

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**MICHELLE UCHIDA MIWA**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, AVALIAÇÃO  
PSICOMÉTRICA E VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA**

**DO QUESTIONÁRIO *PROFESSIONAL END-OF-LIFE***

***ATTITUDE SCALE (PEAS)***

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

**2018**

**MICHELLE UCHIDA MIWA**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, AVALIAÇÃO  
PSICOMÉTRICA E VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA  
DO QUESTIONÁRIO *PROFESSIONAL END-OF-LIFE  
ATTITUDE SCALE (PEAS)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

**2018**

Miwa, Michelle Uchida

**Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário *Professional End-of-Life Attitude Scale (PEAS)*** / Michelle Uchida Miwa – São José do Rio Preto, 2018.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.  
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em Inglês: Cross-cultural adaptation, psychometric evaluation and validation of the Brazilian version of the Professional End-of-Life Attitude Scale questionnaire (PEAS)

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki

1. Cuidados de final de vida; 2. Cuidados Paliativos; 3. Relação médico-paciente; 4. Incurabilidade; 5. Oncologia; 6. Estudos de validação

**MICHELLE UCHIDA MIWA**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, AVALIAÇÃO  
PSICOMÉTRICA E VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA  
DO QUESTIONÁRIO *PROFESSIONAL END-OF-LIFE  
ATTITUDE SCALE (PEAS)***

**BANCA EXAMINADORA  
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina O. S. Miyazaki

**Instituição:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

---

1<sup>a</sup> Examinadora: Profa. Dra. Priscila Silveira Duarte Pasqual

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

---

2<sup>a</sup> Examinadora: Profa. Dra. Neide A. Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

São José do Rio Preto, 07/12/2018.

## Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Lista de anexos.....	vii
Lista de apêndices.....	viii
Lista de tabelas.....	ix
Lista de figuras.....	x
Lista de abreviaturas.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiv
Introdução.....	01
Objetivos.....	08
Método.....	09
Participantes.....	09
Materiais.....	12
Procedimento.....	14
Análise de Dados.....	22
Aspectos Éticos.....	24
Resultados e Discussão.....	25
Conclusão.....	52
Referências.....	53

## **Dedicatória**

A todos que propiciaram a realização deste propósito, à minha família e em especial meu marido Fernando Marcus Miwa que sempre esteve ao meu lado e me apoiou nos momentos mais críticos deste processo e à minha profissão, a qual me possibilitou enxergar o mundo através de uma perspectiva diferente e mais colorida.

## Agradecimentos

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, a qual através do conhecimento, sensibilidade e exemplo me inspirou e permitiu que um novo universo se abrisse diante de mim: a Ciência com suas nuances, mistérios e beleza sem perder de vista o respeito ao outro. Obrigada por todos os momentos ricos que pude compartilhar com a senhora. Minha eterna admiração e agradecimento.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Neide Ap. Micelli Domingos pelas orientações e por ter acreditado que permitir o caminho da carreira acadêmica para mim era possível. Carregarei comigo sua postura e seu senso de justiça como fortes exemplos.

Ao comitê de *experts*: Dr. Fábio Leite, Dra. Glória Brunetti, Dra. Patrícia Maluf Cury, Dra. Juliane Borsa e Psicólogo Eduardo Miyazaki pela disponibilidade, prontidão e paciência durante todo o processo de adaptação transcultural. E aos tradutores do American Journal of Experts pela eficiência e precisão no trabalho realizado.

Ao Hospital de Amor de Barretos e ao Dr. Edmundo Mauad por terem propiciado a realização desta pesquisa e do prosseguimento do meu estudo para o desfecho deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho: Dra. Juliana Beraldo Ciorlia, Dra. Fernanda Christóforo Figueira, Dra. Maria Salete De Angelis Nascimento, Dr. Luis Fernando Rodrigues que ao longo destes dois anos me substituíram inúmeras vezes na jornada de trabalho para que eu pudesse concluir esta etapa tão importante e significativa na minha vida.

À Camila Crovador através de seus conhecimentos prévios em adaptação e psicometria de instrumentos propiciou orientações enriquecedoras e fundamentais para a produção deste trabalho.

Ao Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) do Hospital de Amor, em especial à coordenadora de projetos Máisa Guimarães que com sua organização e presteza me auxiliou a organizar toda a coleta de dados.

Ao Núcleo de Epidemiologia e Bioestatística (NEB) do Hospital de Amor, em especial ao bioestatístico Marco Antônio de Oliveira que não somente me auxiliou na análise estatística dos dados, mas me fez enxergar os dados com profundidade, permitindo abstrair considerações fundamentais para a conclusão deste trabalho. A Bioestatística e esta pesquisa me trouxeram uma nova amizade. Meu muito obrigada.

Aos bibliotecários Martins Fidelis e Milene Girio por sua prontidão e disponibilidade em me auxiliar no levantamento de artigos.

Aos meus pais Vicentina Maria Uchida e Orlando Kazuto Uchida que, através da educação, sempre me mostraram que não há legado maior que o conhecimento obtido através do estudo.

Ao meu marido Fernando Marcus Miwa que me acompanhou sempre e acreditou na minha capacidade de vencer os obstáculos que eu mesma achava não ser capaz de vencer.

Às minhas amigas queridas Juliana Beraldo Ciorlia e Natália Campacci que estiveram ao meu lado durante todos os momentos desafiadores deste processo sendo um ponto de apoio muito importante. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

Aos amigos Duzolina Adhara e Alexandre Venâncio por terem sido a ponte necessária para trazer à realidade o sonho de ser mestre. Sem vocês nada disso teria acontecido. Minha eterna gratidão.

E por fim, a todos os participantes desta pesquisa que contribuíram através de seu ponto de vista para os achados deste estudo.



## **Lista de anexos**

<b>Anexo A</b> – Professional End-of-Life Attitude Scale (PEAS).....	58
<b>Anexo B</b> – Parecer Consubstanciado do CEP.....	61
<b>Anexo C</b> – Certificado de retrotradução do American Journal of Experts.....	73

## Lista de apêndices

<b>Apêndice A</b> – Autorização para uso de imagem – Economist, 2015.....	75
<b>Apêndice B</b> – Questionário Sociodemográfico.....	76
<b>Apêndice C</b> – Autorização dos autores para adaptação transcultural e validação.....	77
<b>Apêndice D</b> – Questionário de compreensão.....	79
<b>Apêndice E</b> – Autorização de uso de figuras de adaptação transcultural de instrumentos psicológicos.....	80
<b>Apêndice F</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - análise de questionário.....	81
<b>Apêndice G</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – participantes.....	85
<b>Apêndice H</b> – Versões original até a síntese das traduções do PEAS.....	89
<b>Apêndice I</b> – Versões retrotraduzida até versão final do PEAS.....	99
<b>Apêndice J</b> – Versão final do PEAS.....	112
<b>Apêndice K</b> - Frequências e escores do PEAS.....	118

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b> - IVC obtidos a partir da análise semântica e conceitual entre comitê de <i>experts</i> .....	26
<b>Tabela 2</b> - Itens e taxas da análise do PEAS no piloto 1.....	29
<b>Tabela 3</b> - Itens e taxas da análise do PEAS no piloto 2.....	29
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 87 participantes.....	31
<b>Tabela 5</b> - Frequência de questionários completos e questionários com opção NA.....	33
<b>Tabela 6</b> – Comparações entre religião, faixa etária e categoria profissional para as subescalas.....	35
<b>Tabela 7</b> - Correlação entre os tempos e escores.....	37
<b>Tabela 8</b> – Índices de ajuste de modelo para o PEAS.....	40
<b>Tabela 9</b> – Comparação das consistências internas.....	40
<b>Tabela 10</b> – Consistência interna entre os itens do PEAS.....	42
<b>Tabela 11</b> – Consistência interna para subescalas: impacto pessoal e impacto profissional.....	43
<b>Tabela 12</b> - Consistência interna para itens excluídos do PEAS para impacto pessoal.....	44
<b>Tabela 13</b> - Frequências das respostas para os itens 3 e 4.....	45
<b>Tabela 14</b> - Consistência interna para itens excluídos do PEAS para impacto profissional.....	46
<b>Tabela 15</b> - Coeficiente de correlação intraclasse.....	47

## Lista de figuras

<b>Figura 1</b> - Colocação do Brasil ocupando o 42º lugar no ranking geral de qualidade de morte.....	06
<b>Figura 2</b> – Esquema de seleção dos participantes.....	11
<b>Figura 3</b> - Fluxograma do processo de adaptação transcultural.....	15
<b>Figura 4</b> - Fluxograma do estudo piloto / pré-teste.....	16
<b>Figura 5</b> - Fluxograma da análise psicométrica do PEAS.....	21
<b>Figura 6</b> - Comparações entre impacto profissional e suas diferenças entre as categorias profissionais.....	36
<b>Figura 7</b> - Representação do Diagrama do Caminho do PEAS.....	38

## **Lista de abreviaturas**

**PEAS** – Professional End-of-life Attitude Scale

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**EAPC** - Associação Européia de Cuidados Paliativos

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

**EM** – Esclerose Múltipla

**ELA** – Esclerose Lateral Amiotrófica

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**IVC** – Índice de Validade de Conteúdo

**ITC** – International Test Commission

**AFC** – Análise Fatorial Confirmatória

**AFE** – Análise Fatorial Exploratória

**RMSEA** – Raiz do Erro Quadrático Médio

**GFI** - Índice de Qualidade de Ajuste

**TLI** - Índice de Tucker-Lewis

**CFI** - Índice de Ajuste Comparativo

**NFI** - Índice de Ajuste Normalizado

**RMR** - Erro Quadrático Médio

**CCI** – Coeficiente de Correlação Interna

**NA** – Não se aplica

Miwa, M.U. (2018). Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário *Professional End-of-life Attitude Scales (PEAS)* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

## RESUMO

O Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS) é um instrumento que avalia o grau de ansiedade e preocupações de profissionais que cuidam de pacientes em fase final de vida. A tradução e validação do PEAS disponibiliza um importante instrumento para auxiliar no preparo destes profissionais. **Objetivos:** Realizar a adaptação transcultural do instrumento, avaliar suas propriedades psicométricas e validar o PEAS para a língua portuguesa falada no Brasil. **Método:** Estudo dividido em três etapas conforme normas determinadas internacionalmente: traduções independentes, síntese das traduções, retrotraduções, análise por um comitê de *experts*, estudo piloto/pré-teste e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento PEAS através da validade de conteúdo obtida pelo índice de validade de conteúdo (IVC), construto e confiabilidade. Foi necessário realizar dois estudos piloto com 20 profissionais de saúde. Na etapa de validação, o instrumento foi aplicado em 87 profissionais de saúde para avaliar a validade do construto através da análise de grupos conhecidos de acordo com as características dos participantes, a análise fatorial confirmatória (AFC) e confiabilidade pelo cálculo do Alfa de Cronbach e teste reteste através do coeficiente de correlação intraclass (CCI). **Resultados:** A partir da análise do comitê de *experts*, a validade de conteúdo obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo resultou em uma média geral esperada maior ou igual a 0,8. A comparação entre grupos conhecidos demonstrou diferença estatisticamente significativa entre equipes de médicos residentes e equipe multiprofissional no domínio de impacto pessoal. Análise Fatorial Confirmatória não demonstrou ajuste adequado do modelo aos dados devido ao reduzido tamanho amostral. Não houve possibilidade de análise da validade de critério, uma vez que não foi encontrado

instrumento semelhante para comparações. A confiabilidade foi verificada através do alfa de Cronbach geral de 0,74, considerado valor satisfatório. Entretanto, não atingiu valores adequados nos domínios de impacto pessoal (0,66) e impacto profissional (0,59). A estabilidade avaliada pelo teste reteste obteve coeficiente de correlação intraclassa com valores satisfatórios ( $0,4 \leq CCI < 0,75$ ) a muito satisfatórios ( $CCI \geq 0,75$ ), variando entre 0,62 e 0,8 o que define o instrumento em estudo reprodutível para a cultura brasileira.

**Conclusão:** A versão em português do PEAS apresentou resultados adequados para a validade de conteúdo, transcultural e análise de grupos conhecidos, bem como para a confiabilidade e reprodutibilidade. Por ser um instrumento de características peculiares e inéditas no país, foram elencados alguns desafios para a sua validação.

**Palavras-chave:** Cuidados de final de vida; Cuidados Paliativos; Relação médico-paciente; Incurabilidade; Oncologia; Estudos de validação.

Miwa, M.U. (2018). Cross-cultural adaptation, psychometric evaluation and validation of the Brazilian version of the Professional End-of-life Attitude Scales questionnaire (PEAS) (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

### ABSTRACT

The Professional End-of-Life Attitude Scale (PEAS) is an instrument that assesses the degree of anxiety and concerns of professionals caring for patients in the final stages of life. The translation and validation of PEAS provides an important tool to assist in the preparation of these professionals. **Objectives:** Conduct the cross-cultural adaptation of PEAS, evaluate the psychometric properties and validate PEAS for Portuguese language spoken in Brazil. **Method:** Study divided into three stages according to internationally determined standards: independent translations, synthesis of translations, backtranslations, analysis by an expert committee, pilot / pre-test study and evaluation of the psychometric properties of the PEAS instrument through the validity of content obtained by the index of content validity (ICV), construct and reliability. It was necessary to carry out two pilot studies, which had 20 health professionals. In the validation stage, the instrument was applied to 87 health professionals to evaluate the validity of the construct through the analysis of known groups according to participants' characteristics, confirmatory factorial analysis (CFA) and reliability by calculating Cronbach's alpha and test using the intraclass correlation coefficient (ICC). **Results:** From the expert committee's analysis, the content validity obtained by the Content Validity Index resulted in an expected overall average of greater than or equal to 0.8. The comparison between known groups showed a statistically significant difference between the team of resident physicians and the multiprofessional team in the field of personal impact. Factorial Confirmatory Analysis did not demonstrate adequate fit of the model to the data due to the relatively small sample size. There was no possibility of analyzing the criteria validity, since no similar instrument was found for comparisons. The reliability was verified through



Cronbach's alpha of 0.74, which showed satisfactory value, but did not reach an adequate value in the domains of personal impact (0.66) and professional impact (0.59). The stability evaluated by the test retest obtained an intraclass correlation coefficient with satisfactory ( $0.4 \leq \text{ICC} < 0.75$ ) to very satisfactory values ( $\text{ICC} \geq 0.75$ ), ranging from 0.62 to 0.8, which defines the instrument in study as reproducible for Brazilian culture. **Conclusion:** The Portuguese version of the PEAS presented adequate results for content validity, cross-cultural and analysis of known groups, as well as for reliability and reproducibility. Because it is an instrument with unique characteristics and unprecedented in the country, some challenges were listed, including for its validation.

**Keywords:** End-of-life care; Palliative Care; Physician-patient relation; Incurable disease; Oncology; Validation studies.

## Introdução

### Comunicação

A comunicação é um veículo da informação. Quando realizada adequadamente, proporciona a interação e possibilita acessar profundamente o indivíduo em relação às suas crenças, sentimentos, percepções e anseios. Este veículo não é expresso apenas de forma verbal. A postura adotada, o contato visual, os silêncios empregados entre as falas e a própria entonação da voz também denotam mensagens que impactam o receptor e geram sensações no próprio emissor. (Lorie, Reiner, Phillips, Zhang, & Riess, 2016; McHenry, Parker, Baile, & Lenzi, 2012)

Considera-se que os médicos sejam fonte primária de fornecimento de notícias (ex. diagnósticos; prognósticos), controle de sintomas e suporte emocional a pacientes e seus familiares, além de se certificar da compreensão dos mesmos diante das decisões médicas tomadas (Nedjat-Haiem et al., 2017).

Entretanto, a grade curricular médica focada no modelo biomédico não contempla o preparo adequado para a comunicação em saúde em geral, nem nas situações consideradas mais difíceis (ex. falha de tratamento; incurabilidade; óbito) e desconsidera os aspectos psicossociais da enfermidade (Levetown, Hayslip, & Peel, 1999; Nedjat-Haiem et al., 2017; Pineli, Krasilcic, Suzuki, & Maciel, 2016; Rodriguez, Gambino, Butow, Hagerty, & Arnold, 2007; Thorne, Bultz, Baile, & Team, 2005).

O profissional médico, diante de uma situação estressante como o diagnóstico de uma doença irremissível, por desconhecimento ou percepção distorcida de que a cura e a recuperação devem ser propostas, enfatiza informações sobre o prognóstico do tratamento, alijando a enfermidade, acreditando que a inserção de discussões sobre cuidados de final de vida causará sofrimento e dano à esperança do paciente (Granek, Krzyzanowska, Tozer, &

Mazzotta, 2013; Levetown et al., 1999; Nedjat-Haiem et al., 2017; Rodriguez et al., 2007; Rodriguez, Gambino, Butow, Hagerty, & Arnold, 2008).

Dada a dificuldade de comunicar más notícias aos pacientes, protocolos têm sido criados para auxiliar o médico nessa tarefa. De acordo com Buckman, um dos criadores do protocolo SPIKES, más notícias compreendem toda e qualquer informação que possa gerar intensas transformações na perspectiva de futuro do paciente, seja relacionada ao diagnóstico ou à falha de tratamento de intenção curativa (Buckman, 1984).

Quando o fornecimento de uma má notícia não é realizado de maneira apropriada, ocorrem distorções na compreensão acerca da gravidade e extensão da enfermidade. Estas distorções, por sua vez, têm impacto na satisfação com os cuidados recebidos, reduzem a qualidade de vida, impossibilitam a tomada consciente de decisões, aumentam a ansiedade, promovem desesperança, além de dificultar o controle de sintomas (Nedjat-Haiem et al., 2017; Rodriguez et al., 2007; Schofield, Carey, Love, Nehill, & Wein, 2006; Thorne et al., 2005)

Os prejuízos de uma comunicação médico-paciente ineficaz vão além do contexto da relação e do sistema de saúde, uma vez que questões emocionais e expectativas distantes da realidade culminam com o aumento de custos em tratamentos anti-neoplásicos pouco eficientes no contexto de incurabilidade, além de uma maior procura por serviços de Emergência. (Schofield et al., 2006; Thorne et al., 2005)

No âmbito oncológico, a frequência com que o médico se depara com a finitude é maior, tornando urgente a necessidade de treinamento e suporte a estes profissionais (Granek et al., 2013). Com isso, uma intervenção planejada e centrada no paciente e sua família permitirá a expressão das emoções de maneira apropriada e transição das metas do tratamento de cunho curativo para paliativo (Morgans & Schapira, 2015).

Faz-se necessário ressaltar no que consiste o cuidado paliativo:

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que estão enfrentando situações relacionadas a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2016, “WHO Definition of Palliative Care”, para. 1).

Além deste conceito abrangente, é relevante adicionar que a aplicação ideal dos cuidados paliativos faz-se conjuntamente aos demais tratamentos que ainda possuem intenção de aumento da sobrevida, como quimioterapia e radioterapia, bem como de medidas de investigação para o manejo de complicações clínicas (Strohbecker, Gaertner, & Stock, 2011; WHO, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que anualmente cerca de 40 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos, sendo que 78% destas são provenientes dos países em desenvolvimento. Todavia, somente 14% da população mundial recebe cuidados paliativos (WHO, 2015).

O trabalho em conjunto entre oncologia e cuidados paliativos possibilita a divisão da carga emocional e de situações extremamente desafiadoras, além de oferecer ao paciente abordagem integral de diversos profissionais especializados em áreas distintas (Morgans & Schapira, 2015).

Equipes interdisciplinares capacitadas para o cuidado psicológico e espiritual, bem como a inserção do paciente na tomada de decisões por parte do médico, são pontos determinantes para um cuidado de excelência ao final da vida (Economist, 2015; Schofield et al., 2006; Strohbecker et al., 2011). Além disso, a interdisciplinaridade proporciona a integração de diversas áreas do conhecimento, o trabalho em equipe gera benefícios como o

aumento da segurança do paciente, reduz custos, erros e a sobrecarga de trabalho, prevenindo o *burnout* (Miyazaki, Gorayeb, Santos Junior, & Nakao, 2018).

Desse modo, faz-se prioritária a modificação da visão curativa dos tratamentos para valores focados nos cuidados paliativos, ao quais abrangem o processo de morte como parte da evolução da vida, melhorando o final de vida de pacientes e de seus familiares (Economist, 2015).

O olhar rigoroso para os programas educacionais visando uma melhor práxis é fundamental. Com isso, o interesse crescente pelos cuidados paliativos propõe um caminho para a abordagem sobre a finitude e os sentimentos a ela associados, não somente à unidade de tratamento como ao profissional (Billings & Block, 1997).

Esta preparação proporcionará aos profissionais ferramentas para o gerenciamento e validação de suas próprias emoções através do desenvolvimento de habilidades para suportarem as perdas e considerarem tais reações como normais e parte de uma trajetória ao longo desta área de atuação (Granek, 2015; Morgans & Schapira, 2015).

Esta afirmativa é corroborada pela constatação de Granek (2015), em entrevistas com oncologistas:

A melhor e a pior parte da prática da oncologia são o vínculo com os pacientes. Sem este vínculo, o trabalho seria insuportável e insatisfatório. Com este vínculo, entretanto, vem a dor da perda quando os pacientes morrem, sofrem com o incapacitante desaparecimento da função, vivenciam uma “morte ruim”, ou evoluem para falha terapêutica (p.1460).

Discutir cuidados paliativos requer abordar a questão da qualidade de morte.

## Qualidade de Morte

O envelhecimento da população ao redor do mundo vem gerando preocupação na provisão de cuidados especiais a este novo estrato da sociedade, já que enfermidades crônicas, com evolução lenta e progressiva experimentam incremento concomitante (Economist, 2015).

De acordo com o Índice de Qualidade de Morte de 2015, realizado pela Unidade de Inteligência *The Economist*, os países que ocupam os melhores rankings em qualidade de morte compartilham algumas características:

- Programa de cuidados paliativos inserido no programa nacional de saúde;
- Elevados investimentos na saúde pública, inclusive visando redução de custos dos pacientes em cuidados paliativos;
- Treinamentos frequentes em cuidados paliativos visando incrementar a competência e a *expertise* para um bom controle de sintomas e abordagem abrangente;
- Grande disponibilidade de analgésicos opióides.

Não é surpresa que os países desenvolvidos ocupem melhores posições no ranking do índice de qualidade de morte (Figura 1) (Apêndice A). Entretanto, ressalta-se que em diversas partes do mundo, incluindo Brasil, encontram-se em processo de desenvolvimento de suas próprias políticas nacionais (Economist, 2015).

De acordo com Ros Taylor, diretora nacional dos cuidados em *hospice* no Reino Unido: “As coisas que proporcionam uma morte melhor são simples. O conhecimento básico do controle algico e conversas com as pessoas sobre o que realmente importa – que podem transformar muito mais mortes” (Economist, 2015, p.13).

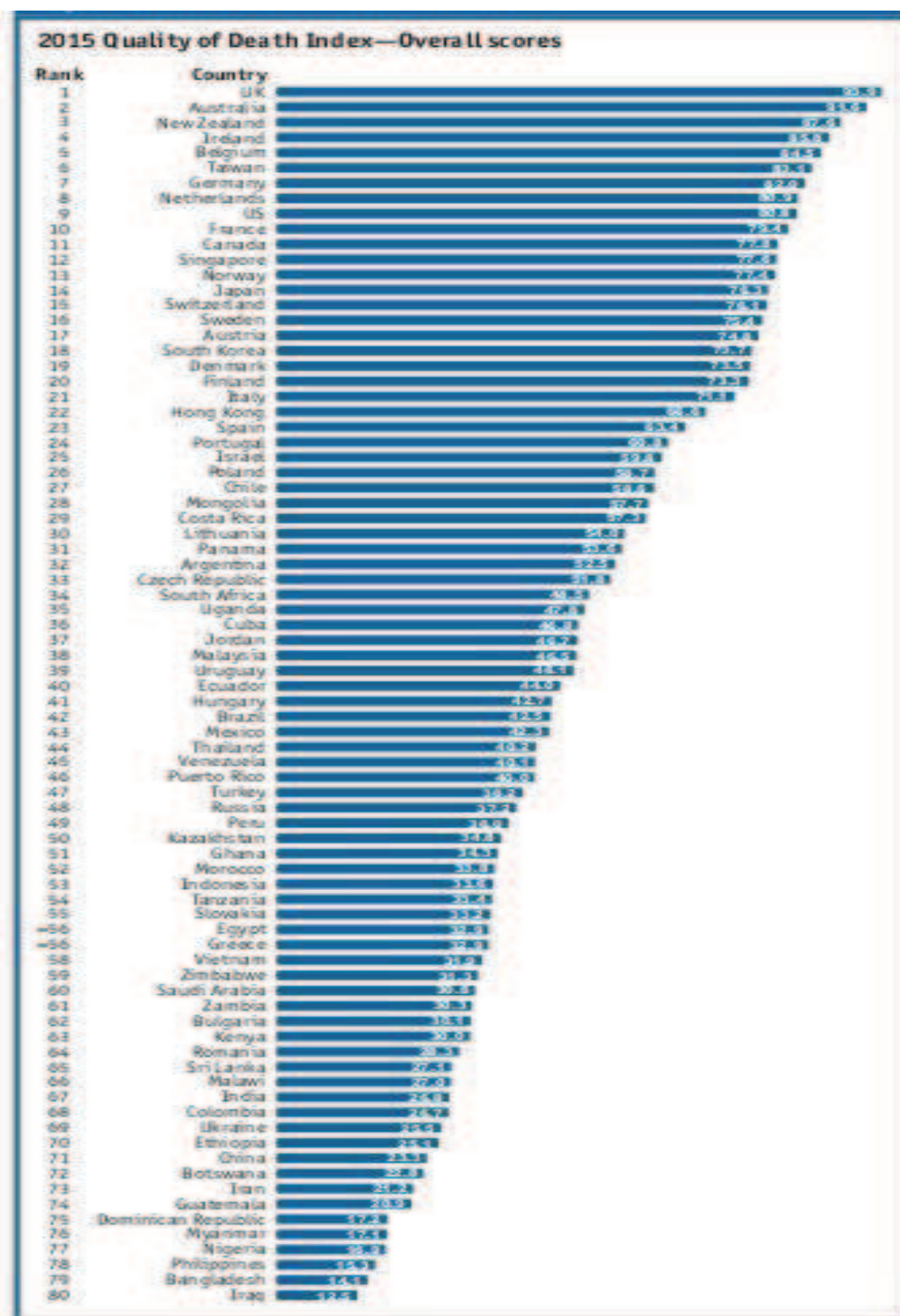


Figura 1. Índice de Qualidade de Morte, 2015. Retirado de “The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world” por *The Economist Intelligence Unit*, 2015, p. 16. Reproduzido com permissão.

