

# TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO INSTRUMENTO KNOWLEDGE AND ATTITUDES SURVEY REGARDING PAIN (KASRP)

*"Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP)" – tool translation, cultural adaptation and validation of the Portuguese version*

Luís Manuel Batalha

Professor-coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
batalha@esenfc.pt

Ana Cristina Ferreira

Instituto Português de Oncologia de Coimbra,  
Unidade Dor  
tina.ferreira.pt@gmail.com

Ana Leonor Ribeiro

Professora-coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto  
ana@esenf.pt

Carina Raposo

Centro Hospitalar do Porto, Unidade Dor  
karyraposo@gmail.com

Daniela Dias

Fundação Champalimaud  
daniela.dias@fundacaochampalimaud.pt

Juliana Santos

IPO Porto, Unidade Dor  
enf.juliana.santos@gmail.com

Isabel Maria Tarico Bico Correia

Professora-adjunta, Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus  
imtb@uevora.pt

António Gomes de Oliveira

Enfermeiro, Clinical Support Lead, Atos  
amgo29@gmail.com

Teófilo Ângelo Dias de Sousa

Homecare Regional Supervisor - North and Centre, Linde Healthcare  
tefilosousa79@gmail.com

**RESUMO:** As lacunas na formação dos profissionais de saúde têm sido apontadas como a principal causa de sofrimento inaceitável à luz do conhecimento atual.

O *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP)* é um instrumento com 41 itens que mede as atitudes dos profissionais de saúde na gestão da dor, sendo útil para diagnosticar necessidades de formação e avaliar a proficiência de ações formativas.

O objetivo foi traduzir, adaptar culturalmente e validar uma versão portuguesa do KASRP (KASRP-PT) em Enfermeiros.

Tratou-se de um estudo metodológico desenvolvido em seis fases. A versão portuguesa foi alcançada por consenso em painéis e testada numa amostra de 34 enfermeiros para avaliação da equivalência conceptual, semântica e de conteúdo. A versão resultante foi avaliada em painel através do índice de validade de conteúdo ao nível de item (I-CVI) e de escala (S-CVI). Para a análise métrica recorreu-se ao estudo do índice de dificuldade e de discriminação dos itens, cálculo da consistência interna do instrumento pela fórmula de *Kuder-Richardson* e estabilidade temporal a 15 dias pelo coeficiente de correlação intraclasse a 95% (ICC 95%).

Para a equivalência conceptual, semântica e de conteúdo houve necessidade de rever alguns itens. O I-CVI variou entre 0,80 e 1,00 sendo o S-CVI médio de 0,98. A versão final do KASRP-PT aplicada em 188 enfermeiros apresentou propriedades métricas sofríveis com baixo índice de dificuldade (0,67) e de discriminação (0,26) dos seus itens, uma homogeneidade questionável (*alfa Cronbach* 0,627) e moderada estabilidade temporal (ICC 95% 0,552 (0,193-0,744)).

O KASRP-PT pode ser um instrumento útil se eliminados alguns itens para melhorar a sua validade e fiabilidade pelo que se recomenda o uso uma versão reduzida a 29 itens.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor; Formação; Atitude; Conhecimento; Enfermagem.

**ABSTRACT:** *Healthcare professionals' lack of training has been considered the leading cause of unacceptable suffering in light of current knowledge.*

*The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) is a 41-item tool used to measure healthcare professionals' attitudes toward pain management. It is a useful tool to diagnose training needs and evaluate the proficiency of training actions.*

*This study aimed to translate, cross-culturally adapt, and validate a Portuguese version of the KASRP (KASRP-PT) in a sample of nurses.*

*A methodological study was conducted in six phases. The Portuguese version was reached by panel consensus and tested in a sample of 34 nurses for assessment of its conceptual, semantic, and content equivalence. The resulting version was assessed by a panel through the item-level content validity index (I-CVI) and the scale-level content validity index (S-CVI). For metric analysis, item difficulty and discrimination indices were estimated. Internal consistency was calculated using the Kuder-Richardson formula and temporal stability (15-day interval) was estimated using the intraclass correlation coefficient (95% CI).*

*For conceptual, semantic, and content equivalence, some items were revised, with I-CVI ranging from 0.80 to 1.00 and mean S-CVI was 0.98. In a sample of 188 nurses, the KASRP-PT showed tolerable metric properties with low difficulty (0.67) and discrimination (0.26) indices, questionable homogeneity (Cronbach's alpha of 0.627), and moderate temporal stability (ICC 95% CI of 0.552 (0.193-0.744)).*

*The KASRP-PT can be a useful tool if some items are deleted to improve its validity and reliability. The use of a shorter 29-item version is recommended.*

**KEYWORDS:** *Pain; Training; Attitude; Knowledge; Nursing.*

## **Introdução**

A dor afeta milhões de pessoas em todo o mundo sendo considerada uma das principais causas de incapacidade. A problemática da dor nos diversos contextos clínicos e a transversalidade na sua abordagem obriga a uma adequada formação dos profissionais de saúde (PS) (DGS, 2017).

