linguagem usada para descrever a experiência dolorosa (Sousa, 2002).

A escala visual analógica é um dos instrumentos unidimensionais utilizados para avaliação da dor na criança. Ela consiste em uma linha reta, na qual suas extremidades representam os extremos da dor (de ausência de dor a dor severa), sendo a criança orientada a marcar nessa linha os pontos que simbolizam a intensidade da sua dor (Stinson, McGrath, 2007). Atualmente, a escala visual analógica é apresentada por vários autores, sendo cada versão singular em extensão e cores.

Outra escala unidimensional bastante utilizada é a escala de faces, na qual diferentes expressões faciais representam variadas intensidades de dor, e a criança

é orientada a identificar qual é a face que melhor representa sua dor (Stinson, McGrath, 2007).

No Brasil, Claro (1993) elaborou uma versão da escala de faces com os personagens Cebolinha e Mônica, criados pelo cartunista Maurício de Sousa. São cinco expressões faciais, que variam de expressão sem dor até a dor insuportável.

Dentre os instrumentos multidimensionais, alguns foram criados a partir do *McGill Pain Questionnaire*, um instrumento que consiste de quatro etapas que avaliam as dimensões sensorial, afetiva e avaliativa da dor. Na primeira etapa, o paciente deve assinalar a localização de sua dor. A segunda etapa é composta por um questionário, contendo 78 descritores de dor, distribuídos em 20 subgrupos. Cada subgrupo representa uma dimensão da dor, devendo o paciente identificar os descritores correspondentes à dor que está sentindo. Além disso, cada subgrupo assume um valor relativo à intensidade da dor. A terceira etapa avalia as mudanças na dor com o decorrer do tempo e, a quarta inclui uma mensuração da intensidade da dor (Melzack, 1975).

O questionário McGill foi adaptado para língua portuguesa em 1996, por Pimenta e Teixeira; porém, sua aplicação é destinada a pacientes adultos, com dor crônica. Visando à adequação deste instrumento à população pediátrica, foram criados, a partir do Questionário McGill, os *Cartões de Qualidade da Dor* (Rossato, Pimenta, 1996).

1.4 CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

Criados em 1996 por Rossato e Pimenta, os Cartões de Qualidade da Dor sugerem, em imagens diferentes, qualidades da dor e objetivam qualificar a dor da criança e do adolescente. A partir dos 78 descritores que compõem o Questionário McGill, foram selecionados 18 descritores que foram encaminhados ao cartunista Maurício de Sousa, criador de um dos desenhos mais famosos entre as crianças brasileiras, a Turma da Mônica. E foi um dos personagens da Turma da Mônica o escolhido pelas crianças para ilustrar os Cartões de Qualidade da Dor, o Cebolinha.

As ilustrações dos descritores de dor foram avaliadas por quatro juízes, com o intuito de verificar a adequação entre a ilustração e o descritor de dor. As

ilustrações não aprovadas pelos juízes retornaram ao cartunista para readaptação. Após isto, os 18 descritores dos Cartões das Qualidades da Dor foram apresentados a 45 crianças sem dor, com idades entre três e seis anos em ambiente escolar, para avaliar se as crianças atribuíam à ilustração significado semelhante ao descritor de dor nela representado (Rossato, Pimenta, 1996).

As crianças compreenderam 11 cartões. Os cartões foram considerados aprovados por serem compreendidos por, no mínimo, 70% das crianças. Compreender os cartões significou atribuir às ilustrações o significado correspondente ao descritor de dor que se queria representar (Rossato, Pimenta, 1996).

Os Cartões de Qualidade da Dor foram aplicados às crianças com queixa de dor aguda, como por exemplo, após a realização de algum procedimento que provocasse dor. Foram também apresentados às crianças que sofriam de dor crônica e que estivessem sentindo dor, ou não, no momento da aplicação do instrumento.

Os Cartões de Qualidade da Dor propõem uma avaliação multidimensional da dor, distribuídos em quatro componentes da seguinte forma: componente sensorial (cartões 1-8), componente afetivo (cartões 9-13), componente avaliativo (cartão 14) e componente miscelânea (cartões 15-18).

1.5 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Cultura pode ser definida como “um conjunto complexo de conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e quaisquer outras habilidades ou hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro da sociedade” (Helman, 1994).

No Brasil, a discussão sobre a identidade nacional tornou-se recorrente em virtude das dimensões continentais do país e do processo histórico de sua ocupação. A valorização da nacionalidade sempre levou em conta os aspectos regional e nacional do Brasil, estando o primeiro submetido ao segundo. A pluralidade que surge em algumas regiões se dilui no sincretismo, marca da

brasilidade. Este é o significado peculiar da cultura brasileira e da personalidade de seu povo, esta capacidade de aceitar, absorver, refundir e criar (Barbalho, 2007).

Na apreciação do fenômeno algico, aspectos sensoriais, afetivos e socioculturais estão imbricados de modo indissociável. Este modelo multidimensional, por conseguinte, pressupõe que as intervenções para o controle da dor devam englobar esta multidimensionalidade (Pimenta, Portnoi, 1999). De fato, a cultura de um indivíduo torna-se uma influência condicionadora na formação dos padrões de reação à dor e o reconhecimento das atitudes grupais para a dor é importante para a compreensão da reação do indivíduo (Zborowski, 1978).

A comunicação da dor varia de acordo com a cultura regional de cada indivíduo, pois cada grupo apresenta sua própria configuração de atitudes em relação a estímulos dolorosos e à expressão da dor (Pimenta, Portnoi, 1999). A maneira de falar e de se expressar do brasileiro diz muito sobre sua origem regional e a cultura na qual está inserido. Assim, a comunicação da dor pelas crianças também não deixa de ser diferente.

Nesse sentido, este estudo objetivou realizar o processo de validação semântica de um instrumento de avaliação de dor pediátrica, por acreditar que os fatores culturais influenciam na maneira como as crianças descrevem a dor que sentem.

A validação semântica mostrou-se como estratégia para a avaliação da sensibilidade cultural e para a compreensão dos itens pela população do estudo. Esse tipo de validação visa a identificar problemas de entendimento e de aceitação dos termos por parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa, além de verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina (Pasquali, 1999).

Segundo Kortessluoma e Nikkonen (2008, 2006, 2004), ainda há escassez de estudos internacionais que abordem a experiência de dor na perspectiva da criança, justificando assim a proposta deste estudo, uma vez que, em nosso contexto, encontramos literatura limitada a outras regiões do Brasil que buscasse responder a essa temática.

Considerando-se que a dor pode ser um agente limitante na vida de pessoas, este estudo possibilita dar voz às crianças para expressarem sua dor. Entrevistar crianças é desafiador; é necessário utilizar uma abordagem

adequada e desenvolver um relacionamento baseado na confiança mútua. Para isso, os profissionais de saúde necessitam compreender que, com um manejo adequado da dor, as crianças conseguem ter uma vida mais próxima da normalidade, reduzindo assim seu sofrimento.

Reconhecer os aspectos culturais da dor e apreender como eles diferem uns dos outros ajuda o enfermeiro a não avaliar o comportamento da criança com base em suas próprias expectativas e valores. O enfermeiro que reconhece as diferenças culturais compreenderá melhor a dor do paciente e terá parâmetros para avaliar a dor e as respostas comportamentais a ela. Ele poderá, também, intervir no seu alívio de modo mais efetivo (Pereira, Zago, 1998).

Com o intuito de avançarmos no conhecimento sobre avaliação da dor em pediatria, este estudo tem como pergunta: “Como as crianças internadas em um Hospital da Região Nordeste descrevem e avaliam a dor que sentem, a partir dos Cartões de Qualidade da Dor?”.

2 OBJETIVO

- ✓ Realizar a validação semântica das palavras que compõem os Cartões de Qualidade da Dor com uma amostra de crianças hospitalizadas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, transversal, que visou realizar a validação semântica de um instrumento de avaliação da dor em crianças.

Os estudos metodológicos têm por objetivo a busca de métodos para coleta e organização dos dados, como o desenvolvimento, a validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Tais características favorecem a condução de investigações com rigor acentuado (Lima, 2011). Modelos de estudos transversais envolvem a coleta de dados em um período específico, e por isso são especialmente apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo. As principais vantagens dos estudos transversais são a economia e a facilidade de controle (Polit, Deck, 2011).

3.2 A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE PIAGET COMO REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo fez uso da Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget, como referencial teórico, para compreender o desenvolvimento infantil da criança e ancorar os resultados encontrados nesta pesquisa.

As crianças nascem com os potenciais herdados para o crescimento intelectual, mas devem desenvolver esses potenciais por meio de interação com o ambiente (Piaget, Inhelder, 1973; Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006; Bee, Boyd, 2011). Sendo assim, as crianças compreendem as relações entre os objetos e entre elas mesmas e seu mundo ao assimilar as informações por meio dos sentidos, processando-as e atuando sobre elas (Borghini, 2012).

Segundo Piaget e Inhelder (1973), com o desenvolvimento cognitivo, a criança adquire a capacidade de raciocinar de maneira abstrata, pensar de forma lógica e organizar as funções intelectuais em estruturas de ordem elevada. A

linguagem, a moral e o desenvolvimento espiritual emergem, à medida que suas capacidades cognitivas avançam (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006; Bee, Boyd, 2011).

Em sua teoria, Piaget propôs três estágios de raciocínio: intuitivo, operacional concreto e operacional formal. Cada estágio é construído sobre as realizações do estágio anterior e a evolução do desenvolvimento intelectual também foi dividida em quatro estágios:

- ✓ **Sensório-motor** (do nascimento até os 2 anos de idade): nesse estágio a criança progride a partir da atividade de reflexo e do comportamento imitativo. Ela desenvolve o senso de causa e efeito à medida que o comportamento é direcionado para os objetos. A resolução de problemas restringe-se, primeiramente, às tentativas e erros. A criança mostra alto nível de curiosidade, desenvolvendo uma percepção de si mesma à medida que aumenta sua habilidade para se diferenciar no ambiente. A consciência do caráter de permanência dos objetos ocorre nesse estágio, ou seja, um objeto existe mesmo se não estiver mais visível. Ao fim do estágio sensório-motor, a criança começa a usar a linguagem e o pensamento representacional.

- ✓ **Pré-operacional** (dos 2 aos 7 anos de idade): esse estágio é marcado pelo egocentrismo, não significando egoísmo, mas tão somente a incapacidade de se colocar no lugar do outro. A criança interpreta os eventos e objetos em termos de relacionamentos e do uso que se faz deles. O pensamento pré-operacional é concreto e tangível, ou seja, o pensamento da criança é dominado pelo o que ela vê, ouve ou experimenta, de alguma forma. Contudo, ocorre um crescente aumento na capacidade de usar a linguagem e símbolos para representar objetos em seu ambiente. Um exemplo disso é que a partir do uso de brincadeiras imaginativas e questionamentos, inicia-se a elaboração de conceitos e associações simples entre ideias. No final desse estágio, o raciocínio da criança é intuitivo; ela está começando a lidar com problemas sobre peso, altura e tempo. Entretanto, ele é também transdutivo, pois se dois eventos ocorrem juntos, o conhecimento de uma característica transfere-se para outra.

- ✓ Operações concretas (dos 7 aos 11 anos de idade): aqui o pensamento torna-se cada vez mais lógico e coerente. A criança é capaz de classificar, especificar, ordenar e organizar fatos sobre o mundo. Ocorre o desenvolvimento de um novo conceito de permanência: a conservação. Assim, a criança percebe que os fatores físicos (ex.: volume, peso e número) permanecem iguais, mesmo se as aparências externas forem alteradas. Porém, ainda não há a capacidade de lidar com a abstração e os problemas são resolvidos de forma concreta e sistemática, com base naquilo que ela percebe. O raciocínio é indutivo, o pensamento se torna menos egocêntrico e os pontos de vista de outras pessoas passam a ser considerados.

- ✓ Operações formais (dos 11 aos 17 anos de idade): esse estágio se caracteriza pela adaptabilidade e flexibilidade. Os adolescentes podem pensar em termos abstratos, chegar a conclusões lógicas, a partir de um conjunto de observações, conseguem elaborar hipóteses e testá-las, bem como pensar a respeito de questões teóricas e filosóficas.