## FIGURA 1

Colocação do Brasil ocupando o 42º lugar no ranking geral de qualidade de morte

## **Instrumento de avaliação sobre o final de vida**

Encaminhamentos tardios para unidades de Cuidados Paliativos e/ou desconhecimento por parte dos pacientes acerca de sua condição incurável ou impossibilidade de tratamento, geram diversos entraves para o processo de enfrentamento, impacto na eficácia de controle de sintomas e impede ou dificulta uma morte com o menor desconforto possível (WHO, 2015, 2016).

Todavia, cabe questionar se precedente a esta problemática não existem fatores impactantes no profissional, que o impeçam de identificar ou mesmo resistir a esta demanda. A necessidade de se focar aspectos psicossociais das enfermidades, vem se tornando crescente e instrumentos para avaliar tais aspectos vem sendo desenvolvidos. Desse modo, um instrumento que auxilie no reconhecimento de necessidades no treinamento profissional em cuidados paliativos proporcionará esta identificação de maneira mais eficaz, enfocando aspectos que demandem intervenção para refinamento das habilidades profissionais.

O *Professional End-of-Life Attitude Scale* (PEAS) é um instrumento originariamente americano e que foi validado também na China (Levetown et al., 1999; Yang et al., 2017). A disponibilidade do PEAS para ser utilizado no Brasil auxilia no reconhecimento de fatores que geram ansiedade no profissional, seja por conta da própria profissão como também pelo impacto pessoal gerado durante a práxis diária. Esta identificação possibilita intervenções que melhorem a qualidade de vida no trabalho destes profissionais e conseqüentemente reflete na assistência com a prevenção de mortes caóticas e luto complicado por parte dos familiares (Levetown et al., 1999).

Apesar da relevância crescente no assunto, ainda assim os pesquisadores apresentaram grande dificuldade para identificar publicações na área, inclusive do próprio instrumento em questão, uma vez que este foi validado, mas não foi publicado pelos autores.



O instrumento foi obtido através do contato com o autor para discussões sobre o instrumento original: *Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale* (Levetown et al., 1999), do qual originou o PEAS que foi gentilmente cedido aos pesquisadores.

### **Objetivos**

- Realizar a adaptação transcultural do instrumento (PEAS);
- Avaliar as propriedades psicométricas;
- Validar o questionário PEAS para a língua portuguesa falada no Brasil.

## Método

### Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo de adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa (Brasil) do instrumento *Professional End-of-life Attitude Scale* (PEAS) (Anexo A).

### Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII (Unidade 1) e Hospital São Judas Tadeu (Unidade 2, unidade de Cuidados Paliativos), na cidade de Barretos, interior do estado de São Paulo.

### Participantes

Durante a primeira parte da adaptação transcultural correspondente à avaliação das traduções, retrotraduções e versões consensuais, participaram do comitê de *experts* dois (2) médicos paliativistas, um (1) médico oncologista, um (1) psicólogo paliativista e um (1) psicólogo que possui como temática de trabalho a construção e validação de instrumentos psicológicos.

Ambos os estudos pilotos dispôs de 20 participantes cada. O primeiro teste piloto contou com 10 médicos, um (1) dentista, quatro (4) enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, um (1) nutricionista, um (1) psicólogo e dois (2) terapeutas ocupacionais para a primeira fase do piloto.

Participaram da segunda fase do piloto: 10 médicos, um (1) assistente social, quatro (4) enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, um (1) fonoaudiólogo, um (1) dentista, um (1) psicólogo e um (1) terapeuta ocupacional.

A aplicação do teste dispôs de 87 participantes, dentre eles 42 médicos (seis (6) cirurgiões oncológicos, cinco (5) fellows, dois (2) hematologistas, cinco (5) oncologistas clínicos, quatro (4) paliativistas, cinco (5) radioterapeutas e 15 residentes) e 45 profissionais da equipe multiprofissional (um (1) assistente social, três (3) dentistas, 32 enfermeiros,

quatro (4) fisioterapeutas, um (1) fonoaudiólogo, um (1) nutricionista, dois (2) psicólogos e um (1) terapeuta ocupacional). (Figura 2)

### **Critério de inclusão**

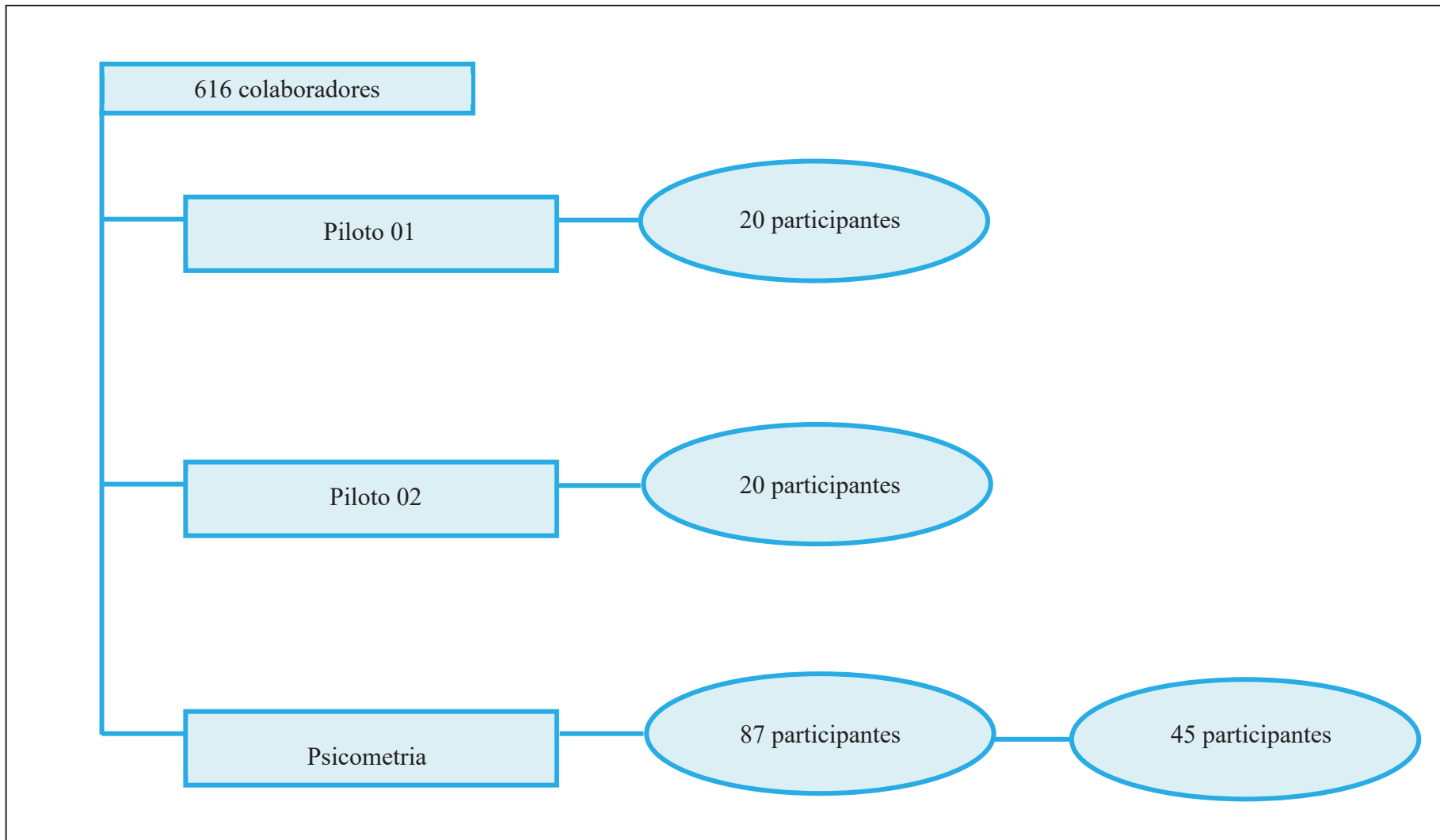
Profissionais com contato direto na atuação clínica, sem considerar tempo mínimo de atuação na área.

### **Critério de exclusão**

Para a etapa de avaliação psicométrica: foram excluídos do estudo todos os profissionais com atuação clínica e que não aceitaram participar do estudo.

### **Seleção da amostra**

Como os participantes foram convidados a participarem do estudo, amostra foi de conveniência.

**FIGURA 2**

Esquema de seleção dos participantes

## **Materiais**

### **Questionário sociodemográfico (Apêndice B).**

Desenvolvido pelo pesquisador e consta dados que investigam idade, gênero, religião, especialidade, vínculo profissional na instituição, unidade de trabalho, tempo de formação, tempo de experiência com pacientes oncológicos e tempo de trabalho na instituição estudada.

### **Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS).**

Instrumento que avalia a atitude e o preparo dos profissionais em cuidar de pacientes em final de vida, bem como o nível de educação em cuidados paliativos.

Ademais, a escala é capaz de identificar aqueles que a dificuldade de comunicação prejudica não somente as relações com os pacientes, mas também impacta negativamente na qualidade de vida do paciente em fase final de vida, permitindo intervenções para aperfeiçoar as habilidades em cuidados paliativos e, por obstante, o desenvolvimento de cuidados mais competentes e compassivos para a morte. (Levetown et al., 1999)

Este é uma versão abreviada e desenvolvida a partir do *Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale*. A vantagem do primeiro é que pode ser aplicado não somente aos médicos como também aos demais profissionais da saúde com nível superior.

O instrumento *PEAS* foi elaborado por Levetown, Hayslip, and Peel (1999). Sua adaptação e validação para a cultura brasileira foi previamente aprovada pelos autores do instrumento (Apêndice C).

É uma escala contendo 31 questões com respostas do tipo Likert, que analisa os aspectos da interação entre profissionais e pacientes com doença de caráter terminal / intratável. É dividido em duas subescalas que abordam: impacto pessoal (13 itens) e impacto profissional (18 itens), com pontuações variando entre 13 a 65 e 18 a 90, respectivamente. A pontuação total varia de 31 a 155.

Os itens referentes ao impacto pessoal abordam os seguintes temas: (Levetown et al., 1999)

- 1) Contato físico com paciente;
- 2) Ansiedade por discutir assuntos relacionados ao final de vida;
- 3) Reações emocionais ao falar com pacientes e seus familiares;
- 4) Grau de conforto em estar junto de pacientes em final de vida;
- 5) Sentimentos de culpa ou raiva com o falecimento do paciente;
- 6) Sentimentos gerados no profissional com a participação em funerais de pacientes.

Em relação aos itens sobre o impacto profissional abordam assuntos que se referem a:  
(Levetown et al., 1999)

- 1) Dificuldades em abordar o prognóstico da doença com o paciente;
- 2) Prover informação sobre a evolução da enfermidade;
- 3) Omitir informações do paciente;
- 4) Discutir diretivas antecipadas com os pacientes;
- 5) Manter postura objetiva e imparcial nos cuidados a pacientes em final de vida;
- 6) Informar más notícias, incluindo o falecimento do paciente à família;
- 7) Sentimento de fracasso como profissional com a morte do paciente.

Pontuações mais elevadas indicam maior grau de ansiedade e preocupações no que refere aos cuidados com pacientes em fase final de vida.

Outrossim, é possível determinar pontuações gerais, bem como analisa-las separadamente, isto é, determinar pontuações para o impacto pessoal e para o impacto profissional.

#### **Questionário de compreensão (Apêndice D).**

Desenvolvido pelo pesquisador, este questionário foi inserido ao instrumento PEAS para avaliação do entendimento semântico e possíveis complexidades que pudessem

prejudicar a resposta do participante. Este material questionava sobre grau de dificuldade e confusão, se continha palavras difíceis ou se era constrangedora. Ademais, apresentava campo aberto para possíveis sugestões.

## **Procedimento**

A partir do estudo de diversos autores acerca dos passos e procedimentos, para a fase de adaptação transcultural, utilizou-se a metodologia proposta pelo *International Test Commission* (ITC) versão 2.4 e Fayers and Machin (2009) para a análise das propriedades psicométricas do questionário para validação do referido instrumento.

### **Adaptação transcultural.**

A adaptação transcultural de um instrumento não se restringe à tradução do instrumento do idioma original para uma segunda língua. Consiste de um processo muito mais abrangente e complexo, o qual inclui ponderações acerca da equivalência das medições nas diferentes culturas do mesmo construto através do instrumento, seleção de tradutores, realizar adequações necessárias para as equivalências, modificações dos formatos e condução de análises de validade do instrumento a ser validade a partir de comitê de *experts* (ITC, 2017).

Ressalta-se que os participantes do comitê de *experts* receberam previamente um e-mail com convite formal para participação do estudo e as instruções de suas atribuições ao longo do processo de adaptação transcultural do instrumento.

A tradução do instrumento para o idioma-alvo deve ser concordante com o contexto inicial, considerando as diferenças de culturas, idioma e o contexto em que o indivíduo a ser avaliado está inserido (Alexandre & Coluci, 2011; Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). As figuras 3 e 4 demonstram as etapas realizadas para o processo de adaptação transcultural.

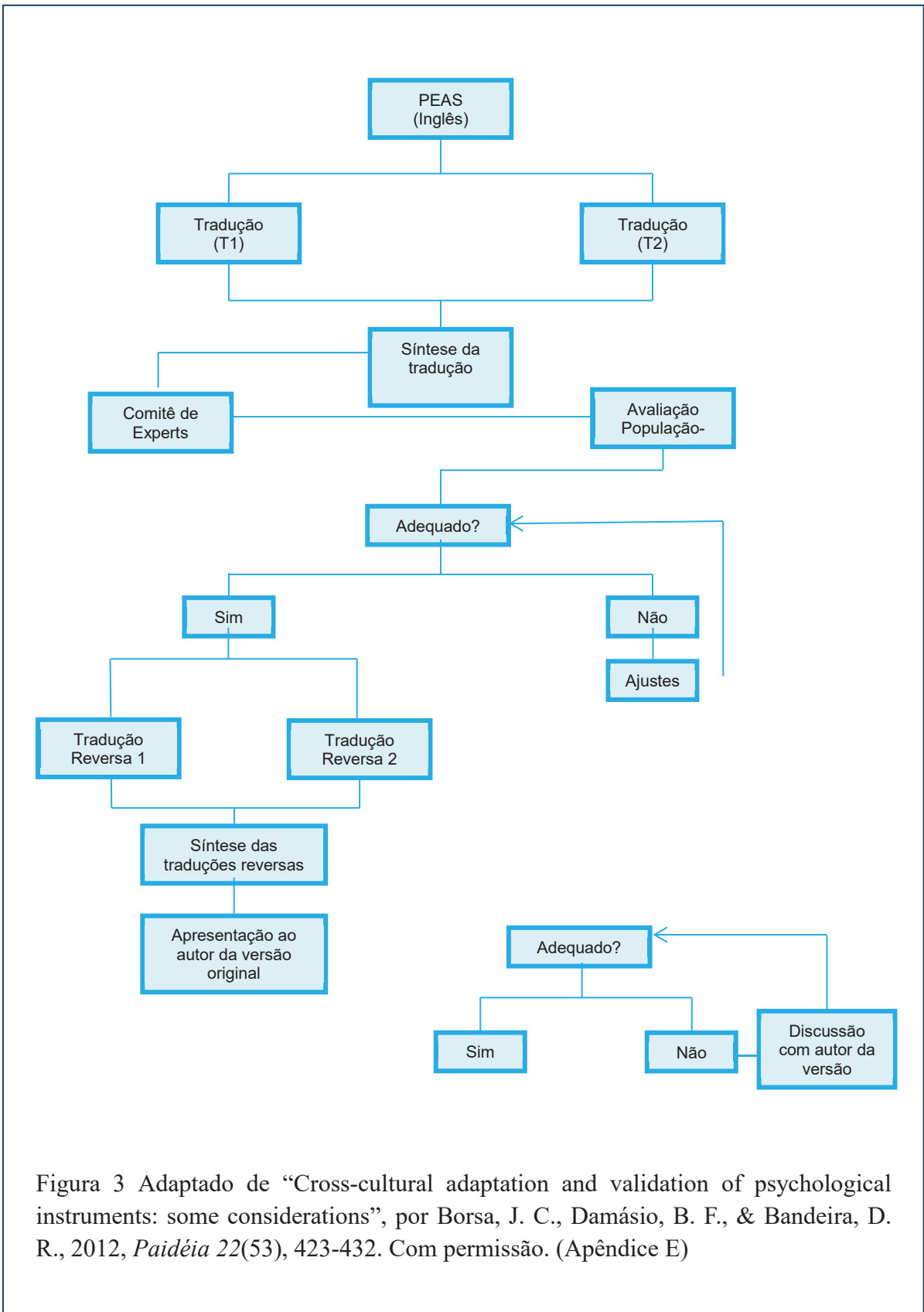


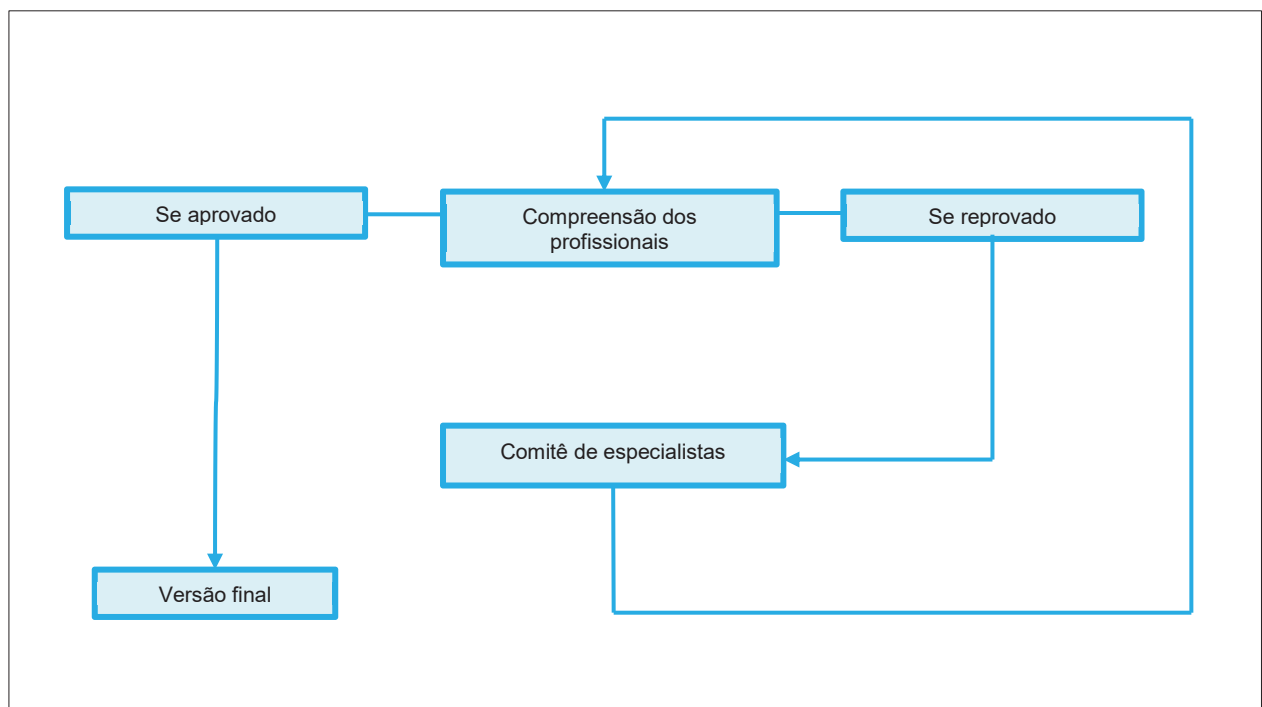
Figura 3 Adaptado de “Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations”, por Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R., 2012, *Paidéia* 22(53), 423-432. Com permissão. (Apêndice E)

**FIGURA 3**

Fluxograma do processo de adaptação.



Com o intuito de avaliar a adequação dos itens no que tange ao significado e dificuldade de compreensão, assim como as instruções para administração do instrumento, realizou-se simulação prévia (teste piloto) com uma pequena amostra (20 participantes) que caracteriza a população estudada (Medeiros, Ferreira Júnior, Pinto, et al., 2015). Esta análise teve por objetivo alcançar uma taxa de concordância mínima de 80%.



**FIGURA 4**

Fluxograma do estudo piloto / pré-teste

#### **Análise psicométrica.**

Para que um instrumento seja considerado adequado e relevante ao seu propósito a uma determinada população, é necessário que o mesmo seja submetido ao processo qualitativo de tradução e adaptação transcultural. Entretanto, para a viabilização dos dados relativos às propriedades psicométricas da escala estudada, análises estatísticas são requeridas visando reduzir os julgamentos subjetivos (Borsa et al., 2012; Medeiros, Ferreira Júnior, Pinto, et al., 2015).

Para tal, utiliza-se da avaliação da validade e confiabilidade do instrumento. Estas análises são fundamentais, pois um instrumento pode ser confiável e não válido e vice-versa (Souza, Alexandre, & Guirardello, 2017) (Figura 5).

### *Análise da validade.*

A validade é uma propriedade que analisa se o instrumento em estudo mede exatamente o que se propôs a medir, ou seja, avalia a competência do instrumento mensurar rigorosamente o fato estudado (Alexandre & Coluci, 2011; Souza et al., 2017).

Não há um consenso acerca da quantidade de evidências de validade do instrumento para que este seja considerado válido. Este procedimento derivará de características como o contexto a ser aplicado e da população estudada com este instrumento. Sugere-se que quanto maior o número de evidências, maior o grau de confiabilidade (Borsa et al, 2012).

A validade pode ser classificada como: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Souza et al., 2017).

### *Validade de conteúdo.*

A validade de conteúdo avalia se os itens do instrumento representam adequadamente o construto ou domínio de um conteúdo que estão sendo medidos (Souza et al., 2017).

Com relação à esta análise, não há um teste estatístico específico para tal. Desse modo, a validade de conteúdo foi obtida a partir da análise qualitativa das questões pelo comitê de *experts* através de escala Likert (1= impreciso, 2= pouco preciso, 3= preciso, 4= muito preciso) para indicar o grau de equivalência de conteúdo entre as versões original, traduzidas e consensual. A partir desta pontuação, calculou-se o índice de validade de conteúdo (IVC), através da obtenção de escore pela soma dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Tal análise possibilita a avaliação dos itens individualmente e do instrumento como um todo e estipulou-se uma taxa de concordância mínima entre os

juízes de 80% (Alexandre & Coluci, 2011; Medeiros, Ferreira Júnior, Torres, et al., 2015; Souza et al., 2017).

Para a análise individual dos itens, define-se o IVC da seguinte maneira (Alexandre & Coluci, 2011; Souza et al., 2017):

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Ademais, a validade de conteúdo também foi avaliada através da aplicação dos testes piloto (pré-testes).

#### *Validade de critério.*

A validade de critério é realizada através da comparação entre os resultados obtidos com o instrumento a ser validado e um instrumento considerado padrão-ouro para o mesmo construto. Se o instrumento em análise apresentar resultados concordantes ao padrão-ouro, o primeiro é considerado válido (Souza et al., 2017).

Diante da peculiaridade do PEAS, durante a pesquisa não foi encontrado instrumento que analisasse o construto de maneira semelhante validado no país para realizar comparações.

#### *Validade de construto.*

A validade de construto foi analisada estratégia de teste de hipótese através da técnica de grupos conhecidos, utilizando os testes Man-Whitney, ANOVA e Kruskal-Wallis.

As validades convergente e discriminante não foram passíveis de análise, pela mesma justificativa de impossibilidade de avaliação da validade de critério.

Para a verificação da validade de construto estrutural utilizou-se a análise fatorial confirmatória (AFC) através da modelagem de equações estruturais.

Optou-se por esta modalidade ao invés da análise fatorial exploratória (AFE), uma vez que este modelo é muito mais rigoroso e, portanto, mais indicado no processo de validação de instrumento (Souza et al., 2017).

Para a AFC, utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar se os parâmetros são significativamente diferentes de zero e os indicadores de qualidade de ajuste: raiz do erro quadrático médio (RMSEA) com valor esperado menor que 0.08, o índice de qualidade de ajuste (GFI) maior que 0.9, índice de Tucker-Lewis (TLI) maior que 0.9, índice de ajuste comparativo (CFI) maior que 0.95, o índice de ajuste normalizado (NFI) maior que 0.96 e o erro quadrático médio (RMR) menor que 0,08 (Souza et al., 2017).

Por último, analisou-se também o terceiro tipo de validade de construto que é a validade transcultural, a qual utiliza-se de evidências que demonstram a equivalência entre o instrumento adaptado e o original. Para tal, constata-se a presença de tradutores e retrotradutores independentes, presença de comitê de *experts* e teste piloto / pré-teste.

#### *Análise da Confiabilidade.*

A confiabilidade analisa a reprodutibilidade e consistência dos resultados quando executados em situações diferentes (Echevarría-Guanilo, Gonçalves, & Romanoski, 2017). Para a análise da confiabilidade, analisou-se as propriedades de medida consistência interna e estabilidade através do teste reteste e cálculo do coeficiente de correlação interna (CCI).

#### *Consistência interna.*

A consistência interna foi obtida através do cálculo do alfa de Cronbach.

A interpretação do alfa de Cronbach não possui uma unanimidade, alguns autores preconizam valores a partir de 0,7, entretanto, há quem considere valores próximos de 0,6 satisfatórios (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Souza et al., 2017).