Prevenir e aliviar a dor são responsabilidades dos PS, com especial acuidade para os enfermeiros. Estes como elementos da equipa de saúde são os mais próximos das pessoas e com a obrigação ética e legal de desempenharem uma função coordenadora da gestão dos cuidados às pessoas que deles necessitam (Mazilu, Zazu, Nedelcu, Sfetcu, & Armean, 2017).

As barreiras identificadas na gestão da dor estão relacionadas com questões de conhecimento e percepções existentes, quer nos PS quer nas pessoas, e que se refletem em atitudes que dificultam o bom controlo da dor (Batalha, 2010).

Algumas limitações têm sido atribuídas aos enfermeiros (Ung, Salamonson, Hu, & Gallego, 2016), apesar das melhorias verificadas nos últimos anos. Todavia, ainda se

sofre desnecessariamente de dor (Albaqawi, Maude, & Shawhan-Akl, 2016; Batalha, 2010; Mazilu et al., 2017). A falta de sensibilização e as lacunas na formação académica em contexto clínico tem perpetuado um sofrimento injustificado à luz do conhecimento atual e ao não reconhecimento da dor dentro das instituições (Batalha, 2010).

A gestão eficaz da dor requer competências específicas. Os enfermeiros que possuem uma base sólida de conhecimentos em dor e uma atitude adequada face ao controlo da mesma oferecem melhores cuidados (Raposo et al., 2016).

A dedicação, o esforço e o investimento feito em Portugal, cujo grande marco foi a publicação do primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor em 2001 (DGS, 2001) são a prova de que a formação é o garante da qualidade dos cuidados (Batalha et al., 2014). O desenvolvimento de ações de sensibilização e formação tem contribuído para o reconhecimento da existência de sofrimento inaceitável e desenvolvimento de conhecimento e pensamento crítico fundamentais para a aquisição de competências específicas no domínio dos cuidados à pessoa com dor (Batalha et al., 2014).

Independentemente da tipologia ou metodologia, qualquer ação de formação é concebida e implementada com base em instrumentos padronizados que permitem avaliar as necessidades de formação, desenvolver a formação com base nas reais necessidades detetadas, avaliar a eficácia na aquisição de conhecimentos e comparar resultados com outros estudos e realidades. Por estas razões há necessidade de se utilizarem instrumentos validados e confiáveis para avaliar as atitudes dos PS para uma prática baseada em evidências (Leung, Trevena, & Waters, 2014).

Em 2016 foram identificados 14 instrumentos usados para avaliar os conhecimentos, percepções e atitudes dos PS em relação aos cuidados à pessoa com dor. Entre eles o *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP) (Ferrell & McCaffery, 2014) tem sido o mais utilizado em todo o mundo (Mazilu et al., 2017; Ung et al., 2016). Este instrumento foi desenvolvido em 1987 para uso nos Estados Unidos e revisto ao longo dos anos para refletir as mudanças nas práticas de controlo da dor. O seu conteúdo baseia-se nos atuais padrões de gestão da dor recomendados pela *American Pain Society*, *World Health Organization*, e *The National Comprehensive Cancer Network Pain Guidelines* sendo a sua validade do conteúdo estabelecida por revisão de especialistas em dor. (Ferrell & McCaffery, 2014)

O KASRP é um questionário constituído por 41 itens com 22 perguntas tipo verdadeiro/falso e 15 perguntas de resposta múltipla e 4 perguntas baseadas em dois casos clínicos. A sua finalidade é medir as atitudes dos PS (enfermeiros e outros profissionais) sobre dor sendo útil como medida pré e pós-teste para avaliar os resultados de aprendizagem em programas de formação. A sua validade de construto foi estabelecida por comparação com o conhecimento de enfermeiros com vários níveis de formação (alunos de enfermagem, recém-formados, enfermeiros oncologistas, estudantes de pós-graduação e enfermeiros com formação em dor) tendo discriminado diferenças entre os vários níveis de formação. A fiabilidade foi estabelecida pelo teste-reteste ( $r > 0,80$ ) em 60 enfermeiros e a consistência interna reflecte itens com domínios no conhecimento e atitudes (alfa de Cronbach  $> 0,70$ ). (Ferrell & McCaffery, 2014)

Sendo o KASRP um instrumento útil para avaliar os conhecimentos e atitudes dos PS em relação aos cuidados à pessoa com dor e o mais utilizado em todo o mundo,

pretendemos realizar a sua adaptação semântica e cultural para Português e validar metricamente a sua utilização em enfermeiros.

## Metodologia

Estudo de caráter metodológico de tradução e adaptação semântica e cultural para a língua portuguesa e análise de validade métrica do KASRP (Ferrell & McCaffery, 2014) em enfermeiros segundo as recomendações de Sousa e Rojjanasrirat (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Foram excluídos do estudo os enfermeiros sem a nacionalidade portuguesa e/ou sem o título profissional de enfermeiro atribuído pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

A colheita dos dados foi autorizada pelos Conselhos de Administração e de Gestão dos Hospitais e Escolas de Enfermagem onde decorreu a aplicação do instrumento e aprovado o estudo pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O trabalho decorreu durante o ano de 2017 e desenvolveu-se em seis fases: tradução para Português, comparação e síntese I, retroversão, comparação e síntese II, teste piloto da versão portuguesa e análise psicométrica.