3.3 O PROJETO DISABKIDS COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO

O projeto DISABKIDS[®] é parte do projeto europeu KIDSCREEN, que estuda a qualidade de vida de crianças saudáveis por meio de um instrumento genérico. A Universidade de Hamburgo, Alemanha, realiza a coordenação geral, mas envolve a cooperação de países europeus como Áustria, França, Grécia, Holanda, Reino Unido e Suécia e de projetos colaboradores no Brasil e México (DISABKIDS, 2015).

Com o crescente interesse por aspectos referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas, os instrumentos do DISABKIDS[®] têm sido adaptados e validados em diferentes países, idiomas e culturas (Deon, 2009).

Por integrar um conjunto de instrumentos de mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde infanto-juvenil e considerar as particularidades da condução de pesquisas com essa clientela, o projeto DISABKIDS[®] oferece sustentação metodológica à proposta deste estudo.

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi conduzido em uma unidade de internação pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande, estado da Paraíba.

Segundo dados oficiais do hospital, fornecidos por e-mail pela administração, ele é tido como referência no estado e é o segundo maior hospital do Norte-Nordeste em atendimento a casos de alta complexidade a pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Oferece atendimento especializado nas áreas de clínica médica, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, bucomaxilofacial, laboratórios de hematologia, bioquímica, microbiologia, liquor, parasitologia/análise e, principalmente, na área de traumatologia, onde recebe pacientes de Campina Grande, das cidades circunvizinhas do estado da Paraíba e de outros estados. Atualmente conta com 285 leitos, duas Unidades de Terapia Intensiva para Adultos, uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, uma Unidade de Queimados e uma Unidade de Observação Pediátrica na Unidade de Emergência.

A unidade de internação pediátrica, localizada no segundo andar do hospital, conta com 33 leitos para internação de crianças e adolescentes com diagnósticos médicos diversos, mas que em sua maioria são quadros de traumas ortopédicos e intercorrências de urgência. O quadro de profissionais de enfermagem é composto por 12 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem distribuídos para atuar nos turnos da manhã, tarde e noite.

3.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

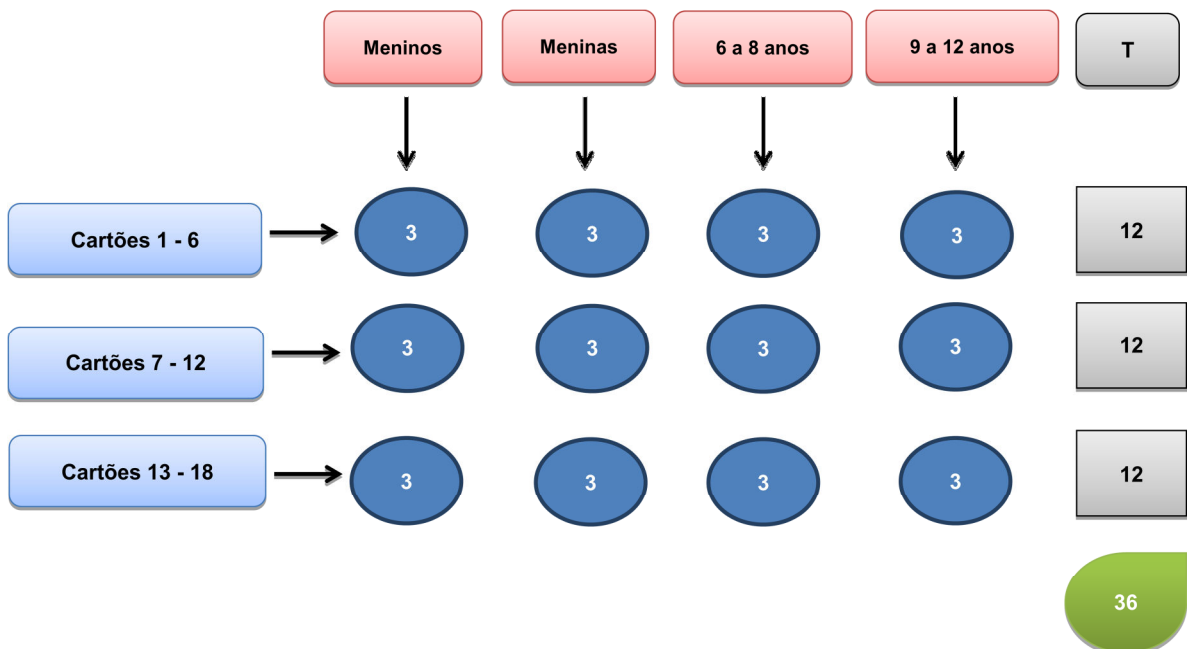
Baseado nos estudos anteriores realizados com os Cartões de Qualidade da Dor, a população foi constituída por crianças, entre seis e 12 anos de idade, hospitalizadas na unidade de internação pediátrica do hospital. Para a definição do tamanho da amostra de crianças, foram utilizadas as diretrizes contidas no método do grupo DISABIKDS[®] (2004) desenvolvido para a tradução e validação dos instrumentos. Segundo as diretrizes metodológicas do grupo DISABIKDS[®] (2004),

para cada etapa da validação semântica, devem ser selecionadas três crianças para cada grupo de faixa etária, com divisão equitativa entre os sexos.

Neste estudo, o instrumento composto por 18 descritores foi dividido em três subsetores (Cartões 1 ao 6, Cartões 7 ao 12 e Cartões 13 ao 18). A divisão em subsetores é uma proposta do grupo DISABKIDS® com o objetivo de garantir a fidedignidade das respostas, pois uma análise detalhada de todos os itens do instrumento por uma mesma criança pode se constituir em tarefa extensa e exaustiva (DISABKIDS, 2004).

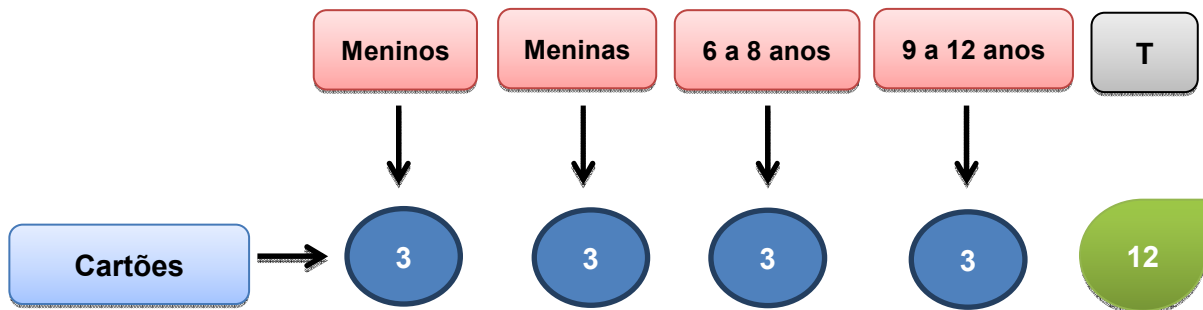
Para a primeira etapa de validação semântica, para cada um dos três grupos de cartões foram selecionadas três crianças de ambos os sexos na faixa etária entre seis e oito anos, três crianças de ambos os sexos na faixa etária entre nove e 12 anos, três meninos e três meninas. Assim, a amostra total para essa etapa foi de 36 crianças, como explicitado na Figura 1 a seguir.

Figura 1 - Fluxograma da composição da amostra para a primeira etapa de validação semântica. Campina Grande, 2015.



Na segunda etapa de validação semântica, o total da amostra foi de 12 crianças assim distribuídas: três meninos, três meninas, três crianças de ambos os sexos na faixa etária entre seis e oito anos e três crianças de ambos os sexos na faixa etária entre nove e 12 anos, como mostrado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma da composição da amostra para a segunda etapa de validação semântica. Campina Grande, 2015.



Ao final das duas etapas, foi recrutado um total de 48 crianças que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade estabelecidos para este estudo:

Critérios de inclusão: criança entre seis e 12 anos de idade; estar internada na unidade de internação pediátrica; estar acompanhada da mãe ou por um responsável legal; ter sua participação assegurada pela assinatura do Termo de Assentimento (APÊNDICE A) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) pelo responsável legal.

Critérios de exclusão: criança sem acompanhante; sem condições clínicas que permitissem sua participação, ou seja, crianças sedadas, entubadas; que estava sentindo dor no momento da entrevista e que apresentava comprometimento cognitivo, informado no prontuário, que impedisse o entendimento das questões do instrumento.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os “Cartões de Qualidade da Dor” (ANEXO A). Este instrumento é composto por 18 cartões contendo o personagem Cebolinha da Turma da Mônica em imagens que sugerem diferentes qualidades da dor e que têm por objetivo qualificar a dor da criança e do adolescente. Seguindo-se as diretrizes metodológicas do grupo DISABIKDS[®], para a primeira etapa da validação semântica, os 18 cartões foram divididos em três subsetores, cada um com seis cartões (ANEXOS B) e, para a

segunda etapa da validação semântica, permaneceram apenas os cartões que não foram conhecidos por mais de 50% das crianças de ambos os grupos (ANEXO C).

Os formulários para a validação semântica: impressões específicas, propostos pelo grupo DISABKIDS[®], devidamente autorizados pela coordenadora dos processos de adaptação cultural e validação dos instrumentos DISABKIDS[®] no Brasil e México, foram utilizados na primeira e segunda etapa do processo de validação semântica (ANEXOS D e E, respectivamente).

3.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março e abril de 2015. Porém, o contato prévio com a instituição coparticipante ocorreu ainda no ano de 2014, quando foram encaminhados ao coordenador de pesquisa da instituição o projeto de pesquisa e uma carta de solicitação para que esta pesquisa fosse realizada nas dependências do referido hospital. Com a autorização da instituição coparticipante, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e, somente após sua aprovação, a coleta de dados foi iniciada.

A seleção das crianças foi realizada pela pesquisadora, de acordo com as diretrizes metodológicas do grupo DISABKIDS[®] e com a rotatividade de internação das crianças na enfermaria pediátrica. Para organizar a operacionalização da coleta dos dados, criou-se uma planilha no programa Excel 2007 para que houvesse homogeneidade em relação ao sexo e à faixa etária dos dados que eram coletados, visando a viabilizar o recrutamento das crianças.

Primeiramente, foi realizado um contato com a criança e com os pais ou responsáveis legais para explicar os objetivos da pesquisa, solicitar autorização para que a pesquisadora pudesse ler o prontuário da criança e convidá-los a participar. Após a concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento foram apresentados, lidos e assinados. Em seguida, a pesquisadora apresentou para a criança todos os Cartões de Qualidade da Dor, sendo norteadora a questão:

“O cebolinha está com dor nesses cartões. Você já sentiu alguma dessas dores?”

Por fim, a pesquisadora iniciou o processo de validação semântica, apresentando à criança apenas o grupo com os seis Cartões de Qualidade da Dor correspondente às questões do subsetor do Formulário para Validação Semântica: impressões específicas, proposto pelo grupo DISABKIDS[®]. Todos os formulários foram preenchidos pela pesquisadora, conforme solicitação das próprias crianças.

Após o preenchimento do formulário, a pesquisadora consultava nos prontuários os dados de identificação da criança, o histórico de internação e o quadro clínico.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo fundamentou-se na Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Segundo o documento, as obrigações do pesquisador são: garantir o anonimato, a privacidade e a desistência do participante em qualquer etapa do estudo. Esta resolução incorpora princípios da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando a assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, do pesquisador e do Estado.

Ainda de acordo com a resolução 466/12, a pesquisadora elaborou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) usando linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento para o responsável legal das crianças. Para as crianças foi elaborado o Termo de Assentimento garantindo-lhes explicações sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos, duração da entrevista, benefícios previstos, potenciais de risco, incômodos que esta pudesse acarretar-lhes, anonimato, escolha para participar ou não da pesquisa e retirada de participação em qualquer fase do estudo.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para apreciação dos aspectos éticos,

sendo aprovado sob número CAAE: 35524014.0.0000.5392(ANEXO F) e à coordenação de pesquisa da instituição coparticipante deste estudo, em Campina Grande – PB, que autorizou a realização da pesquisa (ANEXO G). Este estudo também foi autorizado, quanto à utilização dos formulários DISABKIDS[®], fase de validação semântica, pela coordenadora dos processos de adaptação cultural e validação dos instrumentos DISABKIDS[®] no Brasil e México, Professora Dra. Claudia Benedita dos Santos (ANEXO H).