#### *Estabilidade.*

Tanto a estabilidade como a reprodutibilidade foram analisadas através do teste reteste, que consiste na aplicação do instrumento em dois momentos diferentes na mesma amostra estudada. Preconiza-se que o intervalo entre a aplicação e a reaplicação do teste seja

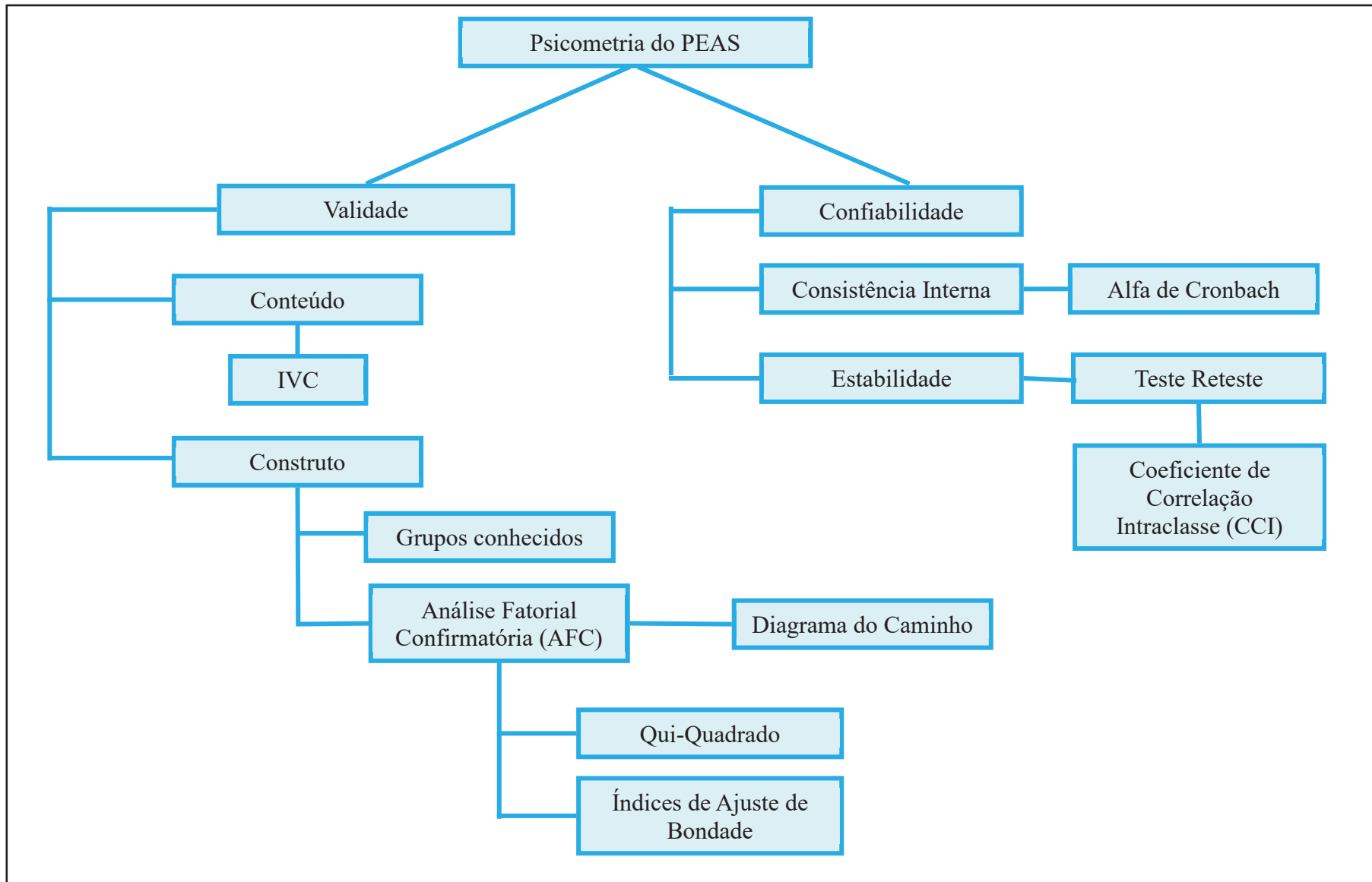
de no máximo 10 a 14 dias (Echevarría-Guanilo et al., 2017; Vaz, Falkmer, Passmore, Parsons, & Andreou, 2013).

Entretanto, julgou-se conveniente um intervalo de quatro meses entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, dado que as questões do instrumento são consideradas marcantes, ou seja, acredita-se que este hiato será suficiente para que os participantes não se recordem das questões empregadas anteriormente.

Para o cálculo da estabilidade, utilizou-se o coeficiente de correlação intraclasse que por convenção, valores entre 0,4 e 0,75 são considerados satisfatórios e acima ou iguais a 0,75 são excelentes (Echevarría-Guanilo et al., 2017).

#### *Equivalência.*

A equivalência é analisada pelo nível de concordância entre dois ou mais avaliadores que preenchem o instrumento (Souza et al., 2017). Uma vez que o instrumento é auto-aplicável, não foi possível utilizar este parâmetro para análise.

**FIGURA 5**

Fluxograma da análise psicométrica do PEAS

## **Aplicação**

O procedimento de coleta de dados tanto do piloto como do instrumento para avaliação psicométrica foi realizado pelo pesquisador com auxílio do Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) da instituição, uma vez que os processos ocorreram em duas unidades distintas (unidades 01 e 02).

A coleta da primeira parte do piloto ocorreu nos meses de setembro a outubro de 2017 e o segundo piloto ocorreu de janeiro a fevereiro de 2018.

Após a devida adaptação do instrumento, iniciou-se a aplicação do questionário para a etapa do teste ocorrida em março de 2018 e, respeitando os quatro meses de intervalo determinados previamente, em julho de 2018 o reteste foi coletado.

Todos os procedimentos foram informados e precedidos da aplicação e assinatura do TCLE. A partir disso, os questionários foram entregues aos participantes e os mesmos levaram para casa para responderem após análise cuidadosa do que foi solicitado, tendo em média sete (7) dias para devolvê-lo. Não houve nenhuma interferência nas respostas, uma vez que o questionário era auto-aplicável.

## **Análise de dados**

O cálculo amostral foi realizado considerando o coeficiente Alfa de Cronbach esperado de 0.7 sob uma hipótese nula  $\alpha = 0.5$  (Bonett, 2002).

Considerando um nível de significância de 5% e poder de teste de 90%, o tamanho amostral necessário para se rejeitar a hipótese nula é de 85 participantes. Assumindo uma possível perda de dados de 5%, o tamanho amostral final é de 89 participantes.

Para o coeficiente de correlação intraclasse utilizado durante o teste reteste, espera-se o valor de 0.8, tendo como valor mínimo aceitável para o referido coeficiente de 0.6, nível de significância de 5% e poder do teste de 85 %, obtendo assim um tamanho amostral de 45

participantes, os quais serão selecionados aleatoriamente dentre os 89 participantes calculados anteriormente (Zou, 2012).

Além disso, nos estudos pilotos foram recrutados 20 participantes cada, totalizando 129 (89 + 20 + 20) participantes nessa pesquisa.

A caracterização da amostra foi feita através de estatística descritiva pela média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para as características quantitativas e tabelas de frequências para as qualitativas.

A verificação de normalidade dos dados foi verificada através do teste Kolmogorv-Smirnov.

Para verificar a correlação entre alguns tempos (formação, trabalho na oncologia e na instituição) com os escores foi estimado o coeficiente de correlação de Spearman.

As análises foram realizadas com auxílio dos Estatísticos do NEB com o uso do software IBM SPSS Statistic v.21.0 e Software R, assumindo 5% como nível de significância e as informações coletadas serão lançadas no banco de dados REDCap.



### **Aspectos éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Câncer de Barretos para apreciação e aprovação (CAAE: 61885116.4.0000.5437) (Parecer nº1.845.398, no dia 01 de dezembro de 2016) (Anexo B).

O delineamento deste estudo seguiu os princípios para pesquisa em humanos enunciados nas Boas Práticas Clínicas e CNS 466/2012. Os autores respeitaram os princípios de confidencialidade e privacidade. As informações divulgadas encontraram-se de maneira anônima e os dados acessados exclusivamente pelos pesquisadores e comitê de ética da instituição. O registro e análise dos dados são de responsabilidade dos investigadores principais.

Este estudo consta de dois (2) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F) (Apêndice G) – o primeiro deles foi aplicado na amostra do estudo piloto e o segundo nos participantes do teste reteste. Ressalta-se que todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e Discussão

### Adaptação: Tradução / Retrotradução

#### Validade transcultural e validade de conteúdo.

De acordo com as regras pré-determinadas para o processo de adaptação, tradução foi realizada por dois tradutores bilíngues, independentes e fluentes no idioma nativo do instrumento e no idioma-alvo, além de morarem no Brasil e terem conhecimento acerca da cultura do povo nativo. O resultado foi duas versões (T1 e T2) traduzidas.

Por meio da análise das discrepâncias e equivalências entre as duas versões e a original no que se refere à semântica, conceitual, e cultural, obteve-se uma versão sintetizada (T1-2/versão consensual), a partir da análise realizada por comitê de *experts* na área e pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento.

Tais discrepâncias e concordâncias entre o comitê puderam ser medidas através do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Tabela 1).

**Tabela 1**

IVC obtidos a partir da análise semântica e conceitual entre comitê de *experts*.

<b>Itens</b>	<b>IVC</b>
16	0,8
17	0,8
18	1
19	1
20	0,8
21	1
22	1
23	1
24	1
25	0,8
26	1
27	1
28	0,8
29	0,8
30	1
31	1
Instrução	1

Nota. IVC: Índice de Validade de Conteúdo

Constata-se que nos itens 1 e 5, obteve-se uma concordância de 60%, o que exigiu reanálise por parte dos *experts* e dos autores.

Em relação ao item 1 e 5 a discussão gerada referiu-se ao termo “prognóstico terminal” e “pacientes em final de vida”, concluindo-se que a expressão mais abrangente relacionava a pacientes em final de vida, uma vez que a terminologia “prognóstico terminal” poderia gerar equívocos quanto à limitações de cuidados e investimento de conduta a estes pacientes.

Particularmente ao item 5, gerou-se discussão relacionada à expressão em inglês “rapport”, a qual traduzida significa “vínculo”, a partir da análise optou-se por manter “relacionar” ao invés de “vincular” por conta da característica da amostra já, que nem sempre

o profissional que atende criará um vínculo com o paciente e o seguirá ao longo do tratamento / cuidado.

Com isso, obteve-se o consenso com o comitê de *experts*, gerando a versão final traduzida para o português.

O apêndice H demonstra desde a versão original do PEAS até a síntese das traduções.

Subsequentemente, realizou-se a tradução reversa (*back translation*), por outros dois tradutores independentes provenientes do *American Journal of Experts (AJE)* que desconheciam o instrumento. (Anexo C).

Com a versão sintetizada da tradução reversa pronta a partir das outras duas versões, esta foi enviada ao autor do instrumento original para avaliação e apontamentos.

A principal colocação da autora referiu-se ao termo “paciente terminal” e “paciente em fase final de vida”.

Apesar de não possuírem definições muito claras em relação a estes termos, para os americanos existe uma diferenciação entre tal terminologia no que se refere a momentos diferentes do processo de finitude e esta interfere diretamente na determinação do prognóstico (Hui et al., 2014).

Segundo Hui et al (2014), a expressão “final de vida” baseia-se em dois aspectos: período de declínio clínico antes da morte e período relacionado à admissão do indivíduo aos *hospices* e expectativa de vida de seis meses ou menos.

Enquanto a expressão “paciente terminal” relaciona-se principalmente ao tempo de vida, variando de acordo com a literatura entre 24 meses ou menos até dias ou semanas, ficando claro que além de todos os critérios requeridos para esta definição, o julgamento subjetivo também foi utilizado para tal (Hui et al., 2014).

Desse modo, optou-se por substituir "paciente terminal" por "paciente em fase final de vida" ou "paciente em fim de vida", uma vez que a primeira vem gerando diversos

equivocos que desencadeiam estigmas, como a ideia de que não há mais nada que possa ser feito àquele indivíduo, marginalizando-o do cuidado. A terminologia "terminal" acaba ficando reservada para o conceito de doença em estágio terminal (M. J. Kovács, 1998; M. J. Kovács, 2008; M.J. Kovács, 2014; Maciel, 2008; Silva, Araújo, & Firmino, 2008).

Após diversas discussões com o autor e ajustes relacionados à semântica e conceitos distintos em cada cultura e concordância de ambas as partes, encerrou-se a fase de tradução da escala.

Com isso, iniciou-se a aplicação do piloto visando à análise de compreensão da versão traduzida da escala.

Necessitou-se da aplicação de dois pilotos e reavaliações subsequentes do comitê de *experts* até que fosse alcançado o mínimo de 80% de concordância da amostra estudada para definir a versão final do instrumento para aplicação.

Divergências na compreensão relacionaram-se aos itens 7, 10, 19 e instrução final. (Tabela 2)

Ao que se refere ao item 7, 25% dos participantes consideraram a expressão “diretivas antecipadas de vontade” como expressão difícil e sugeriram uma melhor explanação e definição, principalmente aos profissionais que não trabalham diretamente com finitude poderiam apresentar dificuldade para compreender a sentença.

Quanto ao item 10, 35% consideraram uma questão confusa em função da expressão “Eu dou muito valor”, sendo optado por trocar para “Eu valorizo”, ficando a afirmação mais sucinta e clara.

Em relação ao item 19, 25% julgaram que a palavra “iatrogênico” era considerada difícil para compreensão de profissionais não-médicos. Sendo assim, trocou-se tal expressão pela definição da palavra iatrogenia, a qual se refere às complicações do tratamento como efeito colateral ou erro médico.

**Tabela 2**

Itens e taxas da análise do PEAS no piloto 1.

<b>Itens</b>	<b>Difícil</b>	<b>Confuso</b>	<b>Palavras difíceis</b>	<b>Constrangedora</b>
	Não %	Não %	Não %	Não %
7	95	95	75	95
10	100	65	95	100
19	90	90	75	95
Instruções	70	65	95	100

Tratando-se do escore, 35% opinaram como estrutura de explicação confusa, o que foi resolvido com a modificação da estrutura do item.

A tabela 3 demonstra a aplicação do segundo piloto após as consideradas feitas pelos participantes.

**Tabela 3**

Itens e taxas da análise do PEAS no piloto 2.

<b>Itens</b>	<b>Difícil</b>	<b>Confuso</b>	<b>Palavras difíceis</b>	<b>Constrangedora</b>
	Não %	Não %	Não %	Não %
<b>7</b>	95	95	75	95
<b>10</b>	100	100	100	100
<b>19</b>	90	90	100	95
<b>Instruções</b>	95	90	100	100

Constata-se que ainda assim o item 7, precisou de ajustes quanto às palavras difíceis. Tal fato relacionou-se à estrutura da questão, uma vez que se optou por colocar em separado a definição de diretivas antecipadas e o advérbio “autonomamente” trouxe complexidade à sentença. Os participantes sugeriram a troca de “autonomamente” para “de forma autônoma”.

Sendo assim, os autores, condensaram a questão e fizeram as modificações sugeridas, chegando ao consenso de todos. Os apêndices I e J apresentam desde a versão retrotraduzida até a versão final adequada para aplicação.

### **Avaliação das propriedades psicométricas do PEAS**

O procedimento de validação teve início em março de 2018 e encontra-se em curso até o presente momento.

#### **Características sociodemográficas.**

A amostra do estudo foi composta por 87 participantes, sendo composta por 21 médicos titulares (24,1%), 21 médicos residentes (24,1%) e 45 profissionais da equipe multiprofissional (51,7%) que correspondem a terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, dentistas, enfermeiros, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogos e assistente social, os quais estão localizados na unidade I (86,2%) e unidade II (13,8%). Esta disparidade de distribuição dos profissionais nas unidades justifica-se pelo tamanho das mesmas, esta última possui uma dimensão menor que a primeira. (Tabela 4)

A predominância da amostra estudada foi do sexo feminino (56,3%), com idade média de 35,32 ( $\pm 8,32$ ) anos.

O tempo médio de formação foi de 9,95 ( $\pm 8,05$ ) anos, com uma média de tempo em meses de trabalho com pacientes oncológicos de 90,87 ( $\pm 94,53$ ) e na instituição estudada a média em meses foi de 72,68 ( $\pm 73,48$ ).

Ainda na tabela 4, constata-se que a religião predominante foi a católica (51,7%), seguida da espírita (27,6%).

**Tabela 4**

Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 87 participantes.

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	35,32	8,32	87	
Até 35 anos			57	65,5
Acima de 36 anos			30	34,5
<b>Tempo de formação (anos)</b>	9,95	8,05	87	
Até 10 anos			61	70,1
Acima de 11 anos			26	29,9
<b>Tempo de trabalho na instituição (meses)</b>	72,68	73,48	87	
Até 73 meses			55	63,2
Acima de 74 meses			32	36,8
<b>Tempo de trabalho com Oncologia (meses)</b>	90,87	94,53	87	
Até 91 meses			57	65,5
Acima de 92 meses			30	34,5
<hr/>				
<b>Sexo</b>				
Feminino			49	56,3
Masculino			38	43,7
<b>Religião</b>				
Católico			45	51,7
Evangélico			12	13,8
Espírita			24	27,6
Outros			5	5,7
Ignorado			1	1,1
<b>Categoria profissional</b>				
Médico titular			21	24,1
Médico residente			21	24,1
Equipe multiprofissional			45	51,7
<b>Unidade de trabalho</b>				
Unidade I			75	86,2
Unidade II			12	13,8

**Análise descritiva.**

Constatou-se número elevado de participantes apresentou a opção “não se aplica” (NA), a qual foi considerada como dado faltante, uma vez que tal resposta não é considerada no escore final.



A tabela 5 demonstra quantidade de instrumentos inteiramente respondidos e instrumentos que apresentaram pelo menos uma resposta “não se aplica”.

Diante de uma perda de 35,6% de dados com a resposta NA, deve-se examinar as possíveis causas desta perda. Dentre elas, é possível citar: (Fayers & Machin, 2009)

Dificuldade para escolher uma das categorias que descreve determinada condição;

- Problemas com o texto de uma questão específica em que o participante pode apresentar dificuldade de compreensão ou considerar uma questão desconfortável para responder;
- Problemas com um subgrupo específico de participantes;
- Itens traduzidos e desenvolvidos para um grupo cultural específico;
- Dificuldade de compreensão da estrutura do questionário;
- Problemas com um grupo de itens relacionados, podendo indicar que alguns participantes sintam-se desconfortáveis para responder ou tal opção não é aplicável a eles;
- Exaustão.

A partir do exposto e das frequências de opção NA, constatou-se que os itens 3 e 4 foram os que mais apresentaram dados faltantes totalizando 12 respostas NA para cada um deles. Diante da similaridade das questões e ambas fazerem parte da subescala de impacto pessoal, é possível inferir que a principal causa de dados faltantes nestas questões referem-se ao grupo de itens que se relacionam.

Diante de perda substancial, gerou-se um dilema para subsequente análise, uma vez que se contactou o autor da escala original e o mesmo não era favorável a imputação de dados, pois discordava de que a opção NA era um dado faltante.

**Tabela 5**

Frequência de questionários completos e questionários com opção NA.

	<b>n</b>	<b>%</b>
Questionários completos	56	64,4
Questionários NA	31	35,6
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Entretanto, o mesmo não informou aos autores da validação do instrumento como tratar o dado NA, argumentando não se recordar de tal situação ter ocorrido durante o processo de construção da escala, ademais sugeriu que estes dados NA fossem desconsiderados da análise.

De acordo com Fayers e Machin (2009), a simples retirada do dado considerado perdido não é recomendada quando a perda é maior que 5%, uma vez que esta medida é extremamente propensa a viés. Esta condição deve-se ao fato de que os dados mantidos são superestimados.

Os dados faltantes dificultam a determinação da estimativa com efetividade devido à redução da amostra e a diferença entre respondentes e não-respondentes é passível de vieses, os quais são de difícil eliminação uma vez que as causas para a não resposta são obscuras (Nunes, 2007).

A análise somente dos dados completos pode gerar desvantagens como redução do número da amostra e ainda produzir dados equivocados, é como considerar que os dados NA teriam os mesmos valores como o da média dos participantes observados (Fayers & Machin, 2009).

Assim como Fayers e Machin (2009), Nunes (2007) reforça a impossibilidade de utilização de métodos tradicionais de análise de dados completos quando os dados faltantes apresentam-se de maneira relevante.

Perante itens NA surge a dificuldade de estimar o escore da escala e nesta situação, a imputação por regressão poderia ser apropriada, uma vez que NA pode apresentar reflexo em outros itens da escala. O principal objetivo da imputação é substituir o dado faltante por um valor estimado no padrão de resposta dadas nos outros itens mais próximo da realidade e que preserve a relação entre os itens (Fayers & Machin, 2009).

A imputação por regressão consiste em substituir os valores faltantes por valores previstos obtidos a partir de uma reta de regressão considerando as respostas dos itens respondidos. Em outras palavras, este processo compreende em utilizar os dados das variáveis completas para perfazer as variáveis que não foram respondidas (Castro, 2014; Fayers & Machin, 2009).

Este procedimento é realizado através da obtenção de equações de regressão a partir dos dados completos que geram valores para as variáveis faltantes. (Castro, 2014)

Estas análises prévias foram necessárias para a obtenção do alfa de Cronbach.

O apêndice K demonstra os domínios avaliados no instrumento, a frequência de respostas e os escores para cada questão.

#### **Validade de construto do PEAS.**

Devido à característica particular do PEAS, durante as pesquisas, não foram encontrados instrumentos validados no Brasil que possibilitassem comparações para análise de validade de critério e construto (convergente e divergente).

#### ***Validação de grupos conhecidos.***

Diante dos resultados, foram realizadas comparações dos grupos participantes quanto ao gênero, religião, faixa etária e categoria profissional para as subescalas do instrumento. (Tabela 6)

**Tabela 6**

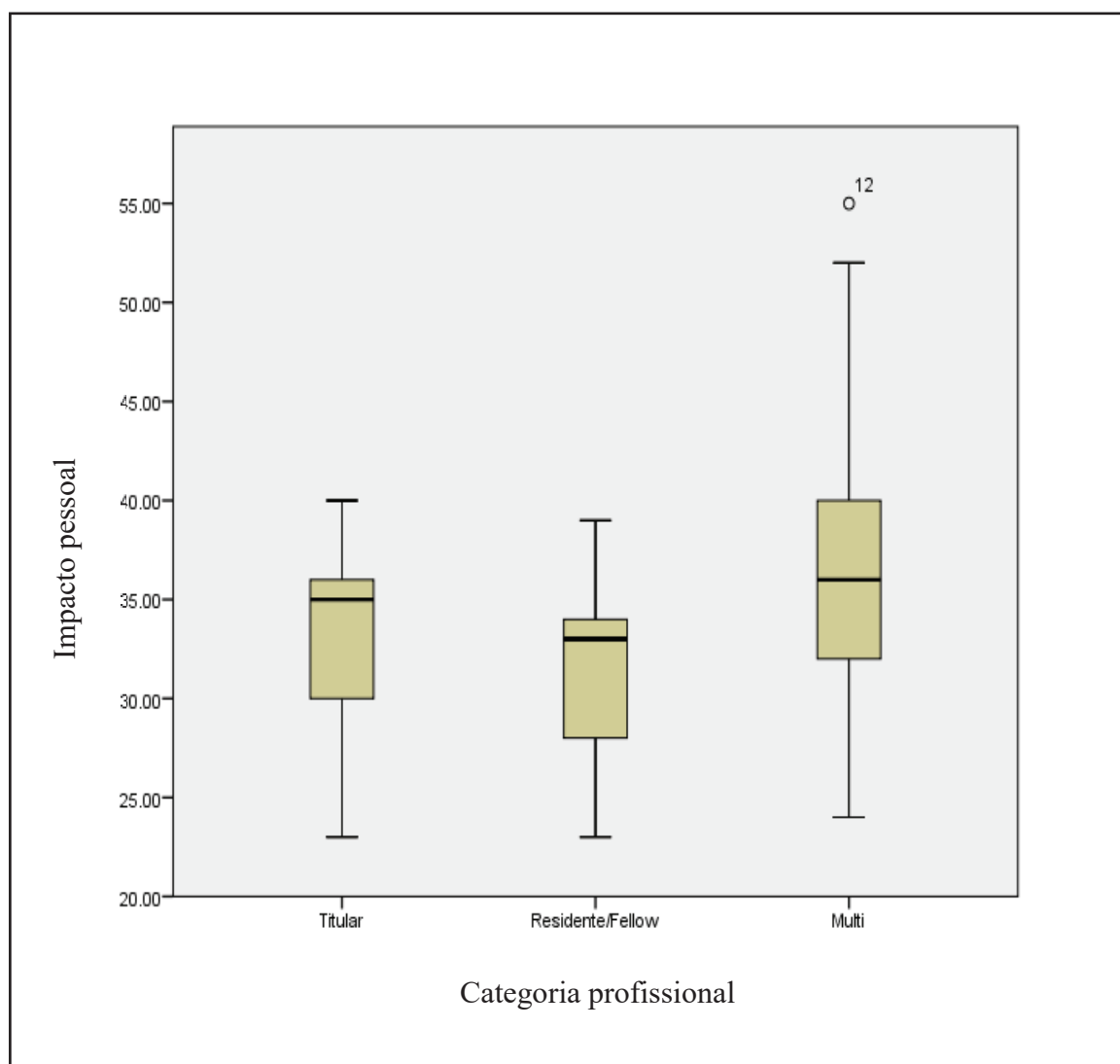
Comparações entre religião, faixa etária e categoria profissional para as subescalas.

	Religião	n	M (DP)	Med (min-max)	p
Impacto pessoal	Católico	45	34,1 (4,8)	35 (23 - 43)	0,75*
	Evangélico	12	34 (5,4)	33,5 (27 - 41)	
	Espírita	24	33,5 (7,7)	33 (23 - 55)	
	Outros	5	33,6 (4,2)	33 (29 - 40)	
Impacto profissional	Católico	45	41,4 (6,3)	42 (29 - 55)	0,44*
	Evangélico	12	42,7 (6,1)	42 (35 - 54)	
	Espírita	24	39,7 (7,2)	37 (29 - 58)	
	Outros	5	41,4 (4,1)	43 (34 - 44)	
Escore total	Católico	45	75,6 (9,9)	78 (52-93)	0,58*
	Evangélico	12	76,7 (9,8)	76,5 (62-95)	
	Espírita	24	73,2 (12,5)	71,5 (55-110)	
	Outros	5	75(7,5)	76 (63-83)	
Faixa Etária					
Impacto pessoal	até 35 anos	57	34 (6)	34 (23-55)	0,95**
	acima de 36 anos	30	33,6 (5,1)	34 (23-43)	
Impacto profissional	até 35 anos	57	41,7 (6,4)	42 (29-58)	0,26***
	acima de 36 anos	30	40,1 (6,3)	41 (29-55)	
Escore total	até 35 anos	57	75,8 (10,4)	76 (56-110)	0,39***
	acima de 36 anos	30	73,8 (10,5)	76 (52-93)	
Categoria profissional					
Impacto pessoal	Titular	21	33 (4,2)	35 (23-40)	0,01*
	Residente	21	31,5 (4,7)	33(23-39)	
	Multi	45	35,4 (6,3)	36(24-55)	
Impacto profissional	Titular	21	40,3 (6,4)	40 (29-55)	0,77****
	Residente	21	40,3 (5,7)	40 (29-48)	
	Multi	45	45 (42)	42 (29-58)	
Escore total	Titular	21	73,3 (9,7)	76 (52-91)	0,44****
	Residente	21	71,9 (8,3)	73 (58-85)	
	Multi	45	75,1 (10,4)	79 (55-110)	

Nota: \*Teste Kruskal-Wallis, \*\*Teste Mann Whitney, \*\*\*Teste T, \*\*\*\*ANOVA

Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa para gênero, religião, faixa etária para as subescalas, escore total entre os participantes, bem como entre a categoria profissional e impacto profissional.

Todavia, constata-se diferença estatisticamente significativa quando se comparou categoria profissional médico residente e equipe multiprofissional ( $p=0,01$ ) em subescala de impacto pessoal. É interessante ressaltar que esta condição não ocorre entre médicos titulares e equipe multiprofissional pela pouca diferença entre suas medianas (Figura 6).



**FIGURA 6**

Comparações entre impacto profissional e suas diferenças entre as categorias profissionais.

