

Marina dos Santos Ramos Barbosa¹, Maria do Carmo Menezes Bezerra Duarte^{1,2}, Viviane Camila de Souza Bastos¹, Livia Barboza de Andrade^{1,2}

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

Translation and cross-cultural adaptation of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium scale for the Portuguese language

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

RESUMO

Objetivo: Traduzir e adaptar transculturalmente a escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* do inglês para a língua portuguesa do Brasil.

Métodos: O processo de tradução e adaptação transcultural da escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* seguiu as etapas recomendadas internacionalmente após autorização de uso pela autora principal. As etapas seguidas foram: tradução da versão original para língua portuguesa por dois tradutores bilíngues nativos do idioma alvo; síntese das versões; tradução reversa por dois tradutores nativos do idioma de origem; revisão e harmonização da retradução; revisão da versão em português da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* por um comitê de juízes formado por especialistas; pré-teste (avaliação de clareza, compreensibilidade e aceitabilidade da versão traduzida em uma amostra da população-alvo) e reconciliação para a elaboração da versão final.

Resultados: O processo de tradução e adaptação transcultural da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* seguiu as

recomendações internacionais. As questões linguísticas e semânticas que surgiram durante o processo foram discutidas no comitê de juízes, no qual se observou grande concordância com pequenas alterações. Na etapa de pré-teste, a *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* foi aplicada em 30 crianças elegíveis, duas vezes ao dia, resultando em uma versão de fácil compreensão e rápida administração, com excelente coeficiente de correlação intraobservadores (0,955).

Conclusões: A tradução e a adaptação transcultural da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* para a língua portuguesa falada no Brasil foram bem-sucedidas e mantiveram as propriedades linguísticas e semânticas do instrumento original. A *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* mostrou ser de fácil compreensão e de rápida aplicação. Novos estudos são necessários para testar a validade e as propriedades psicométricas desta versão no Brasil.

Descritores: Delirium/diagnóstico; Inquéritos e questionários; Tradução; Unidades de terapia intensiva pediátrica

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 13 de novembro de 2017
Aceito em 11 de março de 2018

Autor correspondente:

Livia Barboza de Andrade
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Rua dos Coelhoos, 300 - Boa Vista
CEP: 50070-550 - Recife (PE), Brasil
E-mail: ftliviabandrade@gmail.com

Editor responsável: Jefferson Pedro Piva

DOI: 10.5935/0103-507X.20180033

INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda, que pode ocorrer em pacientes gravemente enfermos, estando associado a aumento do tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), maior risco de mortalidade e tempo em ventilação mecânica.⁽¹⁻³⁾

De acordo com o V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V),⁽⁴⁾ os critérios para o diagnóstico são: alteração neurológica de início agudo e de curso flutuante durante o dia, e distúrbio de atenção e



alteração de cognição. Ele pode ser classificado como hiperativo, hipoativo e misto.^(3,4) Em adultos, é um problema de alta prevalência (50 - 80%);⁽⁵⁾ em crianças, está associado a problemas de percepção, motores e comportamentais, o que pode se tornar a base para transtorno de estresse pós-traumático.^(6,7)

Os fatores de riscos são poucos descritos, mas supõe-se que sejam semelhantes aos identificados em adultos, sendo os mais citados dor, ansiedade de separação, ausência do cuidador, admissão em UTI, medicações anticolinérgicas, privação do sono, números de procedimentos, uso de sedativos e analgésicos.⁽⁸⁻¹¹⁾

A prevalência e o diagnóstico de *delirium* em pediatria ainda não estão bem estabelecidos, devido às limitações das ferramentas de triagem existentes e à escassez de estudos. Esse fato tem contribuído para a dificuldade em diagnosticar e interpretar o impacto desta alteração, especialmente em crianças muito pequenas e com disfunção neurológica, nas quais não é possível avaliar aspectos neurocognitivos.^(6,12-14) Nos últimos anos, várias ferramentas de triagem para uso em crianças em UTI pediátrica têm sido propostas e validadas. Entre elas estão: *Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (pCAM-ICU), a *Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium*⁽¹⁵⁾ e a *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD).⁽¹⁶⁾