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas do software EXCEL (Microsoft Office 2007) e, posteriormente, analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

As variáveis foram analisadas com estatística descritiva (frequências absolutas e relativas). A associação entre os Cartões de Qualidade da Dor e a faixa etária das crianças foi analisada com o Coeficiente de Correlação Bisserial e a associação entre os Cartões e o sexo foi analisada por meio do Teste Exato de *Fisher*. Para análise da associação entre os Cartões com os diagnósticos médicos das crianças, foi calculado o Coeficiente *Phi* do Teste Qui-quadrado. Para todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% (Field, 2009; Berquó, Souza, Gotlieb, 1997).

No processo de validação semântica, as 18 palavras e expressões foram analisadas, uma a uma, a fim de verificar sua utilização pelas crianças na avaliação da dor. Como foram realizadas duas etapas de validação semântica, foram elaboradas planilhas para cada uma delas. A análise dos dados para cada etapa foi realizada pela criadora dos Cartões de Qualidade da Dor em conjunto com a pesquisadora.

4 RESULTADOS

Para a realização da validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor, foram necessários dois momentos distintos de coleta de dados. Na primeira etapa, os 18 descritores dos Cartões de Qualidade da Dor foram divididos em três tabelas de validação semântica (ANEXO D), ficando cada tabela com seis descritores; já na segunda etapa, foi necessária apenas uma tabela de validação semântica com sete descritores.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS

4.1.1 Gênero e faixa etária

Para o estudo, foram recrutadas, no total, 48 crianças de seis a 12 anos, sendo que dessas, 36 participaram da primeira etapa de validação semântica e 12 da segunda. Na primeira etapa, de acordo com o gênero, foram convidadas 14 meninas e 22 meninos e, de acordo com a faixa etária, sete crianças com seis anos de idade, sete com sete anos, quatro com oito anos, quatro com nove anos, nove com dez anos, três com 11 anos e duas com 12 anos de idade. Para a segunda etapa, foram selecionadas cinco meninas e sete meninos: uma com seis anos de idade, uma com sete anos, uma com oito anos, duas com nove anos, duas com dez anos, duas com 11 anos e três com 12 anos de idade.

O gráfico 1 apresenta o percentual de crianças selecionadas, nas duas etapas, de acordo com o gênero. O gráfico 2 mostra a frequência absoluta de crianças, nas duas etapas, de acordo com a faixa etária.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo gênero. Campina Grande, 2015.

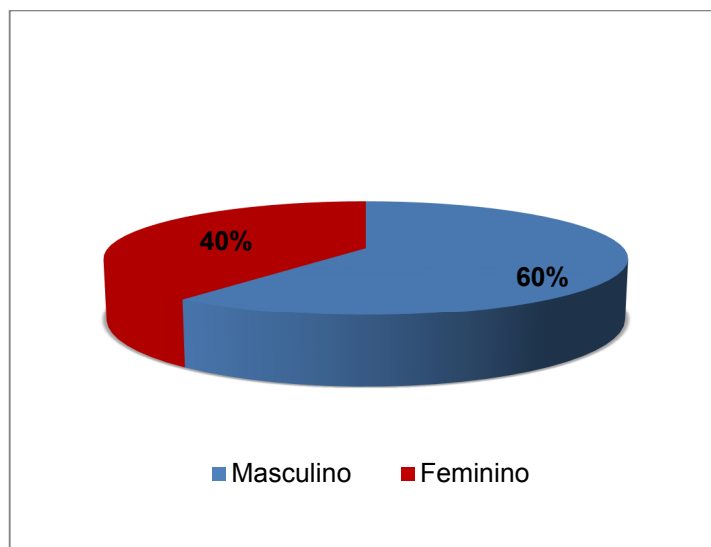
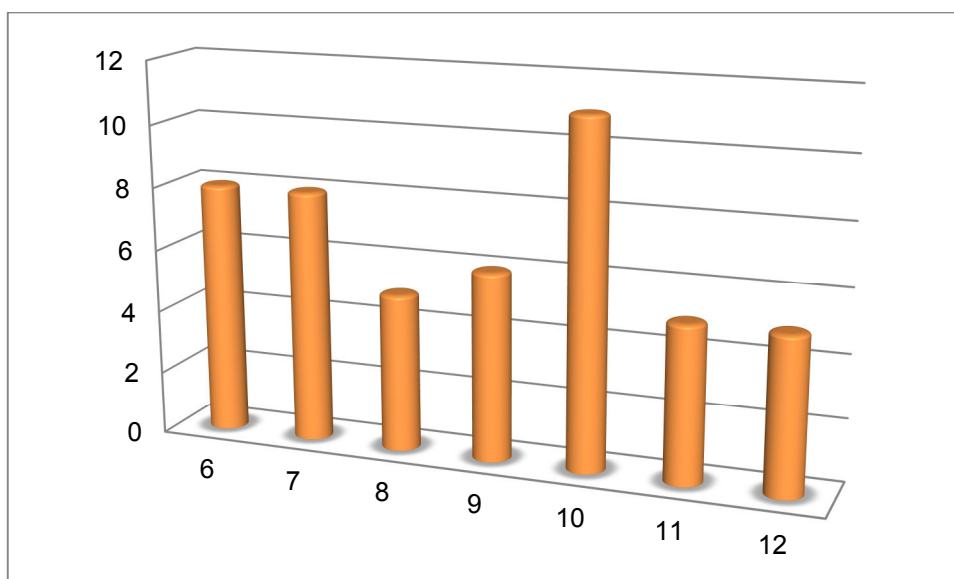


Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo faixa etária. Campina Grande, 2015.

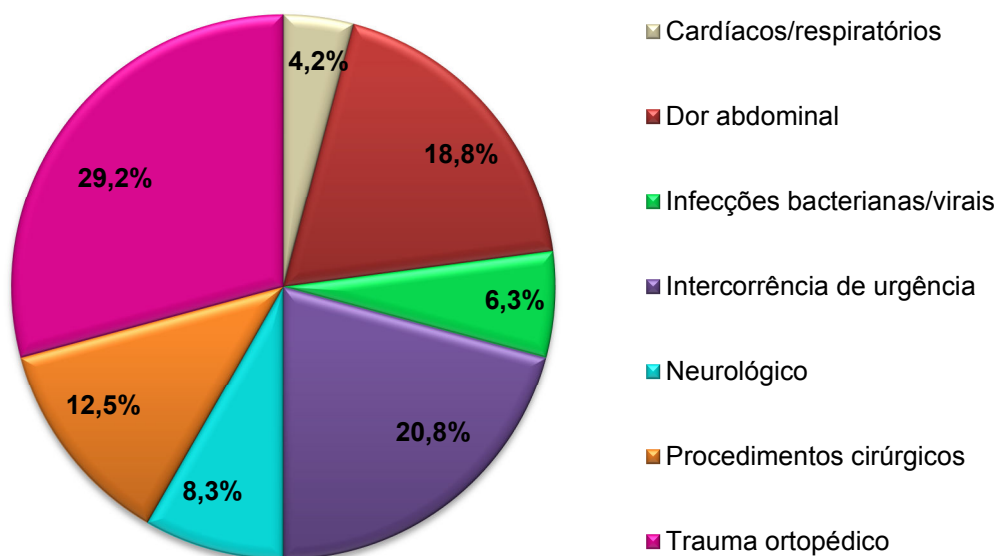


4.1.2 Diagnósticos médicos

Com relação aos diagnósticos médicos das crianças, observou-se grande variedade entre eles; contudo, os mais frequentes foram agrupados de acordo com o sistema do corpo humano afetado e/ou envolvido e o quadro clínico apresentado pelas crianças.

Sendo assim, 14 crianças sofreram algum trauma ortopédico, dez apresentaram alguma intercorrência de urgência que as levaram à internação hospitalar, nove foram admitidas com dor abdominal, seis foram submetidas a procedimentos cirúrgicos, quatro diagnosticadas com problemas neurológicos, três estavam se recuperando de infecções bacterianas ou virais e duas crianças tinham complicações cardíacas/ respiratórias. O gráfico 3 apresenta os diagnósticos médicos das crianças em frequência relativa.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo diagnósticos médicos. Campina Grande, 2015.



4.2 APLICAÇÃO DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

Os 18 Cartões de Qualidade da Dor foram apresentados às crianças com a seguinte pergunta: “O cebolinha está com dor nesses cartões. Você já sentiu alguma dessas dores?”. Assim, elas escolheram os cartões que julgaram mais adequados para representar seu processo doloroso. Apresentar os 18 Cartões antes do processo de validação semântica visa que a população conheça o instrumento completo e se familiarize com o mesmo.

Levando-se em conta a totalidade da amostra (N=48), os cartões mais escolhidos pelas crianças foram: Cartão 4 – Dolorida (56,3%); 12 – Enjoada (66,7%); e 14 - Forte (52,1%). Os cartões que obtiveram menores índices de escolha foram: Cartão 2 – Fisgada (4,2%) e 10 – Atormenta(10,4%). A Tabela 1 traz a análise descritiva da escolha dos 18 Cartões de Qualidade da Dor pelas crianças.

Tabela 1 – Análise descritiva da escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.

Escolha dos Cartões de Qualidade da Dor			
Cartões	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	N
1 Queimação	11	22,9%	48
2 Fisgada	2	4,2%	48
3 Mordida	17	35,4%	48
4 Dolorida	27	56,3%	48
5 Formigamento	15	31,3%	48
6 Repuxa	9	18,8%	48
7 Agulhada	16	33,3%	48
8 Latejante	14	29,2%	48
9 Apavorante	15	31,3%	48
10 Atormenta	5	10,4%	48
11 Cansativa	19	39,6%	48
12 Enjoada	32	66,7%	48
13 Enlouquecedora	9	18,8%	48
14 Forte	25	52,1%	48
15 Aborrecida	9	18,8%	48
16 Em aperto	9	18,8%	48
17 Fria	17	35,4%	48
18 Espalha	14	29,2%	48

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA, SEXO E DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DAS CRIANÇAS E A ESCOLHA DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

A associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor revelou diferenças na escolha dos cartões entre as crianças mais novas e as mais velhas (Tabela 2).

Partindo-se do fato de que apenas os Cartões 11, 14 e 15 tiveram associações estatisticamente significativas ($p=0,013$, $p=0,001$ e $p=0,028$, respectivamente), o cálculo do coeficiente de Correlação Bisserial mostrou associação negativa ($-0,472$) entre a faixa etária e o Cartão 14, ou seja, quanto mais novas as crianças, mais elas escolheram o cartão “Forte”. Em referência aos Cartões 11 e 15, o coeficiente de correlação mostrou associações positivas com a idade ($0,357$ e $0,318$, respectivamente), ou seja, quanto mais idade as crianças têm, mais elas escolheram os Cartões “Cansativa” e “Aborrecida”.

Tabela 2– Associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015. (continua)

Cartões	Faixa etária		
	Correlação Bisserial	Valor-p	N
1 Queimação	0,201	0,170	48
2 Fisgada	-0,252	0,084	48
3 Mordida	0,041	0,780	48
4 Dolorida	0,250	0,086	48
5 Formigamento	-0,012	0,937	48
6 Repuxa	-0,235	0,108	48
7 Agulhada	0,153	0,300	48
8 Latejante	0,174	0,236	48
9 Apavorante	-0,198	0,177	48
10 Atormenta	0,100	0,498	48
11 Cansativa	0,357	0,013	48

(continuação)

Faixa etária			
Cartões	Correlação Bisserial	Valor-p	N
12 Enjoada	0,099	0,502	48
13 Enlouquecedora	0,235	0,108	48
14 Forte	-0,472	0,001	48
15 Aborrecida	0,318	0,028	48
16 Em aperto	0,069	0,640	48
17 Fria	-0,094	0,525	48
18 Espalha	-0,063	0,669	48

Valor-p significativo para Correlação Bisserial

(conclusão)

A associação entre o sexo e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor não apresentou nenhum teste significativo. Com base nos resultados obtidos neste estudo, pode-se interpretar que o sexo não está associado à escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. De forma geral, infere-se que meninos e meninas escolheram os cartões da mesma maneira, ou ainda, que ambos apresentaram a tendência para escolher os mesmos cartões.