Além disso, foi analisada a relação entre tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho com pacientes oncológicos com os impactos pessoal, profissional e total verificando fraca relação entre eles. (Tabela 7)

**Tabela 7**

Correlação entre os tempos e escores

Tempo	Impacto pessoal	Impacto profissional	Total
	rs		
Formação	-0,04	-0,03	-0,03
Trabalho na instituição	0,07	0,07	0,1
Trabalho com paciente oncológicos	0,04	0,05	0,06

Nota. rs: Índice de correlação de Spearman.

***Análise fatorial confirmatória do PEAS.***

Para a obtenção dos índices de ajuste de modelo (RMSEA, RMR, GFI, NFI, TLI, CFI), realizou-se a estrutura fatorial com um modelo constituído por dois fatores latentes (impacto pessoal e impacto profissional), 31 variáveis observadas representadas pelas questões do instrumento em análise e os resíduos, também comumente chamados de erros, de cada variável.

Estes dados foram obtidos através do método de equações estruturais e demonstrados através do modelo de Diagramas de Caminho (Path Diagram) que consiste na especificação do modelo. (Figura 7)

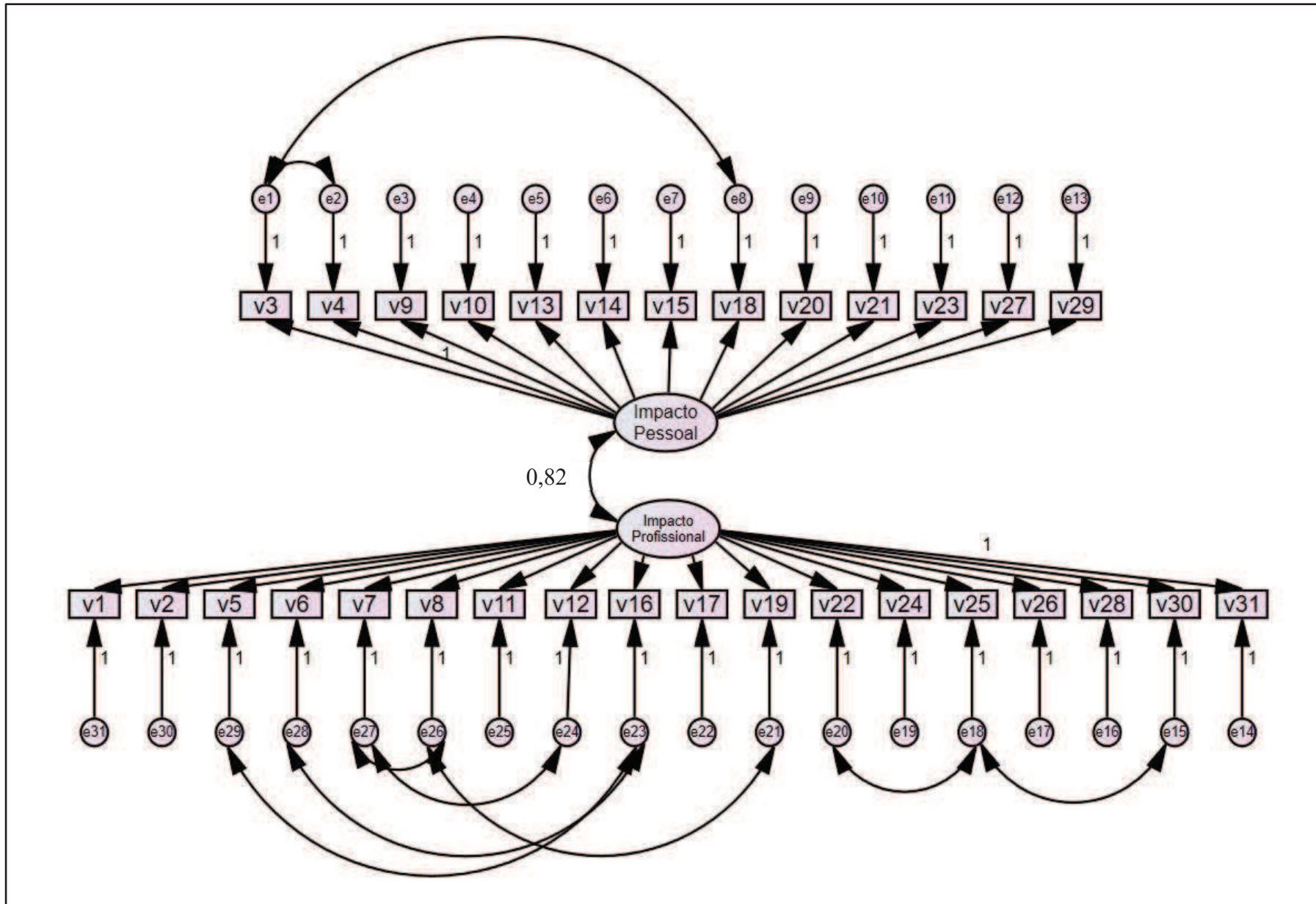


FIGURA 7

Representação do Diagrama do Caminho do PEAS

As setas unidirecionais identificam relação de causa entre as variáveis latentes e as observadas. As setas bidirecionais entre as variáveis latentes (domínios) representam a covariância esperada entre elas.

Desse modo, a elevada correlação (0,82) entre os domínios (variáveis latentes) é previsto e significa que estes não apresentam dissociação, ou seja, os impactos profissional e pessoal estão interligados.

Nas setas unidirecionais entre as variáveis latentes e observadas apresentam cargas fatoriais, as quais representam o efeito da variável latente sobre a variável observada, ou seja o efeito do construto sobre os itens apresentados no instrumento.

Os círculos representados por *e* correspondem a variáveis indicadoras, as quais são fatores afetados exclusivamente por uma variável observada. Também pode ser considerado erro que representa a variação na variável indicadora inexplicada pela variável latente.

Setas bidirecionais entre as variáveis indicadoras constituem a correlação entre o erro na medida de uma variável indicadora com outra variável indicadora.

Verificou-se que as cargas fatoriais das questões que correspondem impacto pessoal variaram entre -0,06 e 0,64 e do impacto profissional oscilaram entre -0,27 e 0,6.



A partir de todo o processo descrito, obtiveram-se as medidas de ajuste de modelo começando pelo qui-quadrado ( $x^2$ ), que após a realização da correlação dos resíduos, atingiu um valor elevado de 635, o que rejeita a hipótese  $H_0$  correspondente a bom ajuste do modelo.

Além do  $x^2$ , demais índices de ajuste de modelo foram analisados ficando evidente que o indicador RMSEA demonstrou-se o mais adequado. (Tabela 8)

**Tabela 8**

Índices de ajuste de modelo para o PEAS

	RMSEA	GFI	TLI	CFI	NFI	RMR
<b>Valores de referência</b>	<0,08	>0,9	>0,9	>0,95	>0,95	<0,08
<b>Resultado PEAS</b>	0,07	0,68	0,6	0,63	0,39	0,1
<b><math>x^2</math></b>			635			
<b>p</b>			0,001			

Nota.  $x^2$ : Qui-quadrado, p: p valor

**Confiabilidade do PEAS.**

***Consistência interna.***

A título de comparação geral, realizou-se a análise dos dados de ambas as formas com e sem a imputação para obtenção do alfa de Cronbach. Constatou-se que para a consistência interna geral, os valores foram semelhantes. (Tabela 9)

**Tabela 9**

Comparação das consistências internas

Alfa de Cronbach com imputação	n	Alfa de Cronbach sem imputação	n
,744	31	,713	31

Entretanto, devido a maior propensão a viés e a partir do consenso dos autores, optou-se por utilizar o recurso de imputação por regressão.

Dado o referido alfa de Cronbach (0,744) e o tamanho amostral de 87 participantes verificou-se que o poder de teste real, considerando a hipótese nula:  $\alpha = 0.50$ , é de 98%.

Considerando o resultado proveniente da imputação, verifica-se que o alfa de Cronbach geral do PEAS foi de 0,744, mantendo confiabilidade satisfatória conforme proposto e preconizado pela literatura, com melhora significativa quando retirado os itens 3 e 26, os quais também demonstram correlações negativas entre os itens (Tabela 10).

Como mencionado anteriormente, a EAPPFV possui duas subescalas: impacto pessoal e impacto profissional. Conforme recomendado pela literatura, uma vez que o alfa de Cronbach não deve ser usado como uma medida de unidimensionalidade, ou seja, o conjunto de dados pode ter estruturas diferentes (Cortina, 1993; Field, 2009).

**Tabela 10**

Consistência interna entre os itens do PEAS

<b>Itens</b>	<b>Média de escala se o item for excluído</b>	<b>Variância de escala se o item for excluído</b>	<b>Correlação de item total corrigida</b>	<b>Correlação múltipla ao quadrado</b>	<b>Alfa de Cronbach se o item for excluído</b>
<b>1</b>	72,64	96,558	0,404	0,659	0,726
<b>2</b>	71,17	109,912	-0,072	0,318	0,756
<b>3</b>	70,89	112,801	-0,226	0,665	0,76
<b>4</b>	71	111,047	-0,133	0,572	0,755
<b>5</b>	73,24	102,348	0,346	0,513	0,733
<b>6</b>	72,89	103,242	0,272	0,441	0,736
<b>7</b>	72,45	100,204	0,34	0,621	0,732
<b>8</b>	73,4	101,592	0,356	0,608	0,732
<b>9</b>	72,11	100,173	0,319	0,576	0,733
<b>10</b>	72,26	102,639	0,26	0,47	0,737
<b>11</b>	72,57	103,991	0,165	0,458	0,743
<b>12</b>	72,83	103,935	0,199	0,595	0,741
<b>13</b>	72,46	97,647	0,526	0,511	0,721
<b>14</b>	72,32	98,36	0,463	0,569	0,724
<b>15</b>	72,45	100,297	0,357	0,519	0,731
<b>16</b>	72,72	104,69	0,137	0,402	0,745
<b>17</b>	74,01	107,639	0,251	0,42	0,741
<b>18</b>	73,7	102,189	0,482	0,617	0,729
<b>19</b>	73,46	106,065	0,159	0,43	0,742
<b>20</b>	73,89	107,173	0,162	0,436	0,742
<b>21</b>	72,83	100,935	0,356	0,492	0,731
<b>22</b>	73,56	105,807	0,212	0,377	0,739
<b>23</b>	73,23	103,667	0,212	0,446	0,74
<b>24</b>	73,38	106,238	0,143	0,429	0,743
<b>25</b>	73,9	105,954	0,352	0,574	0,737
<b>26</b>	71,43	114,387	-0,239	0,39	0,772
<b>27</b>	72,06	95,869	0,516	0,577	0,719
<b>28</b>	73,29	101,23	0,438	0,467	0,728
<b>29</b>	73,55	101,111	0,496	0,518	0,727
<b>30</b>	71,84	96,462	0,515	0,51	0,72
<b>31</b>	72,26	99,522	0,368	0,458	0,73

Sendo assim, a consistência interna também foi calculada separadamente para estes diferentes fatores. (Tabela 11)

**Tabela 11**

Consistência interna para subescalas: impacto pessoal e impacto profissional

<b>Alfa de Cronbach para impacto pessoal</b>	<b>Alfa de Cronbach com base em itens padronizados</b>	<b>N de itens</b>	<b>Alfa de Cronbach para impacto profissional</b>	<b>Alfa de Cronbach com base em itens padronizados</b>	<b>N de itens</b>
,667	,662	13	,591	,638	18

Verifica-se que ambas as subescalas apresentaram consistência interna menor que a esperada, porém ao analisar as consistências internas entre as questões conclui-se que existe a possibilidade do aumento do alfa de Cronbach quando exclusão de determinadas questões com correlação negativa que proporciona um aumento do alfa de Cronbach (Tabela 12) (Tabela 14).

A utilização do coeficiente assessor na consideração da relevância daquele item para o instrumento, porém é uma ferramenta que não substitui a análise sobre a importância da manutenção ou não daquela questão no conteúdo do construto.

**Tabela 12**

Consistência interna para itens excluídos do PEAS para impacto pessoal

<b>Itens</b>	<b>Média de escala se o item for excluído</b>	<b>Variância de escala se o item for excluído</b>	<b>Correlação de item total corrigida</b>	<b>Correlação múltipla ao quadrado</b>	<b>Alfa de Cronbach se o item for excluído</b>
3	29,66	33,159	-,128	,510	,703
4	29,77	32,388	-,046	,441	,692
9	30,89	26,452	,376	,306	,635
10	31,03	29,452	,175	,153	,669
13	31,23	26,040	,526	,363	,611
14	31,09	26,805	,418	,350	,628
15	31,22	27,545	,333	,303	,643
18	32,47	28,926	,432	,427	,637
20	32,66	30,229	,331	,184	,651
21	31,60	26,987	,425	,308	,628
23	32,00	29,116	,206	,212	,664
27	30,83	24,958	,520	,433	,606
29	32,32	29,384	,316	,309	,648

Nota-se que os itens 3 e 4 apresentam correlações negativas, entretanto, o item 3 possui uma correlação mais negativa e gera uma elevação importante do alfa de Cronbach de 0,667 para 0,703, o que sugere a possibilidade de excluí-lo da escala.

Ademais, quando avaliadas as respostas dos participantes, também se percebe que quando ocorre concordância ou discordância do item 3, a mesma resposta é dada para o item 4, desse modo, é possível concluir que este último abarca a necessidade de avaliação de ambos. (Tabela 13)

**Tabela 13**

Frequências das respostas para os itens 3 e 4

<b>Item 3</b>				<b>Item 4</b>			
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>			<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>
Válido	(1) CT	2	2,3	Válido	(1) CT	1	1,1
	(2) C	1	1,1		(2) C	1	1,1
	(3) N	9	10,3		(3) N	15	17,2
	(4) D	28	32,2		(4) D	27	31,0
	(5) DT	35	40,2		(5) DT	31	35,6
	Total	75	86,2		Total	75	86,2
Ausente	Sistema	12	13,8	Ausente	Sistema	12	13,8
Total		87	100,0	Total		87	100,0

Com relação ao impacto profissional (Tabela 14), o item 26 apresenta a correlação mais negativa e eleva o alfa de Cronbach significativamente de 0,591 para 0,656 apesar de não atingir a faixa preconizada pela literatura.

Contudo, quando o contexto observado aborda as ciências sociais um alfa de Cronbach de 0,6 pode ser aceitável com a condição de que os resultados sejam analisados com cautela e rigor e considerem as circunstâncias da avaliação dos índices, mesmo quando a confiabilidade apropriada seja considerada de 0,7 (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

**Tabela 14**

Consistência interna para itens excluídos do PEAS para impacto profissional

<b>Itens</b>	<b>Média de escala se o item for excluído</b>	<b>Variância de escala se o item for excluído</b>	<b>Correlação de item total corrigida</b>	<b>Correlação múltipla ao quadrado</b>	<b>Alfa de Cronbach se o item for excluído</b>
<b>1</b>	38,75	32,331	,434	,385	,529
<b>2</b>	37,28	41,295	-,099	,208	,622
<b>5</b>	39,34	36,554	,341	,417	,558
<b>6</b>	38,99	37,918	,189	,238	,579
<b>7</b>	38,55	36,460	,232	,430	,573
<b>8</b>	39,51	34,974	,453	,543	,539
<b>11</b>	38,68	35,732	,274	,357	,565
<b>12</b>	38,93	36,972	,225	,448	,574
<b>16</b>	38,83	37,982	,113	,308	,594
<b>17</b>	40,11	39,615	,327	,308	,578
<b>19</b>	39,56	38,970	,138	,306	,586
<b>22</b>	39,67	38,643	,214	,274	,577
<b>24</b>	39,48	38,811	,146	,237	,585
<b>25</b>	40,00	39,023	,323	,409	,574
<b>26</b>	37,53	43,020	-,215	,246	,656
<b>28</b>	39,39	36,078	,417	,387	,549
<b>30</b>	37,94	34,613	,377	,318	,546
<b>31</b>	38,37	35,793	,280	,341	,564

Da mesma forma que na subescala pessoal, notou-se que o item 26 poderia ser excluído do instrumento, uma vez que se tratava de questão focada na terapêutica diante do final de vida comparado ao suicídio assistido, o que dificulta aos profissionais não médicos opinarem sobre o assunto e inviabiliza a utilização da questão para análise.

Em situações em que o alfa de Cronbach eleva-se com a retirada de um determinado item, considera-se que este item não possui correlação alta o suficiente com as outras questões, sendo passível de ser removido do instrumento (Fayers & Machin, 2009; Gottems, De Carvalho, Guilhem, & Pires, 2018).

### *Reprodutibilidade teste reteste.*

A reprodutibilidade do teste reteste foi avaliada através do coeficiente de correlação intraclasse (CCI). Constata-se que para os domínios pessoal e profissional, na classificação geral, médicos e multiprofissional o CCI foi satisfatório ( $0,4 \leq CCI < 0,75$ ). Para o domínio total foi excelente para as classificações geral e médicos ( $CCI \geq 0,75$ ) e satisfatório para a classificação multiprofissional. Desse modo, pode-se concluir que o instrumento é reprodutível para a cultura a que está sendo validada. (Tabela 15)

**Tabela 15**

Coeficiente de correlação intraclasse, intervalo de confiança 95% e seus respectivos domínios

	<b>Geral</b>		<b>Médicos</b>		<b>Multiprofissional</b>	
<b>Domínios</b>	CCI	IC 95%	CCI	IC 95%	CCI	IC 95%
<b>Pessoal</b>	0,69	(0,5-0,81)	0,62	(0,31-0,81)	0,64	(0,29-0,84)
<b>Profissional</b>	0,72	(0,54-0,83)	0,73	(0,48-0,87)	0,68	(0,35-0,86)
<b>Total</b>	0,78	(0,64-0,87)	0,8	(0,6-0,9)	0,72	(0,43-0,88)

Nota. CCI: Coeficiente de correlação intraclasse, IC95%: intervalo de confiança 95%

O processo de adaptação e validação do instrumento PEAS levantou diversas reflexões referentes à maneira dos indivíduos lidarem com a veiculação da má notícia e da finitude que acabam repercutindo no padrão das respostas dadas ao instrumento.

Esta conjectura surgiu a partir de alguns achados ao longo das análises:

- 1) Estigmas relacionados ao termo “terminal” e a diferença de compreensão entre médicos, equipe multiprofissional e cultura americana;
- 2) Elevado percentual de escolha por opção “não se aplica”;
- 3) A ausência de significância estatística nos impactos profissional e pessoal entre médicos titulares e residentes;
- 4) A ausência de significância estatística quando cruzados os fatores tempo de formação, tempo de trabalho em Oncologia, tempo de trabalho na instituição e impactos profissional e pessoal.



A dificuldade de classificar um paciente através de uma nomenclatura específica pode estar relacionada às questões culturais que vão além do prognóstico e eventos biológicos. O adoecimento e a morte fazem parte de um sistema de crenças, aspectos sociais, antropológicos e filosóficos (Da Silva Machado, De Araujo Lima, Freitas da Silva, De Souza Monteiro, & Rocha, 2016).

(. . .) um paciente é terminal em um contexto particular de possibilidade reais e de posições pessoais, sejam de seu médico, sua família e próprias. Esta colocação implica em reconhecer esta definição, paciente terminal, situada além da biologia, inserida em um processo cultural e subjetivo, ou seja, humano (. . . .) As dificuldades no estabelecimento de um conceito preciso não comprometem os benefícios que paciente, família e profissionais podem ter no reconhecimento desta condição (Gutierrez, 2001, p.92).

Isto justificaria a complexidade da discussão com a autora acerca do uso da expressão “terminal” que para a cultura norte-americana enfoca-se em questões objetivas de tempo e prognóstico.

Com relação à utilização da opção “não se aplica”, principalmente às questões relacionadas ao sentimento do profissional diante da morte do paciente, sugere sentimento de desconforto do participante e temor da exposição, mesmo tendo em mente que a pesquisa era anônima.

Sentimentos como culpa ou raiva pela morte de um paciente podem sugerir fragilidade/ou dificuldade por parte do profissional em lidar com tais situações, pois diante dos avanços tecnológicos, perder um paciente pode significar fracasso. Desse modo, o profissional acaba adotando uma postura de distanciamento do assunto, inclusive pelo obstáculo em lidar com a finitude de seus entes queridos e de sua própria finitude. (Costa, Garcia, & Goldim, 2017; Da Silva Machado et al., 2016)

A ausência de diferença estatisticamente significativa entre médicos titulares e médicos residentes e médicos titulares e equipe multiprofissional, e correlações próximas a zero entre tempo de trabalho em Oncologia, tempo de formação e tempo de trabalho em instituição exclusivamente oncológica, chama a atenção para questões relacionadas tanto ao formato curricular de ensino focado em um modelo biomédico que desconsidera os aspectos psicossociais e contraria o achado no desenvolvimento do questionário original do PEAS no que se relaciona à idade sugerindo que quando maior as experiências vividas ao longo da vida, as preocupações referentes à comunicação diminuem (Hayasida, Assayag, Figueira, & Matos, 2014; Levetown et al., 1999).

Ademais, todas estas reflexões levam a crer que a grade curricular dos cursos relacionados à área da saúde necessita ser revista para a inclusão de disciplinas que tratem de maneira mais profunda estratégias para uma melhor comunicação e que abordem o tema da finitude com mais amplitude, focando-se muito mais em questões que angustiam os profissionais ao invés de tratar o assunto de maneira idealizada, filosófica e distante.

Sendo assim, fica claro que a base para a formação de profissionais melhor capacitados reside em educá-los com mais solidez e respeito, considerando que estes estão propensos a adoecer com a exposição contínua a situações para as quais não estão adequadamente preparados para lidar com o sofrimento humano.

Para tal, o aprimoramento deste instrumento e a criação de outros que possam auxiliar na identificação de pontos frágeis deste processo é de grande valia para traçar planos e melhorias na formação do profissional que, por sua vez, se tornará mais satisfeito com o próprio trabalho e mais saudável mentalmente.

Além disso, quando o foco é especificamente médicos titulares e médicos residentes considera-se que o aprendizado dos residentes provém dos médicos titulares, sendo assim, a maneira de lidar com as vicissitudes provenientes das más notícias e padrões adotados são

incorporadas pelos residentes, uma vez que o próprio processo de aprendizado na fase da residência é intimamente ligado à prática e à observação de seus pares.

Apesar de já ser bem definida a responsabilidade do médico em iniciar o diálogo acerca de cuidados de final de vida já que o conteúdo deste diálogo está intimamente ligado com questões referentes ao tratamento e prognóstico, nem sempre este profissional se sente preparado para abordar este assunto. Frequentemente, o médico opta por aguardar o declínio clínico do paciente ou o esgotamento total de recursos focados no tratamento para abordar tópicos como cuidados paliativos, finitude e tomada de decisões (Nedjat-Haiem et al., 2017).

Quando há compartilhamento das responsabilidades no cuidado e informação do paciente em fase final entre equipe médica e equipe multiprofissional, a comunicação torna-se mais aberta, com maior alívio da tensão, do sofrimento psíquico, depressão e estresse o que diminui o risco de *burnout* (Hayasida et al., 2014; Nedjat-Haiem et al., 2017).

Ademais, a compreensão do paciente e família pode ser ajustada com auxílio da equipe multiprofissional através de esclarecer ainda mais as informações fornecidas pelo médico (Nedjat-Haiem et al., 2017).

Diante de um instrumento que trata de questões tão particulares e peculiares, fica clara a complexidade em tratar de maneira objetiva e quantitativa certos pontos subjetivos como preocupações e limitações em habilidades pessoais que podem ser mascaradas por questões culturais e pessoais.

Tais achados só foram possíveis através do levantamento destas respostas, e do uso deste instrumento que envolve diretamente o profissional que está diante do cuidado de indivíduos em situação específica de final de vida. Isto reforça a necessidade de maior aprofundamento em pesquisas relacionadas ao bem-estar físico e psíquico do profissional.

Diante deste exposto, ficou claro que a exclusão de determinadas questões é passível de aumentar a confiabilidade do instrumento, entretanto, neste primeiro momento os autores

manterão tais questões a título de validação do instrumento sendo possível utilizá-las para fins de estudo, mas não para a contabilização das mesmas no momento da análise do escore.

Discrepâncias foram encontradas na seção de validade de construto quando realizado AFC e seus índices de ajuste de modelo também conhecidos como índices de ajuste de bondade.

De acordo com Fayers e Machin (2009), a causa provável para tal fato foi a amostra de tamanho pequeno o que proporciona estimativas não confiáveis tanto do número de fatores como da estrutura dos mesmos.

Ademais, Fayers e Machin (2009) especificam:

De fato, uma das características mais importantes da AFC é simplesmente que esta testa se o modelo pré-especificado é adequado para ajustar nos dados observados; isto não indica que o modelo é correto, mas meramente que não há evidência suficiente contra ele. Assim, um estudo pequeno será quase inevitavelmente incapaz de fornecer evidências de um mau ajuste, a menos que o modelo seja totalmente inapropriado (. . . .) Portanto, significância estatística de pequena relevância na AFC; estudos de tamanho amostral pequeno raramente apresentarão índices de ajuste de bondade ‘significantes’, enquanto estudos de tamanho amostral grande sempre serão significantes (p.159).

Futuramente, os autores realizarão nova análise e retomarão o processo de adaptação transcultural do instrumento para a exclusão destas questões e aumento do tamanho amostral como um segundo passo e retomada deste estudo iniciado no processo do mestrado.

### **Limitações do estudo**

O estudo realizado apresentou limitações quanto ao tamanho e característica de sua amostra, uma vez que a coleta de dados foi feita somente em uma única instituição, a qual

tem como forte aspecto a filosofia da humanização, considerada também um pré-requisito para ser parte integrante da equipe.

Se por um lado esta condição pode ser considerada positiva do ponto de vista do paciente, talvez tal circunstância possa ser um fator impeditivo ao profissional de expressar seus sentimentos de forma mais fidedigna por questões que possam envolver julgamentos.

Assim, por ser um instrumento que analisa questões muito subjetivas, existe uma tendência ao viés pessoal que depende da disposição do respondente ser fidedigno às suas próprias convicções, não falseando o resultado do escore.

Outra limitação importante refere-se ao fato do PEAS ser o primeiro instrumento em processo de validação com características peculiares e que envolve questionamentos relacionados aos profissionais e ao impacto de suas profissões em suas vidas pessoais. Desse modo, surge a impossibilidade de realizar comparações com outros instrumentos semelhantes.

### **Conclusão**

A partir dos objetivos propostos, o PEAS foi traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa falada no Brasil. De acordo com os resultados provenientes da psicometria, pode-se considerar que este instrumento está validado para o país, uma vez que apresentou resultados satisfatórios quanto à validade de conteúdo, transcultural e análise de grupos conhecidos, bem como para a confiabilidade e reprodutibilidade.

Por ser um instrumento de características peculiares e inéditas no país, foram elencados alguns desafios inclusive para a sua validação durante a pesquisa e, portanto, novas análises serão realizadas futuramente visando o aperfeiçoamento do PEAS no Brasil.