Com o objetivo de diagnosticar todos os tipos de *delirium* e em todas as faixas etárias pediátricas, foi criada a CAPD, a qual foi validada nos Estados Unidos. Ela tem a vantagem de ser de fácil uso, de observação rápida, capaz de detectar os três tipos de *delirium* e aplicável pela equipe multidisciplinar em crianças de todas as idades, independentemente de o paciente portar atraso no desenvolvimento.^(6,16)

A partir de 2016, a *European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care* (ESPNIC) passou a recomendar o uso da CAPD como instrumento de avaliação para o diagnóstico de *delirium* em crianças e lactentes (nível de recomendação A).⁽¹⁵⁾ Estudo multicêntrico (Estados Unidos, Holanda, Nova Zelândia, Austrália e Arábia Saudita) sobre a prevalência de *delirium* pediátrico utilizando a CAPD mostrou frequência de 25%, com predomínio de crianças menores de 2 anos.⁽²⁾ Entretanto, não existe uma versão brasileira da CAPD.

Para que a CAPD seja utilizada no Brasil, faz-se necessário realizar a tradução e a adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil, devido a características sociais e culturais, e sua diversidade étnica. A tradução e a adaptação transcultural de instrumentos não se detêm à simples

tradução do original e à comparação literal com uma re-tradução. Apesar de não se ter um consenso quanto à melhor estratégia de execução, recomenda-se que o processo seja uma combinação entre um componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma para o outro e um processo metódico de sintonização, que contemple o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão.⁽¹⁷⁻²²⁾

O presente estudo teve por objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a CAPD para a língua portuguesa com uso no Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa metodológica de tradução e adaptação transcultural da escala CAPD para a língua portuguesa falada no Brasil, que é um instrumento para diagnosticar o *delirium* em crianças sob cuidados intensivos.⁽¹⁶⁾ O estudo foi iniciado após autorização de uso pela autora original, Dra. Chane Traube, da *Weil Cornell Medical College*, em Nova Iorque, Estados Unidos, e da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE), sob processo 2.349.306.

Os procedimentos adotados neste estudo seguiram o modelo proposto por Reichenheim e Moraes⁽¹⁷⁾ e envolveram as seguintes etapas: permissão da autora principal; tradução e concordância; tradução-reversa e concordância; análise pelo comitê de juízes; pré-teste em uma população-alvo; revisão e construção da versão final.

Descrição da CAPD

Este instrumento é composto por oito questões a serem observadas. Cada um dos oito itens é pontuado de zero a 4, sendo positivo para *delirium* quando a pontuação total for igual ou maior que 9 pontos. A escala foi validada internacionalmente com detalhada avaliação psicométrica, e já foi traduzida e adaptada para língua japonesa.^(16,21,22)

As etapas realizadas para o processo de tradução e adaptação cultural foram seguidas conforme as recomendações internacionalmente aceitas, a saber:⁽¹⁷⁾ autorização da autora principal da CAPD para sua tradução e adaptação cultural; tradução da CAPD da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores com fluência inglesa, realizadas de forma independente; síntese das versões (para avaliar as discrepâncias linguísticas, semânticas, idiomáticas, conceituais e contextuais, e para obter uma versão única); retradução (tradução reversa da versão da síntese

em português para o idioma-alvo - a língua inglesa - por dois tradutores bilíngues nativos da língua inglesa e com domínio na língua portuguesa); revisão e harmonização da retradução para elaborar uma única versão; reunião com o comitê de juízes formado por especialistas com experiência prática na área em questão; pré-teste (teste de clareza, compreensão e aceitabilidade da versão aplicada a população-alvo); análise de possíveis problemas durante a aplicação da escala, incluindo as correções e as adaptações necessárias; reconciliação e elaboração da versão final.

Tradução e adaptação transcultural

O questionário e as instruções foram traduzidos para o português por dois tradutores experientes bilíngues, cujo idioma nativo era o português brasileiro. Ambos os tradutores produziram traduções independentes.

Síntese das traduções

As duas versões independentemente traduzidas foram comparadas e analisadas. Em uma reunião entre os tradutores e o coordenador, utilizou-se uma abordagem de consenso para resolver qualquer diferença, resultando em uma única versão da escala em português.