A Tabela 3 apresenta a associação entre o gênero e a escolha dos cartões, calculada pelo Teste Exato de *Fisher*. Para o Cartão 1 (Queimação): os meninos apresentaram chance duas vezes maior de escolher esse cartão que as meninas. A Razão de Chance para o Cartão 2 (Fisgada) não pôde ser calculada, devido ao fato de que nenhum menino escolheu esse cartão. O Cartão “Mordida” mostrou chance três vezes maior de ser escolhido pelos meninos do que pelas meninas, enquanto o Cartão 4 (Dolorida) e o Cartão 7 (Agluhada) tiveram chance aproximadamente 2,6 vezes maior de ser escolhidos pelo sexo masculino.

As meninas apresentaram 3%, 28%, 53% e 19% mais chance de escolher os Cartões 5 (Formigamento), 6 (Repuxa), 9 (Apavorante) e 11 (Cansativa), respectivamente. Por outro lado, os meninos tiveram 97%, 30% e 39% mais chance de escolher os Cartões “Latejante”, “Enjoada” e “Em aperto”, respectivamente.

Para o Cartão 10 (Atormenta), as meninas tiveram chance 2,53 vezes maior de escolhê-lo e chance 2,23 vezes maior chance de escolher os Cartões 13 (Enlouquecedora) e 15 (Aborrecida). Por fim, os Cartões “Forte”, “Fria” e “Espalha” apresentaram 4%, 10% e 17% mais chance de ser escolhidos, respectivamente, pelos meninos.

Tabela 3 – Associação entre o sexo e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.

	Sexo						Valor-p ¹	OR	
	Masculino		Feminino		Total			M/F	F/M
	N	%	N	%	N	%			
1 Queimação	8	27,6%	3	15,8%	11	22,9%	0,488	2,03	0,49
2 Fisgada	0	0,0%	2	10,5%	2	4,2%	0,152		
3 Mordida	13	44,8%	4	21,1%	17	35,4%	0,127	3,05	0,33
4 Dolorida	19	65,5%	8	42,1%	27	56,3%	0,143	2,61	0,38
5 Formigamento	9	31,0%	6	31,6%	15	31,3%	1,000	0,98	1,03
6 Repuxa	5	17,2%	4	21,1%	9	18,8%	1,000	0,78	1,28
7 Agulhada	12	41,4%	4	21,1%	16	33,3%	0,213	2,65	0,38
8 Latejante	10	34,5%	4	21,1%	14	29,2%	0,354	1,97	0,51
9 Apavorante	8	27,6%	7	36,8%	15	31,3%	0,538	0,65	1,53
10 Atormenta	2	6,9%	3	15,8%	5	10,4%	0,372	0,40	2,53
11 Cansativa	11	37,9%	8	42,1%	19	39,6%	1,000	0,84	1,19
12 Enjoada	20	69,0%	12	63,2%	32	66,7%	0,759	1,30	0,77
13 Enlouquecedora	4	13,8%	5	26,3%	9	18,8%	0,451	0,45	2,23
14 Forte	15	51,7%	10	52,6%	25	52,1%	1,000	0,96	1,04
15 Aborrecida	4	13,8%	5	26,3%	9	18,8%	0,451	0,45	2,23
16 Em aperto	6	20,7%	3	15,8%	9	18,8%	1,000	1,39	0,72
17 Fria	10	34,5%	7	36,8%	17	35,4%	1,000	0,90	1,11
18 Espalha	8	27,6%	6	31,6%	14	29,2%	1,000	0,83	1,21

1- Teste Exato de Fisher; OR – Odd Ratio (Razão de Chance); M – Masculino; F – Feminino

A Tabela 4 traz as associações estatisticamente significativas para a associação entre os diagnósticos médicos das crianças e os Cartões de Qualidade da Dor. As associações positivas (valor do coeficiente *Phi* positivo) significam que as crianças acometidas por aquele diagnóstico médico escolheram mais o Cartão que teve associação estatisticamente significativa. Por outro lado, as associações negativas indicam que as crianças com aquele diagnóstico médico escolheram menos determinado Cartão. Quando o valor de *Phi* se aproximou de zero, mais fraca foi a correlação, ou seja, a escolha do Cartão pelas crianças acontece de maneira independente do diagnóstico médico.

Os grupos de diagnósticos cardíacos/ respiratórios e as intercorrências de urgência não alcançaram valores estatisticamente significativos para nenhum cartão. Portanto, não foi possível estabelecer associações para esses diagnósticos. Dessa forma, esses diagnósticos médicos não estão relacionados a nenhum Cartão.

Os Cartões² (Fisgada), 4 (Dolorida) e 9 (Apavorante) apresentaram associações estatisticamente significativas para o grupo de diagnóstico neurológico ($p=0,030$, $p=0,017$ e $p=0,050$, respectivamente). Para os Cartões “Fisgada” (0,314) e “Apavorante” (0,285), os valores do coeficiente *Phi* foram positivos, indicando que as crianças com problemas neurológicos escolheram mais esses cartões. Entretanto, o Cartão 4 teve associação negativa (-0,342), mostrando que as crianças com diagnósticos neurológicos escolheram menos o Cartão “Dolorida”.

As infecções bacterianas/virais tiveram associações estatisticamente significativas apenas para o Cartão 6 (Repuxa) ($p=0,028$), e o valor de *Phi* para esse Cartão foi positivo (0,317). Desse modo, infere-se que as crianças acometidas por infecções escolheram mais o Cartão “Repuxa”.

Os procedimentos cirúrgicos mostraram associações estatisticamente significativas nos casos dos Cartões 7 “Agluhada” ($p=0,005$) e do Cartão 9 “Apavorante” ($p=0,047$), e para esses cartões foram calculados os valores positivos de *Phi* (0,401 e 0,289, respectivamente), indicando que as crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos escolheram mais os Cartões “Agluhada” e “Apavorante”.

O Cartão 12, “Enjoada”, teve associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de dor abdominal ($p=0,018$) e trauma ortopédico ($p=0,025$). Para o

diagnóstico de dor abdominal, sua associação foi positiva (0,340), ou seja, as crianças com dor abdominal escolheram mais o Cartão “Enjoada”. A associação do Cartão 12 com o diagnóstico de trauma ortopédico apresentou associação negativa (-0,324), revelando que as crianças que sofreram algum trauma ortopédico escolheram menos o cartão 12.

Tabela 4– Associação entre os diagnósticos médicos e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor. Campina Grande, 2015.

	Cardíacos/ respiratórios		Dor abdominal		Infecções bacterianas /virais		Intercorrência de urgência		Neurológicos		Procedimentos cirúrgicos		Trauma ortopédico	
	Phi	Valor- p	Phi	Valor- p	Phi	Valor- p	Phi	Valor- p	Phi	Valor-p	Phi	Valor- p	Phi	Valor- p
1 Queimação	0,134	0,363	-0,135	0,361	0,064	0,666	-0,158	0,285	0,015	0,920	0,094	0,527	0,086	0,560
2 Fisgada	-0,043	0,769	-0,100	0,498	-0,054	0,716	-0,107	0,469	0,314	0,030	-0,079	0,594	0,096	0,518
3 Mordida	0,064	0,668	-0,133	0,369	0,169	0,252	0,156	0,288	-0,066	0,657	-0,016	0,912	-0,092	0,535
4 Dolorida	-0,026	0,859	-0,007	0,964	0,228	0,120	-0,065	0,663	-0,342	0,017	-0,048	0,748	0,196	0,181
5 Formigamento	-0,141	0,341	-0,209	0,155	0,012	0,938	0,097	0,513	0,122	0,409	0,153	0,300	-0,037	0,802
6 Repuxa	-0,100	0,498	-0,094	0,525	0,317	0,028	-0,246	0,091	0,048	0,745	-0,182	0,217	0,279	0,055
7 Agulhada	0,074	0,619	0,000	1,000	0,183	0,214	-0,036	0,807	-0,213	0,146	0,401	0,005	-0,259	0,075
8 Latejante	-0,134	0,365	-0,191	0,194	0,213	0,146	0,235	0,108	-0,028	0,852	0,173	0,239	-0,210	0,152
9 Apavorante	0,084	0,569	-0,094	0,527	-0,174	0,237	-0,235	0,108	0,285	0,050	0,289	0,047	-0,037	0,802
10 Atormenta	-0,071	0,631	-0,164	0,266	-0,088	0,552	-0,007	0,962	0,144	0,329	-0,129	0,383	0,231	0,114
11 Cansativa	0,044	0,764	-0,061	0,678	-0,209	0,154	-0,101	0,497	0,064	0,665	0,209	0,153	0,043	0,772
12 Enjoada	0,147	0,317	0,340	0,018	0,000	1,000	-0,181	0,217	0,053	0,719	0,134	0,365	-0,324	0,025
13 Enlouquecedora	-0,100	0,498	-0,094	0,525	-0,124	0,401	-0,115	0,436	0,241	0,098	0,141	0,338	0,044	0,766
14 Forte	-0,217	0,138	0,140	0,342	-0,097	0,512	-0,124	0,401	-0,163	0,267	0,110	0,455	0,157	0,287
15 Aborrecida	0,167	0,257	-0,231	0,115	-0,124	0,401	0,148	0,316	-0,145	0,326	-0,020	0,892	0,161	0,273
16 Em aperto	0,167	0,257	0,179	0,222	0,096	0,514	-0,246	0,091	0,048	0,745	0,141	0,338	-0,191	0,194
17 Fria	0,282	0,053	-0,133	0,369	0,169	0,252	-0,058	0,695	0,092	0,534	-0,016	0,912	-0,092	0,535
18 Espalha	0,096	0,518	-0,073	0,620	0,024	0,873	-0,103	0,484	-0,028	0,852	0,035	0,815	0,092	0,532

Valor-p significativo para o coeficiente Phi

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Para o processo de validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor, foram utilizados os formulários para validação semântica: impressões específicas, desenvolvidos pelo grupo DISABKIDS® (ANEXO D). As questões objetivaram identificar se as crianças conheciam as palavras dos Cartões de Qualidade da Dor, se tinham dificuldade em entendê-las e se as utilizavam para descrever sua própria dor. Quando as crianças referiam conhecê-las, mas não as utilizavam para descrever a sua dor, elas poderiam sugerir uma nova palavra utilizada por elas, mas com o mesmo significado do descritor do Cartão.

Como critério de inclusão das palavras no instrumento, todas elas deveriam ser conhecidas e utilizadas por mais de 50% da amostra de crianças participantes do estudo. Caso a palavra fosse conhecida e utilizada por mais de 50% da amostra de apenas um grupo (meninos, meninas, entre seis e oito anos, entre nove e 12 anos), ela seria considerada como desconhecida por todo o grupo, sendo necessária uma nova etapa de validação semântica para ambos os grupos. Partindo desse pressuposto, as palavras desconhecidas e não utilizadas por mais de 50% da amostra de crianças foram submetidas a uma nova etapa de validação semântica. Na maioria dos casos, as crianças propuseram novas palavras e expressões, que, após apreciação pela criadora dos Cartões e pela pesquisadora, foram submetidas à avaliação por outra amostra de crianças.

Para alcançar consenso, quando todas as palavras e expressões eram foram conhecidas e utilizadas por mais de 50% da amostra de ambos os grupos de crianças, as duas etapas de validação semântica foram realizadas.

4.4.1 Primeira etapa de validação semântica

Na primeira etapa de validação semântica, participaram 36 crianças, com divisão equitativa entre sexo e faixa etária: nove meninos, nove meninas, nove crianças entre seis e oito anos de idade, nove crianças entre nove e 12 anos. Ao final dessa etapa, do total de 18 palavras que compõem os Cartões de Qualidade da Dor, a maioria (11 palavras) foi identificada como conhecida e utilizada por mais de

50% da amostra de crianças dos grupos acima descritos. As sete palavras restantes (39%) não eram conhecidas por mais de 50% das crianças como palavras que elas utilizam quando estão com dor. Nesses casos, as crianças sugeriram novas palavras para os cartões desconhecidos que foram reaplicados na segunda etapa de validação semântica deste estudo, conforme será descrito na segunda etapa de validação semântica.