A fase 1 consistiu na autorização dos autores do instrumento original e sua tradução para a língua portuguesa por dois tradutores independentes bilíngues com língua materna portuguesa. Um dos tradutores com e outro sem conhecimento em saúde.

Na fase 2 as duas versões traduzidas foram comparadas com a versão original por um terceiro tradutor *bilingue* e a versão síntese traduzida foi alcançada por consenso em painel constituído pelo terceiro tradutor, os dois tradutores e seis membros da pesquisa. Nesta fase identificam-se e analisam-se as discrepâncias obtendo-se por consenso uma primeira versão síntese preliminar da versão portuguesa do instrumento.

Na fase 3 a versão síntese anterior foi retrovertida de forma independente por dois tradutores *bilingues* cuja língua materna era o Inglês. Estes tradutores não tinham conhecimento do instrumento original, tendo um conhecimento em saúde e outro não.

Na fase 4 as duas versões retrovertidas foram comparadas entre si e com o instrumento original por um painel constituído por seis elementos com o objetivo de avaliar

a equivalência conceitual, semântica e de conteúdo do instrumento retrovertido e desenvolver uma versão portuguesa pré-final. Do painel fizeram parte seis membros da equipa de investigação, sendo um deles um metodologista e outro perito na área da dor, e os quatro tradutores envolvidos na tradução e retroversão. As decisões foram tomadas por consenso.

A fase 5 consistiu na realização de um estudo piloto com a aplicação da versão portuguesa pré-final do instrumento numa amostra aleatória de 34 enfermeiros de duas instituições hospitalares. O objetivo foi avaliar a equivalência conceitual, semântica e de conteúdo através de um questionário em que se solicitou aos participantes que avaliassem a clareza das instruções, itens e formato das respostas em claro ou pouco claro e, se pouco claro, era solicitado sugestão de melhoria. Os itens considerados pouco claros por mais de 20% dos participantes foram reavaliados, e concebido uma nova versão pré-final do instrumento. Para determinar a equivalência conceptual (clareza das instruções, itens e formato de resposta) e de conteúdo (relevância do conteúdo) foi constituído um painel de peritos 10 enfermeiros especialistas e peritos em dor. A clareza das instruções, itens e formato de resposta foram avaliadas em claras ou pouco claras e, se pouco claras foi novamente solicitado sugestão de melhoria. Os itens considerados pouco claros para mais de 20% dos participantes neste painel foram reavaliados. A equivalência de conteúdo dos itens foi avaliada por um questionário constituído por respostas com quatro opções: 1 = não relevante; 2 = incapaz de avaliar a relevância; 3 = relevante, mas necessita de pequena alteração; 4 = muito relevante e sucinto. Os itens avaliados como “não relevantes” ou “incapaz de avaliar a relevância” foram revistos.

A validade de conteúdo da versão resultante foi avaliada pelo índice de validade de conteúdo ao nível de item (I-CVI), índice de validade de conteúdo ao nível de escala (S-CVI). Para tal, as respostas dos elementos do painel foram dicotomizadas em não relevantes (1 e 2) e relevantes (3 e 4). Consideraram-se índices mínimos aceitáveis de equivalência de conteúdo valores de I-CVI > 0,78 e de S-CVI > 0,90 (Sousa & Rojjanasirat, 2011).

Na fase 6 a versão portuguesa do KASRP (KASRP-PT) foi analisada quanto às suas propriedades métricas numa amostra aleatória de 188 enfermeiros a frequentarem duas Escolas Superiores de Enfermagem e duas ins-

tituições hospitalares. A validade foi avaliada pelo grau de dificuldade e de discriminação dos itens. Considerou-se desejável um grau de dificuldade e de discriminação entre 0,30 e 0,70, que os itens com índice de discriminação negativos fossem eliminados e que pelo menos 50% dos itens tivessem um índice de discriminação > 0,40 (Vallejo, 1979). Para a análise da fiabilidade, recorreu-se ao cálculo da consistência interna pela fórmula de *Kuder-Richardson* e estabilidade temporal com um intervalo entre 15 e 30 dias pelo coeficiente de correlação intraclass a 95% (ICC 95%) modelo misto de dois factores com concordância absoluta. Considerou-se a consistência interna, para valores de *alfa de Cronbach*, pobre  $\geq 0,5$ , questionável  $\geq 0,6$ , aceitável  $\geq 0,7$ , boa  $\geq 0,8$  e excelente  $\geq 0,9$  (George e Mallery, 2006). A interpretação da concordância na estabilidade temporal foi fraca para valores  $<0,5$ , moderada  $<0,75$ , boa  $<0,9$  e excelente para valores  $\geq 0,9$  (Koo & Li, 2016).

Os dados foram processados e analisados pelo programa *IBM SPSS Statistics for Windows*, Versão 24.0.