## Referências

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(7), 3061-3068.
- Billings, J. A., & Block, S. (1997). Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions. *JAMA*, *278*(9), 733-738.
- Bonett, D. G. (2002). Sample Size Requirements for Testing and Estimating Coefficient Alpha. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, *27*(4), 335-340. doi: 10.3102/10769986027004335
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia*, *22*(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*, *288*(6430), 1597-1599.
- Castro, I. Q. (2014). *Uma aplicação de métodos de imputação no estudo de fatores associados ao baixo peso ao nascer*. Tese de mestrado. Departamento de Estatística. Universidade Federal de Juiz de Fora. Retrieved from <http://www.ufjf.br/cursoestatistica/files/2014/04/Monografia-Isabela-Queiros-Castro.pdf>
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, *78*(1), 98-104.
- Costa, D. T., Garcia, L. F., & Goldim, J. R. (2017). Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário. *Revista Bioética*, *25*(3), 544-553.
- Da Silva Machado, R., De Araujo Lima, L. A., Freitas da Silva, G. R., De Souza Monteiro, C. F., & Rocha, S. S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los cuidados*, *20*(46).
- Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., & Romanoski, P. J. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. *Texto Consexto de Enfermagem*, *26*(4), e1600017.

- Economist, T. (2015). The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. Retrieved 21/08/2016, from <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2009). Developing a questionnaire. In P.M. Fayers, & D. Machin (Eds.), *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (pp.51-76). England, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2009). Multi-item scales. In P.M. Fayers, & D. Machin (Eds.), *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (pp.109-130). England, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2009). Factor analysis and structural equation modelling In P.M. Fayers, & D. Machin (Eds.), *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (pp.131-160). England, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2009). Missing data. In P.M. Fayers, & D. Machin (Eds.), *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (pp.355-384). England, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Field, N. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS* (I. M. B. C. (Ed.) Ed. Segunda ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gottens, L. B. D., De Carvalho, E. M. P., Guilhem, D., & Pires, M. R. G. M. (2018). Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo alfa de Cronbach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(e3000). doi: DOI: 10.1590/1518-8345.2234.3000
- Granek, L. (2015). Confronting Oncologists' Emotions. *Oncologist*, 20(12), 1460. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0341
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *J Oncol Pract*, 9(4), e129-135. doi: 10.1200/JOP.2012.000800
- Gutierrez, P. L. (2001). O que é o paciente terminal? *Revista Associação Médica Brasileira*, 47(2), 92.

- Hayasida, A. N. M., Assayag, R. H., Figueira, I., & Matos, M. G. (2014). Morte e luto: competências dos profissionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 112-121. doi: 10.5935/1808-5687.20140017
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., . . . Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 47(1), 77-89. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021
- ITC. (2017). The ITC guidelines for translating and adapting tests (ITC, Trans.) (Second edition ed.): International Test Commission. Retrieved 03/06/2018 from [https://www.intestcom.org/files/guideline\\_test\\_adaptation\\_2ed.pdf](https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf)
- Kovács, M. J. (1998). Autonomia e o direito de morrer com dignidade. . *Revista Bioética*, 6(1), 61-69.
- Kovács, M. J. (2008). A morte no contexto dos cuidados paliativos. . In I. C. (Ed.) (Ed.), *Cuidado Paliativo* (pp. 547-557). São Paulo: CREMESP.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104.
- Levetown, M., Hayslip, B., & Peel, J. (1999). The development of the physicians' end-of-life care attitude scale. *Omega (Westport)*, 40(2), 323-333.
- Lorie, A., Reiner, D. A., Phillips, M., Zhang, L., & Riess, H. (2016). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Educ Couns*. doi: 10.1016/j.pec.2016.09.018
- Maciel, M. G. S. (2008). Definições e princípios. In I. C. (Ed.) (Ed.), *Cuidado Paliativo* (pp. 15-32). São Paulo: CREMESP.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- McHenry, M., Parker, P. A., Baile, W. F., & Lenzi, R. (2012). Voice analysis during bad news discussion in oncology: reduced pitch, decreased speaking rate, and nonverbal communication of empathy. *Support Care Cancer*, 20(5), 1073-1078. doi: 10.1007/s00520-011-1187-8



- Medeiros, R. K. S., Ferreira Júnior, M. A., Pinto, D. P. S. R., Vitor, A. F., Santos, V. E. P., & Barichello, E. (2015). Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 127-135.
- Medeiros, R. K. S., Ferreira Júnior, M. A., Torres, G. V., Vitor, A. F., Santos, V. E. P., & Barichello, E. (2015). Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), 278-289.
- Miyazaki, M. C., Gorayeb, R., Santos Junior, R., & Nakao, R. T. (2018). O trabalho do psicólogo em equipes de saúde *PROPSICO* (Vol. 3).
- Morgans, A. K., & Schapira, L. (2015). Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide. *Oncologist*, 20(8), 946-951. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0050
- Nedjat-Haiem, F. R., Carrion, I. V., Gonzalez, K., Ell, K., Thompson, B., & Mishra, S. I. (2017). Exploring Health Care Providers' Views About Initiating End-of-Life Care Communication. *Am J Hosp Palliat Care*, 34(4), 308-317. doi: 10.1177/1049909115627773
- Nunes, L. N. (2007). *Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde*. Dissertação de doutorado. Programa de pós-graduação em epidemiologia. Universidade Federal do rio Grande do Sul. Retrieved from <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11422/000615212.pdf?sequence=>
- Pineli, P. P., Krasilcic, S., Suzuki, F. A., & Maciel, M. G. S. (2016). Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 540-546.
- Rodriguez, K. L., Gambino, F. J., Butow, P., Hagerty, R., & Arnold, R. M. (2007). Pushing up daisies: implicit and explicit language in oncologist-patient communication about death. *Support Care Cancer*, 15(2), 153-161. doi: 10.1007/s00520-006-0108-8
- Rodriguez, K. L., Gambino, F. J., Butow, P. N., Hagerty, R. G., & Arnold, R. M. (2008). 'It's going to shorten your life': framing of oncologist-patient communication about prognosis. *Psychooncology*, 17(3), 219-225. doi: 10.1002/pon.1223

- Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C., & Wein, S. (2006). 'Would you like to talk about your future treatment options'? Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliat Med*, 20(4), 397-406.
- Silva, M. J. P., Araújo, M. T., & Firmino, F. (2008). Enfermagem. In I. C. (Ed.) (Ed.), *Cuidado Paliativo* (pp. 61-63). São Paulo: CREMESP.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659.
- Strohbecker, B., Gaertner, J., & Stock, S. (2011). Informing Severely Ill Patients: Needs, Shortcomings and Strategies for Improvement. *Breast Care (Basel)*, 6(1), 8-13. doi: 10.1159/000324563
- Thorne, S. E., Bultz, B. D., Baile, W. F., & Team, S. C. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psychooncology*, 14(10), 875-884; discussion 885-876. doi: 10.1002/pon.947
- Vaz, S., Falkmer, T., Passmore, A. E., Parsons, R., & Andreou, P. (2013). The case for using the repeatability coefficient when calculating test-retest reliability. *PLOS ONE*, 8(9), e73990.
- WHO. (2015). Palliative Care Fact sheet N°402. Retrieved 21/08/2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
- WHO. (2016). WHO Palliative Care Definition. Retrieved 21/08/2016, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yang, F. M., Ye, Z. H., Tang, L. W., Xiang, W. L., Yan, L. J., & Xiang, M. L. (2017). Factors associated with the attitudes of oncology nurses toward hospice care in China. *Patient Preference and Adherence*, 11, 853-860. doi: 10.2147/PPA.S132093
- Zou, G. Y. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Stat Med*, 31(29), 3972-3981. doi: 10.1002/sim.5466

## ANEXO A – Professional End-of-Life Attitude Scale (PEAS)

## Professional End-of Life Attitude Scale (Peas)

Marcia Levetown, M.D., Bert Hayslip, Jr., Ph.D., &amp; Jennifer Peel, Ph.D.

For each of the following questions, circle the most appropriate response as it applies to you. Strongly Agree (SA), Agree (A), Neutral (N), Disagree (D), Strongly Disagree (SD), Not Applicable to me (NA)

1. I would prefer to care for patients for whom I can do something, rather than patients with terminal prognosis. SA A  
N D SD N/A
2. It is appropriate for colleagues to console one another when a patient dies.  
SA A N D SD N/A
3. I feel angry when a patient of mine dies. SA A  
N D SD N/A
4. I feel guilty when a patient of mine dies. SA A  
N D SD N/A
5. Establishing rapport with a patient with a terminal prognosis is difficult for me  
SA A N D SD N/A
6. I wish I had more time to spend with my dying patients. SA A  
N D SD N/A
7. It is hard for me to discuss advance directives when a patient is stable.  
SA A N D SD N/A
8. It is inappropriate to discuss advance directives when a patient is stable. SA A  
N D SD N/A
9. It's hard to know what to say when I have to talk with a patient about a terminal prognosis.  
SA A N D SD N/A
10. I value spending some of my free time with terminally ill patients and their families.  
SA A N D SD N/A
11. I am acting unprofessionally if I cry in front of a dying patient or his/her family.  
SA A N D SD N/A

12. I would be behaving unprofessionally if I were to become emotionally involved with my terminally ill patients. SA A  
N D SD N/A
13. I am afraid I will get hurt if I get to know my terminally ill patients.  
SA A N D SD N/A
14. I feel comfortable discussing end-of-life decisions with patients. SA A  
N D SD N/A
15. Hiding my emotions makes it easier for me to talk to terminally ill patients.  
SA A N D SD N/A
16. I find it easy to listen to patients' with terminal prognoses talk about themselves.  
SA A N D SD N/A
17. Being with a terminally ill patient is a waste of time.  
SA A N D SD N/A
18. I avoid talking to dying patients. SA A  
N D SD N/A
19. A patient with a terminal illness should be resuscitated over their stated objections in the event of a potentially fatal iatrogenic problem. SA A  
N D SD N/A
20. If I were dying, I would want my physician to respect my wishes regarding end-of-life decisions.  
SA A N D SD N/A
21. I feel comfortable helping bereaved families survive their loss.  
SA A N D SD N/A
22. When I listen to a patient with a terminal illness, I am performing a beneficial therapeutic intervention. SA A N D  
SD N/A
23. I do not hug patients or their families because I am not that kind of a person.  
SA A N D SD N/A
24. When I hug my patients and their families, I am providing a therapeutic intervention.  
SA A N D SD N/A

25. It is my role as a physician to address all sources of suffering with the patient, whether they are existential, spiritual, emotional, psychosocial or physical. SA A N D  
SD N/A
26. Allowing a terminally ill patient to die of an easily curable problem such as pneumonia or sepsis is tantamount to assisted suicide.  
SA A N D SD N/A
27. I feel as comfortable with a dying patient as I do with any other patient. SA A  
N D SD N/A
28. Treating a dying patient is one of the most unpleasant aspects of my profession. SA A  
N D SD N/A
29. Whenever possible, I avoid a person who is dying from an irreversible condition. SA A  
N D SD N/A
30. I try to avoid telling a patient directly that he/she is dying.  
SA A N D SD N/A
31. I find it more difficult to deal with the family of a dying patient than with families of my other patients.  
SA A N D SD N/A

In the 31 item version of the PEAS, answers are initially coded as follows:

SA = 1            A = 2            N = 3            D = 4            SD = 5

We want higher scores to reflect more CA – dying, so you'll want to **reverse score** the following items (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31), so that these questions are now coded as SA = 5, A = 4, N = 3, D = 2, and SD = 1.

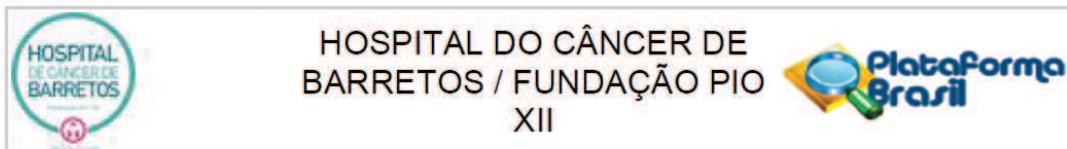
Using the above questions (some of which will have been recoded), you can then compute overall scores, (31 items) and/or personal impact score (13 items - #3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29) and/or professional impact score (18 items - #1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 31).

The PEAS can be modified for use with other health care professionals by altering reference to physicians (#20).

The Professional End of Life Attitude Scale (PEAS) was developed by Marcia Levetown, MD, Bert Hayslip, Jr., PhD, and Jennifer Peel, PhD, University of Texas Medical Branch at Galveston.

*Reference:* Levetown M, Hayslip B, Peel J, "The Development of the Physicians End-of-Life Care Attitude Scale", *Omega*, Vol. 40(2) 323-333, 1999-2000. This document has been reproduced for distribution by the End of Life Physician Education Resource Center, [www.eperc.mcw.edu](http://www.eperc.mcw.edu). 9/02.

## Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS) em um hospital de câncer no interior de São Paulo

**Pesquisador:** Michelle Uchida Miwa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61885116.4.0000.5437

**Instituição Proponente:** Fundação Pio XII

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.845.398

**Apresentação do Projeto:**

**Resumo:** Justificativa: Considera-se que os médicos sejam fonte primária de fornecimento de notícias (ex. diagnósticos; prognósticos), controle de sintomas e suporte emocional a pacientes e seus familiares. Encaminhamentos tardios para unidades de Cuidados Paliativos e/ou desconhecimento por parte dos pacientes acerca de sua condição incurável ou impossibilidade de tratamento, geram diversos entraves para o processo de enfrentamento. Este fato impacta na eficácia de controle de sintomas e impede ou dificulta uma morte com o menor desconforto possível. O Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS) é um instrumento que avalia o grau de ansiedade e preocupações no que refere aos cuidados com pacientes em fase final de vida. Ao realizar a metodologia de tradução e validação do PEAS, o instrumento torna-se disponível para auxiliar a determinar a relevância das abordagens concernentes ao preparo dos profissionais em cuidar de pacientes em final de vida. **Objetivos:** Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira, avaliar a compreensão do PEAS por profissionais da área da saúde. Avaliar as propriedades psicométricas e validar a versão brasileira do questionário PEAS em um hospital de câncer no interior de São Paulo. **Materiais e Métodos:** O estudo será dividido em três etapas: (1) Adaptação transcultural do PEAS; (2) Avaliação psicométrica do questionário PEAS e (3) Validação do questionário PEAS. **Análise de dados:** O cálculo amostral foi realizado considerando o

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

**Bairro:** Dr. Paulo Prata

**CEP:** 14.784-400

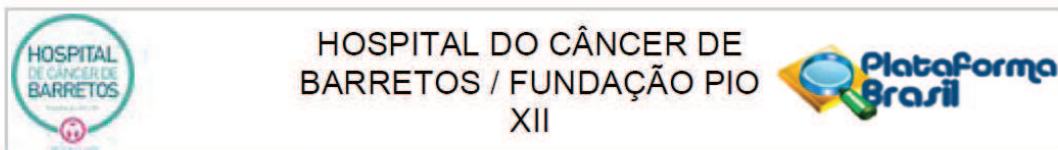
**UF:** SP

**Município:** BARRETOS

**Telefone:** (17)3321-0347

**Fax:** (17)3321-6600

**E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



Continuação do Parecer: 1.845.398

coeficiente Alfa de Cronbach esperado de 0.7 sob uma hipótese nula = 0.5. Considerando um nível de significância de 5% e poder de teste de 90%, o tamanho amostral necessário para se rejeitar a hipótese nula é de 85 participantes. A caracterização da amostra será feita através da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para as características quantitativas e tabelas de frequências para as qualitativas. Para avaliar a confiabilidade do instrumento utilizaremos o coeficiente de Cronbach e o coeficiente de correlação intraclasse para testar a estabilidade no teste reteste.

**Introdução:** Comunicação A comunicação é um veículo da informação. Quando realizada adequadamente, proporciona a interação e possibilita acessar profundamente o indivíduo em relação às suas crenças, sentimentos, percepções e anseios. Este veículo não é expresso apenas de forma verbal. A postura adotada, o contato visual, os silêncios empregados entre as falas e a própria entonação da voz também denotam mensagens que impactam o receptor e geram sensações no próprio emissor. (Lorie, Reiner, Phillips, Zhang, & Riess, 2016; McHenry, Parker, Baile, & Lenzi, 2012)Desse modo, a comunicação está presente em todas as relações estabelecidas com o outro. Sua utilização efetiva requer desenvolvimento de habilidades tanto na expressão quanto na identificação da ideia subjacente à mensagem emitida. O grande desafio encontra-se em identificar as necessidades do outro sem considerar as próprias premissas e perspectivas (Strohbecker, Gaertner, & Stock, 2011). Considera-se que os médicos sejam fonte primária de fornecimento de notícias (ex. diagnósticos; prognósticos), controle de sintomas e suporte emocional a pacientes e seus familiares. Entretanto, a grade curricular médica não contempla o preparo adequado para a comunicação em saúde em geral, nem nas situações consideradas mais difíceis (ex. falha de tratamento; incurabilidade; óbito) (Levetown, Hayslip, & Peel, 1999; Rodriguez, Gambino, Butow, Hagerty, & Arnold, 2007) O profissional médico, diante de uma situação estressante como o diagnóstico de uma doença irreversível, por desconhecimento ou percepção distorcida de que a cura e a recuperação devem ser propostas, enfatiza informações sobre o prognóstico do tratamento, alijando a enfermidade (Rodriguez et al., 2007; Rodriguez, Gambino, Butow, Hagerty, & Arnold, 2008). Acreditando que a inserção de discussões sobre cuidados de final de vida causará sofrimento e dano à esperança do paciente, evita abordar esse tópico (Granek, Krzyzanowska, Tozer, & Mazzotta, 2013; Levetown et al., 1999)O tratamento focado no modelo biomédico acaba por desconsiderar os aspectos psicossociais do enfrentamento da enfermidade, que são fundamentais inclusive para a qualidade do cuidado oferecido (Rodriguez et al., 2007; Thorne, Bultz, Baile, & Team, 2005). Dada a dificuldade de comunicar más notícias

<b>Endereço:</b> Rua Antenor Duarte Vilela, 1331	
<b>Bairro:</b> Dr. Paulo Prata	<b>CEP:</b> 14.784-400
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BARRETOS
<b>Telefone:</b> (17)3321-0347	<b>Fax:</b> (17)3321-6600
	<b>E-mail:</b> cep@hcancerbarretos.com.br



## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 1.845.398

aos pacientes, protocolos têm sido criados para auxiliar o médico nessa tarefa. De acordo com Buckman, um dos criadores do protocolo SPIKES, más notícias compreendem toda e qualquer informação que possa gerar intensas transformações na perspectiva de futuro do paciente, seja relacionada ao diagnóstico ou à falha de tratamento de intenção curativa (Buckman, 1984). Quando o fornecimento de uma má notícia não é realizado de maneira apropriada, ocorrem distorções na compreensão acerca da gravidade e extensão da enfermidade. Estas distorções, por sua vez, têm impacto na satisfação com os cuidados recebidos, reduzem a qualidade de vida, impossibilitam a tomada consciente de decisões sobre o tratamento e a própria vida, aumentam a ansiedade, dificultam a utilização de estratégias adequadas de enfrentamento, promovem desesperança, bem como precário controle de sintomas (Rodríguez et al., 2007; Schofield, Carey, Love, Nehill, & Wein, 2006; Thorne et al., 2005). Os prejuízos de uma comunicação médico-paciente ineficaz vão além do contexto da relação e do sistema de saúde, uma vez que questões emocionais e expectativas distantes da realidade culminam com o aumento de custos em tratamentos anti-neoplásicos pouco eficientes no contexto de incurabilidade, além de uma maior procura por serviços de Emergência. (Schofield et al., 2006; Thorne et al., 2005) Esta constatação é resultado de anos de treinamentos focados em uma Medicina técnica em detrimento do aprimoramento das habilidades de comunicação. Tais habilidades de comunicação no contexto de saúde são efetivas quando há consonância entre o conteúdo veiculado e o vocabulário adotado, uma vez que esta é a combinação fundamental para a boa compreensão do anúncio realizado e redução da inquietude da unidade de tratamento (paciente e familiares). Profissionais com estas características realizam encaminhamentos precoces às equipes de cuidados paliativos, o que influencia positivamente a qualidade de vida dos pacientes e o curso da enfermidade (Rodríguez et al., 2007; Rodríguez et al., 2008; Schofield et al., 2006; WHO, 2016) No âmbito oncológico, a frequência com que o médico se depara com a finitude é maior, tornando urgente a necessidade de treinamento e suporte a estes profissionais (Granek et al., 2013). Com isso, uma intervenção planejada e centrada no paciente e sua família permitirá a expressão das emoções de maneira apropriada e transição das metas do tratamento de cunho curativo para paliativo (Morgans & Schapira, 2015). Faz-se necessário ressaltar no que consiste o cuidado paliativo: Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que estão enfrentando situações relacionadas a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (WHO, 2016) Além deste conceito abrangente, é relevante adicionar que a aplicação ideal dos cuidados paliativos faz-se

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

**Bairro:** Dr. Paulo Prata

**CEP:** 14.784-400

**UF:** SP

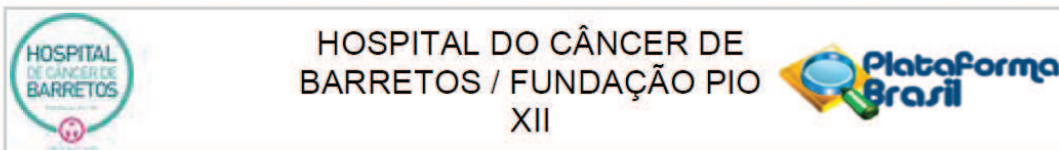
**Município:** BARRETOS

**Telefone:** (17)3321-0347

**Fax:** (17)3321-6600

**E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



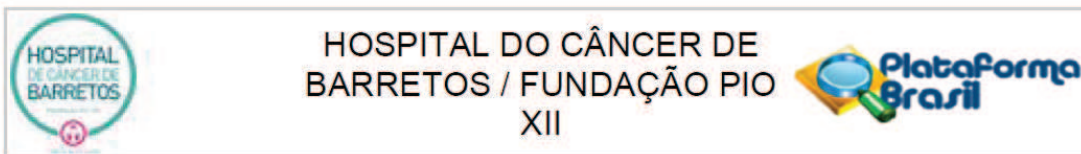


## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII

Continuação do Parecer: 1.845.398

conjuntamente aos demais tratamentos que ainda possuem intenção de aumento da sobrevida, como quimioterapia e radioterapia, bem como de medidas de investigação para o manejo de complicações clínicas (Strohbecker et al., 2011; WHO, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que anualmente cerca de 40 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos, sendo que 78% destas são provenientes dos países em desenvolvimento. Todavia, somente 14% da população mundial recebe cuidados paliativos (WHO, 2015). A carência de capacitação e de conhecimento em cuidados paliativos, por parte dos profissionais da saúde e gestores, bem como crenças distorcidas acerca da morte e o morrer, culminam com referenciamentos tardios, abrangendo exclusivamente os pacientes em suas últimas semanas de vida (WHO, 2015, 2016). O trabalho em conjunto entre oncologia e cuidados paliativos possibilita a divisão da carga emocional e de situações extremamente desafiadoras, além de oferecer ao paciente abordagem integral de diversos profissionais especializados em áreas distintas (Morgans & Schapira, 2015). A clareza no discurso e a esperança focada em eventos reais, como o bom controle de sintomas e períodos de remissão da doença, serão de maior valia ao paciente, que poderá reestruturar seu tempo e tomar decisões de maneira mais centrada, elevando seu grau de conforto e autonomia (Rodriguez et al., 2007; Schofield et al., 2006). Desse modo, faz-se prioritária a modificação da visão curativa dos tratamentos para valores focados nos cuidados paliativos, ao quais abrangem o processo de morte como parte da evolução da vida, melhorando o final de vida de pacientes e de seus familiares (Economist, 2015). Algumas iniciativas embrionárias para o ensino acerca dos cuidados de final de vida estão em andamento, mas necessitam de ajustes e adequações curriculares para que os médicos em formação possam realmente se beneficiar desta abordagem (Billings & Block, 1997). O olhar rigoroso para os programas educacionais visando uma melhor práxis é fundamental. Com isso, o interesse crescente pelos cuidados paliativos propõe um caminho para a abordagem sobre a finitude e os sentimentos a ela associados, não somente à unidade de tratamento como ao profissional (Billings & Block, 1997). Esta preparação proporcionará aos oncologistas ferramentas para o gerenciamento e validação de suas próprias emoções através do desenvolvimento de habilidades para suportarem as perdas e considerarem tais reações como normais e parte de uma trajetória ao longo desta área de atuação (Granek, 2015; Morgans & Schapira, 2015). Discutir cuidados paliativos requer abordar a questão da qualidade de morte. Qualidade de Morte O envelhecimento da população ao redor do mundo vem gerando preocupação na provisão de cuidados especiais a este novo estrato da sociedade, já que enfermidades crônicas, com evolução lenta e progressiva experimentam incremento concomitante (Economist, 2015). De acordo com o Índice de Qualidade de Morte de 2015,

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331  
**Bairro:** Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400  
**UF:** SP **Município:** BARRETOS  
**Telefone:** (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII

Continuação do Parecer: 1.845.398

realizado pela Unidade de Inteligência The Economist,, os países que ocupam os melhores rankings em qualidade de morte compartilham algumas características:• Programa de cuidados paliativos inserido no programa nacional de saúde;• Elevados investimentos na saúde pública, inclusive visando redução de custos dos pacientes em cuidados paliativos;• Treinamentos frequentes em cuidados paliativos visando incrementar a competência e a expertise para um bom controle de sintomas e abordagem abrangente;• Grande disponibilidade de analgésicos opióides.Não é surpresa que os países desenvolvidos ocupem melhores posições no ranking do índice de qualidade de morte (Figura 1). Entretanto, ressalta-se que em diversas partes do mundo, incluindo Brasil, encontram-se em processo de desenvolvimento de suas próprias políticas nacionais (Economist, 2015). De acordo com Ros Taylor, diretora nacional dos cuidados em hospice no Reino Unido: “As coisas que proporcionam uma morte melhor são simples. O conhecimento básico do controle alérgico e conversas com as pessoas sobre o que realmente importa – que podem transformar muito mais mortes” (Economist, 2015, p.13). Equipes interdisciplinares que incluem o cuidado psicológico e espiritual, bem como a inserção do paciente na tomada de decisões por parte do médico, são pontos determinantes para um cuidado de excelência ao final da vida (Economist, 2015; Schofield et al., 2006; Strohbuecker et al., 2011). Para isso, identificar pontos que requerem fortalecimento e que podem interferir na adequada abordagem da unidade de tratamento são de extrema importância, uma vez que apesar de grandes evoluções na tecnologia e nos tratamentos anti-neoplásicos, é necessário preparo para a inevitabilidade das falhas de tratamento e fornecer esta informação com maestria, mas também de maneira compassiva (Morgans & Schapira, 2015). Desse modo, um instrumento que auxilie a identificar necessidades no treinamento profissional em cuidados paliativos proporcionará esta identificação de maneira mais eficaz, enfocando aspectos que demandem intervenção para refinamento das habilidades profissionais. Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)O Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS) é uma versão abreviada e desenvolvida a partir do Physicians’ End -of-Life Care Attitude Scale. Sua adaptação e validação para a cultura brasileira foi previamente aprovada pelos autores do instrumento (ANEXO 2). A vantagem do primeiro é que pode ser aplicado não somente aos médicos como também aos demais profissionais da saúde (ANEXO 3). Seu uso pode auxiliar a determinar a relevância das abordagens concernentes ao preparo dos profissionais em cuidar de pacientes em final de vida. Trata-se de um instrumento contendo 31 questões com respostas do tipo Likert, que analisa os aspectos da interação entre profissionais e pacientes com doença de caráter terminal / intratável. É dividido em dois blocos: preparação pessoal e atribuição profissional. As questões referentes ao bloco sobre preparação pessoal abordam os seguintes

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331  
**Bairro:** Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400  
**UF:** SP **Município:** BARRETOS  
**Telefone:** (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 1.845.398

temas: (Levetown et al., 1999)1) Contato físico com paciente; 2) Ansiedade por discutir assuntos relacionados ao final de vida; 3) Reações emocionais ao falar com pacientes e seus familiares; 4) Grau de conforto em estar junto de pacientes em final de vida; 5) Sentimentos de culpa ou raiva com o falecimento do paciente;6) Sentimentos gerados no profissional com a participação em funerais de pacientes. Em relação ao bloco acerca da atribuição profissional são abordados assuntos que se referem a: (Levetown et al., 1999)1) Dificuldades em abordar o prognóstico da doença com o paciente; 2) Prover informação sobre a evolução da enfermidade;3) Omitir informações do paciente;4) Discutir diretivas antecipadas com os pacientes;5) Manter postura objetiva e imparcial nos cuidados a pacientes em final de vida;6) Informar más notícias, incluindo o falecimento do paciente à família;7) Sentimento de fracasso como profissional com a morte do paciente. Pontuações mais elevadas indicam maior grau de ansiedade e preocupações no que refere aos cuidados com pacientes em fase final de vida. Outrossim, é possível determinar pontuações gerais, bem como analisa-las separadamente, isto é, determinar pontuações para o impacto pessoal e para o impacto profissional. A identificação de dificuldades na comunicação, bem como em lidar com estas situações difíceis e frequentes no âmbito oncológico, serão de grande valia para incrementar não somente a qualidade das relações entre médico e paciente, como também proporcionar intervenções educativas que estimulem o desenvolvimento de habilidades da comunicação, reduzindo o risco de burnout destes profissionais (Levetown et al., 1999; Thorne et al., 2005). Esta afirmativa é corroborada pela constatação de Granek (2015), em entrevistas com oncologistas: A melhor e a pior parte da prática da oncologia é o vínculo com os pacientes. Sem este vínculo, o trabalho seria insuportável e insatisfatório. Com este vínculo, entretanto, vem a dor da perda quando os pacientes morrem, sofrem com o incapacitante desaparecimento da função, vivenciam uma "morte ruim", ou evoluem para falha terapêutica.