As palavras **Mordida**, **Dolorida**, **Formigamento**, **Repuxa**, **Cansativa**, **Enjoada**, **Forte** e **Fria** eram conhecidas por todas as crianças da amostra (100%), que também não tiveram dificuldade em entender seus significados. Porém, apenas as palavras **Dolorida** e **Forte** foram citadas por 100% das crianças quando perguntadas se elas utilizavam essas palavras para descrever sua dor. Apenas uma criança (8%) disse não utilizar a palavra **Mordida** para descrever sua dor, enquanto 92% da amostra revelou não utilizar a palavra **Formigamento**. Para as palavras **Repuxa**, **Cansativa** e **Enjoada**, 33% das crianças afirmaram não utilizá-las para descrever sua dor, enquanto 25% não utilizaram a palavra **Fria**.

A palavra **Queimação** era conhecida por todas as crianças da amostra (100%); porém 8,3% afirmaram ter dificuldade em entender o que ela significa e 25% relataram não utilizar essa palavra para descrever sua dor.

As palavras **Latejante** e **Apavorante** eram conhecidas por 75% das crianças, mas 25% e 50%, respectivamente, disseram ter dificuldade para entendê-las. Com relação à utilização dessas palavras para descrever sua dor, 25% das crianças não utilizaram a palavra **Latejante** e 92% **Apavorante**.

A palavra **Fisgada** era conhecida por 42% das crianças, mas 58% afirmaram ter dificuldade para entender essa palavra e 83% não a utilizaram para descrever sua dor.

As palavras **Agulhada**, **Enlouquecedora**, **Aborrecida** e a expressão **Em aperto** obtiveram cada uma 92% de conhecimento pelas crianças. Entretanto, 33%, 8%, 17% e 33%, das crianças, respectivamente, tiveram dificuldade para entender essas palavras. Com relação à utilização para descrever a dor, 75% das crianças não utilizaram a palavra **Agulhada**, 25% **Enlouquecedora** e **Aborrecida** e 50%, a expressão **Em aperto**.

As palavras **Atormenta** e **Espalha** eram conhecidas por 67% e 83%, respectivamente, das crianças; 50% das crianças tiveram dificuldade para entender a palavra **Atormenta** e 25%, **Espalha**; 84% das crianças não utilizaram a palavra **Atormenta** para descrever sua dor e 58%, **Espalha**.

A Tabela 5 apresenta a distribuição da amostra na primeira etapa de validação semântica, segundo a não utilização das palavras dos Cartões de Qualidade da Dor para descrever a dor.

Tabela 5 – Distribuição da amostra na primeira etapa de validação semântica, segundo a não utilização das palavras para descrever a dor. Campina Grande, 2015.

Palavras	Meninos	Meninas	6-8 anos	9-12 anos	Total de crianças
1 Queimação	1	1	1	0	25%
2 Fisgada	3	2	2	3	83%
3 Mordida	0	1	0	0	8%
4 Dolorida	0	0	0	0	0%
5 Formigamento	2	3	3	3	92%
6 Repuxa	1	1	1	1	33%
7 Agulhada	2	2	2	3	75%
8 Latejante	0	1	1	1	25%
9 Apavorante	3	2	3	3	92%
10 Atormenta	3	3	3	1	83%
11 Cansativa	1	1	1	1	33%
12 Enjoada	1	1	1	1	33%
13 Enlouquecedora	1	1	1	0	25%
14 Forte	0	0	0	0	0%
15 Aborrecida	1	0	1	1	25%
16 Em aperto	3	1	1	1	50%
17 Fria	1	1	1	0	25%
18 Espalha	2	1	3	1	58%

Todas as 18 palavras eram conhecidas por mais de 50% de todos os grupos. No entanto, sete delas não eram utilizadas por mais de 50% das crianças de todos os grupos para descrever sua dor. As palavras **Fisgada**, **Formigamento**, **Agulhada**, **Apavorante**, **Atormenta** e **Espalha** não foram utilizadas por mais de 50% das crianças, de ambos os grupos, para descrever sua dor. Nesses casos, foram solicitadas, às crianças, sugestões para substituir tais palavras. Dessa maneira, a partir de suas sugestões e das discussões sobre os significados das palavras entre a pesquisadora e a criadora dos Cartões de Qualidade da Dor, foram propostas

novas expressões aos Cartões com as palavras não conhecidas pelas crianças e, posteriormente, utilizadas na segunda etapa de validação semântica.

Assim, as palavras **Fisgada**, **Formigamento**, **Agulhada**, **Apavorante**, **Atormenta** e **Espalha**, foram substituídas pelas palavras e expressões **Pontada**, **Formigando**, **Espetada**, **Dor que dá medo**, **Aperriada** e **Dor no corpo todo**, respectivamente. A expressão **Em aperto** obteve exatamente 50% da amostra, com relação a sua utilização, e não um valor acima que 50%. Contudo, preferimos submetê-la à segunda etapa de validação semântica, visto que metade da amostra sugeriu a palavra **Arrochada** para esse Cartão, no lugar de **Em aperto**.

Essas novas palavras e expressões propostas foram organizadas em uma nova tabela de validação semântica (ANEXO E) e submetidas à avaliação por outra amostra de crianças.

4.4.2 Segunda etapa de validação semântica

Atendendo aos critérios de inclusão das crianças descritos no método, nesta etapa, foram recrutadas três crianças de ambos os sexos na faixa etária entre seis e oito anos, três crianças de ambos os sexos na faixa etária entre nove e 12 anos, três meninos e três meninas, totalizando 12 crianças entrevistadas.

As palavras e expressões **Dor que dá medo**, **Aperriada**, **Arrochada** e **Dor no corpo todo** eram conhecidas por todas as crianças (100%), que também não tiveram dificuldade em entender seus significados. Porém, apenas as expressões **Dor que dá medo** e **Dor no corpo todo** foram citadas por todas as crianças (100%), quando perguntadas se elas utilizavam essas expressões para descrever sua dor, já que 17% das crianças disseram não utilizar a palavra **Aperriada** para descrever sua dor e 25% delas, **Arrochada**.

A palavra **Espetada** era conhecida por 100% das crianças, enquanto **Pontada** e **Formigando** eram conhecidas por 92% da amostra. Apenas uma criança (8%) revelou ter dificuldade em entender essas três palavras. Quanto à utilização dessas palavras para descrever a dor, 92% das crianças afirmaram utilizar as palavras **Pontada** e **Espetada** e 75%, **Formigando**.

A Tabela 6 mostra a distribuição da amostra na segunda etapa de validação semântica, segundo a não utilização das palavras para descrever a dor.

Tabela 6 – Distribuição da amostra na segunda etapa de validação semântica, segundo a não utilização das palavras para descrever a dor. Campina Grande, 2015.

Cartões	Meninos	Meninas	6-8 anos	9-12 anos	Total de crianças
2	0	1	0	0	8%
5	1	1	0	1	25%
7	0	1	0	0	8%
9	0	0	0	0	0%
10	1	0	1	0	17%
16	1	0	1	1	25%
18	0	0	0	0	0%

Ao final das duas etapas de validação semântica, as palavras e expressões conhecidas e utilizadas por mais de 50% da amostra de crianças para descrever a dor foram organizadas na Tabela 7, de acordo com os componentes aos quais pertencem.

Tabela 7 – Apresentação da versão final das palavras e expressões conhecidas e utilizadas por mais de 50% das crianças para descrever a dor resultante do processo de validação semântica. Campina Grande, 2015.

Componente Sensorial	Componente Afetivo	Componente Avaliativo	Componente Miscelânea
Queimação	<i>Dor que dá medo</i>	Forte	Aborrecida
<i>Pontada</i>	<i>Aperriada</i>		<i>Arrochada</i>
Mordida	Cansativa		Fria
Dolorida	Enjoada		<i>Dor no corpo todo</i>
<i>Formigando</i>	Enlouquecedora		
Repuxa			
<i>Espetada</i>			
Latejante			

5 DISCUSSÃO

Em crianças, é fundamental que a dor seja adequadamente identificada, avaliada e, sobretudo, tratada. No entanto, estas ainda são tarefas complexas para a equipe de saúde. Incorporar práticas farmacológicas e não farmacológicas é uma forma de tornar o atendimento infantil mais humano e sensível. De fato, esse atendimento desse ser voltado não somente para o trabalho técnico de preparação de medicação analgésica, mas também deve envolver o comprometimento da equipe e o convite e abertura para que os pais e familiares também participem no cuidado da criança com dor (Gonçalves et al., 2013).

Cada vez mais, o conhecimento científico para a utilização dos instrumentos de avaliação da dor visa a aperfeiçoar os benefícios que eles proporcionam (Monfrim et al., 2015). Para tanto, a utilização de instrumentos está relacionada com ações de prevenção e controle da dor, que são de grande importância, pois podem evitar efeitos deletérios em curto e longo prazo, desencadeados a partir da estimulação dolorosa (Bueno, Kimura, Diniz, 2009).

A aplicação de instrumentos pode facilitar o trabalho da equipe multiprofissional na avaliação e mensuração da dor pediátrica, porque traz informações reais, tornando-se assim um parâmetro confiável, rápido e de fácil uso no controle da dor (Gonçalves et al., 2013). Existe, atualmente, uma variedade de instrumentos desenvolvidos para decodificar a linguagem da dor sentida pelas crianças (Monfrim et al., 2015). Todavia, para interpretar a comunicação não verbal da dor, faz-se necessária a utilização sistemática de métodos objetivos, por meio do emprego constante de instrumentos de avaliação do fenômeno doloroso desenhados para cada público específico (Balda et al., 2009).

Os Cartões de Qualidade da Dor utilizados neste estudo constituem um instrumento multidimensional de avaliação da dor pediátrica que conta com 18 descritores de dor. Sua aplicação mostrou que as crianças selecionadas para a amostra escolheram, em sua maioria, o Cartão 12, referente à dor Enjoada; o 4 – dor Dolorida; e o 14 – dor Forte. Resultado semelhante também foi encontrado por Rossato e Magaldi em 2006, quando além dos Cartões Dolorida, Enjoada e Forte, a maioria das crianças escolheu os Cartões Agulhada, Latejante e Queimação. Com relação aos cartões que obtiveram menores índices de escolha, este estudo e o de Rossato e Magaldi (2006) encontraram o Cartão 2 – Fisgada.

Para uma avaliação mais precisa da intensidade da dor, o ideal é a utilização de escalas de dor direcionadas para cada faixa etária (Gonçalves et al., 2013), pois as crianças têm maneiras peculiares de manifestar a dor. Portanto para avaliá-la e quantificá-la, é necessário compreender os estágios de desenvolvimento e comportamentos próprios da infância, diferenciados nas variações de faixas etárias (Dias et al., 2008).

Em 1969, o psicólogo suíço Jean Piaget foi o primeiro a explicar como o conhecimento do mundo de uma criança muda com a idade. Ele propôs três estágios de raciocínio: intuitivo, operacional concreto e operacional formal (Piaget, Inhelder, 1973). Dessa maneira, a criança é capaz de fazer deduções lógicas, rotular e trabalhar com relações quantitativas entre coisas e pensamentos concretos, quando entra no estágio do pensamento lógico concreto, por volta dos sete anos de idade. Porém, a capacidade de raciocinar de forma abstrata, com qualquer nível de capacidade, é adquirida somente na adolescência (Crow, 1997; Esteve, Marquina-Aponte, 2011; Borghi et al., 2014).

Cada estágio é construído sobre as realizações do estágio anterior e a partir dele ocorre um processo contínuo e ordenado. A evolução do desenvolvimento intelectual é maturacional e invariável, sendo dividida em quatro estágios: o sensorio-motor (do nascimento até os dois anos de idade), o pré-operacional (de 2 a 7 anos de idade), o período das operações concretas (dos 7 aos 11 anos de idade) e aquele das operações formais (dos 11 aos 17 anos de idade) (Piaget, Inhelder, 1973; Crow, 1997; Esteve, Marquina-Aponte, 2011).

A idade influencia nos limiares de dor, que nas crianças são em número muito maior e se distribuem por todo o corpo infantil. As crianças têm a superfície corporal mais exposta à dor, se comparada com aquela dos adultos. Quanto mais nova a criança, maiores são as chances de ela intensificar sua dor (Duarte, Goulart, Penna, 1999).

Para avaliar a dor em crianças pequenas, como pré-escolares, por exemplo, é necessário enfatizar a sua maneira de perceber a experiência dolorosa, haja vista a criança dessa faixa etária percebe a dor como uma experiência física, e convive com ela de maneira egocêntrica (Stein, 1995). Até os dois anos de idade, as crianças podem relatar que sentem dor, mas não conseguem avaliar sua intensidade. Na fase pré-escolar, as crianças apresentam mais dificuldades para relatar sua dor (Ronald, 1998). No entanto, aos quatro ou cinco anos, pode ser utilizado certos métodos para

avaliar a intensidade de sua dor. Enfim, aos seis ou sete anos, é possível o uso de escalas verbais padronizadas e de outras escalas designadas para adultos (Santos, Escobar, 2015).