Tradução de volta ao inglês

A síntese das versões em português brasileiro foi traduzida de volta para o inglês por dois outros tradutores independentes, nativos da língua inglesa, com fluência em português. Os tradutores não tinham familiaridade com os conceitos explorados no questionário, nem conhecimento de sua versão original em inglês. Após esta etapa, as cinco versões foram revisadas e avaliadas pela autora principal da CAPD original e por um comitê de juízes, o qual foi composto por 16 profissionais especialistas no conteúdo abordado (fisioterapeutas, médicos pediatras intensivistas, enfermeiros e neurologista).

Esta fase busca encontrar melhor solução para resolver as discrepâncias e as diferentes alternativas de tradução, resolvendo os seguintes tipos de discordâncias: conceitual (referente à formulação conceitual da avaliação), idiomática (diferentes expressões linguísticas), semântica (diferenças relacionadas ao conteúdo do instrumento) e experiencial (relacionada a diferenças culturais).

Após a reunião do comitê de juízes, produziu-se uma versão pré-final da CAPD, a qual foi utilizada na etapa de pré-teste, também chamada de “viabilidade da operacionalização” ou “desdobramento cognitivo”.^(17,18,23) Esta versão foi testada na fase de pré-teste pela autora da pesquisa

e um fisioterapeuta colaborador qualificado, que recebeu treinamento padronizado relativo à CAPD. As avaliações foram feitas de forma independente.

Esta etapa teve o objetivo de identificar os problemas durante o uso do instrumento e oferecer soluções para facilitar seu entendimento. Para tanto, o instrumento foi aplicado duas vezes ao dia, manhã e tarde, em 30 crianças recrutadas na UTI pediátrica do IMIP, quando preenchidos os seguintes critérios de inclusão: estar em uso de drogas sedo-analgésicas por pelo menos 48 horas, ventiladas mecanicamente ou não. Excluíram-se as crianças que apresentaram escore menor que -3 da Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS), que indica sedação profunda.^(13,14) Após o consentimento, foram coletados os dados sociodemográficos e específicos.

Os dados estão expostos em frequência, média, mediana e seus coeficientes de dispersão. Para verificar a normalidade dos dados, utilizou-se teste de Kolmogorov-Smirnov. Calcularam-se valores do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), para avaliar a confiabilidade entre os dois avaliadores. Considerou-se que CCI acima de 0,75 indica confiabilidade boa a excelente.⁽²³⁾

Ao final, cada item foi revisado, e foram incorporadas as modificações pertinentes dos achados da fase de pré-teste, produzindo a versão final da CAPD. Desta forma, foi elaborada a versão final da CAPD adaptada para a língua portuguesa falada no Brasil.

RESULTADOS

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

A descrição dos itens avaliados e alterados pela autora principal e pelo comitê de juízes está apresentada na tabela 1. O item 5 foi o único considerado pouco alterado em relação à escala original, pois as palavras (agitado/inquieto) foram descritos como termos sinônimos. Na elaboração da versão pré-final, apesar de um dos oito itens ter sido considerado pouco alterado em comparação com a versão original, observou-se que estes termos sinônimos, quando retraduzidos para o inglês, ficavam idênticos ao original (*restless*) e não modificavam a semântica dos itens.

Tabela 1 - Descrição das traduções e retraduições avaliadas pelo comitê de juízes e pela autora principal