Hipótese: Encaminhamentos tardios para unidades de Cuidados Paliativos e/ou desconhecimento por parte dos pacientes acerca de sua condição incurável ou impossibilidade de tratamento, geram diversos entraves para o processo de enfrentamento. Este fato impacta na eficácia de controle de sintomas e impede ou dificulta uma morte com o menor desconforto possível. Todavia, cabe questionar se precedente a esta problemática não existem fatores impactantes no profissional, que o impeçam de identificar ou mesmo resistir a esta demanda. A disponibilidade do PEAS para ser utilizado no Brasil auxiliará a identificar estes fatores de maneira objetiva, para prevenção de mortes caóticas e luto complicado por parte dos familiares, através de estratégias que auxiliem o profissional em sua prática diária. A planificação de medidas não visa exclusivamente a unidade de

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

**Bairro:** Dr. Paulo Prata

**CEP:** 14.784-400

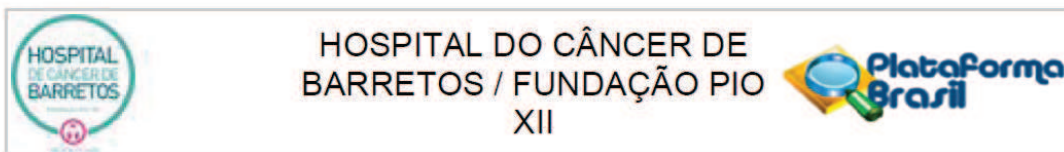
**UF:** SP

**Município:** BARRETOS

**Telefone:** (17)3321-0347

**Fax:** (17)3321-6600

**E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII

Continuação do Parecer: 1.845.398

tratamento, mas também prevenir a exaustão do profissional que se vê em face da comunicação da má notícia e de seus desdobramentos cotidianamente. Com base nessas considerações foram delineados os objetivos deste estudo.

Metodologia Proposta: O estudo será dividido em três etapas: (1) Adaptação transcultural do PEAS; (2) Avaliação psicométrica do questionário PEAS e (3) Validação do questionário PEAS. Nas etapas de adaptação transcultural e avaliação psicométrica, serão coletados dados sociodemográficos como: idade, gênero, religião, especialidade, unidade de trabalho, tempo de formação, tempo de experiência com pacientes oncológicos e tempo de trabalho na instituição estudada. Adaptação transcultural De acordo com Borsa, Damásio e Bandeira (2012), o processo de adaptação inicia-se com a passagem do idioma original para o idioma-alvo, que deve ser concordante com o contexto inicial. Este procedimento deve ser realizado por no mínimo dois tradutores bilíngues, independentes e fluentes no idioma nativo do instrumento e no idioma-alvo. O resultado será a obtenção de duas versões traduzidas (T1 e T2). Estas serão sintetizadas através da análise das discrepâncias e equivalências entre as duas versões e a original no que se refere à semântica, idioma, conceitos, linguística e contexto. Este consenso será obtido por comitê composto por experts na área e pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento. Ao término desta etapa, alcança-se uma versão única do instrumento (T12). Esta nova variante será avaliada por novo comitê de experts na área da Psicologia que avaliará aspectos como estrutura, layout, instruções do instrumento, abrangência e adequação das expressões contidas nos itens para o público estudado. A partir disso, será realizada uma avaliação por parte do público-alvo com a finalidade analisar o instrumento como um todo, bem como sua clareza. Se houver situação de não compreensão de algum item, será solicitado ao respondente que sugira melhor sinônimo para a sentença. Subsequentemente, realizar-se-á a tradução reversa (back translation), por dois tradutores independentes que desconhecem o instrumento. Após a obtenção da versão sintetizada da tradução reversa, esta será enviada ao autor do instrumento original para avaliação e devidos apontamentos. Com a aprovação do autor, dar-se-á por encerrada a tradução da escala. Com o intuito de avaliar a adequação dos itens no que tange ao significado e dificuldade de compreensão, assim como as instruções para administração do teste, realizar-se-á uma simulação prévia (estudo piloto) com uma pequena amostra que caracteriza a população que será estudada (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). As modificações sugeridas serão avaliadas com ajuda de comitê de experts e novos estudos-piloto serão aplicados, até que seja alcançado no mínimo 80% de concordância da população estudada. Ao final deste processo, dir-se-á que o instrumento está

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331  
**Bairro:** Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400  
**UF:** SP **Município:** BARRETOS  
**Telefone:** (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 1.845.398

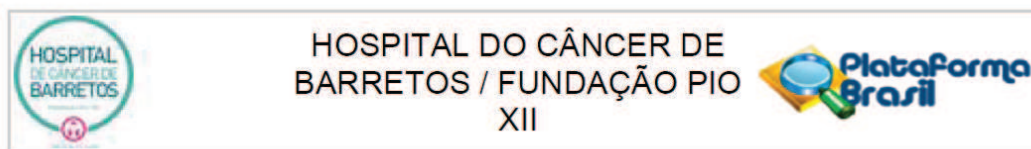
pronto para a aplicação. Análise psicométrica Para que um instrumento psicológico seja considerado adequado e relevante ao seu propósito a uma determinada população, é necessário que o mesmo seja submetido ao processo qualitativo de tradução e adaptação transcultural. Entretanto, para a viabilização dos dados relativos às propriedades psicométricas da escala estudada, análises estatísticas são requeridas (Borsa et al, 2012). Não há um consenso acerca da quantidade de evidências de validade do instrumento para que este seja considerado válido. Este procedimento derivará de características como o contexto a ser aplicado e da população estudada com este instrumento. Devido à característica particular do PEAS, durante as pesquisas, não foi encontrado instrumentos psicológicos validados no Brasil que possibilitassem comparações e análises. Sua reprodutibilidade será analisada através do teste reteste, que consiste na aplicação do instrumento em dois momentos diferentes. Neste caso, julgou-se conveniente um intervalo de quatro meses entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, dado que as questões do instrumento são consideradas marcantes, ou seja, acredita-se que este hiato será suficiente para que os participantes não se recordem das questões empregadas anteriormente.

**Critério de Inclusão:** Serão incluídos no estudo todos os médicos que aceitarem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE).

**Critério de Exclusão:** Para a etapa de avaliação psicométrica: serão excluídos do estudo todos os médicos que não tiverem atuação clínica, ou seja, sem contato direto com a unidade de tratamento.

**Metodologia de Análise de Dados:** A caracterização da amostra será feita através da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para as características quantitativas e tabelas de frequências para as qualitativas. Para avaliar a validade do construto utilizaremos: os testes T (ou Man-Whitney) e/ou ANOVA (ou Kruskal-Wallis) para a validação de grupos conhecidos de acordo com as características dos participantes; a análise fatorial exploratória através da análise de componentes principais; a análise fatorial confirmatória através da modelagem de equações estruturais. Para avaliar a confiabilidade do instrumento utilizaremos: o coeficiente de Cronbach; o coeficiente de correlação intraclasse para testar a estabilidade no teste reteste. As análises serão realizadas com auxílio dos Estatísticos do NEB com o uso do software IBM SPSS Statistic v.21.0 e Software R, assumindo 5% como nível de significância e as informações coletadas serão lançadas no banco de dados REDCap.

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331  
**Bairro:** Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400  
**UF:** SP **Município:** BARRETOS  
**Telefone:** (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



Continuação do Parecer: 1.845.398

**Desfecho Primário:** Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira, avaliar as propriedades psicométricas e validar o questionário PEAS em um hospital de câncer no interior de São Paulo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral

Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira, avaliar as propriedades psicométricas e validar o questionário PEAS em um hospital de câncer no interior de São Paulo.

Objetivos específicos

- Realizar a adaptação transcultural do questionário PEAS para a língua portuguesa falada no Brasil;
- Avaliar a compreensão do PEAS por profissionais da área da saúde;
- Avaliar as propriedades psicométricas do PEAS em profissionais da área saúde;
- Validar a versão brasileira do PEAS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa oferece riscos mínimos a você. Existe a possibilidade de se sentir desconfortável ou constrangido por ser submetido ao questionário.

Benefícios:

A participação neste estudo não terá custos a mais para você e também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação (mesmo que haja patentes ou descobertas). É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você. Mas ao final desta pesquisa, as informações que ele pode gerar, poderão trazer benefícios a outras pessoas através da identificação de ansiedade e preocupação no que concerne aos cuidados de seus pacientes que se encontram em final de vida.

A partir desta identificação, serão propostas medidas como treinamentos e estratégias para auxiliar você a lidar com estas situações desafiadoras visando à melhora da sua qualidade de vida no trabalho e prevenção de burnout.

<b>Endereço:</b> Rua Antenor Duarte Vilela, 1331	<b>CEP:</b> 14.784-400
<b>Bairro:</b> Dr. Paulo Prata	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BARRETOS
<b>Telefone:</b> (17)3321-0347	<b>Fax:</b> (17)3321-6600
	<b>E-mail:</b> cep@hcancerbarretos.com.br



## HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 1.845.398

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa: Considera-se que os médicos sejam fonte primária de fornecimento de notícias (ex. diagnósticos; prognósticos), controle de sintomas e suporte emocional a pacientes e seus familiares. Encaminhamentos tardios para unidades de Cuidados Paliativos e/ou desconhecimento por parte dos pacientes acerca de sua condição incurável ou impossibilidade de tratamento, geram diversos entraves para o processo de enfrentamento. Este fato impacta na eficácia de controle de sintomas e impede ou dificulta uma morte com o menor desconforto possível. O Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS) é um instrumento que avalia o grau de ansiedade e preocupações no que refere aos cuidados com pacientes em fase final de vida. Ao realizar a metodologia de tradução e validação do PEAS, o instrumento torna-se disponível para auxiliar a determinar a relevância das abordagens concernentes ao preparo dos profissionais em cuidar de pacientes em final de vida. Objetivos: Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira, avaliar a compreensão do PEAS por profissionais da área da saúde. Avaliar as propriedades psicométricas e validar a versão brasileira do questionário PEAS em um hospital de câncer no interior de São Paulo. Materiais e Métodos: O estudo será dividido em três etapas: (1) Adaptação transcultural do PEAS; (2) Avaliação psicométrica do questionário PEAS e (3) Validação do questionário PEAS. Análise de dados: O cálculo amostral foi realizado considerando o coeficiente Alfa de Cronbach esperado de 0.7 sob uma hipótese nula = 0.5. Considerando um nível de significância de 5% e poder de teste de 90%, o tamanho amostral necessário para se rejeitar a hipótese nula é de 85 participantes. A caracterização da amostra será feita através da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para as características quantitativas e tabelas de frequências para as qualitativas. Para avaliar a confiabilidade do instrumento utilizaremos o coeficiente de Cronbach e o coeficiente de correlação intraclassa para testar a estabilidade no teste reteste.

Amostra composta por 105 pacientes e 20 profissionais.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adequadamente apresentados:

- Folha de rosto;
- MABIN;
- Declaração de Ciência de Estudo - Edmundo Carvalho Mauad;
- Cadastro Projeto de Pesquisa - NAP;
- Declaração de Corresponsabilidade de Estudo com Pesquisador Externo - Assinado por -

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

**Bairro:** Dr. Paulo Prata

**CEP:** 14.784-400

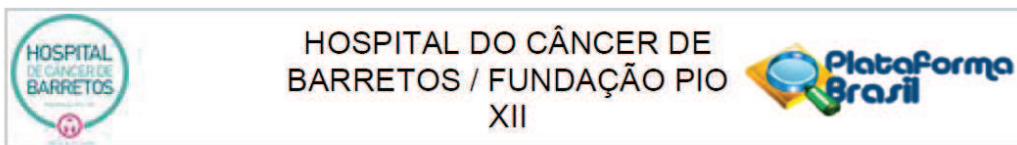
**UF:** SP

**Município:** BARRETOS

**Telefone:** (17)3321-0347

**Fax:** (17)3321-6600

**E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



Continuação do Parecer: 1.845.398

Michelle Uchida Miwa;

- Declaração de responsabilidade do pesquisador;
- Declaração de Fonte de Financiamento - Recursos particulares do pesquisador.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP:

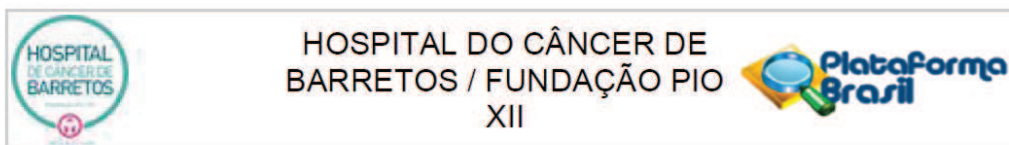
1. Relatórios semestrais, sendo o primeiro previsto para 01/06/2017.
2. Comunicar toda e qualquer alteração do Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de participantes deve ser temporariamente interrompida até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.
3. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer Evento Adverso Grave ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
4. Para projetos que utilizam amostras criopreservadas, procurar o BIOBANCO para início do processamento.
5. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos, após conclusão da pesquisa, para possível auditoria dos órgãos competentes.
6. Este projeto está cadastrado no CEP-HCB sob o número 1290/2016.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813088.pdf	11/11/2016 01:01:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PEAS_participantes.pdf	11/11/2016 00:58:37	Michelle Uchida Miwa	Aceito

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331  
 Bairro: Dr. Paulo Prata CEP: 14.784-400  
 UF: SP Município: BARRETOS  
 Telefone: (17)3321-0347 Fax: (17)3321-6600 E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br





Continuação do Parecer: 1.845.398

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PEAS_analise_questionario.pdf	11/11/2016 00:56:54	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Outros	MABIN.jpg	11/11/2016 00:53:46	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_PEAS_FAMERP_CE P.pdf	07/11/2016 16:07:18	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/11/2016 15:50:27	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Cronograma	CronogramaCEP.pdf	31/10/2016 22:55:25	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Outros	Ciencia_de_estudo.jpg	30/10/2016 14:59:04	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Outros	Cadastro_NAP.jpg	30/10/2016 14:57:07	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_corresponsabilidade.jpg	30/10/2016 14:56:10	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade_pesquisador.jpg	30/10/2016 14:55:51	Michelle Uchida Miwa	Aceito
Orçamento	Fonte_financiamento.jpg	30/10/2016 14:55:27	Michelle Uchida Miwa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BARRETOS, 01 de Dezembro de 2016

Assinado por:  
Daniel Onofre Vidal  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Antenor Duarte Vilela, 1331  
**Bairro:** Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400  
**UF:** SP **Município:** BARRETOS  
**Telefone:** (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br

## Anexo C - Certificado de retrotradução do American Journal of Experts


AMERICAN JOURNAL EXPERTS

## EDITORIAL CERTIFICATE

This document certifies that the manuscript listed below was edited for proper English language, grammar, punctuation, spelling, and overall style by one or more of the highly qualified native English speaking editors at American Journal Experts.

Manuscript title:

Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário Professional End-of-Life Attitude Scale (PEAS)

Authors:

Michelle Uchida Miwa, Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki

Date Issued:

July 24, 2017

Certificate Verification Key:

69AB-29C7-4EB1-95B1-FF21



This certificate may be verified at [www.aje.com/certificate](http://www.aje.com/certificate). This document certifies that the manuscript listed above was edited for proper English language, grammar, punctuation, spelling, and overall style by one or more of the highly qualified native English speaking editors at American Journal Experts. Neither the research content nor the authors' intentions were altered in any way during the editing process. Documents receiving this certification should be English-ready for publication; however, the author has the ability to accept or reject our suggestions and changes. To verify the final AJE edited version, please visit our verification page. If you have any questions or concerns about this edited document, please contact American Journal Experts at [support@aje.com](mailto:support@aje.com).

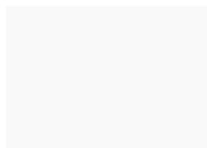
American Journal Experts provides a range of editing, translation and manuscript services for researchers and publishers around the world. Our top-quality PhD editors are all native English speakers from America's top universities. Our editors come from nearly every research field and possess the highest qualifications to edit research manuscripts written by non-native English speakers. For more information about our company, services and partner discounts, please visit [www.aje.com](http://www.aje.com).

July 24, 2017

To whom it may concern,

This letter is to certify that American Journal Experts, a subsidiary of Research Square, LLC has contracted two separate translators with no prior familiarity with the questions to translate “Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário Professional End-of-Life Attitude Scale (PEAS)” from Portuguese to English.

Sincerely,



Rochelle Cupelli

V.P. of Finance



## Apêndice A – Autorização de uso de figuras do 2015 Quality of Death Index – *The Economist*

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/irenemia%40economist.com+/1568eaf6b1f94c5e

**Google** irenemia@economist.com

**Gmail** Mover para a Caixa de Entrada Mais

**ESCREVER**

Entrada (454)  
Com estrela  
Importante  
Enviados  
Rascunhos (1)  
[Gmail]  
Apple  
Bioestatística  
Cuidados Paliativos  
FAMERP (20)  
Michelle

**Permission to use figures from 2015 Quality of Death Index** Entrada x

**Michelle Uchida** <michelle.uchida@gmail.com> 11:51 (Há 48 minutos)

para irenemia, PerspectivesAd., Cco: Maria

Dear Mrs. Mia,  
I hope you are well.

My name is Michelle and I am a doctor from Brazil.  
I work with Palliative Care at Barretos Cancer Hospital and I have a great interest in subjects like communication and breaking bad news.

My MSc is about the communication between oncologists and patients about intractable cancer and end-of-life care.

Please, I would like to ask your permission to use figures from the last publication of 2015 Quality of Death Index, in order to demonstrate the importance of a good care in the end-of-life and the differences between the countries.

Thank you so much for your attention.  
I am looking forward to hearing from you.

Kind regards,  
Michelle Uchida Miwa - Brazil

**Irene Mia** para mim 12:09 (Há 29 minutos)

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

Dear Michelle,  
thanks for your interest in our work and you are welcome to use the figures as long as you reference us as source.  
Good luck with your research and please share it with us once ready.  
all best,

12:40 15/06/2016

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/irenemia%40economist.com+/1568eaf6b1f94c5e

**Google** irenemia@economist.com

**Gmail** Mover para a Caixa de Entrada Mais

**ESCREVER**

Entrada (454)  
Com estrela  
Importante  
Enviados  
Rascunhos (1)  
[Gmail]  
Apple  
Bioestatística  
Cuidados Paliativos  
FAMERP (20)  
Michelle

**Alice Tong** <alictong@economist.com> 12:13 (Há 28 minutos)

para mim, Irene, PerspectivesAd.

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

Hí Michelle,

Thank you for reaching out to us and glad to hear you are interested in our report.

Happy for you to quote our report or use our data, please include the source when you do so, and great if you could send us a draft before publishing so we can be sure the information is correct.

Thanks and Regards,  
Alice Tong  
Senior Project Manager, Content Solutions  
The Economist Intelligence Unit  
Phone (direct): +852 2525 3835  
Email: [alictong@economist.com](mailto:alictong@economist.com)  
1301 Cityplaza Four, 12 Taikoo Wan Road, Taikoo Shing, Hong Kong

**PERSPECTIVES**

Clique aqui para Responder, Responder a todos ou Encaminhar

2,8 GB (18%) de 15 GB usados Gerenciar

Termos de Serviço - Privacidade

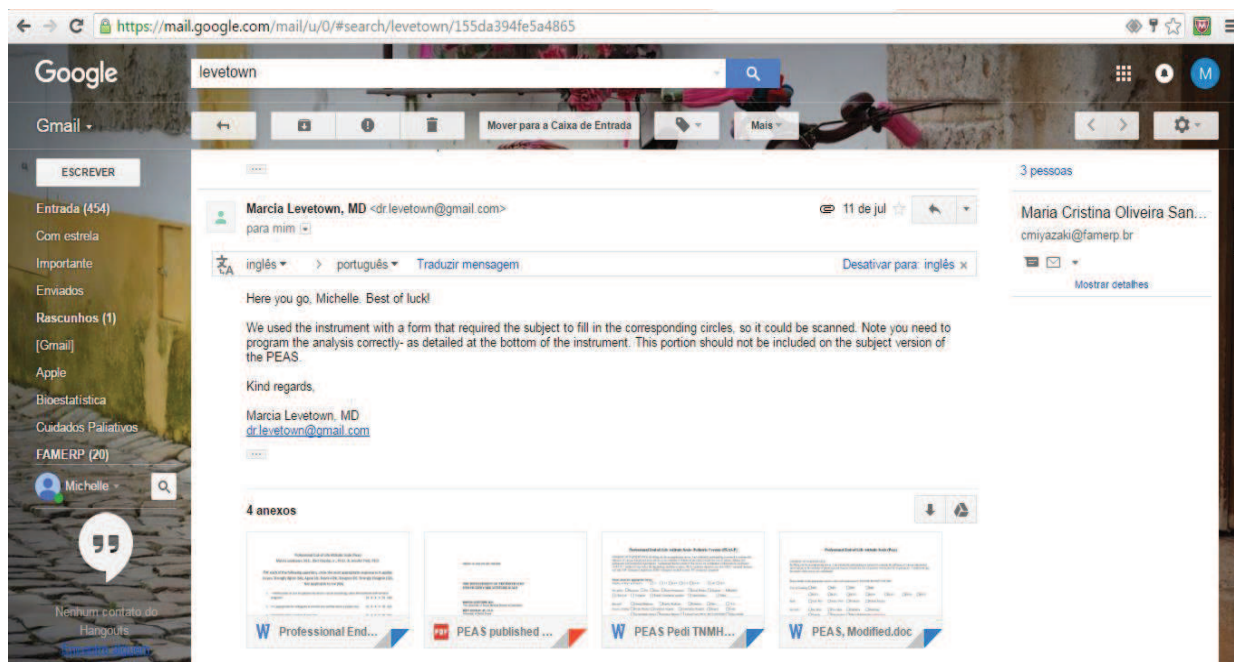
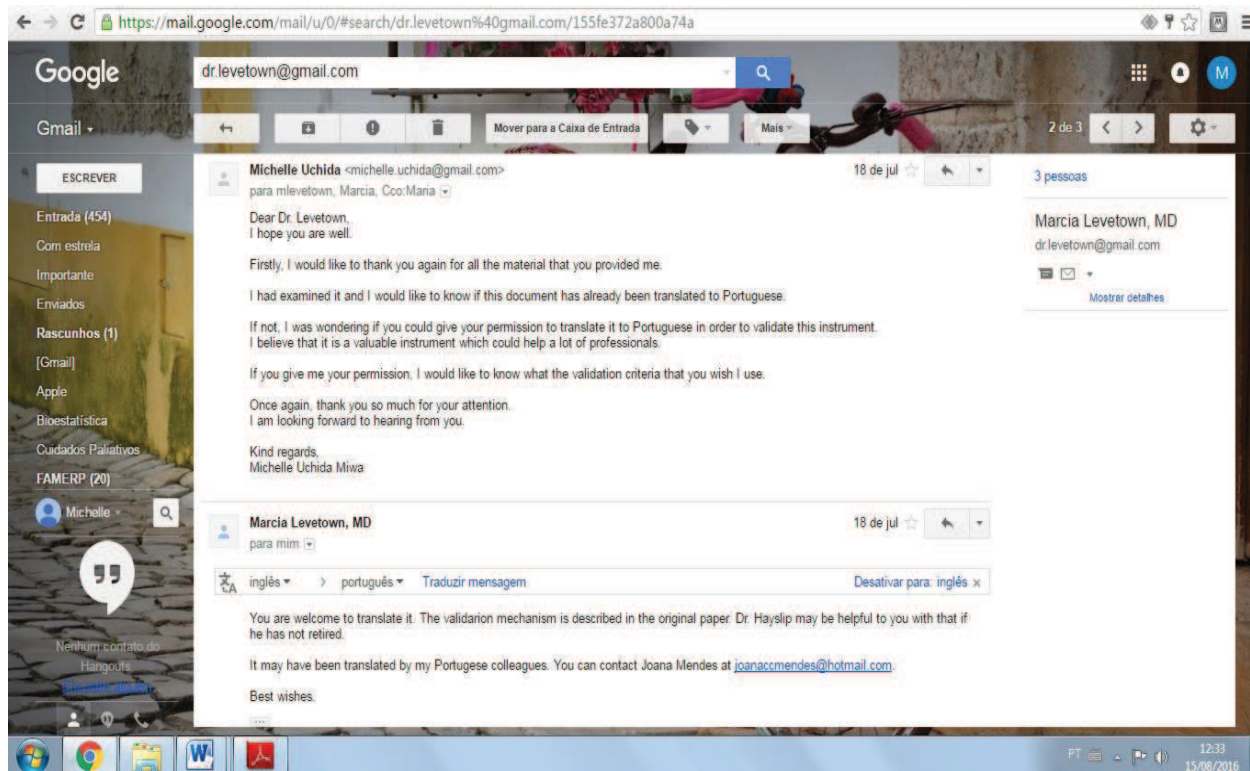
Última atividade da conta: Há 48 minutos Detalhes

12:41 15/06/2016

## Apêndice B – Questionário sociodemográfico

Ficha 1			
Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário <i>Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)</i> em um hospital de câncer no interior de São Paulo			
Investigador Principal: Michelle Uchida Miwa			
Informações Básicas			
1	ID NAP	1	
2	Nº ID no Estudo	2	
3	Iniciais do nome	3	
4	Data da coleta DD/MM/AAAA	4	__/__/____
5	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	5	__/__/____
6	Gênero 1 – Feminino; 2 – Masculino; 99 - Ignorado	6	
7	Religião 1 – Católico; 2 – Evangélico; 3 – Espírita; 4 – Outros; 99 - Ignorado	7	
8	Vínculo com a instituição (Médico) 1 – Titular; 2 – Residente; 3 – Fellow; 99 - Ignorado	8	
9	Unidade de trabalho 1 – Unidade I; 2 – Unidade II; 99 – Ignorado	9	
10	Tempo de formação Descrever (em anos); 99- Ignorado	10	
11	Tempo de trabalho na instituição Descrever (em meses); 99- Ignorado	11	
12	Tempo de trabalho com pacientes oncológicos Descrever (em meses); 99- Ignorado	12	

### Apêndice C – Autorização dos autores para adaptação transcultural e validação



https://mail.google.com/mail/u/0/#search/BertHayslip%40my.unt.edu/156193c666cd360b

Google BertHayslip@my.unt.edu

Gmail

ESCREVER

Entrada (454)  
Com estrela  
Importante  
Enviados  
Rascunhos (1)  
[Gmail]  
Apple  
Bioestatística  
Cuidados Paliativos  
FAMERP (20)  
Michelle

Nenhum contato do Hangouts

Dear Dr. Hayslip,  
I hope you are well.