Um estudo realizado em um hospital público da cidade de São Paulo, com 31 crianças na faixa etária dos seis aos 12 anos de idade, revelou que as crianças mais novas (entre 6 e 7 anos) referiam dor de maior intensidade (Morete et al., 2010). Resultado semelhante foi encontrado em nosso estudo, visto que o cartão do componente avaliativo referente à dor Forte foi escolhido pela maioria das crianças mais novas. Entre as crianças mais velhas (9 e 12 anos), por outro lado, os cartões dos componentes afetivo e miscelânea foram a escolha mais frequente.

Munhoz e Rossato (2013), em sua pesquisa sobre avaliação da dor de crianças e adolescentes utilizando os Cartões de Qualidade da Dor, relataram que a maioria das crianças escolares escolheu os Cartões Dolorida, Repuxa e Agulhada. Contudo, Rossato e Magaldi (2006) afirmaram, em seu estudo, não ter encontrado correlação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor.

A avaliação da forma como as crianças interpretam sua doença e o estímulo doloroso é fundamental para o alívio efetivo da dor. Entre os muitos fatores que devem ser analisados no manejo adequado da dor na infância está o fato de que a criança aprende a avaliar, a entender o significado e a relevância dos fenômenos, assim como a manifestar comportamentos, a partir do processo de internalização das premissas de gênero (Moura et al., 2011).

Gênero compreende uma série de significados culturais atribuídos às diferenças biológicas. Diz respeito aos atributos, funções e relações que transcendem a reprodução biológica e que por serem construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças e relações de poder e opressão entre eles (Moura et al., 2011). A norma do gênero masculino enfatizaria o machismo, a resistência à dor é umas das evidências da essência masculina. A norma do gênero feminino, por outro lado, conteria elementos de socialização que aceitam a dor como parte normal da vida, permitindo sua comunicação (Myers et al., 2006).

Entretanto, há escassez de literatura sobre a interferência do gênero no processo de mensuração da dor em crianças (Fuller, 2002). Neste estudo, as análises estatísticas revelaram não existir diferenças entre as escolhas de meninos e meninas no processo de avaliação da dor, uma vez que ambos escolheram os

mesmos descritores de dor. Isso nos permite inferir que o gênero não está associado à maneira como meninos e meninas avaliam a dor.

Resultados semelhantes foram encontrados por Fuller (2002) em seu estudo sobre diferenças de gênero entre crianças com relação à dor aguda, bem como por Myers et al. (2006) e por Munhoz e Rossato (2013). Tais estudos não reportam diferenças entre meninos e meninas. Assim, as respostas encontradas no presente processo de avaliação da dor foram inconsistentes.

A dor na criança hospitalizada pode ser causada pela doença e sua avaliação poderá estar relacionada ao diagnóstico médico da criança (Silva et al., 2011). Os resultados do estudo conduzido por Rossato, Ângelo, Silva (2007) revelaram o impacto do diagnóstico médico na condição da criança normal e da criança doente. Para a criança, a hospitalização representa o medo do desconhecido, o sofrimento físico com os procedimentos e o sofrimento psicológico associados a todos os sentimentos novos que passa a vivenciar.

No presente estudo, analisou-se a associação entre os diagnósticos médicos e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor, evidenciando como a aplicação de um instrumento multidimensional na avaliação de dor pediátrica pode ser um elemento facilitador desse processo. As crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos escolheram com maior frequência os Cartões Agulhada e Apavorante. Esse achado permite inferir que as crianças associaram as agulhas, punções e incisões ao fato de estar hospitalizadas, e também ao pavor e ao medo desses procedimentos. Com relação ao Cartão Enjoada, a associação entre diagnóstico médico e escolha do Cartão ficou ainda mais clara, pois este cartão foi o mais escolhido entre as crianças com dor abdominal.

Após busca na literatura, percebeu-se que ainda há escassez de estudos que enfatizem a associação entre diagnósticos médicos e o processo de avaliação de dor pediátrica, apesar dessa temática ser tão importante para a prática clínica dos profissionais de saúde.

A análise do comportamento infantil, frente ao estímulo doloroso, é realizada por meio da utilização de diferentes instrumentos de avaliação. Tais instrumentos são aplicados antes, durante ou após o uso das intervenções não farmacológicas (Ferreira et al., 2015).

Percebe-se, igualmente, que o interesse sobre o controle da dor na criança tem suscitado um grande investimento nos últimos anos, uma vez que a dor e o sofrimento também fazem parte da realidade do mundo da criança. A assistência deve considerar não apenas o cuidado físico e/ou o tratamento clínico, mas também recursos ou medidas que possam propiciar cuidado mais humanizado, considerando-se que o alívio de sensações álgicas é um objeto de intervenção da enfermagem (Santos, Escobar, 2015).

Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel fundamental, haja vista que cuidar pressupõe, também, estar atento à subjetividade da criança, de modo a intervir no curso dos sintomas, dentre eles a dor, proporcionando-lhe conforto e bem-estar. Dessa maneira, à medida que se mensura a dor como sinal vital, têm-se parâmetros para estabelecer um adequado plano de cuidados. Assim, considerando-se que o cuidado terapêutico necessita estar condicionado à intensidade da dor, os enfermeiros, em especial, devem ter competências e habilidades para avaliá-la e, com a maior brevidade possível, implementar estratégias para seu alívio e monitorar a eficácia das intervenções (Bottega, Fontana, 2010).

O uso de um instrumento de avaliação orienta a assistência à criança com dor, decorrente de processos patológicos, cirúrgicos e traumáticos que possam comprometer a integridade física e psicológica das crianças (Silva et al., 2011). Neste estudo, os Cartões da Qualidade da Dor mostraram a multidimensionalidade da dor (dimensões sensorial, avaliativa, afetiva e miscelânea) em crianças com diferentes tipos de diagnósticos médicos e condições clínicas.

Realizar a validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor possibilitou um ajustamento do instrumento, tornando-o mais compreensível às crianças da região nordeste do Brasil. No desenvolvimento dessa etapa puderam-se constatar as dificuldades na compreensão de algumas palavras como, por exemplo, Fisgada. Todavia, tal palavra não é comum à linguagem infantil, o que, em tese, parece tratar-se de uma dificuldade para vincular a descrição semântica da palavra à ilustração do cartão.

A validação semântica tem como objetivos identificar se os entrevistados compreendem os itens que compõem o instrumento e se identificam possíveis

necessidades de modificações visando a aumentara compreensibilidade, sem alterar as equivalências semântica, idiomática e cultural (Fegadolli et al., 2010).

Ainda não há consenso sobre qual deva ser o melhor método a ser seguido para a realização da validação semântica de um instrumento. Neste estudo, optamos pelas diretrizes propostas pelo DISABKIDS® (2004), um grupo que integra um conjunto de instrumentos de mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Infanto-Juvenil e que considera as particularidades da condução de pesquisas com essa clientela.

6 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo possibilitaram a apreensão de alguns dados sobre a avaliação da dor em crianças e sobre o processo de validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor, conforme a síntese que segue:

- ✓ Os cartões mais escolhidos pelas crianças foram: Cartão 12 – Enjoada (66,7%), 4 – Dolorida (56,3%) e 14 – Forte (52,1%);
- ✓ Os cartões com menores índices de escolha foram: Cartão 2 – Fisgada (4,2%) e 10 – Atormenta (10,4%);
- ✓ As crianças mais novas, de seis a oito anos, escolheram mais o Cartão Forte, enquanto as crianças mais velhas, de nove a 12 anos, escolheram mais os Cartões Cansativa e Aborrecida;
- ✓ O gênero não está associado à escolha dos Cartões de Qualidade da Dor, o que significa que meninos e meninas escolheram os cartões da mesma maneira;
- ✓ Os grupos de diagnósticos cardíaco/respiratórios e as intercorrências de urgência não tiveram associações com nenhum cartão;
- ✓ As crianças com diagnósticos neurológicos escolheram mais o Cartão 2 – Fisgada e o 9 – Apavorante; por outro lado, escolheram menos o Cartão 4 – Dolorida;
- ✓ As crianças acometidas por infecções escolheram mais o Cartão 6 – Repuxa;
- ✓ As crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos escolheram mais os Cartões 7 – Agulhada e o 9 – Apavorante;
- ✓ As crianças com dor abdominal escolheram mais o Cartão 12 – Enjoada, enquanto as crianças que sofreram algum trauma ortopédico escolheram menos esse Cartão;
- ✓ No processo de validação semântica, as palavras **Fisgada, Formigamento, Agulhada, Apavorante, Atormenta e Espalha** não eram utilizadas por mais de 50% das crianças, de ambos os grupos, como palavras que elas regularmente utilizavam para descrever a dor. Assim, foram substituídas pelas palavras e expressões **Pontada, Formigando, Espetada, Dor que dá medo, Aperriada e Dor no corpo todo**, respectivamente;
- ✓ A expressão **Em aperto** obteve exatamente 50% da amostra com relação a sua utilização e não um valor acima de 50%. No entanto, foi submetida à

segunda etapa de validação semântica, visto que metade da amostra sugeriu a palavra **Arrochada** para esse Cartão, no lugar da expressão **Em aperto**;

A dor em crianças é um evento frequente; porém, mesmo com um número crescente de evidências científicas observou-se que os profissionais de saúde ainda quantificam e qualificam a dor de maneira insuficiente, implicando em um manejo inadequado.

O fato de a dor ser subjetiva sempre será uma limitação para o estudo que objetiva avaliá-la. A utilização dos Cartões de Qualidade da Dor tornou possível não apenas avaliar a dor, mas também associar a escolha dos cartões de acordo com a idade, o gênero e o diagnóstico médico da criança. Esse resultado tem um impacto na prática clínica dos profissionais de saúde que devem levar em consideração essas variáveis, visando à qualidade no cuidado à criança com dor.

O profissional de saúde precisa saber que as crianças têm autoridade sobre sua dor. Nesse contexto, instrumentos de avaliação de dor devem ser implementados à rotina do profissional para que a criança possa se expressar e vivenciar o evento doloroso de forma menos traumática.

O processo de validação semântica realizado traz contribuições para o conhecimento científico na área de dor pediátrica, na medida em que apresenta dados sobre a realidade da saúde da criança com dor no Brasil. O instrumento para a região nordeste do Brasil é válido e fidedigno e deve ser incluído na rotina clínica para acompanhamento de crianças com dor.

Porém, faz-se necessária a realização de novos processos de validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor em outras regiões além daquelas onde o instrumento já foi validado no Brasil, tendo em vista a dimensão geográfica do país e as diferenças culturais e linguísticas regionais.

Além disso, levando-se em conta a diversidade linguística da própria região nordeste brasileira, devemos considerar o fato de a coleta de dados ter sido realizada em um único hospital de apenas um município de um estado da região nordeste. Diante disso, julgamos necessário reuplicar o estudo em outros estados nordestinos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Balda RCX, Almeida MFB, Peres CA, Guinsburg R. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(2):160-7.
- Barbalho A. Políticas culturais no Brasil: identidade e diversidade sem diferença. In: III Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura; 2007 maio 23-25; Salvador.
- Batalha L. Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel; 2010.
- Bee H, Boyd D. A criança em desenvolvimento. 12^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Berquó E, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. 2^a ed. São Paulo: EPU; 1997.
- Borghi CA. Convivendo com a Dor: A Perspectiva da Criança e do Adolescente em Cuidados Paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2012.
- Borghi CA, Rossato LM, Damião EBC, Guedes DMB, Silva EMR, Barbosa SMM, Polastrini RT. Vivenciando a dor: a experiência de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*, 2014, 48(Esp): 68-74.
- Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(2):283-90.
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado. In: Diário Oficial da União. Brasília; 1995. p.16319-16320.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2013. p.59.
- Bueno M, Kimura AF, Diniz CSG. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(6):828-32.
- Claro MT. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.
- Correia LL, Linhares MBM. Assessment of the behavior of children in painful situations: literature review. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(6):477-86. DOI: 10.2223/JPED.1830.
- Costa EB, Lima SS, Ferrari R. Dor em pediatria: o papel da assistência de enfermagem junto à criança com dor. *Gestão&Saúde.* 2012;3(3):1179-188.
- Crow CS. Children's Pain Perspectives Inventory (CPPI): developmental assessment. *Pain.* 1997;72:33-40.