Versão original	Versão traduzida para o português 1	Versão traduzida para o português 2	Versão sintetizada em português	Versão traduzida para o inglês 1	Versão traduzida para o inglês 2
<i>Does the child make eye contact with the caregiver?</i>	1. A criança faz contato visual com cuidador?	1. A criança faz contato visual com cuidador?	1. A criança faz contato visual com cuidador?	1. <i>Does the child make eye contact with the caregiver?</i>	1. <i>Does the child make eye contact with the caregiver?</i>
<i>Are the child's actions purposeful?</i>	2. As reações da criança são propositais?	2. As reações da criança são propositais?	2. As reações da criança são propositais?	2. <i>Are the child's actions purposeful?</i>	2. <i>Are the child's actions purposeful?</i>
<i>Is the child aware of his/her surroundings?</i>	3. A criança está consciente do ambiente ao seu redor?	3. A criança está consciente do que a cerca?	3. A criança está consciente do que a cerca?	3. <i>Is the child aware of his/her surroundings?</i>	3. <i>Is the child aware of his/her surroundings?</i>
<i>Does the child communicate needs and wants?</i>	4. A criança comunica necessidades e desejos?	4. A criança comunica necessidades e desejos?	4. A criança comunica necessidades e desejos?	4. <i>Does the child communicate needs and wants?</i>	4. <i>Does the child communicate needs and wants?</i>
<i>Is the child restless?</i>	5. A criança é agitada?	5. A criança é inquieta?	5. A criança é agitada?	5. <i>Is the child restless?</i>	5. <i>Is the child restless?</i>
<i>Is the child inconsolable?</i>	6. A criança é inconsolável?	6. A criança é inconsolável?	6. A criança é inconsolável?	6. <i>Is the child inconsolable?</i>	6. <i>Is the child inconsolable?</i>
<i>Is the child underactive – very little movement while awake?</i>	7. A criança está hipoativa - muito pouco movimento durante a vigília?	7. A criança está hipoativa – muito pouco movimento durante a vigília?	7. A criança está hipoativa – muito pouco movimento durante a vigília?	7. <i>Is the child underactive – very little movement while awake?</i>	7. <i>Is the child underactive – very little movement while awake?</i>
<i>Does it take the child a long time to respond to interactions?</i>	8. A criança leva muito tempo para responder às interações?	8. A criança leva muito tempo para responder às interações?	8. A criança leva muito tempo para responder às interações?	8. <i>Does it take the child a long time to respond to interactions?</i>	8. <i>Does it take the child a long time to respond to interactions?</i>

Durante a reunião do comitê de juízes, houve concordância em relação a grande parte dos itens analisados, mas foi identificado que um item, quando traduzido para o português, dava origem a duas palavras sinônimas, mas que podiam apresentar interpretações diferentes. Desta forma, optou-se por colocar os dois termos “agitado/inquieto”, visto que, quando os termos eram retraduzidos para o inglês, teriam o mesmo significado (*restless*).

Na fase de pré-teste, foi aplicada a versão em português da escala. Os oito itens foram avaliados de forma observacional, o que demandou cerca de 2 a 5 minutos para a avaliação de cada paciente da UTI pediátrica. Após a realização do pré-teste, foram realizadas três modificações, para melhorar a compreensão, tendo sido substituídos, na pergunta 2, o termo “reações” por “ações” e, nas perguntas 5 e 6, o termo “é” por “está”, dando origem à versão final (Tabela 2). Para as crianças abaixo de 12 meses, a CAPD foi aplicada com auxílio de uma tabela de pontos âncora de desenvolvimento motor normal, como orientado e enviada pela autora principal.⁽¹⁶⁾

Os resultados da etapa de pré-teste referiram-se à avaliação da aplicação da escala em 30 crianças, duas vezes ao dia (manhã e tarde) por dois avaliadores (autora principal e colaborador devidamente treinado). Os dados biológicos e clínicos estão demonstrados na tabela 3. A pontuação da CAPD mostrou mediana de 8 (0 min - 20 máx). O CCI entre avaliadores foi 0,955.

DISCUSSÃO

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

O processo de tradução e adaptação transcultural é complexo e imprescindível, devendo-se preservar características da versão original. Tal adaptação é importante, devido à heterogeneidade da população e à utilização de vários termos regionais.⁽²⁰⁾

A versão da CAPD em português, produzida neste estudo, possui equivalência técnica e semântica em relação à versão original. Além disso, foi acrescentado um termo na questão cinco da versão final do instrumento, em que foram utilizados os dois termos “agitado/inquieto”.

A avaliação da equivalência entre os itens da escala original, as sínteses das versões traduzidas para o português e a síntese das retraduições permitem afirmar que a maioria dos itens, tanto na tradução quanto na retradução, assemelha-se com a escala original, sendo considerada pouco alterada. O fato de não existirem termos completamente alterados na análise das equivalências dos itens deve-se, em nossa opinião, à simplicidade do instrumento, que possui termos práticos e linguagem simples.