My name is Michelle and I am a doctor from Brazil.  
I work with Palliative Care at Barretos Cancer Hospital and I have a great interest in subjects like communication and breaking bad news.

My MSc is about the communication between oncologists and patients about intractable cancer and end-of-life care.  
So, I contacted Dr. Levetown from Texas, in order to ask her permission to validate The Physicians' End-Of-Life Care Attitude Scale / The Professional End-Of-Life Care Attitude Scale (the abbreviated version) in Brazil and it was authorized.

I asked her about the criteria that she wish I use in order to validate and she suggested me to contact you to ask about these details.  
Please, would you mind to give me some orientation about the mechanism/criteria of validation to these scales and which of the versions are current in use in USA?

Thank you very much for your attention.  
I am looking forward to hearing from you.

Kind regards,  
Michelle Uchida Miwa - Brazil

3 pessoas

Hayslip, Bert  
berthayslip@my.unt.edu  
Mostrar detalhes

Hayslip, Bert <BertHayslip@my.unt.edu>  
para mim

23 de jul

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

Dr.Uchida- look as something related to physicians' training, background, or case loads at present or in the past regarding treating terminally ill persons as criteria. Both the long and the shorter version of the PEAS would work. Good luck with your work, Bert Hayslip

From: Michelle Uchida <michella.uchida@gmail.com>

12:37 15/08/2016

## Apêndice D – Questionário de compreensão

Questionário de Compreensão						
Questão	Difícil?	Confusa?	Palavras difíceis?	Constrangedora?	Como você faria esta pergunta?	Comentários
1	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
2	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
3	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
4	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
5	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
6	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
7	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
8	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
9	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
10	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
11	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
12	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
13	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
14	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
15	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
16	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
17	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
18	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
19	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
20	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
21	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
22	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
23	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
24	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
25	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
26	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
27	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
28	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
29	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
30	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		
31	Sim	Sim	Sim	Sim		
	Não	Não	Não	Não		



## Apêndice E - Autorização de uso de figuras de adaptação transcultural de instrumentos psicológicos

The screenshot shows a Gmail interface with two emails. The first email is from Michelle Uchida to Juli C. B. regarding a master's thesis project on the adaptation and validation of a psychological instrument. The second email is a reply from Juli C. B. granting permission to use a figure from a 2012 article by Borsari et al.

**Michelle Uchida** <michelle.uchida@gmail.com> para juliborsa, Cco: Maria - 15 de ago (Há 5 dias)

Estimada Dra. Juliane, boa tarde.

Meu nome é Michelle e sou médica de cuidados paliativos no Hospital de Câncer de Barretos.

Tenho a intenção de desenvolver meu projeto de mestrado sobre adaptação e validação de um instrumento e escrevo para solicitar sua permissão para utilizar e/ou adaptar a figura que esquematiza os procedimentos para adaptação transcultural de instrumentos psicológicos publicado no artigo: *Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações - 2012*.

Estudar este artigo foi de grande valia e elucidou diversas dúvidas. Gostaria de parabenizá-la.

Desde já, agradeço pela atenção e fico no aguardo de sua resposta.

Saudações,  
Michelle Uchida Miwa

**Juli C. B.** para mim - 16 de ago (Há 4 dias)

Prezada Michelle, boa tarde.

Fico feliz que o artigo tenha sido útil para seu trabalho. Pode utilizar a figura sem problemas. Para tanto solicito apenas que apresente a seguinte referência:

Borsari J. C., Damásio, B. F. & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Psicologia*, 22(63), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014

Abrços e boa sorte na sua pesquisa.  
Juliane C. Borsari

## Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - análise de questionário

### PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

#### TÍTULO DO ESTUDO:

Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário *Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)* em um hospital de câncer no interior de São Paulo

#### PESQUISADORES:

Hospital de Câncer de Barretos, Brasil  
Michelle Uchida Miwa

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil  
Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

#### O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica este estudo e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também fala os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar, além de dizer os seus direitos como participante de pesquisa. Após analisar as informações deste Termo de Consentimento e esclarecer todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar uma decisão sobre sua participação ou não neste estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento com os seus familiares ou outras pessoas que são de sua confiança.

#### POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

A comunicação é um veículo da informação. Quando realizada adequadamente, proporciona a interação e possibilita acessar profundamente o indivíduo: suas crenças, sentimentos, percepções e anseios.

Ressalta-se que os prejuízos de uma comunicação indevida extravasam para o contexto econômico institucional, uma vez que questões emocionais e expectativas distantes da realidade culminam com o aumento de custos em tratamentos anti-neoplásicos pouco eficientes no contexto de incurabilidade, além da maior procura ao serviço de Emergência.

Considera-se que os médicos sejam fonte primária do fornecimento das notícias, controle de sintomas e suporte emocional aos pacientes com enfermidades avançadas e incuráveis e aos seus familiares. Entretanto, a grade curricular médica não contempla preparo adequado para a comunicação de situações difíceis.

No âmbito oncológico, a frequência com que o profissional se depara com a finitude é ainda maior, fazendo-se urgente a necessidade de treinamento e suporte a estes profissionais.

Encaminhamentos tardios para unidade de Cuidados Paliativos e/ou desconhecimento por parte dos pacientes acerca de sua condição incurável ou impossibilidade de tratamento geram diversos entraves para o processo de enfrentamento. Este fato impacta na eficácia de controle de sintomas e de uma morte com o menor desconforto possível.

---

O *Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)* é uma versão abreviada e desenvolvida a partir do *Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale*.

Seu uso pode auxiliar em determinar a relevância relativa das abordagens concernentes no preparo dos profissionais em cuidar de pacientes em final de vida.

O *PEAS* será capaz de identificar estes fatores de maneira objetiva, para prevenção de mortes caóticas e luto complicado por parte dos familiares, através de estratégias que auxiliem o profissional em sua prática diária.

A planificação de medidas não visa exclusivamente à unidade de tratamento, mas também propor medidas que possam evitar a exaustão do profissional que se vê em face da comunicação da má notícia e de seus desdobramentos cotidianamente.

A identificação de dificuldades na comunicação, bem como em lidar com estas situações difíceis e frequentes no âmbito oncológico, serão de grande valia para incrementar não somente a qualidade das relações entre médico e paciente como também proporcionar intervenções que estimulem o desenvolvimento de habilidades da comunicação, reduzindo o risco de burnout destes profissionais em seu ambiente de trabalho.

#### **O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER?**

- Realizar a tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira, avaliar as propriedades psicométricas e validar o questionário *PEAS* em um hospital de câncer no interior de São Paulo.
- Realizar a tradução do questionário *PEAS*, conforme diretrizes para adaptação transcultural;
- Realizar a adaptação do questionário *PEAS* para a língua portuguesa falada no Brasil;
- Avaliar a compreensão do questionário *PEAS* pelos profissionais da área da saúde;
- Avaliar as propriedades psicométricas do *PEAS* em profissionais da área saúde.

#### **O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?**

Você está sendo convidado a analisar e avaliar o questionário proveniente do instrumento *PEAS*, o qual está passando pelo processo de adaptação transcultural para a versão brasileira. Você será solicitado a avaliar, através de um questionário sobre o grau de compreensão, as questões apresentadas no quesito clareza, dificuldade de entendimento e/ou constrangimento. Ao final, pedir-se-á que faça sugestões e comentários para o aprimoramento da questão.

#### **HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?**

Esta pesquisa oferece riscos mínimos a você. Existe a possibilidade de se sentir desconfortável ou constrangido por ser submetido ao questionário.

#### **HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?**

A participação neste estudo não terá custos a mais para você e também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você, mas ao final desta pesquisa, as informações que ela pode gerar, poderão trazer benefícios a outras pessoas através da identificação de ansiedade e preocupação no que concerne aos cuidados de seus pacientes que se encontram em final de vida.

---

A partir desta identificação, serão propostas medidas como treinamentos e estratégias para auxiliar você a lidar com estas situações desafiadoras visando à melhora da sua qualidade de vida no trabalho e prevenção de burnout.

#### **QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?**

A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento.

#### **QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?**

Você tem direito a:

- 1) Receber as informações do estudo de forma clara;
- 2) Ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas;
- 3) Ter o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo;
- 4) Ter liberdade para recusar a participação no estudo, e isto não trará qualquer problema para você;
- 5) Ter liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento;
- 6) Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer algum dano por causa do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso;
- 7) Ter direito a reclamar indenização se ocorrer algum dano por causa do estudo;
- 8) Ser ressarcido pelos gastos que você e seu acompanhante tiverem por causa da participação na pesquisa, como por exemplo, transporte e alimentação;
- 9) Ter acesso aos resultados dos exames realizados durante o estudo;
- 10) Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade);
- 11) Ter respeitada a sua vida privada (privacidade);
- 12) Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador;
- 13) Ter liberdade para não responder perguntas que incomodem você.

#### **SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?**

Fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos. Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. Você pode entrar em contato com este Comitê por telefone (tel: (17) 3321-0347 ou (17) 3321-6600 - ramal 6647), email (cep@hcancerbarretos.com.br) carta (Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Instituto de Ensino e Pesquisa, 14784-057) ou pessoalmente. O horário de atendimento é de 2ª a 5ª feira, das 8h00 às 17h00, e 6ª feira, da 8h00 às 16h00. O horário de almoço é de 12h00 às 13h00.

#### **SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?**

Fale diretamente com o pesquisador responsável. As formas de contato estão abaixo:

Nome do pesquisador: Michelle Uchida Miwa

Formas de contato: (17)3321-5500 Ramal: 5532 ou pelo e-mail: michelle.uchida@gmail.com

---

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém leu para mim. Tive o tempo necessário para pensar, fazer perguntas e falar a respeito do estudo com outras pessoas. Autorizo a minha participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, não abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.

**CAMPO DE ASSINATURAS**

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	Data	Assinatura
Nome por extenso do pesquisador	Data	Assinatura
Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência visual)	Data	Assinatura

## Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – participantes

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

#### **TÍTULO DO ESTUDO:**

Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário *Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)* em um hospital de câncer no interior de São Paulo

#### **PESQUISADORES:**

Hospital de Câncer de Barretos, Brasil  
Michelle Uchida Miwa

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil  
Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

#### **O QUE É ESTE DOCUMENTO?**

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII. Este documento é chamado de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e explica este estudo e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também fala os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar, além de dizer os seus direitos como participante de pesquisa. Após analisar as informações deste Termo de Consentimento e esclarecer todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar uma decisão sobre sua participação ou não neste estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento com os seus familiares ou outras pessoas que são de sua confiança.

#### **POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?**

A comunicação é um veículo da informação. Quando realizada adequadamente, proporciona a interação e possibilita acessar profundamente o indivíduo: suas crenças, sentimentos, percepções e anseios.

Ressalta-se que os prejuízos de uma comunicação indevida extravasam para o contexto econômico institucional, uma vez que questões emocionais e expectativas distantes da realidade culminam com o aumento de custos em tratamentos anti-neoplásicos pouco eficientes no contexto de incurabilidade, além da maior procura ao serviço de Emergência.

Considera-se que os médicos sejam fonte primária do fornecimento das notícias, controle de sintomas e suporte emocional aos pacientes com enfermidades avançadas e incuráveis e aos seus familiares. Entretanto, a grade curricular médica não contempla preparo adequado para a comunicação de situações difíceis.

No âmbito oncológico, a frequência com que o profissional se depara com a finitude é ainda maior, fazendo-se urgente a necessidade de treinamento e suporte a estes profissionais.

Encaminhamentos tardios para unidade de Cuidados Paliativos e/ou desconhecimento por parte dos pacientes acerca de sua condição incurável ou impossibilidade de tratamento geram diversos entraves para o processo de enfrentamento. Este fato impacta na eficácia de controle de sintomas e de uma morte com o menor desconforto possível.

---

O *Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)* é uma versão abreviada e desenvolvida a partir do *Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale*.

Seu uso pode auxiliar em determinar a relevância relativa das abordagens concernentes no preparo dos profissionais em cuidar de pacientes em final de vida.

O *PEAS* será capaz de identificar estes fatores de maneira objetiva, para prevenção de mortes caóticas e luto complicado por parte dos familiares, através de estratégias que auxiliem o profissional em sua prática diária.

A planificação de medidas não visa exclusivamente à unidade de tratamento, mas também propor medidas que possam evitar a exaustão do profissional que se vê em face da comunicação da má notícia e de seus desdobramentos cotidianamente.

A identificação de dificuldades na comunicação, bem como em lidar com estas situações difíceis e frequentes no âmbito oncológico, serão de grande valia para incrementar não somente a qualidade das relações entre médico e paciente como também proporcionar intervenções que estimulem o desenvolvimento de habilidades da comunicação, reduzindo o risco de burnout destes profissionais em seu ambiente de trabalho.

#### **O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER?**

- Realizar a tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira, avaliar as propriedades psicométricas e validar o questionário *PEAS* em um hospital de câncer no interior de São Paulo.
- Realizar a tradução do questionário *PEAS*, conforme diretrizes para adaptação transcultural;
- Realizar a adaptação do questionário *PEAS* para a língua portuguesa falada no Brasil;
- Avaliar a compreensão do questionário *PEAS* pelos profissionais da área da saúde;
- Avaliar as propriedades psicométricas do *PEAS* em profissionais da área saúde.

#### **O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?**

Você está sendo convidado a responder um questionário, o qual provém de um instrumento contendo 31 questões com respostas do tipo Likert que analisa os aspectos da interação entre profissionais e pacientes com doença de caráter terminal / intratável. É dividido em dois blocos: preparação pessoal e atribuição profissional.

Para a devida análise e de acordo com seleção aleatória dos participantes, você poderá ser contatado após quatro meses para responder o mesmo questionário (procedimento de teste reteste).

#### **HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?**

Esta pesquisa oferece riscos mínimos a você. Existe a possibilidade de se sentir desconfortável ou constrangido por ser submetido ao questionário.

#### **HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?**

A participação neste estudo não terá custos a mais para você e também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação (mesmo que haja patentes ou descobertas). É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você. Mas ao final desta pesquisa, as informações que ele pode gerar, poderão trazer benefícios a outras pessoas através da

---

identificação de ansiedade e preocupação no que concerne aos cuidados de seus pacientes que se encontram em final de vida.

A partir desta identificação, serão propostas medidas como treinamentos e estratégias para auxiliar você a lidar com estas situações desafiadoras visando à melhora da sua qualidade de vida no trabalho e prevenção de burnout.

#### **QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?**

A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento.

#### **QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?**

Você tem direito a:

- 1) Receber as informações do estudo de forma clara;
- 2) Ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas;
- 3) Ter o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo;
- 4) Ter liberdade para recusar a participação no estudo, e isto não trará qualquer problema para você;
- 5) Ter liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento;
- 6) Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer algum dano por causa do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso;
- 7) Ter direito a reclamar indenização se ocorrer algum dano por causa do estudo;
- 8) Ser ressarcido pelos gastos que você e seu acompanhante tiverem por causa da participação na pesquisa, como por exemplo, transporte e alimentação;
- 9) Ter acesso aos resultados dos exames realizados durante o estudo;
- 10) Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade);
- 11) Ter respeitada a sua vida privada (privacidade);
- 12) Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador;
- 13) Ter liberdade para não responder perguntas que incomodem você.

#### **SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?**

Fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos. Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. Você pode entrar em contato com este Comitê por telefone (tel: (17) 3321-0347 ou (17) 3321-6600 - ramal 6647), email (cep@hcancerbarretos.com.br) carta (Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Instituto de Ensino e Pesquisa, 14784-057) ou pessoalmente. O horário de atendimento é de 2ª a 5ª feira, das 8h00 às 17h00, e 6ª feira, da 8h00 às 16h00. O horário de almoço é de 12h00 às 13h00.

#### **SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?**

Fale diretamente com o pesquisador responsável. As formas de contato estão abaixo:

Nome do pesquisador: Michelle Uchida Miwa

Formas de contato: (17)3321-5500 Ramal: 5532 ou pelo e-mail: michelle.uchida@gmail.com

#### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém leu para mim. Tive o tempo necessário para pensar, fazer perguntas e falar a respeito do estudo com outras pessoas. Autorizo a minha participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, não



---

abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.

**CAMPO DE ASSINATURAS**

---

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	Data	Assinatura
------------------------------------------------------------------------	------	------------

---

Nome por extenso do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------------------	------	------------

---

Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência visual)	Data	Assinatura
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	------------

## Apêndice H - Versões original até a síntese das traduções do PEAS

Item	Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções (T1-2)
<b>Título</b>	Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)
<b>Instruções</b>	For each of the following questions, circle the most appropriate response as it applies to you. Strongly Agree (SA), Agree (A), Neutral (N), Disagree (D), Strongly Disagree (SD), Not Applicable to me (NA)	Para cada uma das perguntas que se seguem, aponte a resposta que melhor se aplique a você. Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).	Para cada uma das perguntas a seguir, faça um círculo na resposta que melhor se aplica a você. Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).	Para cada uma das perguntas a seguir, escolha a resposta que melhor se aplique a você. Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).
<b>1</b>	I would prefer to care for patients for whom I can do something, rather than patients with terminal prognosis.	Eu preferiria cuidar de pacientes pelos quais eu possa fazer alguma coisa, e não de pacientes com prognósticos terminais.	Eu preferiria cuidar de pacientes pelos quais possa fazer alguma coisa, e não de pacientes com prognósticos terminais.	Eu prefiro cuidar de pacientes pelos quais ainda é possível fazer algo, ao invés de pacientes em final de vida.

2	It is appropriate for colleagues to console one another when a patient dies.	É normal os colegas se consolarem uns aos outros quando morre um paciente.	É normal os colegas consolarem uns aos outros quando morre um paciente.	É apropriado os colegas consolarem uns aos outros quando morre um paciente.
3	I feel angry when a patient of mine dies.	Fico mal quando morre um paciente meu.	Fico mal quando um paciente meu morre.	Sinto raiva quando um paciente meu morre.
4	I feel guilty when a patient of mine dies.	Sinto-me culpado quando morre um paciente meu.	Sinto-me culpado quando morre um paciente meu.	Sinto-me culpado quando um paciente meu morre.
5	Establishing rapport with a patient with a terminal prognosis is difficult for me.	Para mim, é difícil me relacionar com pacientes de prognóstico terminal.	Tenho dificuldade em me relacionar com pacientes de prognóstico terminal.	Tenho dificuldade em me relacionar com pacientes em fase final de vida.
6	I wish I had more time to spend with my dying patients.	Eu gostaria de ter mais tempo para ficar com os meus pacientes terminais.	Gostaria de ter mais tempo para ficar com os meus pacientes terminais.	Gostaria de ter mais tempo para passar com meus pacientes que estão morrendo.
7	It is hard for me to discuss advance directives when a patient is stable.	Para mim, é difícil discutir posturas avançadas quando o paciente está estável.	Tenho dificuldade em discutir condutas futuras quando o paciente está estável.	Tenho dificuldade em discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.

8	It is inappropriate to discuss advance directives when a patient is stable.	Não cabe discutir posturas avançadas quando o paciente está estável.	Não é correto discutir condutas futuras quando o paciente está estável.	Não é apropriado discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.
9	It's hard to know what to say when I have to talk with a patient about a terminal prognosis.	É difícil saber o que dizer quando preciso falar com o paciente sobre um prognóstico terminal.	É difícil saber o que dizer quando preciso falar com o paciente sobre um prognóstico terminal.	É difícil saber o que dizer quando tenho que comunicar ao paciente sobre um prognóstico desfavorável.
10	I value spending some of my free time with terminally ill patients and their families.	Gosto de passar uma parte do meu tempo livre com pacientes em estágio terminal e suas famílias.	Acho importante passar uma parte do meu tempo livre com pacientes em estágio terminal e suas famílias.	Acho importante passar uma parte do meu tempo livre com pacientes que estão em fase final de vida e seus familiares.
11	I am acting unprofessionally if I cry in front of a dying patient or his/her family.	É pouco profissional chorar diante de um paciente terminal e sua família.	Não é profissional chorar diante de um paciente terminal e sua família.	Considero pouco profissional chorar diante de um paciente que está morrendo ou de sua família.

12	I would be behaving unprofessionally if I were to become emotionally involved with my terminally ill patients.	Seria pouco profissional me envolver emocionalmente com um paciente em estágio terminal.	Não seria profissional me envolver emocionalmente com um paciente em estágio terminal.	Não seria profissional me envolver emocionalmente com um paciente que se encontra em fase final de vida.
13	I am afraid I will get hurt if I get to know my terminally ill patients.	Posso me magoar se vier a conhecer os meus pacientes em estágios terminais.	Tenho receio de me magoar se vier a conhecer os meus pacientes em estágio terminal.	Tenho receio de sofrer se criar vínculos com meus pacientes em fase final de vida.
14	I feel comfortable discussing end-of-life decisions with patients.	Fico à vontade discutindo decisões terminais com os pacientes.	Sinto-me à vontade ao discutir decisões sobre o fim da vida com os pacientes.	Sinto-me à vontade ao discutir decisões sobre o fim de vida com os pacientes.
15	Hiding my emotions makes it easier for me to talk to terminally ill patients.	Ocultar as emoções me facilita nas conversas com os pacientes terminais.	Fica mais fácil conversar com os pacientes terminais se esconder minhas emoções.	Esconder minhas emoções me ajuda a conversar com os pacientes em fase final de vida.
16	I find it easy to listen to patients' with terminal prognoses talk about themselves.	Para mim, é fácil escutar um paciente com prognóstico terminal falar sobre si mesmo.	Não tenho dificuldade em escutar um paciente com prognóstico terminal falar sobre si mesmo.	Tenho facilidade em escutar os pacientes que estão em fase final de vida falarem sobre eles mesmos.

17	Being with a terminally ill patient is a waste of time.	Estar com um paciente em estágio terminal é uma perda de tempo.	Passar tempo com um paciente em estágio terminal é perda de tempo.	Estar com um paciente em fase final de vida é uma perda de tempo.
18	I avoid talking to dying patients.	Evito falar com pacientes terminais.	Evito falar com pacientes terminais.	Evito falar com pacientes que estão morrendo.
19	A patient with a terminal illness should be resuscitated over their stated objections in the event of a potentially fatal iatrogenic problem.	O paciente com uma doença terminal deve ser ressuscitado apesar de suas objeções no caso de um problema iatrogênico potencialmente fatal.	O paciente com doença terminal deve ser ressuscitado, apesar de suas objeções em caso de um problema iatrogênico potencialmente fatal.	Um paciente com doença terminal deve ser reanimado apesar de suas objeções em caso de um problema iatrogênico potencialmente fatal.
20	If I were dying, I would want my physician to respect my wishes regarding end-of-life decisions.	Se estivesse prestes a morrer, eu gostaria que o meu médico respeitasse a minha vontade no que tange as decisões terminais.	Se estivesse morrendo, gostaria que meu médico respeitasse a minha vontade em relação às decisões sobre o fim da vida.	Se estivesse morrendo, gostaria que os profissionais respeitassem as minhas vontades em relação às minhas decisões sobre o fim de vida.
21	I feel comfortable helping bereaved families survive their loss.	Não tenho dificuldade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.	Não tenho dificuldade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.	Fico à vontade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.

22	When I listen to a patient with a terminal illness, I am performing a beneficial therapeutic intervention.	Quando escuto um paciente com doença terminal, realizo uma intervenção terapêutica beneficente.	Ao escutar um paciente com doença terminal, faço uma intervenção terapêutica beneficente.	Ao escutar um paciente com doença terminal, estou realizando uma intervenção terapêutica benéfica.
23	I do not hug patients of their families because I am not that kind of a person.	Não abraço pacientes e suas famílias, pois não sou esse tipo de pessoa.	Não abraço pacientes e suas famílias, pois não é do meu feitio.	Não costumo abraçar pacientes e suas famílias, pois não tenho este perfil.
24	When I hug my patients and their families, I am providing a therapeutic intervention.	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.
25	It is my role as a physician to address all sources of suffering with the patient, whether they are existential, spiritual, emotional, psychosocial or physical.	É meu papel de médico atender para todas as formas de sofrimento com o paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.	É meu papel como médico tratar de todas as formas de sofrimento com o paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.	É meu papel como médico / profissional da saúde atender para todas as formas de sofrimento do paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.