- De Bortoli PS. Adaptação cultural do instrumento Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT) para crianças e adolescentes brasileiros com câncer [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.
- Deon KC. Adaptação cultural e validação do módulo específico Dermatite Atópica do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de crianças e adolescentes – DISABKIDS® –MDA – Fase I [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
- Department of Health and Human Services (US). National Institutes of Health. NIH Consensus Development Program. The integrated approach to the management of pain. [Internet]. 1986 [citado 2015 ago 13]. Available from: <http://consensus.nih.gov/1986/1986PainManagement055html.htm>.
- Dias FM, Afonso M, Sá TSB, Marcelino AL, Santos MJ, Morita ABPS. A criança vítima de queimadura e sua dor no momento da realização de procedimentos diários: uma revisão bibliográfica. *Janus*. 2008;5(8):33-43.
- DISABKIDS Group. The KIDSCREEN/DISABKIDS Project [Internet]. Hamburgo, Alemanha; 2015.[citado 12 dez 2014]. Disponível em: <http://www.disabkids.org/>.
- DISABKIDS Group. Translation and validation procedure: guidelines and documentation form. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2004.
- Doca FNP. A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF) [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2014.
- Duarte MA, Goulart EMA, Penna FJ. Pain thres hold and age in chilhood and adolescence. *J. pediatr*. 1999;75(4):244-48.
- Esteve R, Marquina-Aponte V. Children´s pain perspectives. *Child Care Health Dev*. 2011;38(3):441-52.
- Fegadolli C, Reis RA, Martins STA, Bullinger M, Santos CB. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10(1):95-105.
- Ferreira AM. Validação do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em crianças hospitalizadas [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- Ferreira EB, Cruz FOAM, Silveira RCCP, Reis PED. Distraction methods for pain relief of cancer children submitted to painful procedures: systematic review. *Rev Dor*. 2015;16(2):146-52.
- Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Friebert S. Pain management for children with cancer at the end of life. Beginning setps toward a standard of care. *Pediatr Blood Cancer*. 2009;52:749-50.
- Fuller BF. Infant gender differences regarding acute established pain. *Clin Nurs Res*. 2002;11(2):190-203.

- Gonçalves B, Holz AW, Lange C, Maagh SB, Pires CG, Brazil CM. Care of children in pain admitted to a pediatric emergency and urgency unit. *Rev Dor*. 2013;14(3):179-83.
- Goldman A. Pain management. *Arch Dis Child*. 1993;68:423-25.
- Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*. 1991;46(3):247-64. DOI: 10.1016/0304-3959(91)90108-A.
- Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 3º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Pain terms: list with definitions and notes on usage: recommended by the Subcommittee on Taxonomy. [Internet]. 1979 [citado 2014 fev 10]. Disponível em: <http://www.iasp-ain.Org/AM/Template.cfm?Section=PainDefinitions>.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Subcommittee on Taxonomy Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. [Internet] 2011 [citado 2015 mar 26] Disponível em: <http://iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>.
- Kline NE. Pain control at the End of Life for Children With Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2009;26(2):67.
- Kopf A, Patel NB. Guia para o tratamento da dor em contextos de pouco recursos. Seattle: International Association for the Study Pain, Associação para o Estudo da Dor e a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [Internet]. 2010 [citado 2014 jan 12]. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf.
- Kortesuoma RL, Nikkonen M. Hospitalized children drawing their pain: the contents and cognitive and emotional characteristics of pain drawings. *J Child Health Care*. 2008;12(4):284-300.
- Kortesuoma RL, Nikkonen M. 'The most disgusting ever': children's pain descriptions and views of the purpose of pain. *J Child Health Care*. 2006;10(3):213-27.
- Kortesuoma RL, Nikkonen M. "I Had this Horrible Pain": the Sources and Causes of Pain Experiences in Four to Eleven Year Old Hospitalized Children. *J Child Health Care*. 2004;8(3):210-31.
- Lima DVM. *Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores*. Online *braz.J.nurs.(Online)* [Internet]. 2011 [citado 2015 Set 5];10(2). Disponível em: <http://www.uff.br/enfermagemdotrabalho/desenhos%20de%20pesquisa.pdf>.
- Linhares MBM, Doca FNP. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 2010;18(2):307-25.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-99.

- Menossi MJ, Lima RAJ, Corrêa AK. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(3):1-6.
- Monfrim XM, Saraiva LA, Moraes CL, Viegas AC. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(1):12-22.
- Morete MC, Mariano LR, Vilar PO, Marques TC, Fernandes M. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. *Rev. dor*. 2010; 11(2): 145-9.
- Moura LA, Oliveira ACDA, Pereira GA, Pereira LV. Dor pós-operatória em crianças: uma abordagem de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):833-8.
- Munhoz M, Rossato LM. Utilização de instrumentos de avaliação da dor em crianças e adolescentes. In: XVII Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da EEUSP, 2013, São Paulo, SP. Anais, 2013.
- Myers CD, Tsao JC, Glover DA, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Sex, gender, and age: contributions to laboratory pain responding in children and adolescents. *J Pain*. 2006;7(8):556-64.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva, 1998.
- Pasquali L. *Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM IBAPP, 1999.
- Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):270-76.
- Pereira APS, Zago MFZ. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):144-52.
- Piaget J. Inhelder B. *Memory and Intelligence*. New York: Basic Books, 1973.
- Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e Cultura. In: Carvalho MM. *Dor: um Estudo Multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999. p. 159-73.
- Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Flórida-Santos M, Lima RAG, Scochi CGS. Manejo da dor pós-operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(1):87-91.
- Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa MC. O enfermeiro no cuidado às vítimas de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):146-52.
- Ronald K. *Segredos da clínica da dor: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- Rossato LM, Pimenta CAM. *Desenvolvimento dos Cartões de Qualidade de Dor*, 1996. Mimeografado.

- Rossato LM, Magaldi FM. Instrumentos Multidimensionais: aplicação dos Cartões de Qualidade da Dor. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(5).
- Rossato LM, Angelo M, Silva CAA. Cuidando para a criança crescer apesar da dor: a experiência da família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(4).
- Santos KH, Escobar EMA. Clinical management of pain in pediatrics: considerations from the perspective of nursing care. *Rev. Enfermagem Revista*. 2015;18(1):101-120.
- Savedra MC, Tesler MD, Holzemer WL, Brokaw PA. A strategy to assess the temporal dimension of pain in children and adolescents. *Nurs Res*. 1995;44(5):272-76.
- Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, Barbosa TLA. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. *Rev Dor*. 2011;12(4):314-20.
- Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(3):446-7.
- Stein P. Indices of Pain Intensity: construct validity among preschoolers. *Pediatr Nurs*. 1995;21(2):119-23.
- Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, Stinson J, Le May S. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *The Journal of Pain*. 2012;13(9):857-65. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.010>.
- Stinson JN, McGrath OC. No pain-all gain: advocating for improved pediatric pain management. *Pediatr Child Health*. 2007;12(2):93-94.
- Tacla MTGM, Hayashida M, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2008;63(3):289-95.
- Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria*. 2006;28(4):251-61.
- Zborowski M. Cultural components in responses to pain. In: Logan MH, Hunt EEJ. *Health and the human condition: perspectives on medical anthropology*; 1978; Massachusetts, Duxbury Press.

APÊNDICE A

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA A CRIANÇA

Título da pesquisa: “Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor”.

Pesquisador: Danila Maria Batista Guedes

Orientador: Prof^a Dr^a Lisabelle Mariano Rossato

Prezada criança e familiar

Eu, _____ abaixo-assinado, autorizo a pesquisadora me entrevistar para a pesquisa realizada pelas pesquisadoras Lisabelle Mariano Rossato e Danila Maria Batista Guedes que tem como objetivo avaliar a dor de crianças, além de estudar um instrumento de avaliação de dor infantil. Sei que a entrevista será gravada durante aproximadamente 15 minutos e que todas as informações contidas e minha identidade serão guardadas com sigilo. Sei, também, que meu familiar poderá estar presente.

Fui esclarecido que minha participação poderá ser interrompida quando eu assim desejar, sem com isto haver prejuízo a mim ou a minha família. Entendi, também, que a pesquisa não traz nenhum risco para minha saúde e a minha participação é livre e voluntária.

Para esclarecer outras dúvidas durante a realização da pesquisa, poderei entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail danilaguedes@usp.br e também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, localizada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, na cidade de São Paulo, pelo e-mail edipesq@usp.br ou pelo telefone (11) 3061-7548.

Estou ciente de que esse Termo será elaborado em 2 (duas) vias e que uma delas ficará comigo e outra com a pesquisadora.

Campina Grande, ____/____/____.

Assinatura da criança: _____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

Título da pesquisa: “Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor”.

Pesquisador: Danila Maria Batista Guedes

Orientador: Prof^a Dr^a Lisabelle Mariano Rossato

Prezado familiar ou responsável,

Sou enfermeira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível mestrado, e estou realizando uma pesquisa com crianças, a qual será realizada por meio de uma entrevista e será gravada durante aproximadamente 15 minutos, na companhia de um familiar ou responsável. Os objetivos da pesquisa são avaliar a dor de crianças e validar semanticamente um instrumento de avaliação de dor infantil.

Convido o(a) Sr(a) a participar desse estudo e esclareço que a participação da criança poderá ser interrompida quando o(a) Sr(a) assim desejar, sem com isto haver prejuízo a vocês, é garantida a confidencialidade (o nome da criança será substituído por um nome fictício e sua identidade será preservada) e refiro também, que a pesquisa não traz nenhum risco para a saúde da criança. Deixar de participar dessa pesquisa não lhe trará prejuízo no tratamento, sendo sua participação livre e voluntária.

Comprometo-me a lhe fornecer todas as informações e esclarecimentos que o(a) Sr(a) desejar sobre a pesquisa e resultados durante ou após sua realização. Para tanto, forneço meu e-mail para contato danilaguedes@usp.br e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,

localizada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, na cidade de São Paulo, telefone: (11) 3061-7548 e e-mail: edipesq@usp.br. Esse termo de consentimento será emitido em duas vias, ficando uma com o(a) Sr(a) e outra com a pesquisadora.

Agradecemos sua colaboração.

Campina Grande, ____ / ____ / ____.

Nome e assinatura do familiar

Danila Maria Batista Guedes

ANEXO A

CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

COMPONENTES SENSORIAIS



Queimação
1



Fisgada
2



Mordida
3



Dolorida
4



Formigamento
5



Repuxa
6

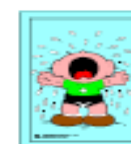


Agulhada
7



Latejante
8

COMPONENTE AVALIATIVO



Forte
14

COMPONENTES MISCELÂNEA



Aborrecida
15



Em Aperto
16



Fria
17



Espalha
18

COMPONENTES AFETIVOS



Apavorante
9



Atormenta
10



Cansativa
11



Enjoada
12



Enlouquecedora
13

ANEXO B

CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

Primeira Etapa de Validação Semântica

Subsetor A



1. Queimação



2. Fígada



3. Mordida



4. Dolorida



5. Formigamento



6. Repuxa

CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

Primeira Etapa de Validação Semântica

Subsetor B



7. Agulhada



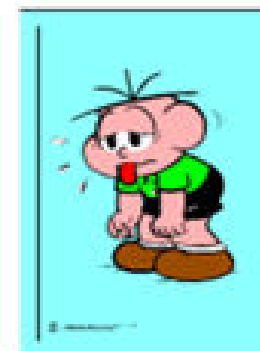
8. Latejante



9. Apavorante



10. Atormenta



11. Cansativa



12. Enjoada

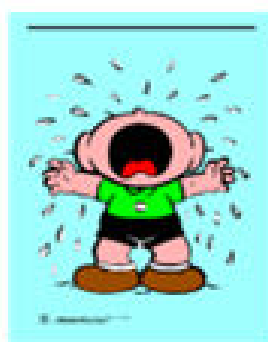
CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

Primeira Etapa de Validação Semântica

Subsetor C



13. Enlouquecedora



14. Forte



15. Aborrecida



16. Em Aperto



17. Fria



18. Espalha

ANEXO C

CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR

Segunda Etapa de Validação Semântica



Pontada



Formigando



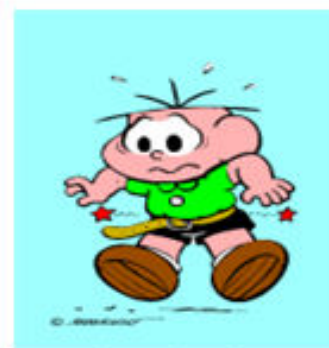
Espetada



Dor que dá medo



Aperriada



Arrochada



Dor no corpo todo

ANEXO D

Formulário de Validação Semântica Primeira Etapa

Subsetor A

Cartões de Qualidade da Dor	Você conhece essa expressão ou essa palavra?		Você tem dificuldade para entender essa expressão ou essa palavra?		Você usa essa expressão ou essa palavra quando você está com dor?		Há alguma outra expressão ou palavra que você usaria para dizer a mesma coisa sobre sua dor? Se sim, qual?
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Queimação							
Fisgada							
Mordida							
Dolorida							
Formigamento							
Repuxa							

Obrigada pela sua colaboração!