Tabela 2 - Versão final traduzida para a língua portuguesa da *Cornell Assessment of Pediatric Delirium*

Pontuação RASS _____ (se -4 ou -5, não ir adiante)						
Favor responder as seguintes perguntas, com base em suas interações com o paciente durante seu plantão:						
	Nunca 4	Raramente 3	Às vezes 2	Frequentemente 1	Sempre 0	Pontuação
1. A criança faz contato visual com o cuidador?						
2. As ações da criança são propositais?						
3. A criança está consciente do que a cerca?						
4. A criança comunica necessidades e desejos?						
	Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Frequentemente 3	Sempre 4	Pontuação
5. A criança está agitada/inquieta?						
6. A criança está inconsolável?						
7. A criança está hipoativa - muito pouco movimento durante a vigília?						
8. A criança leva muito tempo para responder às interações?						
Total:						

RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond.

Tabela 3 - Características biológicas e clínicas das 30 crianças da unidade de terapia intensiva para etapa pré-teste da adaptação transcultural

Variáveis analisadas	Crianças (n = 30)
Peso (kg)	13,5 (9 - 18)
Idade (meses)	29 (11 - 72)
Sexo masculino	18 (60)
Tempo de UTI (dias)	12 (8 - 16)
Tempo hospitalar (dias)	16,5 (12 - 24)
Tempo de AVM (dias)	8 (6 - 12)
Tempo de sedação	7,5 (6 - 11)
Diagnósticos	
Pneumonia	9 (30)
Sepse	5 (16,6)
PO de cirurgias abdominais	5 (16,6)
Cardiopatias	4 (13,3)
Outros	7 (23,5)

UTI - unidade de terapia intensiva; AVM - assistência ventilatória mecânica; PO - pós-operatório. Resultados expressos em n (%), mediana e intervalo interquartilico.

Durante o processo de julgamento do comitê de juízes especialistas multidisciplinares, quando houve alguma pergunta sobre o significado de um item, foi consultado o apêndice do artigo original da CAPD;⁽¹²⁾ a autora principal foi procurada para uma explicação adicional, com o objetivo de preservar as características semânticas do instrumento original.

Nenhum termo foi modificado após o comitê de juízes, já que a escala apresentava uma tradução literal com os mesmos significados utilizados no Brasil. A maior

discussão se deu em relação à tradução do termo “*restless*”, tendo sido sugeridas, pelos tradutores, palavras sinônimas “agitada e inquieta”. Levando em consideração a opinião dos especialistas e na observância de manter as características semânticas do instrumento original, foi decidido manter os dois termos “agitada/inquieta” na pergunta. As alterações realizadas durante a análise do comitê de especialistas facilitou a compreensão dos itens do instrumento.

Durante a realização do pré-teste, o avaliador não relatou problemas com incertezas e nem dificuldades de interpretação que afetassem seu desempenho, ratificando que os itens eram pertinentes à cultura brasileira e avaliavam a dimensão proposta pelo instrumento original.

Embora não exista um processo da tradução e adaptação transcultural padrão-ouro a ser seguido rigorosamente por todos os pesquisadores, três passos são essenciais e relatados em algumas diretrizes e recomendações para este tipo de estudo: realização da tradução e retração, revisão por um comitê de juízes e a fase do pré-teste.^(20,21) Todos os passos foram rigorosamente seguidos neste estudo.

CONCLUSÕES

A *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* se encontra agora traduzida e adaptada transculturalmente para o português do Brasil, estando pronta para ser testada em maior escala. Para tal, novos estudos são necessários, para avaliar a reprodutibilidade e as propriedades psicométricas deste instrumento, viabilizando sua utilização em todas as regiões do Brasil.

ABSTRACT

Objective: This study sought to translate the Cornell Assessment of Pediatric Delirium from English into Brazilian Portuguese and cross-culturally adapt it for use in Brazil.

Methods: Following the authorization granted by its main author, the processes of translation and cross-cultural adaptation were performed with regard to the Cornell Assessment of Pediatric Delirium in accordance with the following internationally recommended steps: translation of the original into Portuguese by two native speakers of the target language; synthesis of the translated versions; back-translation by two native speakers of the original language; review and harmonization of the back-translation; a review of the Portuguese version of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium by an expert panel composed of specialists; pretesting including assessments of clarity, comprehensibility, and acceptability of the translated version using a sample of the target population; and finishing modifications to achieve the final version.

Results: The translation and cross-cultural adaptation of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium followed international recommendations. The linguistic and semantic issues that emerged during the process were discussed by the expert panel, which unanimously agreed to slight modifications. During pretesting, the Cornell Assessment of Pediatric Delirium was administered to 30 eligible children, twice per day; the final version was easy to understand, could be completed quickly, and showed a high inter-rater correlation coefficient (0.955).

Conclusions: The translation of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium into Brazilian Portuguese and its cross-cultural adaptation were successful and preserved the linguistic and semantic properties of the original instrument. The Cornell Assessment of Pediatric Delirium proved to be easy to understand and could be completed quickly. Additional studies are needed to test the validity and psychometric properties of this version in Brazil.

Keywords: Delirium/diagnosis; Surveys and questionnaires; Translating; Intensive care units, neonatal

REFERÊNCIAS

- Silver G, Traube C, Gerber LM, Sun X, Kearney J, Patel A, et al. Pediatric delirium and associated risk factors: a single-center prospective observational study. *Pediatr Crit Care Med*. 2015;16(4):303-9.
- Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hege E, Wolfe HA, et al. Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study. *Crit Care Med*. 2017;45(4):584-90.
- European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer *BMC Med*. 2014;12:141.
- Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais - o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2014;16(1):67-82.
- Van den Boogaard M, Schoonhoven L, Evers AW, van der Hoeven JG, van Achterberg T, Pickkers P. Delirium in critically ill patients: impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Crit Care Med*. 2012;40(1):112-8.
- Silver G, Traube C, Kearney J, Kelly D, Yoon MJ, Nash Moyal W, et al. Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool. *Intensive Care Med*. 2012;38(6):1025-31.
- Meyburg J, Dill ML, Traube C, Silver G, Haken RV. Patterns of postoperative delirium in children. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(2):128-33.
- Faria RS, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):137-47.
- Smeets IA, Tan EY, Vossen HG, Leroy PL, Lousberg RH, van Os J, et al. Prolonged stay at the paediatric intensive care unit associated with paediatric delirium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(4):389-93.
- Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):972-86.
- Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi NM. Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: A Wake-Up Call for the Pediatric Critical Care Community. *Crit Care Med*. 2014;42(7):1592-600.
- Smith HA, Boyd J, Fuchs DC, Melvin K, Berry P, Shintani A, et al. Diagnosing delirium in critically ill children: validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2011;39(1):150-7.
- Carvalho JP, Almeida AR, Gusmao-Flores D. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):148-54.
- Schieveld JN, Janssen NJ, van Cauteren YJ. On the Cornell Assessment for Pediatric Delirium and both the Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition, and International Classification of Diseases, 11th revision: quo vadis? *Crit Care Med*. 2014;42(3):751-2.
- Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):972-86.
- Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, et al. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Crit Care Med*. 2014;42(3):656-63.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007;41(4):665-73.
- Coster WJ, Mancini MC. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em Terapia Ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015;26(1):50-7.
- Giusti E, Befi-Lopes DM. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). *Pró-Fono Rev Atual Cientif*. 2008;20(3):207-10.
- Silva FC, Thuler LC. Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(4):344-9.
- Hoshino H, Matsuishi Y, Shimojo N, Nomoto Y, Kido T, Inoue Y. Development of the Japanese version of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium. *Acute Med Surg*. 2017;5(1):98-101.
- Silver G, Kearney J, Traube C, Hertzog M. Delirium screening anchored in child development: The Cornell Assessment for Pediatric Delirium. *Palliat Support Care*. 2015;13(4):1005-11.
- Silva VZ, Araújo Neto JA, Cipriano Jr G, Pinedo M, Needham DM, Zanni JM, et al. Versão brasileira da Escala de Estado Funcional em UTI: tradução e adaptação transcultural. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):34-8.