26	Allowing a terminally ill patient to die of an easily curable problem such as pneumonia or sepsis is tantamount to assisted suicide.	Deixar que um paciente terminal venha a falecer por um problema de fácil cura, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio.	Deixar que um paciente terminal venha a falecer por um problema fácil de curar, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio.	Permitir que um paciente em fase final de vida venha a falecer por um problema potencialmente curável, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio assistido.
27	I feel as comfortable with a dying patient as I do with any other patient.	Fico tão à vontade com um paciente terminal quanto com qualquer outro.	Fico tão à vontade com um paciente terminal quanto com qualquer outro.	Fico tão à vontade com um paciente em fase final de vida quanto com qualquer outro.
28	Treating a dying patient is one of the most unpleasant aspects of my profession.	Cuidar de pacientes terminais é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.	Cuidar de pacientes terminais é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.	Cuidar de pacientes em fase final de vida é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.



29	Whenever possible, I avoid a person who is dying from an irreversible condition.	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo de um quadro irreversível.	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo devido a um quadro irreversível.	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo de um quadro irreversível.
30	I try to avoid telling a patient directly that he/she is dying.	Tento evitar dizer diretamente para o(a) paciente que ele(a) está morrendo.	Tento evitar dizer diretamente para o paciente que ele está morrendo.	Evito dizer diretamente para o(a) paciente que ele(a) está morrendo.
31	I find it more difficult to deal with the family of a dying patient than with families of my other patients.	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente terminal do que com as famílias dos meus outros pacientes.	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente terminal do que com as famílias dos meus outros pacientes.	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente que está morrendo do que com as famílias dos meus outros pacientes.
<b>Instruções</b>	In the 31 item version of the PEAS, answers are <u>initially</u> coded as follows: SA= 1 A= 2 N= 3 D= 4 SD= 5	Na versão de 31 itens da EAPPT, as respostas são inicialmente codificadas da seguinte maneira: CT = 1 C = 2 N = 3 D = 4 DT = 5	Na versão de 31 itens da EAPPT, as respostas são inicialmente codificadas da seguinte maneira: CT = 1 C = 2 N = 3 D = 4 DT = 5	Na versão de 31 itens da EAPPFV, as respostas são inicialmente codificadas da seguinte maneira: CT = 1 C = 2 N = 3 D = 4 DT = 5

We want higher scores to reflect more CA – dying, so you'll want to **reverse score** the following items (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31), so that these questions are now coded as SA = 5, A = 4, N = 3, D = 2, and SD = 1.

Queremos que as pontuações mais altas reflitam mais CA – morrendo, de forma que será preciso **inverter a pontuação** nos itens (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31); portanto, essas perguntas são agora codificadas como CT = 5, C = 4, N = 3, D = 2 e DT = 1.

Gostaríamos que as pontuações mais altas refletissem melhor o fim da vida, de forma que será preciso **inverter a pontuação** nos itens (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31); e, portanto, essas perguntas agora são codificadas como CT = 5, C = 4, N = 3, D = 2 e DT = 1.

Gostaríamos que as pontuações mais altas refletissem melhor as atitudes nos cuidados de fim de vida, de forma que será preciso **inverter a pontuação** nos itens (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31); e, portanto, essas perguntas agora são codificadas como CT = 5, C = 4, N = 3, D = 2 e DT = 1.

	<p>Using the above questions (some of which will have been recoded), you can then compute overall scores, (31 items) and/or personal impact score (13 items - #3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29) and/or professional impact score (18 items - #1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25,26,28, 30, 31).</p> <p>The PEAS can be modified for use with other health care professionals by altering reference to physicians (#20).</p>	<p>Usando as perguntas acima (algumas das quais já terão sido recodificadas), você poderá calcular a pontuação total (31 itens) e/ou a pontuação do impacto pessoal (13 itens – 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29) e/ou a pontuação do impacto profissional (18 itens – 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25,26,28, 30, 31).</p> <p>A EAPPT pode ser modificada para uso com outros profissionais da saúde mudando-se a referência que se faz a médicos no item 20.</p>	<p>Ao usar as perguntas acima (algumas das quais já terão sido recodificadas), você poderá computar a pontuação total (31 itens) e/ou a pontuação do impacto pessoal (13 itens – 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29) e/ou a pontuação do impacto profissional (18 itens – 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25,26,28, 30, 31).</p> <p>A EAPPT pode ser modificada para uso com outros profissionais da saúde alterando a referência feita aos médicos (item 20).</p>	<p>Ao usar as perguntas acima (algumas das quais já terão sido recodificadas), você poderá computar a pontuação total (31 itens) e/ou a pontuação do impacto pessoal (13 itens – 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29) e/ou a pontuação do impacto profissional (18 itens – 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25,26,28, 30, 31).</p> <p>A EAPPFV pode ser modificada para uso com outros profissionais da saúde alterando a referência que se faz aos médicos no item 20.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Apêndice I - Versões retrotraduzida até versão final do PEAS

Item	Retrotradução	Piloto 1	Piloto 2	Escala final
<b>Título</b>	Professional Attitude Toward the End-of-Life Patient Scale (PATELPS)	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)
<b>Instruções</b>	<p>For the following questions, choose the answer that best applies to you:</p> <p>Fully Agree (FA), Agree (A), Neutral (N), Disagree (D), Fully Disagree (FD), Not Applicable (NA).</p>	<p>Para cada uma das perguntas a seguir, escolha a resposta que melhor se aplique a você.</p> <p>Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).</p>	<p>Para cada uma das perguntas a seguir, escolha a resposta que melhor se aplique a você.</p> <p>Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).</p>	<p>Para cada uma das perguntas a seguir, escolha a resposta que melhor se aplique a você.</p> <p>Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).</p>

1	I prefer to care for patients for whom it is still possible to do something, rather than patients at the end of life.	Eu prefiro cuidar de pacientes pelos quais ainda é possível fazer algo, ao invés de pacientes em final de vida.	Eu prefiro cuidar de pacientes pelos quais ainda é possível fazer algo, ao invés de pacientes em final de vida.	Eu prefiro cuidar de pacientes pelos quais ainda é possível fazer algo, ao invés de pacientes em final de vida.
2	It is appropriate for colleagues to comfort one another when a patient dies.	É apropriado os colegas consolarem uns aos outros quando morre um paciente.	É apropriado os colegas consolarem uns aos outros quando morre um paciente.	É apropriado os colegas consolarem uns aos outros quando morre um paciente.
3	I feel angry when a patient of mine dies.	Sinto raiva quando um paciente meu morre.	Sinto raiva quando um paciente meu morre.	Sinto raiva quando um paciente meu morre.
4	I feel guilty when a patient of mine dies.	Sinto-me culpado quando um paciente meu morre.	Sinto-me culpado quando um paciente meu morre.	Sinto-me culpado quando um paciente meu morre.

5	I have difficulty relating to end-of-life patients.	Tenho dificuldade em me relacionar com pacientes em fase final de vida	Tenho dificuldade em me relacionar com pacientes em fase final de vida	Tenho dificuldade em me relacionar com pacientes em fase final de vida
6	I would like to have more time to spend with my patients who are dying.	Gostaria de ter mais tempo para passar com meus pacientes que estão morrendo.	Gostaria de ter mais tempo para passar com meus pacientes que estão morrendo.	Gostaria de ter mais tempo para passar com meus pacientes que estão morrendo.
7	I have difficulty discussing advance directives when the patient is stable.	Tenho dificuldade em discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.	Tenho dificuldade em discutir sobre diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável. Define-se diretivas antecipadas de vontade como desejos manifestados previamente pelo paciente sobre quais cuidados e tratamentos quer ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar livre e autonomamente sua vontade.	Tenho dificuldade em discutir antecipadamente com o paciente suas decisões e desejos sobre que cuidados e tratamentos quer ou não receber quando estiver incapacitado para expressar livre e de forma autônoma sua vontade.

8	It is not appropriate to discuss advance directives when the patient is stable.	Não é apropriado discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.	Não é apropriado discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.	Não é apropriado discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.
9	It is difficult to know what to say when I have to communicate an unfavorable prognosis to a patient.	É difícil saber o que dizer quando tenho que comunicar ao paciente sobre um prognóstico terminal.	É difícil saber o que dizer quando tenho que comunicar ao paciente sobre um prognóstico terminal.	É difícil saber o que dizer quando tenho que comunicar ao paciente sobre um prognóstico terminal.
10	I believe that spending some of my free time with end-of-life patients and their relatives is important.	Eu dou muito valor ao período que passo do meu tempo livre com pacientes que estão em fase final de vida e seus familiares.	Eu valorizo passar parte do meu tempo livre com pacientes que estão em fase final de vida e seus familiares.	Eu valorizo passar parte do meu tempo livre com pacientes que estão em fase final de vida e seus familiares.

11	I consider it unprofessional to cry in front of a dying patient or his/her family.	Considero pouco profissional chorar diante de um paciente que está morrendo ou de sua família.	Considero pouco profissional chorar diante de um paciente que está morrendo ou de sua família.	Considero pouco profissional chorar diante de um paciente que está morrendo ou de sua família.
12	It would be unprofessional to become emotionally involved with an end-of-life patient.	Não seria profissional me envolver emocionalmente com um paciente que se encontra em fase final de vida.	Não seria profissional me envolver emocionalmente com um paciente que se encontra em fase final de vida.	Não seria profissional me envolver emocionalmente com um paciente que se encontra em fase final de vida.
13	I am afraid that I might suffer if I bond with my end-of-life patients.	Tenho receio de sofrer se criar vínculos com meus pacientes em fase final de vida.	Tenho receio de sofrer se criar vínculos com meus pacientes em fase final de vida.	Tenho receio de sofrer se criar vínculos com meus pacientes em fase final de vida.



14	I feel at ease discussing end-of-life decisions with patients.	Sinto-me à vontade ao discutir decisões sobre o fim de vida com os pacientes.	Sinto-me à vontade ao discutir decisões sobre o fim de vida com os pacientes.	Sinto-me à vontade ao discutir decisões sobre o fim de vida com os pacientes.
15	Hiding my emotions helps me talk to end-of-life patients.	Esconder minhas emoções me ajuda a conversar com os pacientes em fase final de vida.	Esconder minhas emoções me ajuda a conversar com os pacientes em fase final de vida.	Esconder minhas emoções me ajuda a conversar com os pacientes em fase final de vida.
16	Listening to end-of-life patients talk about themselves is easy for me.	Tenho facilidade em escutar os pacientes que estão em fase final de vida falarem sobre eles mesmos.	Tenho facilidade em escutar os pacientes que estão em fase final de vida falarem sobre eles mesmos.	Tenho facilidade em escutar os pacientes que estão em fase final de vida falarem sobre eles mesmos.
17	Being with an end-of-life patient is a waste of time.	Estar com um paciente em fase final de vida é uma perda de tempo.	Estar com um paciente em fase final de vida é uma perda de tempo.	Estar com um paciente em fase final de vida é uma perda de tempo.

18	I avoid talking with patients who are dying.	Evito falar com pacientes que estão morrendo.	Evito falar com pacientes que estão morrendo.	Evito falar com pacientes que estão morrendo.
19	A patient with a terminal disease affected by a potentially fatal iatrogenic problem must be resuscitated despite his or her objections.	Um paciente com doença terminal deve ser reanimado apesar de suas objeções em caso de um problema iatrogênico potencialmente fatal.	Em uma situação potencialmente fatal devido à complicações do tratamento como efeito colaterais de medicamentos ou erro médico, um paciente com doença terminal deve ser reanimado mesmo que esta atitude seja oposta aos seus desejos.	Em uma situação potencialmente fatal devido à complicações do tratamento como efeitos colaterais de medicamentos ou erro médico, um paciente com doença terminal deve ser reanimado mesmo que esta atitude seja oposta aos seus desejos.
20	If I were dying, I would want healthcare professionals to respect my wishes regarding end-of-life decisions.	Se estivesse morrendo, gostaria que os profissionais respeitassem as minhas vontades em relação às minhas decisões sobre o fim de vida.	Se estivesse morrendo, gostaria que os profissionais respeitassem as minhas vontades em relação às minhas decisões sobre o fim de vida.	Se estivesse morrendo, gostaria que os profissionais respeitassem as minhas vontades em relação às minhas decisões sobre o fim de vida.

21	I feel comfortable helping bereaved families cope with their losses.	Fico à vontade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.	Fico à vontade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.	Fico à vontade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.
22	When I listen to a patient with a terminal disease, I am performing a beneficial therapeutic intervention.	Ao escutar um paciente com doença terminal, estou realizando uma intervenção terapêutica benéfica.	Ao escutar um paciente com doença terminal, estou realizando uma intervenção terapêutica benéfica.	Ao escutar um paciente com doença terminal, estou realizando uma intervenção terapêutica benéfica.
23	I do not typically hug patients and their families because I do not have that type of personality.	Não costumo abraçar pacientes e suas famílias, pois não tenho este perfil.	Não costumo abraçar pacientes e suas famílias, pois não tenho este perfil.	Não costumo abraçar pacientes e suas famílias, pois não tenho este perfil.

24	When I embrace patients and their relatives, I am performing a therapeutic intervention.	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.
25	It is my role as physician/healthcare professional to pay attention to all forms of patient suffering, whether it is existential, spiritual, emotional, psychosocial or physical.	É meu papel como médico / profissional da saúde atentar para todas as formas de sofrimento do paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.	É meu papel como médico / profissional da saúde atentar para todas as formas de sofrimento do paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.	É meu papel como médico / profissional da saúde atentar para todas as formas de sofrimento do paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.
26	Allowing an end-of-life patient to die from a potentially curable problem, such as pneumonia or sepsis, amounts to supporting assisted suicide.	Permitir que um paciente em fase final de vida venha a falecer por um problema potencialmente curável, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio assistido.	Permitir que um paciente em fase final de vida venha a falecer por um problema potencialmente curável, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio assistido.	Permitir que um paciente em fase final de vida venha a falecer por um problema potencialmente curável, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio assistido.

27	I feel as comfortable with an end-of-life patient as with any other patient.	Fico tão à vontade com um paciente em fase final de vida quanto com qualquer outro.	Fico tão à vontade com um paciente em fase final de vida quanto com qualquer outro.	Fico tão à vontade com um paciente em fase final de vida quanto com qualquer outro.
28	Providing care to end-of-life patients is one of the most unpleasant aspects of my profession.	Cuidar de pacientes em fase final de vida é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.	Cuidar de pacientes em fase final de vida é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.	Cuidar de pacientes em fase final de vida é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.
29	Whenever possible, I avoid people who are dying of an irreversible condition.	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo de um quadro irreversível.	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo de um quadro irreversível.	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo de um quadro irreversível.

30	I avoid saying directly to a patient that he or she is dying.	Evito dizer diretamente para o(a) paciente que ele(a) está morrendo.	Evito dizer diretamente para o(a) paciente que ele(a) está morrendo.	Evito dizer diretamente para o(a) paciente que ele(a) está morrendo.
31	I find it more difficult to handle a dying patient's family than the families of my other patients.	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente que está morrendo do que com as famílias dos meus outros pacientes.	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente que está morrendo do que com as famílias dos meus outros pacientes.	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente que está morrendo do que com as famílias dos meus outros pacientes.
<b>Instruções</b>	<p>In the 31-item version of the PATELPS, the answers are initially encoded as follows:</p> <p>FA = 1 A = 2 N = 3 D = 4 FD = 5</p>	<p>Na versão de 31 itens da EAPPFV, as respostas são inicialmente codificadas da seguinte maneira:</p> <p>CT = 1 C = 2 N = 3 D = 4 DT = 5</p>	<p>As questões 1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31 serão pontuadas da seguinte maneira:</p> <p>CT = 5 C = 4 N = 3 D = 2 DT = 1</p>	<p>As questões 1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31 serão pontuadas da seguinte maneira:</p> <p>CT = 5 C = 4 N = 3 D = 2 DT = 1</p>

We would like higher scores to better reflect attitudes toward end-of-life care. To achieve this, it is necessary to invert the scores of items 1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, and 31.

Therefore, these questions are now encoded as follows: FA = 5, A = 4, N = 3, D = 2 and FD = 1.

Gostaríamos que as pontuações mais altas refletissem melhor as atitudes nos cuidados de fim de vida, de forma que será preciso

**inverter a pontuação** nos itens (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31);

e, portanto, essas perguntas agora são codificadas como CT = 5, C = 4, N = 3, D = 2 e DT = 1.

As demais questões (3, 4, 6, 10, 14, 16, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27) serão pontuadas da seguinte maneira:

CT = 1  
C = 2  
N = 3  
D = 4  
DT = 5

As demais questões (3, 4, 6, 10, 14, 16, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27) serão pontuadas da seguinte

maneira:  
CT = 1  
C = 2  
N = 3  
D = 4  
DT = 5

	<p>Once the answers to the above questions are obtained (some of which will have already been re-encoded), it is possible to calculate the total score (31 items) and/or the personal impact score (13 items: 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, and 29) and/or the professional impact score (18 items: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 30, and 31).</p> <p>The PATELPS can be modified for use with other health professionals by changing the reference to doctors in question 20.</p>	<p>Ao usar as perguntas acima (algumas das quais já terão sido recodificadas), você poderá computar a pontuação total (31 itens) e/ou a pontuação do impacto pessoal (13 itens – 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29) e/ou a pontuação do impacto profissional (18 itens – 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 31).</p> <p>A EAPPFV pode ser modificada para uso com outros profissionais da saúde alterando a referência que se faz aos médicos no item 20.</p>	<p>Para analisar separadamente os aspectos pessoais e profissionais, considerar as questões: 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29 para impacto pessoal e as questões: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 31 para impacto profissional.</p>	<p>Para analisar separadamente os aspectos pessoais e profissionais, considerar as questões: 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29 para impacto pessoal e as questões: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 31 para impacto profissional.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Apêndice J – Escala final PEAS

Item	Escala final
<b>Título</b>	Escala da Atitude Profissional para com o Paciente em Fim de Vida (EAPPFV)
<b>Instruções</b>	Para cada uma das perguntas a seguir, escolha a resposta que melhor se aplique a você. Concordo totalmente (CT), Concordo (C), Neutro (N), Discordo (D), Discordo totalmente (DT), Não se aplica a mim (NA).
<b>1</b>	Eu prefiro cuidar de pacientes pelos quais ainda é possível fazer algo, ao invés de pacientes em final de vida.
<b>2</b>	É apropriado os colegas consolarem uns aos outros quando morre um paciente.
<b>3</b>	Sinto raiva quando um paciente meu morre.
<b>4</b>	Sinto-me culpado quando um paciente meu morre.
<b>5</b>	Tenho dificuldade em me relacionar com pacientes em fase final de vida

<b>6</b>	Gostaria de ter mais tempo para passar com meus pacientes que estão morrendo.
<b>7</b>	Tenho dificuldade em discutir antecipadamente com o paciente suas decisões e desejos sobre que cuidados e tratamentos quer ou não receber quando estiver incapacitado para expressar livre e de forma autônoma sua vontade.
<b>8</b>	Não é apropriado discutir diretivas antecipadas de vontade quando o paciente está estável.
<b>9</b>	É difícil saber o que dizer quando tenho que comunicar ao paciente sobre um prognóstico terminal.
<b>10</b>	Eu valorizo passar parte do meu tempo livre com pacientes que estão em fase final de vida e seus familiares.
<b>11</b>	Considero pouco profissional chorar diante de um paciente que está morrendo ou de sua família.
<b>12</b>	Não seria profissional me envolver emocionalmente com um paciente que se encontra em fase final de vida.

<b>13</b>	Tenho receio de sofrer se criar vínculos com meus pacientes em fase final de vida.
<b>14</b>	Sinto-me à vontade ao discutir decisões sobre o fim de vida com os pacientes.
<b>15</b>	Esconder minhas emoções me ajuda a conversar com os pacientes em fase final de vida.
<b>16</b>	Tenho facilidade em escutar os pacientes que estão em fase final de vida falarem sobre eles mesmos.
<b>17</b>	Estar com um paciente em fase final de vida é uma perda de tempo.
<b>18</b>	Evito falar com pacientes que estão morrendo.
<b>19</b>	Em uma situação potencialmente fatal devido à complicações do tratamento como efeitos colaterais de medicamentos ou erro médico, um paciente com doença terminal deve ser reanimado mesmo que esta atitude seja oposta aos seus desejos.

<b>20</b>	Se estivesse morrendo, gostaria que os profissionais respeitassem as minhas vontades em relação às minhas decisões sobre o fim de vida.
<b>21</b>	Fico à vontade para ajudar famílias em luto a superar suas perdas.
<b>22</b>	Ao escutar um paciente com doença terminal, estou realizando uma intervenção terapêutica benéfica.
<b>23</b>	Não costumo abraçar pacientes e suas famílias, pois não tenho este perfil.
<b>24</b>	Ao abraçar meus pacientes e suas famílias, estou realizando uma intervenção terapêutica.
<b>25</b>	É meu papel como médico / profissional da saúde atentar para todas as formas de sofrimento do paciente, sejam elas existenciais, espirituais, emocionais, psicossociais ou físicas.

<b>26</b>	Permitir que um paciente em fase final de vida venha a falecer por um problema potencialmente curável, como pneumonia ou sepse, se equipara a apoiar o suicídio assistido.
<b>27</b>	Fico tão à vontade com um paciente em fase final de vida quanto com qualquer outro.
<b>28</b>	Cuidar de pacientes em fase final de vida é um dos aspectos mais desagradáveis da minha profissão.
<b>29</b>	Sempre que possível, evito pessoas que estejam morrendo de um quadro irreversível.
<b>30</b>	Evito dizer diretamente para o(a) paciente que ele(a) está morrendo.
<b>31</b>	Acho mais difícil lidar com a família de um paciente que está morrendo do que com as famílias dos meus outros pacientes.

**Instruções**

As questões 1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 31 serão pontuadas da seguinte maneira:

$$CT = 5$$

$$C = 4$$

$$N = 3$$

$$D = 2$$

$$DT = 1$$

As demais questões (3, 4, 6, 10, 14, 16, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27) serão pontuadas da seguinte maneira:

$$CT = 1$$

$$C = 2$$

$$N = 3$$

$$D = 4$$

$$DT = 5$$

Para analisar separadamente os aspectos pessoais e profissionais, considerar as questões: 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 27, 29 para impacto pessoal e as questões: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 31 para impacto profissional.

Apêndice K - Frequências e escores do PEAS

		(1) DT	(2) D	(3) N	(4) C	(5) CT	(1) CT	(2) C	(3) N	(4) D	(5) DT
<b>Impacto Pessoal</b>											
<b>Q3</b>	<b>n</b>						2	1	9	37	38
	<b>%</b>						2,3	1,1	10,3	42,5	43,7
<b>Q4</b>	<b>n</b>						1	1	15	39	31
	<b>%</b>						1,1	1,1	17,2	44,8	35,6
<b>Q9</b>	<b>n</b>	14	17	14	38	4					
	<b>%</b>	16,1	19,5	16,1	43,7	4,6					
<b>Q10</b>	<b>n</b>						10	20	35	16	6
	<b>%</b>						11,5	23,0	40,2	18,4	6,9
<b>Q13</b>	<b>n</b>	10	34	19	23	1					
	<b>%</b>	11,5	39,1	21,8	26,4	1,1					
<b>Q14</b>	<b>n</b>						7	35	17	24	4
	<b>%</b>						8,0	40,2	19,5	27,6	4,6
<b>Q15</b>	<b>n</b>	10	37	15	21	4					
	<b>%</b>	11,5	42,5	17,2	24,1	4,6					
<b>Q18</b>	<b>n</b>	58	23	4	2	0					
	<b>%</b>	66,7	26,4	4,6	2,3	0					
<b>Q20</b>	<b>n</b>						69	17	0	0	1
	<b>%</b>						79,3	19,5	0	0	1,1
<b>Q21</b>	<b>n</b>						19	39	15	12	2
	<b>%</b>						21,8	44,8	17,2	13,8	2,3
<b>Q23</b>	<b>n</b>	38	33	6	7	3					
	<b>%</b>	43,7	37,9	6,9	8,0	3,4					
<b>Q27</b>	<b>n</b>						11	20	14	36	6

	%						12,6	23,0	16,1	41,4	6,9
<b>Q29</b>	<b>n</b>	48	31	6	1	1					
	<b>%</b>	55,2	35,6	6,9	1,1	1,1					
<b>Impacto Profissiona</b>											
<b>Q1</b>	<b>n</b>	29	20	14	15	9					
	<b>%</b>	33,3	23,0	16,1	17,2	10,3					
<b>Q2</b>	<b>n</b>	2	9	8	40	28					
	<b>%</b>	2,3	10,3	9,2	46,0	32,2					
<b>Q5</b>	<b>n</b>	33	37	12	4	1					
	<b>%</b>	37,9	42,5	13,8	4,6	1,1					
<b>Q6</b>	<b>n</b>						19	38	22	6	2
	<b>%</b>						21,8	43,7	25,3	6,9	2,3
<b>Q7</b>	<b>n</b>	15	28	17	24	3					
	<b>%</b>	17,2	32,2	19,5	27,6	3,4					
<b>Q8</b>	<b>n</b>	44	32	4	5	2					
	<b>%</b>	50,6	36,8	4,6	5,7	2,3					
<b>Q11</b>	<b>n</b>	15	37	14	14	7					
	<b>%</b>	17,2	42,5	16,1	16,1	8,0					
<b>Q12</b>	<b>n</b>	15	52	3	13	4					
	<b>%</b>	17,2	59,8	3,4	14,9	4,6					
<b>Q16</b>	<b>n</b>						17	43	10	9	8
	<b>%</b>						19,5	49,4	11,5	10,3	9,2
<b>Q17</b>	<b>n</b>	77	10	0	0	0					
	<b>%</b>	88,5	11,5	0	0	0					
<b>Q19</b>	<b>n</b>	44	32	7	4	0					
	<b>%</b>	50,6	36,8	8,0	4,6	0					



<b>Q22</b>	<b>n</b>						46	35	5	0	1
	<b>%</b>						52,9	40,2	5,7	0,0	1,1
<b>Q24</b>	<b>n</b>						38	38	7	3	1
	<b>%</b>						43,7	43,7	8,0	3,4	1,1
<b>Q25</b>	<b>n</b>						68	18	1	0	0
	<b>%</b>						78,2	20,7	1,1	0	0
<b>Q26</b>	<b>n</b>						7	12	12	25	31
	<b>%</b>						8,0	13,8	13,8	28,7	35,6
<b>Q28</b>	<b>n</b>	35	35	13	4	0					
	<b>%</b>	40,2	40,2	14,9	4,6	0					
<b>Q30</b>	<b>n</b>	7	17	17	36	10					
	<b>%</b>	8,0	19,5	19,5	41,4	11,5					
<b>Q31</b>	<b>n</b>	9	32	14	26	6					
	<b>%</b>	10,3	36,8	16,1	29,9	6,9					

Nota. DT: Discrepancia Totalmente, D: Discrepancia, N: Neutro, C: Concordo, CT: Concordo Totalmente