## Resultados

### Tradução, retroversão e validação semântica e cultural

No processo de tradução houve discrepâncias em vários termos (tabela 1) e necessidade de consensos para os itens 14, 15, 16, 18, 20, 22, 33, 34, 35, 38A e 38B. Optou-se pela tradução realizada pelo tradutor com conhecimentos em saúde, por uso de linguagem semântica e culturalmente mais adaptada aos conceitos em saúde.

**Tabela 1.** Termos com discrepâncias de tradução e retroversão

TERMO ORIGINAL	TRADUÇÕES
<i>Severe pain</i>	Dor intensa; Dor severa
<i>Side effects</i>	Efeitos adversos; Efeitos laterais, secundários
<i>Used</i>	Utilizados; Administrados
<i>Report</i>	Relatar; Manifestar
<i>Craving</i>	Impulso para o consumo; Avidez, desejo

Sublinha-se que o item 16 “Vicodin (hydrocodone 5 mg + acetaminophen 300 mg) PO is approximately equal to 5-10 mg of morphine PO” foi substituído, com autorização da autora, por “A oxicodeona 5 mg via oral é aproxima-

damente equivalente a 10 mg de morfina via oral”, dado que não existe em Portugal a formulação de hidrocodona com paracetamol.

A retroversão foi realizada de forma distinta pelos tradutores nos itens 28, 29, 34, 38A e 38B. Todavia, em painel gerou-se consenso para a versão retrovertida. Optou-se pela sugestão retrovertida pelo tradutor sem conhecimentos em saúde.

A clareza das instruções, itens e formato das respostas da versão portuguesa pré-final foi avaliada por 34 enfermeiros tendo 10 (29,4%) referido o item 20 como demasiado longo e 7 (20,6%) os itens 28 e 33 com uma redação confusa. Depois de revistos estes itens a versão resultante foi avaliada em painel para determinar a equivalência conceptual e a relevância do conteúdo. Os itens 7, 9, 12, 15, 16, 21, 28, 33, 35, 36 e 38A foram considerados pouco claros para 3 avaliadores (um avaliador considerou seis itens, outro quatro e outro um). Todos os avaliadores consideraram os itens relevantes, à exceção de 2 para o item 28 e 1 para os itens 2, 15, 31, 32 e 33.

### Propriedades métricas

O KASRP-PT foi aplicado a 188 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino 151 (80,3%) com uma média de idades de  $36,4 \pm 9,0$  anos variando entre os 23 e os 61 anos. Quase todos eram detentores da categoria de enfermeiro 163 (86,7%), sendo os restantes enfermeiros especialistas, maioritariamente da área da enfermagem médica-cirúrgica 16 (64,0). Trabalhavam em serviços hospitalares 153 (81,4%) e desempenhavam funções em média há  $13,5 \pm 9,0$  anos. Já tinham frequentado ações de formações na área da dor 66 (35,1) enfermeiros com uma média de horas de formação estimada em  $32,0 \pm 32,5$  horas, variando entre 2 e 180 horas. Estas formações foram maioritariamente do tipo de cursos de curta duração 36 (54,4%).

A análise de validade dos itens revelou um índice de dificuldade médio de 0,67 variando entre 0,19 (item 38B) e 0,98 (item 10). Uma análise mais detalhada pelos quartis mostra que o valor do percentil 25 é de 0,48, o percentil 50 de 0,72 e o percentil 75 de 0,87. O índice de discriminação médio foi de 0,26 variando entre 0,00 (item 35) e 0,60 (item 17 e 38A). Os itens 6, 9, 15, 17, 23, 28, 30, 38A, 38B, 39A e 39B apresentaram um valor de discriminação >0,40, representando 26,8% do total de

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

<b>idade, media ± desvio padrão</b>	<b><math>36,4 \pm 9,0</math></b>
<b>Sexo feminino, n (%)</b>	151 (80,3)
<b>Categoria profissional, n (%)</b>	
Enfermeiro	163 (86,7)
Enfermeiro especialista	23 (12,2)
Enfermeiro chefe	2 (1,1)
<b>Tipo de especialidade, n (%)</b>	
Médico-cirúrgica	16 (64,0)
Outra	9 (36,0)
<b>Habilitação académica, n (%)</b>	
Licenciado	167 (88,8)
Mestre	21 (11,2)
<b>Serviço em instituição hospitalar, n (%)</b>	153 (81,4)
<b>Tempo de serviço, media ± desvio padrão</b>	$13,5 \pm 9,0$
<b>Formação em dor, n (%)</b>	
Sim	66 (35,1)
<b>Tipo de formação</b>	
Curso de curta duração (< 30 horas)	36 (54,4)
Em serviço	26 (39,4)
Curso de pós-graduação	3 (4,5)
Outra	1 (1,5)
<b>Horas de formação, media ± desvio padrão</b>	$32,0 \pm 32,5$

ítems do instrumento. O ítem 33 apresentou um valor de discriminação negativo (-0,17).

A fiabilidade do instrumento revelou um valor de *alfa de Cronbach* de 0,627 com as correlações item-total corrigidas a variarem entre 0,008 (ítem 14) e 0,461 (ítem 38B) com correlações negativas nos ítems 8, 19, 24, 33 e 35. O *alfa de Cronbach*, se ítem excluído variou entre 0,597 (ítem 38B) e 0,650 (ítem 33). A estabilidade temporal revelou uma concordância medida pelo ICC 95% de 0,552 (0,193-0,744).

Analizando as propriedades métricas de uma versão reduzida do KASRP-PT (KASRP-PT reduzido) com a eliminação dos ítems com um valor de *alfa de Cronbach*, se ítem excluído >0,630, os ítems com índice de discriminação <0,04 e índice de dificuldade <0,25 e >0,95 seriam eliminados os ítems 1, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21, 24, 33, 35 e 38B. Atendendo que o ítem 38B deriva directamente do ítem 38A, optou-se pela sua não eliminação. Os resultados mostram que esta versão reduzida do KASRP-PT apresenta melhor fiabilidade com um *alfa de Cronbach* de 0,707 e uma concordância medida pelo ICC 95% de 0,567 (0,053-0,790).

**Tabela 3.** Propriedades métricas do KASRP-PT

Item	Índice de dificuldade	Índice de discriminação	Correlação de item total corrigido	Alfa de cronbach, se item excluído
1	,76	,13	,037	,631
2	,73	,34	,185	,618
3	,72	,36	,206	,617
4	,30	,19	,063	,629
5	,54	,28	,091	,627
6	,63	,55	,391	,598
7	,88	,17	,155	,621
8	,52	,06	-,085	,644
9	,72	,55	,353	,603
10	,98	,06	,142	,624
11	,97	,11	,271	,619
12	,98	,09	,251	,621
13	,95	,09	,110	,624
14	,95	,04	,008	,628
15	,73	,43	,206	,617
16	,44	,34	,164	,620
17	,55	,60	,322	,605
18	,87	,28	,212	,617
19	,30	,06	-,102	,643
20	,80	,26	,111	,624
21	,93	,02	,022	,628
22	,86	,15	,039	,629
23	,31	,45	,306	,607
24	,90	,02	-,019	,631
25	,76	,19	,122	,624
26	,48	,36	,156	,621
27	,76	,23	,147	,622
28	,25	,49	,355	,604
29	,89	,15	,115	,624
30	,59	,53	,314	,606
31	,87	,30	,208	,618
32	,91	,17	,191	,620
33	,37	,17	-,162	,650
34	,72	,34	,139	,622
35	,49	,00	-,113	,647
36	,30	,23	,152	,621
37	,56	,23	,071	,629
38A	,67	,60	,375	,601
38B	,19	,51	,461	,597
39A	,84	,43	,395	,603
39B	,34	,51	,356	,602
Média	Média	Alfa de Cronbach ,627		
	,67	,26	ICC 95% 0,552 (0,193-0,744).	

## Discussão

O KASRP-PT não cumpre na maioria dos seus itens, os critérios de validade propostos por Vallejo (Vallejo, 1979) e possui uma homogeneidade questionável (George & Mallery, 2006). Um instrumento que vise medir as atitudes e mais concretamente o conhecimento, deve possuir itens cujo índice de dificuldade e de discriminação se situe entre 0,30 e 0,70 (Vallejo, 1979). O KASRP-PT quando aplicado a enfermeiros revelou um índice médio de dificuldade dentro de limites superiores aceitáveis, mas cerca de 2/3 dos itens têm índices de dificuldade baixos (alta percentagem de acerto na resposta). Os autores do KASRP consideraram a pontuação de 80% de acerto como o aceitável para considerarem que os enfermeiros possuem conhecimentos na área da dor (Ung et al., 2016). Este valor parece-nos elevado e reflete a facilidade global dos itens. O esperado num instrumento que avalie o conhecimento é que haja um índice de acerto de pelo menos 50% para que se considere aceitável.

O índice de discriminação de um item expressa a medida em que este diferencia os indagados que mais sabem dos que menos sabem. Itens muito fáceis ou muito difíceis discriminam pouco (Vallejo, 1979). O KASRP-PT revelou baixa capacidade discriminatória, mas que não difere muito dos valores encontrados no instrumento original (Ferrell & McCaffery, 2014). A este resultado não é alheio o elevado número de itens do instrumento, baixo índice de dificuldade dos seus itens e reduzido número de itens com índice de discriminação  $>0,40$  que idealmente deveriam representar pelo menos metade dos itens do instrumento (Vallejo, 1979).

O KASRP é originalmente um instrumento grande (41 itens) e de pelo menos metade deles são do tipo verdadeiro / falso que em muito contribuem para a aleatoriedade de uma resposta, aumentando a probabilidade de acerto e não discriminando quem sabe de quem não sabe. Estes fatores afetam a homogeneidade dos itens do instrumento (Echevarría-Guanilo & Gonçalves, 2017) razão pela qual apresenta uma consistência interna questionável considerada questionável (George & Mallery, 2006).

A estabilidade temporal é moderada (Koo & Li, 2016), embora alguns autores considerem como valores mínimos aceitáveis de *alfa de Cronbach*  $>$  a 0,7 (Echevarría-Guanilo & Gonçalves, 2017). O instrumento original apresenta uma estabilidade temporal boa, mas

desconhece-se o limite temporal do teste-reteste medida pelo coeficiente de correlação de *Pearson* que reflete unicamente a intensidade de uma associação linear entre duas medidas e não de concordância o que superestima a fiabilidade (Echevarría-Guanilo & Gonçalves, 2017). Por esta razão cremos que o KASRP-PT apresenta uma boa fiabilidade ao longo do tempo.

Quando aplicado a enfermeiros KASRP-PT apresenta propriedades métricas que consideramos sofríveis. Atribuímos isso, entre eventualmente outras razões, a um instrumento idealizado para profissionais de saúde e não somente para enfermeiros, a que acresce uma realidade cultural e profissional de enfermagem muito distinta da nossa. Muitos itens (questões) centram-se na área farmacológica (tipo e doses de medicamentos) e poucos no que se refere a princípios orientadores dos cuidados à pessoa com dor que são o grande foco de atenção dos enfermeiros. Por outro lado, alguns itens apresentam formulações de interpretação ambígua “são sempre” “devem” ou mesmo com formulação de resposta incorreta (ausência de resposta entre 1% - 5%) como acontece no item 33 “a. < 1%; b. 5-15%; c. 25-50%; d. 75-100%”

A adoção do KASRP-PT para avaliar as atitudes dos enfermeiros portugueses nos cuidados à pessoa com dor requer a escolha de uma de três opções possíveis. A reformulação dos itens que afetam a validade e fiabilidade do instrumento e seu posterior estudo métrico, o que se afigura como um processo moroso e que pode resultar em

novo insucesso. O conceber um instrumento original para a realidade portuguesa e de uso exclusivo dos enfermeiros dando origem a mais um instrumento que em nada contribui para uma futura comparação de resultados entre estudos de vários contextos e países, para além de ser uma tarefa ainda mais trabalhosa e morosa que a anterior. A última opção, e porventura a mais viável, será a adoção de uma versão portuguesa reduzida do KASRP-PT com a eliminação dos itens que mais afetam a sua validade (baixo índice de discriminação e baixo índice de dificuldade dos itens) e consistência interna (homogeneidade dos itens).

O critério de seleção dos itens a eliminar é um jogo com múltiplas opções que visam garantir a melhor validade e fiabilidade. Esta escolhas afetam-se mutuamente, consoante os critérios e a ordem usada para a eliminação dos itens. Por exemplo, começa-se por eliminar os itens que menos contribuem para a consistência interna ou para a validade do instrumento? Ensaiamos a eliminação de 12 itens (itens 1, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21, 24, 33, 35) começando por excluir os itens com um valor de *alfa de Cronbach*, se item excluído  $> 0,630$ , os itens com índice de discriminação  $< 0,04$  e índice de dificuldade  $< 0,25$  e  $> 0,95$ . O resultado foi uma versão reduzida do KASRP-PT constituído por 29 itens sendo apenas 11 do tipo verdadeiro / falso. Este instrumento apresenta uma melhor fiabilidade com uma homogeneidade dos seus itens considerada aceitável (George & Mallery, 2006).

## QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO E ATITUDES ACERCA DA DOR – VERSÃO PORTUGUESA (KASRP-PT)

**Assinale com um círculo a resposta certa – Verdadeiro / Falso**

	V	F
1. Os sinais vitais são sempre indicadores fiáveis da intensidade da dor do doente.		
2. Devido ao subdesenvolvimento do sistema nervoso, as crianças com menos de 2 anos têm sensibilidade à dor diminuída e memória limitada para experiências dolorosas.		
3. Os doentes que se conseguem distrair da dor geralmente não têm dor intensa.		
4. Os doentes poderão dormir apesar de sentirem dor intensa.		
5. A aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides não são analgésicos eficazes em caso de dor associada a metástases ósseas.		
6. A depressão respiratória raramente ocorre em doentes que se encontram medicados, há vários meses, com doses estáveis de opioides.		
7. A combinação de analgésicos que atuam por diferentes mecanismos (por exemplo, combinar um aine, anti-inflamatório não esteroide, com um opioide) pode resultar num melhor controlo da dor com menos efeitos adversos do que utilizarem um único analgésico.		

8. A duração habitual da analgesia com 1-2 mg de morfina por via intravenosa é habitualmente de 4-5 horas.		
9. Os opioides não deverão ser utilizados em doentes com história de abuso de substâncias.		
10. Os doentes idosos não toleram os opioides para alívio da dor.		
11. Os doentes devem ser encorajados a suportar o máximo de dor possível antes de utilizarem um opioide.		
12. As crianças com menos de 11 anos não conseguem relatar a dor de forma fidedigna, pelo que os profissionais de saúde devem confiar unicamente na avaliação que os pais fazem da intensidade da dor da criança.		
13. As crenças espirituais dos doentes podem levá-los a pensar que a dor e o sofrimento são necessários.		
14. Após a administração de uma dose inicial de um analgésico opioide, as doses subsequentes deverão ser ajustadas de acordo com a resposta individual do doente.		
15. Administrar água esterilizada a doentes através de uma injeção (placebo) é um teste útil para determinar se a dor é real.		
16. A oxicodona 5 mg via oral é aproximadamente equivalente a 10 mg de morfina via oral.		
17. Se a causa da dor é desconhecida, os opioides não devem ser administrados durante o período de avaliação da dor, já que pode interferir com a capacidade para diagnosticar corretamente a sua causa.		
18. Os fármacos anticonvulsivantes, tais como a gabapentina, produzem um alívio ótimo da dor após uma dose única.		
19. As benzodiazepinas não são eficazes no alívio da dor e raramente são recomendadas como parte de um esquema analgésico.		
20. A adição a narcóticos/opioides é definida como uma doença neurobiológica crónica, caracterizada por um ou mais dos seguintes comportamentos: uso descontrolado do fármaco, uso compulsivo, uso continuado apesar dos danos e impulso para o consumo.		
21. O termo "equianalgesia" significa analgesia aproximadamente igual e é utilizado para referir doses de diferentes analgésicos que proporcionam, aproximadamente, o mesmo alívio da dor.		
22. A avaliação da sedação é recomendada durante o tratamento da dor com opioides porque a sedação excessiva precede a depressão respiratória induzida por opioides.		

#### Escolha múltipla – Assinale com um visto a resposta correta.

23. A via de administração recomendada para os analgésicos opioides em doentes com dor persistente relacionada com cancro é a via:

- a) Intravenosa
- b) Intramuscular
- c) Subcutânea
- d) Oral
- e) Retal

24. A via de administração recomendada para os analgésicos opioides em doentes com dor intensa de início súbito e breve, tais como dor pós-operatória ou dor pós-traumática é a via:

- a) Intravenosa
- b) Intramuscular
- c) Subcutânea
- d) Oral
- e) Retal

25. Qual dos seguintes medicamentos analgésicos é considerado o fármaco de eleição para o tratamento da dor moderada a intensa de duração prolongada em doentes oncológicos?

- a) Codeína
- b) Morfina
- c) Petidina
- d) Tramadol

26. Uma dose de 30 mg de morfina oral equivale, por via intravenosa, a aproximadamente:

- a) 5 mg de morfina
- b) 10 mg de morfina
- c) 30 mg de morfina
- d) 60 mg de morfina

27. Os analgésicos para a dor pós-operatória devem ser administrados inicialmente:

- a) Pelo relógio a horas fixas
- b) Apenas quando o doente solicita medicação
- c) Apenas quando o enfermeiro considera que o doente sente desconforto moderado ou intenso

28. Durante 2 meses, foram administrados diariamente analgésicos opioides a um doente com dor oncológica persistente. Ontem, estavam a ser administrados ao doente 200 mg/hora de morfina por via intravenosa. Hoje, a dose passou a 250 mg/hora. A probabilidade do doente desenvolver depressão respiratória clinicamente significativa é:

- a) < a 1%
- b) 1-10%
- c) 11-20%
- d) 21-40%
- e) > 41%

**29.** A razão mais provável para um doente com dor solicitar doses mais elevadas de medicação analgésica é:

- a) Experienciar um aumento da intensidade da dor
- b) Apresentar um aumento de ansiedade ou depressão
- c) Solicitar mais atenção por parte da equipa de saúde
- d) Os pedidos estrem relacionados com a adição

**30.** Qual dos seguintes fármacos é útil para o tratamento da dor oncológica?

- a) Ibuprofeno
- b) Hidromorfona
- c) Gabapentina
- d) Todos os anteriores

**31.** A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é:

- a) O médico assistente
- b) O enfermeiro responsável pelo doente
- c) O doente
- d) O farmacêutico
- e) Cônjugue ou a família do doente

**32.** Qual das seguintes opções representa a melhor abordagem a aspetos culturais na prestação de cuidados a doentes com dor:

- a) Já não existem influências culturais no nosso país devido à diversidade da população
- b) As influências culturais podem ser determinadas pela etnia (por exemplo, os asiáticos são estoicos, os italianos são expressivos, etc.)
- c) Os doentes deverão ser avaliados individualmente para determinar as influências culturais
- d) As influências culturais podem ser determinadas pelo estatuto socioeconómico (por exemplo, os operários relatam mais dor do que os trabalhadores administrativos)

**33.** Qual a probabilidade dos doentes que desenvolvem dor já terem um problema de abuso de álcool e/ou substâncias?

- a) < 1%
- b) 5-15%
- c) 25-50%
- d) 75-100%

**34.** O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via intravenosa é:

- a) 15 minutos
- b) 45 minutos
- c) 1 hora
- d) 2 horas

**35.** O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via oral é:

- a) 5 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1-2 horas
- d) 3 Horas

**36.** Após a interrupção abrupta de um opioide, a dependência física manifesta-se por:

- a) Sudorese, bocejos, diarreia e agitação
- b) Uso descontrolado de fármacos, uso compulsivo e impulso para o consumo
- c) Necessidade de doses mais elevadas para obter o mesmo efeito
- d) Opções a) e b)

**37.** Qual das seguintes afirmações sobre a depressão respiratória induzida por opioides está correta:

- a) É mais comum várias noites após a cirurgia devido à acumulação de opioides
- b) A apneia obstrutiva do sono é um fator de risco importante
- c) Ocorre com maior frequência nos doentes que receberam doses mais elevadas de opioides antes da cirurgia
- d) Pode ser facilmente avaliada através de oximetria de pulso intermitente

## ESTUDOS DE CASO

**Apresentam-se dois estudos de caso, nos quais lhe será pedido que tome decisões sobre dor e medicação.**

*Instruções: Por favor, selecione uma resposta para cada pergunta.*

### **38. Doente A:**

O André tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto do André, ele sorri-lhe e continua a conversar e a brincar com o seu visitante. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA (tensão arterial) = 120/80 mmHg; FC (frequência cardíaca) = 80 bpm; FR (frequência respiratória) = 18 ciclos por minuto (cpm); relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o André classifica a intensidade da sua dor como sendo 8.

**A.** Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. Circunde o número que representa a sua avaliação da dor do André.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Sem dor ----- Dor máxima

**B.** A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O André identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu “alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS.” Assinale a medida que irá tomar neste momento.

- 1. Não administrar morfina agora;
- 2. Administrar 1 mg de morfina por via intravenosa agora;
- 3. Administrar 2 mg de morfina por via intravenosa agora;
- 4. Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora.

### **39. Doente B:**

O Roberto tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto, ele está deitado e quieto na cama e apresenta esgar de dor quando se mexe. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA = 120/80 mmHg; FC = 80 bpm; FR= 18 cpm; relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o Roberto classifica a intensidade da sua dor como sendo um 8.

**A.** Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. Circunde o número que representa a sua avaliação da dor do Roberto.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Sem dor ----- Dor máxima

**B.** A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O Roberto identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu “alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS.” Assinale a medida que irá tomar neste momento.

- 1. Não administrar morfina agora;
- 2. Administrar 1 mg de morfina por via intravenosa agora;
- 3. Administrar 2 mg de morfina por via intravenosa agora;
- 4. Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora.

---

**Copyright:** Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain™ developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014

**Figura 1.** Questionário de conhecimento e atitudes acerca da dor – versão portuguesa (KASRP-PT)

## Conclusão

O KASRP-PT apresenta propriedades métricas sofríveis para avaliar as atitudes e conhecimentos dos enfermeiros nos cuidados à pessoa com dor. Todavia, pode ser um instrumento útil se eliminados alguns itens para melhorar a sua validade (índice de dificuldade e de discriminação dos seus itens) e homogeneidade pelo que se recomenda a utilização de uma versão reduzida com a eliminação de 12 itens, o KASRP-PT reduzido.

Esta versão reduzida tem 29 itens e apresenta melhores propriedades métricas podendo ser útil para comparar resultados com outras realidades e contextos da prática de cuidados. Todavia, não será de desconsiderar a possibilidade de conceber um instrumento português original com a mesma finalidade.

Este trabalho demonstra-nos igualmente que nem todos os instrumentos se mostram válidos e fiáveis quando utilizados em outros contextos culturais, mesmo após rigorosos processos de tradução, adaptação semântica e cultural e validação na população alvo.

## Agradecimentos

O Grupo de Estudos da Dor da AEOP agradece à Professora Betty Ferrel, autora do KASRP, a autorização para a sua adaptação e validação para a língua portuguesa, o apoio logístico do Grupo Tecnimede - Sociedade Técnico-Medicinal Lda, bem como a todos os enfermeiros pela sua participação no estudo.

## Referências bibliográficas

- Albaqawi, H., Maude, P., & Shawhan-Akl, L. (2016). Saudi Arabian Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management: Survey Results Using the KASRP. *International Journal of Health Sciences & Research*, 6(12), 150-164.
- Batalha, L. (2010). Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R., & Santos, P. (2014). Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45(2), 99-106.
- Direção Geral da Saúde (2001). Plano nacional de luta contra a dor. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor. Lisboa:
- Echevarría-Guanilo, M. E., & Gonçalves, N. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação—parte I. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-11.
- Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). Knowledge and attitudes survey regarding pain. Revised 2014. (Accessed August 2018 <http://prc.coh.org>)
- George, D., & Mallory, P. (2006). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 13.0 Update. Boston: Pearson A and B.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Leung, K., Trevena, L., & Waters, D. (2014). Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2181–2195. <https://doi.org/10.1111/jan.12454>
- Mazilu, D., Zazu, M., Nedelcu, V., Sfetcu, R., & Armean, P. (2017). The assessment of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain. Describing the process of developing and culturally adapting a standardized tool. *Management in health*, XXI, 9–13.
- Raposo, C., Oliveira, A., Santos, J., Ribeiro, A., Santos, C., Freitas, J., & Correia, I. (2016). Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor. *Onco.news*, 8–12. [nov.dez.jan.fev. 2016]
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Ung, A., Salamonson, Y., Hu, W., & Gallego, G. (2016). Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *British Journal of Pain*, 10(1), 8–21. <https://doi.org/10.1177/2049463715583142>
- Vallejo, P. (1979). Manual de avaliação escolar. Coimbra: Livraria Almedina.