Formulário de Validação Semântica Primeira etapa

Subsetor B

Cartões de Qualidade da Dor	Você conhece essa expressão ou essa palavra?		Você tem dificuldade para entender essa expressão ou essa palavra?		Você usa essa expressão ou essa palavra quando você está com dor?		Há alguma outra expressão ou palavra que você usaria para dizer a mesma coisa sobre sua dor? Se sim, qual?
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Agulhada							
Latejante							
Apavorante							
Atormenta							
Cansativa							
Enjoada							

Obrigada pela sua colaboração!

Formulário de Validação Semântica Primeira etapa

Subsetor C

Cartões de Qualidade da Dor	Você conhece essa expressão ou essa palavra?		Você tem dificuldade para entender essa expressão ou essa palavra?		Você usa essa expressão ou essa palavra quando você está com dor?		Há alguma outra expressão ou palavra que você usaria para dizer a mesma coisa sobre sua dor? Se sim, qual?
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Enlouquecedora							
Forte							
Aborrecida							
Em aperto							
Fria							
Espalha							

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO E

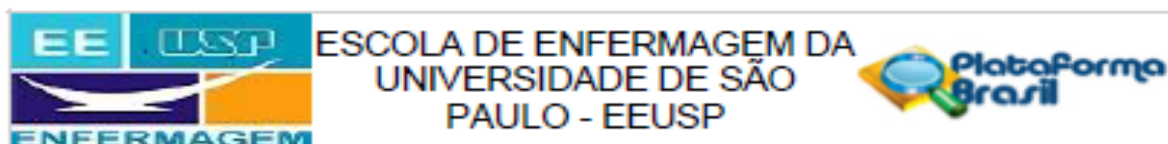
Formulário de Validação Semântica Segunda Etapa

Cartões de Qualidade da Dor	Você conhece essa expressão ou essa palavra?		Você tem dificuldade para entender essa expressão ou essa palavra?		Você usa essa expressão ou essa palavra quando você está com dor?		Há alguma outra expressão ou palavra que você usaria para dizer a mesma coisa sobre sua dor? Se sim, qual?
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Pontada							
Formigando							
Espetada							
Dor que dá medo							
Aperriada							
Arrochada							
Dor no corpo todo							

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO F

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização dos Cartões de Qualidade da Dor na avaliação da dor de crianças e adolescentes.

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35524014.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 884.462

Data da Relatoria: 17/11/2014

Apresentação do Projeto:

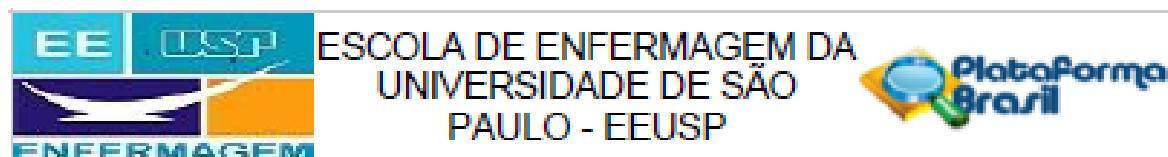
A avaliação da dor da criança e do adolescente é um grande desafio, principalmente pela dificuldade que o enfermeiro apresenta em mensurar a dor infantil. Apesar de o adolescente possuir capacidade cognitiva para quantificar e qualificar sua dor, geralmente não o faz, pois muitas vezes não sente confiança no profissional que lhe presta o cuidado.

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa que será composto de duas etapas, chamadas de Estudo 1 e Estudo 2.

O primeiro fará uma avaliação dos Cartões de Qualidade da Dor por meio de evidências de validade de conteúdo e, o segundo, avaliará a dor por meio de evidências baseadas na estrutura interna dos Cartões de Qualidade da Dor validados no Estudo 1.

O Estudo 1 será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e na enfermaria pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande - PB e, em escolas do município.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br



Continuação do Parecer: 684-452

O Estudo 2 será realizado na UTI Pediátrica e na enfermaria pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande, PB.

A população será constituída por crianças e adolescentes que contemplem a faixa etária de 6 a 18 anos de idade.

Para o Estudo 1 teremos três grupos: 40 crianças e adolescentes sem dor; 40 crianças e adolescentes com dor; e cinco especialistas, profissionais que trabalham com a temática da dor em crianças.

Para o Estudo 2, 40 crianças e adolescentes com dor.

A seleção das crianças e adolescentes, bem como a aplicação dos "Cartões de Qualidade da Dor" e da "Escala de Faces" de Claro (1993) serão realizadas pela pesquisadora. A seleção será mediante prontuário e indicação dos enfermeiros, no caso do ambiente hospitalar e nas escolas será de maneira aleatória e por indicação dos diretores responsáveis. As entrevistas semiestruturadas serão utilizadas e terão como foco conhecer a percepção da dor na perspectiva da criança e do adolescente, a partir do reconhecimento dos "Cartões de Qualidade da Dor", sendo norteadoras as seguintes questões:

"Estes cartões mostram que o Cebolinha está com dor. Qual (Is) cartão (ões) representam a sua dor?";

"Qual (Is) carinhas se parecem mais com a sua carinha quando você está com dor?" e, "Quando você está com dor o que você sente?".

Os dados coletados serão armazenados e analisados em Microsoft SPSS versão 17.1. As variáveis contínuas serão analisadas com estatística descritiva e as categóricas, por meio de frequência absoluta e relativa.

Para as variáveis categóricas, a comparação entre as características das crianças e adolescentes com o perfil de avaliação da dor proposto nos Cartões de Qualidade da Dor será avaliada pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Para as variáveis contínuas será utilizado o teste t Student.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipeso@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 584-462

Para todas as análises o nível de significância adotado será 95%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudo 1- Encontrar evidências de validade de conteúdo nos itens dos Cartões de Qualidade da Dor para avaliar a dor; Estudo 2- Avaliar a dimensionalidade da dor e a consistência interna dos Cartões de Qualidade da Dor;

Objetivo Secundário:

Estudo 1-

Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico das crianças e dos adolescentes;- Verificar a representatividade e pertinência dos itens dos Cartões de Qualidade da Dor para a avaliação da dor junto às crianças e aos adolescentes;

Estudo 2-

Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico das crianças e dos adolescentes;- Identificar a eficácia dos Cartões de Qualidade da Dor como auxiliares da avaliação da dor em crianças e adolescentes para expressarem sua dor;- Conhecer como as crianças e adolescentes se sentem ao vivenciar o fenômeno doloroso;- Caracterizar o tipo e a qualidade da dor em função da diferenciação dos grupos critério;- Verificar a associação entre os Cartões de Qualidade da Dor e as variáveis sócio-demográficas e clínicas das crianças e adolescentes;- Avaliar a intensidade da dor em crianças e adolescentes por meio da Escala de Faces de Claro, 1993

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Sem riscos ou prejuízos - segundo a pesquisadora

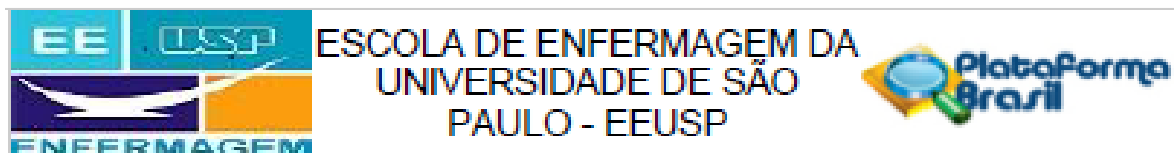
Benefícios:

Científicos com publicações futuras

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As entrevistas semi-estruturadas terão como foco conhecer a percepção da dor na perspectiva da criança, do adolescente e do especialista, a partir do reconhecimento dos "Cartões de Qualidade da

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br



Continuação do Parecer: 894.462

Dor" sendo norteadora a seguinte questão:

"Estes cartões mostram que o Cebolinha está com dor. Qual (is) cartões representam a sua dor?"

Pesquisa de grande Interesse para área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE para os pais e/ou responsáveis - em conformidade.

Termo de Assentimento - em conformidade

Carta convite aos especialistas que participarão da pesquisa - em conformidade.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

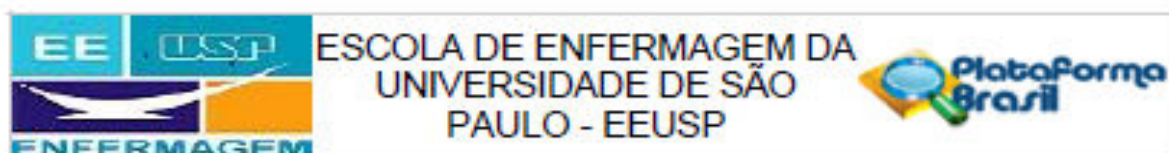
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da Instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br



Continuação do Parecer: 884.462


SÃO PAULO, 25 de Novembro de 2014

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO G


Termo de Autorização Institucional

 **GOVERNO DA PARAÍBA** SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
NÚCLEO MÉDICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa, intitulado: **UTILIZAÇÃO DOS "CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR" NA AVALIAÇÃO DA DOR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**, elaborado pela pesquisadora: **DANILA MARIA BATISTA GUEDES**. Salientamos que o processo para a coleta de dados nesta instituição cumprirá a **RESOLUÇÃO 466/12**, e só terá início mediante parecer positivo do comitê de ética, ao qual o referido projeto será submetido, caso envolva seres humanos.

Campina Grande PB, 09/09/2014


Dra. INGRID RAMALHO LEITE
DIRETORA DO NÚCLEO MÉDICO

Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luis Gonzaga Fernandes
Dra. Ingrid Ramalho Leite
Clínica de Saúde Médica
Mat. 180.827-3 - CEP 5400

Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas, CEP: 58.432-809, Campina Grande-PB
Fone: 3310-5850/3310-5878-Fax: 3310-5869

ANEXO H

Autorização para utilização dos formulários DISABIKDS[®], fase validação semântica



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Av. Itália Beneditinos, 3800 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.2518
www.eerp.usp.br - erp@eerp.usp.br

Autorização para utilização dos formulários DISABKIDS[®], fase validação semântica

Ribeirão Preto, 16 de abril de 2013

Eu, Professora Dra. Cláudia Benedita dos Santos, coordenadora dos processos de adaptação cultural e validação dos instrumentos DISABKIDS[®] no Brasil e México, autorizo Danila Maria Batista Guedes a utilizar da versão português, Brasil, dos formulários para validação semântica: impressões específicas, em sua dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor", orientada pela Profa Dra Lisabelle Mariano Rossato.

Cláudia Benedita dos Santos

Professora Associada 2

MISP-EERP-USP

ANEXO I

Carta de autorização da autora do instrumento para validação semântica dos *Cartões de Qualidade da Dor*



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

Programa de Pós Graduação em Enfermagem - PPGE



São Paulo, 15 de Agosto de 2014

Eu, professora Dra. Lisabelle Mariano Rossato, autora dos Cartões de Qualidade da Dor, autorizo Danila Maria Batista Guedes a realizar a validação semântica deste instrumento multidimensional de avaliação de dor pediátrica, em sua dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da dor de crianças: validação semântica dos Cartões de Qualidade da Dor".

Lisabelle Mariano Rossato

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo