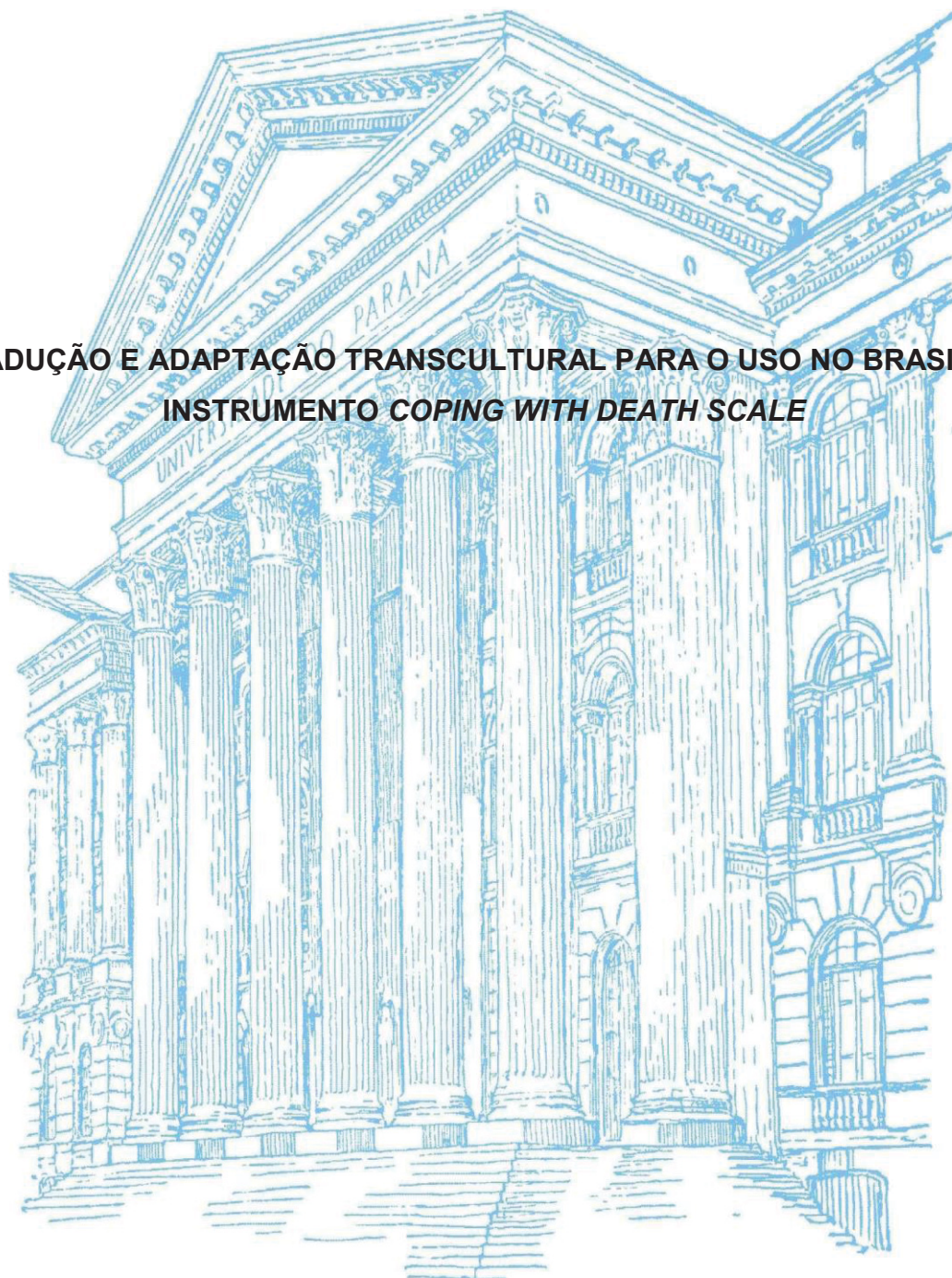


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINI MACEDO

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO
INSTRUMENTO *COPING WITH DEATH SCALE***



Curitiba

2017

ALINI MACEDO

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO
INSTRUMENTO *COPING WITH DEATH SCALE***

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Curitiba

2017

Macedo, Alini

Tradução e adaptação transcultural para o uso no Brasil do instrumento *Coping With Death* Scale / Alini Macedo – Curitiba, 2017.

113 f. ; 30 cm

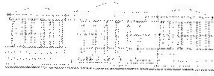
Orientadora: Professora Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Pesquisa metodológica em enfermagem. 2. Adaptação psicológica. 3. Morte. 4. Enfermagem. 5. Enfermagem pediátrica. 6. Enfermeiras pediátricas. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73072



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da

Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a avaliação da defesa de qualificação de Mestrado da aluna ALINI MACEDO intitulada: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

Curitiba, 27 de novembro de 2017.

ANA PAULA FORTE CAMARNEIRO
Avaliador Externo (ESEC)

MÁRIA RIBEIRO LACERDA
Avaliador Interno (UFPR)

NEN NALI J ALVES DAS MERCÊS
Orientador - Avaliador Interno (UFPR)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus amados pais, Magali e Darci, que sempre me inspiram, e são os responsáveis por tudo de melhor que existe em mim.

AGRADECIMENTO

A Deus, pelo dom da vida e por suas maravilhosas preparações em meus caminhos.

A minha família, Darci, Magali, Leandro e Ariane, por todo apoio e carinho, sempre acreditando nos meus sonhos. Meu amor por vocês é infinito!

Ao meu esposo, Douglas, pelo apoio e amor, pelas palavras de encorajamento durante todo este período.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Nen Nalú Alves das Mercês, por toda sua dedicação e paciência, sempre compartilhando seus conhecimentos de forma sensível e compreensiva.

Aos membros do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano (NEPECHE/UFPR) pelo companheirismo, contribuições e crescimento durante este período.

Aos meus colegas de turma do mestrado, por me auxiliar nos momentos de dificuldades e ansiedades, pelos conhecimentos compartilhados e pelos momentos de alegria.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de aprender com profissionais qualificados.

EPIGRAFE

Os mortais são aqueles que podem ter a experiência da morte como morte. O animal não o pode. Mas o animal tampouco pode falar. A relação essencial entre morte e linguagem surge como um relâmpago, mas permanece impensada. Ela pode, contudo, dar-nos um indício relativo ao modo como a essência da linguagem nos reivindica para si e nos mantém desta forma junto de si, no caso de a morte pertencer originariamente àquilo que nos reivindica.

Heidegger

RESUMO

MACEDO, A. **Tradução e adaptação transcultural para o uso no Brasil do instrumento *Coping With Death Scale***. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientador: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Este é um estudo metodológico, de natureza quantitativa, que teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente para o português do Brasil o instrumento *Coping with Death Scale*. O processo seguiu as etapas metodológicas determinadas por literatura internacional, a saber: tradução para o português, síntese da primeira versão, retrotradução para o idioma original (inglês), revisão pelo comitê de especialistas para verificação de equivalência e validade de conteúdo, com adequação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, mediante a obtenção de um consenso final, que resultou no instrumento “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de *coping* frente à morte”; e o pré-teste com aplicação da versão em português. A coleta de dados aconteceu entre os meses de novembro de 2016 a junho de 2017, quando foi finalizada a etapa de Pré-teste. Com a validade de conteúdo alcançada com a taxa de concordância no comitê de especialistas foram modificados 10 itens, do instrumento *Coping with death scale* versão português do Brasil. A aplicação do pré-teste ocorreu em um hospital de ensino público, no Estado do Paraná. As respostas dos instrumentos foram tabuladas no *Microsoft® Office Excel*, versão 2010. O programa estatístico R foi utilizado para as análises psicométricas do instrumento, bem como o coeficiente *Alpha de Cronbach* e Análise Fatorial Confirmatória. 40 enfermeiros participaram, com idade média de 36 anos, predomínio do sexo feminino, 82,5% (n= 33) praticando algum tipo de religião e 67,5% (n= 27) mantendo algum tipo de atividade de lazer. O tempo de formado foi, em média, de nove anos, com média de quatro anos de atuação na Oncologia Pediátrica. A análise da consistência interna da escala global apresentou Alfa de Cronbach de 0,857, considerado adequado. A análise fatorial confirmatória sustentou a divisão da escala em duas dimensões, com um agrupamento de 17 itens para a dimensão *coping* com a própria morte (Alfa de Cronbach de 0,81) e 13 itens para a dimensão *coping* com a morte de outras pessoas (Alfa de Cronbach de 0,87), tal como no estudo original. Os resultados mostram que a versão adaptada do *Coping with death scale* apresentou medidas confiáveis para a cultura brasileira. A relevância do presente estudo no contexto do processo de cuidar em enfermagem se deve à disponibilização de um questionário na versão brasileira, conciso e específico, para avaliar a capacidade de *coping* frente à morte, com propriedades psicométricas satisfatórias.

Palavras chave: Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Adaptação psicológica. Morte. Enfermagem. Enfermagem pediátrica. Enfermeiras pediátricas

ABSTRACT

MACEDO, A. **Tradução e adaptação transcultural para o uso no Brasil do instrumento *Coping With Death Scale***. 112f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Health Sciences Sector, Federal University of Paraná, Curitiba, 2017.

Advisor: Teacher Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Research Line: Process of Caring in Health and Nursing.

This is a quantitative methodological study that aimed to translate and adapt the Coping with Death Scale instrument to Brazilian Portuguese. The process followed the methodological steps determined by the international literature, namely: translation into Portuguese, synthesis of the first version, back-translation into the original language, review by the committee of experts for verification of equivalence and content validity, with adequacy of the using a final consensus, which resulted in the instrument "Coping with death scale Portuguese version / Brazil: Scaling coping with death"; and the pre-test with application of the Portuguese version. Data collection took place between November 2016 and June 2017, when the Pre-test stage was completed. With the validity of content achieved with the agreement rate in the committee of experts were modified 10 items, the instrument Coping with death scale Portuguese version of Brazil. The pre-test was applied in a public teaching hospital in the State of Paraná. The instrument responses were tabulated in Microsoft® Office Excel, version 2010. The statistical program R was used for the psychometric analysis of the instrument, as well as the Cronbach Alpha coefficient and Confirmatory Factor Analysis. 40 nurses participated, with a mean age of 36 years, female predominance, 82.5% (n = 33) practicing some type of religion and 67.5% (n = 27) maintaining some type of leisure activity. The training time was, on average, nine years, with an average of four years of performance in Pediatric Oncology. The internal consistency analysis of the global scale presented Cronbach's alpha of 0.857, considered adequate. Confirmatory factor analysis supported the division of the scale into two dimensions, with a clustering of 17 items for the coping dimension with death itself (Cronbach's alpha of 0.81) and 13 items for the coping dimension with the death of other people (Cronbach's alpha of 0.87), as in the original study. The results show that the adapted version of Coping with death scale presented reliable measures for the Brazilian culture. The relevance of the present study in the context of the nursing care process is due to the availability of a questionnaire in the Brazilian version, concise and specific, to evaluate the ability to coping with death, with satisfactory psychometric properties.

Keywords: Methodological Research in Nursing. Psychological adaptation. Death. Nursing. Pediatric nursing. Pediatric Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO RECOMENDADA POR BEATON (2007).....	38
FIGURA 2	PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESPECIALISTAS.....	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	RESULTADOS DA BUSCA ELETRÔNICA NAS BASES DE DADOS PESQUISADAS.	29
TABELA 2	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS QUE PARTICIPARAM DA ETAPA DO PRÉ-TESTE.....	60
TABELA 3	MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ITENS TRADUZIDOS.....	61
TABELA 4	ITENS DO <i>COPING WITH DEATH SCALE</i> VERSÃO PORTUGUÊS/BRASIL: ESCALA DE COPING FRENTE À MORTE, MAL COMPREENDIDOS PELOS PARTICIPANTES.....	62

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	SÍNTESE DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS NAS BASES DE DADOS.....	30
QUADRO 2	CLASSIFICAÇÃO DE EXPERTS.....	42
QUADRO 3	TRADUÇÕES T1 E T2.....	50
QUADRO 4	DISTINÇÕES E CONSENSO ENTRE T1 E T2.....	52
QUADRO 5	VERSÃO SÍNTESE.....	53
QUADRO 6	TRADUÇÕES BT1 E BT2 E A VERSÃO INICIAL <i>COPING WITH DEATH SCALE</i>	54
QUADRO 7	CONSENSO DE 100% DOS ITENS PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	56
QUADRO 8	ITENS COM TAXA ACEITÁVEL DE CONCORDÂNCIA (>90%)..	57
QUADRO 9	ADEQUAÇÃO DE CONTEÚDO PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS	57
QUADRO 10	VERSÃO PARA O PRÉ-TESTE.....	58
QUADRO 11	MODELO ESTABELECIDO POR BUGEN (1980-81).....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CHC/UFPR – Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

ECO – Escala de *Coping* Ocupacional

CRE – Escala de *Coping* Religioso-Espiritual

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IEE – Inventário de Estresse em Enfermeiros

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

MeSH – *Medical Subject Headings*

NEPECHE– Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

PubMed – *National Library of Medicine* Portal

RCBP – Registros de Câncer de Base Populacional

RCOPE – *Red Flags Religion Coping Scale*

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 CÂNCER NO CONTEXTO DA PEDIATRIA.....	20
2.2 O PROCESSO DE MORTE E MORRER DA CRIANÇA COM CÂNCER E O LUTO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	23
2.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO OU <i>COPING</i> DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA.....	27
3 MÉTODO DE PESQUISA	36
3.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	36
3.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	37
3.4 ETAPAS METODOLÓGICAS.....	38
3.4.1 Etapa I: Tradução Inicial – <i>Translation</i>	38
3.4.2 Etapa II: Síntese das Traduções	39
3.4.3 Etapa III: Retro Tradução – <i>Back Translation</i>	40
3.4.4 Etapa IV: Comitê de Juízes Especialistas – <i>Expert Committ Rewiew</i>	40
3.4.5 Etapa V: Pré-teste – <i>Pretesting</i>	41
3.5 INSTRUMENTO UTILIZADO: <i>Coping with Death Scale</i>	42
3.6 CAMPO DE ESTUDO.....	44
3.7 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	45
3.8 COLETA DE DADOS.....	46
3.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4 RESULTADOS	50
4.1 ETAPA DE TRADUÇÃO	50
4.2 ETAPA DE SÍNTESE.....	52
4.3 ETAPA DE RETROTRADUÇÃO.....	54
4.4 ETAPA COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	56
4.5 ETAPA PRÉ-TESTE.....	59

5. DISCUSSÃO.....	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENFERMEIROS.....	84
APÊNDICE 2 – CARTA - CONVITE TRADUTORES.....	86
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) JUÍZES ESPECIALISTAS E TRADUTORES	87
APÊNDICE 4 – 1ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO INICIAL.....	89
APÊNDICE 5 – 2ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE SÍNTESE DAS TRADUÇÕES (T1-2).....	91
APÊNDICE 6 – 3ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DE PROCESSO DE RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION).....	93
APÊNDICE 7 – 3ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE SÍNTESE DA RETRO TRADUÇÃO (RT1-2).....	95
APÊNDICE 8 – CARTA - CONVITE PARA JUÍZES ESPECIALISTAS.....	97
APÊNDICE 9 – 4ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE REVISÃO DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS.....	98
APÊNDICE 10 – PRÉ TESTE DA ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE...	101
APÊNDICE 11 – QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	103
APÊNDICE 12 – ESCALA DE <i>COPING</i> FRENTE À MORTE: VERSÃO ADAPTADA	104
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – (CHC/UFPR).	105

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um nome genérico para um grupo de doenças que têm como característica o crescimento e a disseminação descontrolada de células anormais. Possui, como causas, fatores externos, como: o uso de tabaco, hábitos alimentares incorretos, exposição a substâncias químicas, irradiação, vírus, entre outros; bem como fatores internos, entre os quais se incluem as mutações genéticas hereditárias, hormonais, e condições imunes. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015).

Atualmente, é considerado um problema de saúde pública global. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em todo o mundo, para o ano de 2030, sejam registrados 27 milhões de novos casos de câncer e que, anualmente, 75 milhões de pessoas vivam com a doença, dentre as quais 17 milhões venham a morrer devido a seu avanço. No Brasil, para o biênio 2016-2017, estimam-se cerca de 600 mil casos novos de câncer entre a população adulta e infantil. (BRASIL, 2015).

A ocorrência do câncer no período infanto-juvenil é considerada rara, correspondendo a cerca de 1% a 3% de todos os tumores malignos diagnosticados na maioria da população. As estimativas para o ano de 2016 foram de 12.600 casos novos de câncer pediátrico no país. No ano de 2013, as neoplasias representaram a segunda causa de óbitos ocorridos entre crianças e adolescentes brasileiros, ficando abaixo somente dos óbitos por causas externas, o que as configura como a doença de maior letalidade. (BRASIL, 2016).

Diante desta realidade epidemiológica, surge a necessidade de profissionais qualificados para atuar na prevenção, detecção precoce, tratamento, reabilitação e palição. O câncer amedronta por ser considerado um sinônimo de morte, sofrimento associado a dor, degradação e estigma. Historicamente, o câncer possui a conotação de algo vergonhoso, sujo, contagioso e sem cura, que o tornam uma enfermidade não raramente rejeitada pela sociedade. Quando ocorre na infância, adquire uma conotação de maior intensidade, visto o sentimento de piedade e de perplexidade dos adultos diante da precocidade da doença e proximidade com a morte. (MORAIS; ANDRADE, 2013).

Os avanços significativos na detecção precoce e terapêutica resultaram no aumento da expectativa de vida do paciente com câncer, porém, por mais que se consiga prolongá-la, existe um ciclo básico de vida comum a todos os seres vivos. O profissional de enfermagem que atua com pacientes em fase terminal de câncer

precisa aprender a vivenciar a proximidade da morte, entendendo-a como mais uma etapa do processo da vida, mesmo que estejam presentes nesta situação os sentimentos de angústia e impotência ao longo dos cuidados amplos e singulares que possibilitam o controle do sofrimento. (BERNARDES et al., 2014).

Neste contexto, o cuidado de enfermagem vai além dos procedimentos exclusivos com o corpo, pois as diversas fases desde o diagnóstico, tratamento e palição, permitem construções subjetivas diversas da doença, tal como a angústia frente à indefinição com relação ao final de sua história com o câncer. É necessário dar atenção às diferentes significações que a criança ou o adolescente atribuem ao seu adoecimento e, conseqüentemente, à possibilidade de morte em todas as fases impostas no decurso da patologia. Por esta razão, o processo de cuidar em oncologia pediátrica é desafiante e exige, além de recursos materiais e terapêuticos específicos, profissionais com preparo adequado e sensibilidade no cuidado com a criança. (AQUINO; CONTI; PEDROSA, 2014).

Ao assistir a criança com câncer, o profissional de enfermagem precisa ter um olhar para o cuidado holístico¹, observando tanto os fatores físicos, quanto psicossociais. Este cuidado e convivência com pacientes no processo de adoecimento podem ser significativos para os profissionais, por se tratar de um fato marcante que os leva a novas experiências e ressignificação da vida, da saúde, da doença e da morte. (SANTOS, 2012; LAGES et al, 2011).

Salimena et al (2013) constatou, em um estudo com enfermeiros que atuam em hospital oncológico, por meio de uma análise compreensiva relacionada à fenomenologia, que o profissional da enfermagem possui uma maneira peculiar de atender as demandas de cuidado aos pacientes com câncer: ao enfrentar situações de sofrimento decorrentes da perspectiva da morte da criança com câncer, o profissional da enfermagem pode afetar-se psicológica e emocionalmente.

Com frequência, acompanhar a morte do paciente com câncer leva o profissional da enfermagem à sensação de fracasso profissional, o que pode estar relacionado aos avanços da medicina que fomenta uma ilusão de saúde e vida para sempre. Assim, além de gerenciar uma demanda própria diante da possibilidade de morte do paciente, os profissionais de saúde necessitam continuar prestando

¹ Holístico: baseia-se em uma filosofia que leva em conta o cuidado total com o paciente, considerando as necessidades físicas, emocionais, sociais, econômicas e espirituais (LEVINE, 1973).

cuidados aos pacientes e também aos seus familiares, e é preciso que sejam autoeficazes neste momento. O conceito de autoeficácia define a capacidade que o indivíduo possui de aprendizagem e interação, retratando a confiança sobre suas próprias competências. (CAMARNEIRO; GOMES, 2015; LOIOLA, 2015).

Cuidar de crianças no processo de finitude da vida, além de ser desgastante pelas dificuldades emocionais requeridas, coloca a enfermagem em situação de vulnerabilidade. Estes profissionais são levados a refletir sobre o que é uma boa morte, da mesma forma com que são instigados a atribuir significados pessoais e profissionais com relação ao sentido da vida — situações que podem causar estresse profissional. (GAMA, 2013).

A exposição cotidiana do profissional de enfermagem a fatores estressantes pode levá-lo ao adoecimento pelo desgaste emocional. Algumas estratégias para amenizar esses fatores estão relacionadas às práticas de educação permanente que abordem — além de temas específicos da enfermagem oncológica — o processo de morte e morrer e o acompanhamento psicológico, realizado pela instituição de saúde. (HERCOS et al, 2014).

Os fatores estressantes envolvidos no processo de trabalho da enfermagem na oncologia pediátrica² são provenientes tanto da assistência de enfermagem, como dos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho. Nesta rede de relacionamentos, estão os pacientes assistidos e seus familiares que trazem consigo, além das demandas clínicas e terapêuticas, as pessoais, que transcendem a relação profissional cuidador-cuidado. (COLOSSI; MOREIRA; PIZZINATO, 2011).

Diante deste estresse gerado pela dificuldade de cuidar de crianças com câncer, podem ser usadas estratégias de enfrentamento. Estas estratégias são definidas como um conjunto de respostas comportamentais diante de uma situação de estresse, emitidas para modificar o ambiente na busca por adaptar-se da melhor forma possível ao evento estressor. (BENETTI et al, 2015).

² Oncologia pediátrica: especialidade que desenvolve e promove ações para aprimorar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e do adolescente com câncer no sentido de garantir melhor qualidade de vida e, quando possível, a cura da doença. (BRASIL, 2008).

Dessa forma, identificar as estratégias de enfrentamento ou *coping*³ utilizadas pelos profissionais de enfermagem faz-se importante, pois o uso dessas estratégias pode tornar mínimos os efeitos dos estressores, prevenir os agravantes do estresse e interferir no bem-estar e na saúde desses profissionais. (LAGES et al, 2011; BENETTI et al, 2015).

Bugen (1980-1981) discorre que o *coping* é o indicador mais sensível das competências frente à morte, e propõe a inserção do tema na educação sobre a morte, para que o futuro profissional tenha em seu processo de trabalho melhores condições para o enfrentamento desta situação. O *coping* está embasado na teoria do estresse, é descrito como um processo de avaliação cognitiva e comportamental de recursos utilizados em situações de vulnerabilidade ou dificuldade do indivíduo. (PEREIRA; BRANCO, 2016).

Segundo o modelo de Folkman e Lazarus (1980), *coping* é o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do qual o indivíduo lança mão para lidar com as demandas específicas, internas ou externas, que surgem a partir das situações estressantes e são avaliadas como uma sobrecarga aos seus recursos pessoais. Assim, a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, disparada em resposta à situação estressante, a fim de reduzir este estresse.

Para Benneti et al (2015) o levantamento destas informações pode subsidiar a prática assistencial dos profissionais de enfermagem da oncologia pediátrica, favorecendo o planejamento de ações educativas que os instrumentalize para o uso de estratégias de *coping* que minimizem o estresse no trabalho, auxiliando tanto a entender que recursos e estilos de *coping* são necessários para o ajuste entre o suporte organizacional e o esforço individual para um enfrentamento adequado dos estressores laborais, quanto ao bom desempenho profissional e a uma produtividade adequada às demandas de trabalho.

Com relação às demandas pessoais, ao assistir a criança com câncer e presenciar a sua morte, o profissional de enfermagem precisa, mais do que de experiências, de vivências e grau de maturidade, pois a tendência é sofrer diante das dificuldades de passar por este momento, tão cheio de significados e emoções,

³ *Coping* é uma palavra inglesa que não possui tradução literal em português, podendo significar “lidar com”, “manejar”, “enfrentar” ou “adaptar-se a”. (PANZINI; BANDEIRA, 2003; KRISTENSEN; SCHAEFER; BUSNELL, 2010).

permeado pela situação de fragilidade da criança. A situação de finitude da vida causa uma série de reações relacionadas ao estado emocional dos profissionais que cuidam dessas crianças, entre as quais destaca-se a exaustão emocional, devido ao fato de não conseguirem se adaptar aos diferentes mecanismos de confronto da perda iminente da criança ou encontrar sentido para sua existência. (FRANÇA et al., 2014).

Diante do exposto, o interesse pelo tema surgiu durante minha experiência na pós-graduação, em nível de especialização, na Residência em Saúde da Criança e do Adolescente, desenvolvida em um complexo hospitalar pediátrico, justamente no contexto oncológico pediátrico, quando pude observar que os profissionais de enfermagem passavam por situações estressantes que lhes impunham uma série de comportamentos de enfrentamento das adversidades. Nesta ocasião, houve uma inquietação que dizia respeito ao modo como esses profissionais vivenciam a morte da criança com câncer, sob o olhar de um desafio pessoal a ser vivenciado durante o processo de trabalho.

Outra circunstância que impulsionou a busca da questão do *coping* com a morte se vinculava ao fato de ter vivenciado uma situação de diagnóstico de câncer no contexto de minha família; toda a experiência com a morte no ambiente laboral passou também a se projetar e a repercutir neste contexto pessoal. Apesar do prognóstico ser positivo, tive grande dificuldade de enfrentar a situação, o que me gerou uma sobrecarga de estresse e sofrimento. Hoje a situação familiar está sob controle, embora a problemática persista, uma vez que acreditava ter convicção de que devido ao meu processo de trabalho, possuiria estratégias psicológicas que não se mostraram efetivas quando me deparei com um diagnóstico de câncer na família. Por estas razões, iniciei a busca por ferramentas que pudessem aferir como os profissionais sentem, vivenciam, interpretam e mobilizam estratégias para lidar com as situações do processo de morte e morrer da criança com câncer.

No Brasil, o número de pesquisas utilizando instrumentos de medidas de *coping* não é muito expressivo quando se faz uma relação de instrumentos construídos ou traduzidos e adaptados para o uso no país. Dentre as medidas usadas, está o inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus (1985) adaptado para o português por Savóia, Santana e Mejias (1996). Trata-se de um questionário de 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico e relatado em uma entrevista, com uma breve descrição de quem estava envolvido, o local em que

se deu o evento e o que aconteceu. O desenvolvimento do inventário foi proveniente de um estudo de eventos estressantes relatados por casais de meia-idade e estudantes frente a um exame acadêmico.

Este inventário foi utilizado para vários tipos de população: Damião et al (2009) aplicou-o para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por adolescentes na experiência de ter diabetes *mellitus* tipo 1; Lages et al, (2011) utilizou-o em seu estudo com enfermeiros da oncologia pediátrica; Martins, Filho e Pires (2011), para analisar o impacto sofrido por familiares de pacientes que receberam o diagnóstico de câncer; Joaquim, Tabaquim e Valle (2014), para avaliar estratégias de enfrentamento e o nível de ansiedade em mulheres em atendimento psicológico do Centro de Apoio Psicossocial de Bauru.

Outro instrumento adotado nos estudos brasileiros é o *Brief COPE*, desenvolvido por Carver, Scheier e Weintraub (1989), traduzido e adaptado por Brasileiro (2012), que consiste em 28 itens distribuídos por 14 dimensões que visam avaliar as diferentes formas de como as pessoas respondem ao estresse. Para o desenvolvimento desta escala, foram utilizados dados de participantes vítimas de catástrofe natural.

Latack (1986) desenvolveu a Escala de *coping* ocupacional, levando em consideração que ações e reavaliações cognitivas deveriam estar relacionadas a estratégias de enfrentamento ou de fuga da situação estressante. A escala foi traduzida para a língua portuguesa por Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003) e validada com 396 trabalhadores de cinco empresas brasileiras, de ramos não descritos no estudo.

Também encontrou-se a Escala de *coping* religioso-espiritual (CRE), que foi traduzida e validada por Panzini e Bandeira (2005) com base na escala norte-americana *Red Flags Religion Coping Scale* (RCOPE), com frequentadores de instituições religiosas de diversas crenças. (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Além destes instrumentos, existem outros que utilizam o *coping* e que não foram traduzidos e validados para o português do Brasil. Dentre os quais encontram-se a escala elaborada por Stone e Neale (1984), com 55 itens, divididos em oito categorias (distração, redefinição da situação, ação direta, catarse, aceitação, suporte social, relaxamento e religião), que abrangem a descrição de como as pessoas lidam com situações estressantes; e a escala de McCrae (1984), com 118 itens distribuídos em 28 categorias, que verifica se as estratégias de *coping* são relacionadas a variáveis

de personalidade — o que determinaria a escolha por uma ou outra estratégia, independente da situação estressante.

Outro instrumento que suscitou interesse ao realizar a busca foi a *Coping with Death Scale*, elaborada por Larry A. Bungen (1980-1981) e posteriormente validada por Robbins (1990-1991).

O desenvolvimento de estratégias de *coping* com a morte e os meios de avaliação dessas estratégias não são muito explorados na literatura (CAMARNIERO; GOMES 2015). No Brasil, existem estudos que buscam investigar a vivência dos profissionais de enfermagem e as estratégias de enfrentamento frente à morte de crianças com câncer, destacando-se, entre estes estudos, os realizados por: Carmo, Oliveira (2015), com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem no cuidado a crianças durante o processo de morrer e seus familiares; Pereira, Bertoldi, Roesse (2015), com enfermeiros e técnicos de enfermagem no cuidado à criança com câncer; França *et al.* (2014), com enfermeiros no cuidar de crianças em fase terminal; Umann *et al.* (2014), com enfermeiros de hemato-oncologia; Souza *et al.* (2013), com enfermeiros na promoção de morte digna da criança.; Avanci *et al.* (2009), com enfermeiros que atuam em cuidados paliativos; Paro, Paro e Ferreira (2005), com enfermeiros no cuidar do paciente oncológico pediátrico.

No entanto, não foram encontrados instrumentos específicos para mensurar o *coping* relacionado à morte da criança com câncer, construído ou adaptado para o português do Brasil.

Assim, achou-se necessária a tradução e adaptação cultural de um instrumento e optou-se pela *Coping with Death Scale*, haja vista que seria relevante a sua disponibilização em português em sua versão brasileira. A utilização da referida escala no contexto da enfermagem pode dar a conhecer como o profissional de enfermagem vivencia e gerencia seu processo de perdas profissionais perante a morte, sendo esse um fator significativo que influencia de forma positiva ou negativa, o modo como dará seguimento à vida. (GOMES, 2014). Assim, a indagação que norteou sobremaneira o presente estudo é: **a escala de coping com a morte, elaborada por Larry A. Bungen, é aplicável aos profissionais de enfermagem brasileiros?** Para respondê-la, definiram-se os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVOS

- Traduzir para português do Brasil o instrumento *Coping with Death Scale*;
- Adaptar transculturalmente para o Brasil o instrumento *Coping with Death Scale*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem como finalidade abordar o estado da arte com relação às temáticas que se fizeram importantes para contextualizar e fundamentar o estudo desenvolvido: o câncer no contexto da pediatria; o processo de morte e morrer da criança com câncer e o luto do profissional de enfermagem; e estratégia de enfrentamento ou *coping* dos profissionais de enfermagem frente à morte em oncologia pediátrica.

2.1 CÂNCER NO CONTEXTO DA PEDIATRIA

O câncer pediátrico é caracterizado por toda neoplasia maligna que ocorre em indivíduos menores de quinze anos e foi considerado como um grupo de doenças de diagnóstico desfavorável. Porém, recentemente, em virtude da ampliação de estudos clínicos e novas tecnologias, apresenta ampla possibilidade de cura, com potencial aumento de sobrevivência em, aproximadamente, mais da metade dos casos. (MARANHÃO et al., 2011; MONTEIRO *et al.*, 2014).

Embora o câncer pediátrico corresponda de 1 a 3% de todos os diagnósticos de câncer, a cada ano 175.000 crianças no mundo têm o diagnóstico de câncer e, destas, estima-se que 90.000 morram em decorrência da doença. Em muitos países existe o sub-registro ou, ainda, o diagnóstico incorreto da doença e, desta forma, o número exato de novos casos não é conhecido. Fato relevante, pois 70% destas crianças poderiam ser curadas se diagnosticadas e tratadas precocemente. (RANGEL, 2013; BRASIL, 2016).

O câncer pediátrico compõe um grupo heterogêneo de doenças formado por neoplasias hematopoiéticas, entre elas leucemias e linfomas; tumores do sistema nervoso central e outros tumores sólidos, como: sarcomas, neuroblastomas, de células germinativas, renais, ósseos e da tireoide, entre outros. (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2015).

As incidências variam entre um por cada milhão de habitantes, no caso do hepatoblastoma, e 50 por milhão de habitantes, no caso da leucemia linfocítica — o tipo mais comum de leucemia na faixa etária pediátrica. Embora seja a causa mais comum de morte infantil por doença nos países industrializados, 94% das mortes

infantis ligadas ao câncer ocorrem em países de baixo e médio rendimento econômico. (PRITCHARD-JONES *et al.*, 2013).

Certos tipos de câncer pediátrico são muito raros, mas ocorrem com uma frequência elevada em algumas partes do mundo, sendo a leucemia o mais comum na maioria das populações (25% a 35%). Já o linfoma de *Burkitt*, por exemplo, tem mais incidência em países africanos equatoriais, em associação com a alta exposição a agentes infecciosos, tais como o vírus de Epstein-Barr e malária. Outro exemplo é o sarcoma de *Kaposi*, considerado o câncer infantil mais comum em países com alta prevalência de infecção pelo HIV, como em Uganda. Além do mais, outra característica é o baixo número de casos de tumores do sistema nervoso central em países com poucos recursos, que pode ser justificado em parte pela falta de recursos financeiros para o diagnóstico adequado. (WHO, 2016a).

No Brasil, as estimativas mais recentes publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) previram a ocorrência de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos no ano de 2016. As neoplasias ocuparam a segunda posição (7%) de óbitos de crianças e adolescentes (de 1 a 19 anos) em 2014, superadas somente pelos óbitos por causas externas, configurando-se como a doença que mais mata nesta faixa etária. A faixa etária de menor risco de morte no país foi encontrada no grupo de 5 a 9 anos. No período de 2009 a 2013, a taxa média de mortalidade ajustada por idade foi de 32,07 por milhão na faixa etária de 0 a 14 anos. (BRASIL, 2016).

O percentual mediano de neoplasias foi de 2% na população infantil brasileira (de 0 a 14 anos). Assim como na maioria das populações, também foi observada a maior frequência de leucemias em ambos os grupos (33,2%). Observa-se que os tumores do sistema nervoso central representam a segunda posição (16,0%), seguidos dos linfomas (13,7%). A mediana das taxas médias de incidência ajustadas por idade, para a faixa etária de 0 a 14 anos, foi de 126,65 por milhão, apresentando pico etário de 1 a 4 anos. (BRASIL, 2016).

Muitos tipos de câncer que afetam as crianças podem ser tratados, mas o câncer continua com alta taxa de mortalidade infantil. Em países de alta renda, a taxa de sobrevivência alcança cerca de 80%, enquanto em alguns países de baixa renda apenas 10%. A falta de diagnóstico, bem como a detecção precoce e encaminhamento rápido para tratamento, são significativos para evitar essas mortes. É importante que os países em desenvolvimento obtenham apoio financeiro e técnico

para fortalecer o sistema de saúde com a finalidade de oportunizar o tratamento adequado à criança com câncer. (WHO, 2016a).

Em crianças, o câncer possui características próprias, principalmente com relação à histopatologia e ao comportamento clínico. Neste grupo, as neoplasias possuem características de curtos períodos de latência, são mais agressivas, crescem rapidamente, contudo têm melhor resposta ao tratamento e são consideradas de bom prognóstico. A maioria dos tumores pediátricos apresenta achados histológicos análogos aos tecidos fetais nos distintos estágios de desenvolvimento, sendo considerados embrionários. A semelhança com as estruturas embrionárias gera grande diversidade morfológica resultante das constantes transformações celulares, podendo haver um grau variado de diferenciação celular. As classificações utilizadas para este grupo de doenças se baseiam na morfologia, diferentemente daquelas utilizadas para os tumores nos adultos. (BRASIL, 2016; WHO, 2014).

Os dados epidemiológicos sobre oncologia pediátrica demonstram que o avanço científico nesta área acresce as hipóteses de cura, destacando a necessidade de cuidados com relação à qualidade de vida e o bem-estar físico e emocional da criança e seus cuidadores. A precocidade dos diagnósticos, a eficácia dos diferentes tipos de tratamentos oncológicos e, também, a melhoria dos cuidados de saúde à criança com câncer repercutiram significativamente no aumento de sobrevivência à doença nos últimos 40 anos. (ARAÚJO, 2011; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2015).

O diagnóstico de câncer em criança ou adolescente é um grande desafio, por se tratar de uma doença cujos sinais e sintomas podem aparecer na manifestação clínica de outras enfermidades comuns em pediatria. Apesar do diagnóstico precoce e do tratamento especializado terem aumentado as chances de cura, é preciso atentar-se para o fato de que terapêuticas como quimioterapia, radioterapia, cirurgia e transplante de células-tronco hematopoéticas, acrescem a necessidade de cuidados específicos, relativos aos efeitos colaterais que elas provocam. Os cuidados são ainda mais delicados quando são paliativos. Só a atuação de uma equipe capacitada permite um cuidado seguro e humanizado para a criança (GURGEL; LAGE, 2013).

Os profissionais de enfermagem têm um papel importante no contexto da oncologia pediátrica, estando presentes em todas as fases do diagnóstico e tratamento, participando dos contratempos da criança e da família, tendo uma ampla visão de suas necessidades. Estes profissionais reconhecem as diversas necessidades da criança com câncer, buscando atender as necessidades físicas,

psicológicas e sociais. A assistência deve ser feita de forma individualizada e humanizada, com vistas a minimizar os efeitos traumáticos, incluindo a família em todo o processo de cuidado. (VIEIRA; CASTRO; COUTINHO, 2016).

2.2 O PROCESSO DE MORTE E MORRER DA CRIANÇA COM CÂNCER E O LUTO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A morte e o processo de morte e morrer fazem emergir conceitos que se desdobram em elementos como *passagem*, *separação* e *finitude*. A *passagem* se trata de uma concepção espiritual do tema: a morte é vista como transição entre o mundo material e o espiritual. A morte vinculada à ideia de finitude pode vir atrelada à tristeza e à revolta — na medida em que se considera que ela interrompe a vida e reflete a ideia de pensar na morte "fora de hora" — ou, ainda, à ideia de "missão cumprida" — que, por sua vez, lhe confere o aspecto de morte na "hora certa" (JÚNIOR et al, 2011).

Embora a morte seja um fato natural e inevitável, é difícil de ser entendida, enfrentada e pesquisada. Enfrentar a morte é algo complexo, pois o indivíduo não pensa em sua própria morte e não se sente capaz de confrontar-se com essa possibilidade. Sem contar que lidar com a dor da perda de alguém próximo traz à tona o medo da própria morte. (SANTOS; JESUS; PORTELA, 2013).

A sociedade oriental age de forma a negar a morte, e necessita de auxílio para acompanhar o estágio final da vida, especialmente quando se trata de uma criança que está em processo de morte. (KÜBLER-ROSS, 1998).

O historiador Philippe Ariès apresenta, no seu livro *A História da Morte*, as mudanças na concepção de morte ao longo do tempo e, como esta era enfrentada pela pessoa em fase terminal. Segundo o historiador, no século XII, o ultimato à morte vinha por meio de signos naturais e as pessoas sentiam que o seu fim estava perto. No século XVII e XVIII, a pessoa precisava se redimir de seus erros para obter uma boa morte. Esta se dava por meio de uma cerimônia pública organizada, muitas vezes, pela própria pessoa. Não tinha caráter dramático, a pessoa aguardava a própria morte no quarto, sem procedimentos que prolongasse a vida ou adiantasse a morte, o luto vinha simbolizado pelo uso de vestimentas pretas. (ARIÈS, 2003).

Entre os séculos XVIII e XIX, a morte passou a ter novas concepções, o ritual ganhou um tom dramático, não ocorrendo mais no domicílio, e instaurando-se a

elaboração do testamento. A morte passou a ser objeto de interdição e vergonha, as crianças deixaram de participar dos rituais e o luto passou a ser censurado.

No século XX, iniciou-se uma modificação na concepção e representação da morte, com mudança na forma do morrer, particularmente na maneira solitária de morrer. O paciente voltou a ter autoridade nas decisões sobre a sua finitude, que anteriormente estava nas mãos dos médicos e da família. (ARIÈS, 2003).

Na atualidade, a morte carrega o significado de algo que não se pode vencer. Diante de sua condição inelutável, os profissionais que lidam com os processos de morte e morrer experimentam os sentimentos de ansiedade, fracasso, culpa e frustração, associados aos sentimentos de impotência e tristeza. (MOTA *et al.*, 2011).

A desmistificação da morte pode ajudar os profissionais de saúde a conviver com os pacientes que não respondem mais aos tratamentos convencionais, que visam à cura, permitindo à equipe aceitar melhor seus próprios limites de intervenção e dedicar-se a outros tipos de cuidado, como o paliativo. (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Seguindo a concepção moderna sobre a morte já descrita, o momento de finitude da criança com câncer em cuidados paliativos⁴, frequentemente, ocorre no ambiente hospitalar e a equipe, que anteriormente se dedicava ao máximo à cura da doença, depara-se com a terminalidade e com a dor da criança e da família. Este fato exige dos profissionais, além de conhecimento técnico-científico, um considerável preparo emocional para auxiliar as famílias a enfrentarem este momento final da existência. (CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Desta forma, na criança, a morte é um evento estressante, pois é vista como um absurdo inimaginável. Os profissionais de enfermagem dificilmente se habitam à frustração perante a imprevisibilidade da trajetória de vida e morte da criança. É importante ressaltar que, ao acompanhar a morte, o profissional precisa conhecer seus próprios sentimentos e necessidades, livre de aflição e tensão, para então assistir melhor a criança e, assim, amenizar o estresse no ambiente de trabalho. (GURGEL; LAGE, 2013; SANTOS; JESUS; PORTELA, 2013).

Para cuidar destas crianças, é necessário compreender o processo de morte e morrer identificando os estágios deste processo, pois o cuidado é diferenciado, tendo

⁴ Cuidados paliativos: são abordagens que objetivam melhorar a qualidade de vida dos pacientes familiares que enfrentam desafios associados à doença com risco de vida. Trata-se da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outro sofrimento físico, psicossocial e espiritual (WHO, 2016b).

em vista os aspectos operacionais e relacionais. Vale ressaltar que o processo de morrer pode ser delimitado no período vivenciado pelo paciente desde um diagnóstico de doença incurável até a sua morte. (JÚNIOR *et al.*, 2011).

Nos cuidados paliativos específicos para a criança, alguns princípios precisam ser seguidos: prestar cuidado ativo e total à criança no contexto do seu corpo, mente e alma e oferecer suporte à família; iniciar o diagnóstico da doença e continuar até a morte; ter uma equipe multidisciplinar que inclua a família e que avalie e alivie o sofrimento físico, psicológico e social da criança, oferecendo estes cuidados, se possível, na casa da criança. (WHO, 2015).

O cuidado paliativo oferecido à criança deve ter em vista, além do alívio da dor e dos sintomas físicos, a promoção de bem-estar e saúde mental por intermédio de atividades e brincadeiras lúdicas, aproximação da família, apoio psicológico, interação social e atividades que elevem sua autoestima. Para tanto, é importante propiciar um ambiente agradável, sendo adaptado às necessidades que são específicas da infância. (GUIMARÃES *et al.*, 2016).

No cuidado de enfermagem à criança com câncer, a morte se apresenta como parte da rotina no ambiente hospitalar, e é comum que os profissionais de enfermagem utilizem como estratégia para minimizar seu sofrimento frente à morte, a naturalização, conseguindo falar sobre ela ao cuidar da criança em fase terminal, elaborando aos poucos seus sentimentos e aprendendo a vivenciar este fenômeno de forma mais humanizada. (MOTA *et al.*, 2011).

Diante da forma que o profissional de enfermagem percebe a morte e o morrer, diversos sentimentos emergem. Estes devem ser explorados, levando em consideração que o autoconhecimento é um processo importante a ser apurado a fim de lidar melhor com situações que impliquem manifestação de emoções profundas, principalmente as relacionadas com a morte. (JÚNIOR *et al.*, 2011).

Para entender o luto do profissional de saúde, principalmente o de enfermagem, é necessário definir luto como o esforço pessoal e individual para se readaptar a uma vivência diferente após a perda de alguém ou algo importante. A aceitação da perda do objeto, seja ele humano ou material, ocorre após o reconhecimento da realidade e a interiorização do ocorrido. (JARAMILLO, 2006; FREUD, 2006).

A palavra luto corresponde ao estado emocional em que o indivíduo se sente “despedaçado”, como se aquela dor nunca mais fosse passar. A percepção é de que

o sofrimento será sentido eternamente. Mas, este momento é necessário para que se dê início a uma nova fase, agora sem a presença do ente perdido. (ALMEIDA, 2015).

O luto é um processo natural e universal que ocorre frente a uma perda e o qual indivíduo não pode controlar, é inerente a todo ser humano e independe da cultura, etnia ou religião. Contudo, as reações e as formas de lidar com a perda podem variar de um indivíduo para outro. Essas reações podem ser classificadas em emocionais, comportamentais, cognitivas e físicas, podem ser observadas de forma isolada ou combinadas e são influenciadas por fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Com o passar dos anos, este processo adquire especificidades diferentes, sem prejuízo para a vivência da dor ou desamparo ao qual o indivíduo pode ser submetido. (PEREIRA *et al.*, 2014).

Segundo Worden (2013), ao vivenciar o luto, existem quatro itens facilitadores importantes neste processo, são eles: aceitar a realidade da perda, quando ocorre a morte, pois há sempre um sentimento de que aquilo não aconteceu; trabalhar a dor advinda da perda, uma vez que algumas pessoas experimentam, além da dor emocional, a dor física e comportamental; se ajustar à ausência, que remete a acostumar-se com a falta da pessoa, entendendo que aquele lugar não será mais frequentado por ela; transferir emocionalmente a perda e prosseguir com a vida. Enfim, o processo se constitui por diferentes momentos até que o indivíduo se reestabeleça do abalo causado pela perda.

Vivenciar o luto pela morte da criança gera, no profissional de enfermagem, um conflito em relação ao significado que ele dá para a morte da criança. Os profissionais se remetem a elementos pessoais e refletem sobre o que seria importante, como seriam suas próprias reações e como gostariam de ser tratados e cuidados por um profissional. Ao perceber que, a despeito da morte, seus esforços em proporcionar o cuidado adequado e uma morte digna não foram em vão, ele entende melhor a situação da perda e encontra nos resultados de seus cuidados a renovação de suas energias para superar as situações da morte. Diante da perda, o profissional precisa ter um retorno de seu trabalho para encontrar sentido em sua profissão. (SOUZA *et al.*, 2013).

2.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO OU *COPING* DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

A experiência profissional e emocional adquirida pelo enfermeiro no contexto da oncologia pediátrica possibilita o desenvolvimento das habilidades requeridas pelo profissional, tais como: preparo emocional, conhecimento técnico e científico, específicos e pertinentes. O cuidado de enfermagem, nesta área, vem se especializando e modificando sua compreensão da atenção a ser desenvolvida. A busca por satisfazer as necessidades das crianças, independentemente do seu problema imediato, leva-os também a uma abordagem do aspecto psicológico incluindo, neste contexto, o enfrentamento da situação. (AMADOR *et al.*, 2011).

A enfermagem, ao assistir a pessoa com câncer, vivencia a iminência de morte. O profissional procura desenvolver, no seu processo de trabalho, formas para evitar vínculos afetivos, surgindo, assim, um paradoxo, pois a assistência a este paciente mobiliza uma gama de emoções, demanda uma conduta protetiva e o manejo de sentimentos e emoções. (LUZ *et al.*, 2016).

Os profissionais de enfermagem possuem uma maneira peculiar para lidar com as exigências do cuidado às crianças com câncer, enfrentando situações de sofrimento: a perspectiva da morte e em algum momento essa vivência assistencial poderá afetá-los psicológica e emocionalmente. (SALIMENA *et al.*, 2013). Diante desta situação, pode-se utilizar estratégias de enfrentamento ou *coping* para amenizar a carga emocional envolvida neste processo. Entre essas estratégias, estão: usufruir de um período de férias, prática de atividades físicas, busca de apoio social e envolvimento em práticas espirituais. (ROHAN, 2016).

Coping é uma palavra originalmente inglesa que, no Brasil, caracteriza o conjunto de estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas para administrar situações de estresse negativo e positivo. (PEREIRA; BRANCO, 2016).

O *coping* caracteriza-se por ações de cunho intencional que podem ser aprendidas, usadas e adaptadas a cada situação. Está ligado a um estímulo, ao qual o organismo tenta adaptar-se, com o objetivo de assegurar a integridade individual, tanto física como psíquica. A pessoa, tendo consciência da realidade, procura estratégias na sua vivência, que pareçam adequar-se aos agentes estressantes, a fim de resolver ou adaptar-se à situação. (CERQUEIRA, 2013).

É classificado em quatro tipos de estratégias: o processo que ocorre entre a pessoa e o ambiente; a função que o *coping* tem em relação à administração da situação estressora; a percepção, interpretação e o entendimento da situação avaliada como estressante; e a atividade de esforço cognitivo e comportamental para administrar o evento estressor. A ação de *coping* pode estar direcionada tanto para o ambiente enquanto fonte de estresse, quanto à própria pessoa, fazendo-se necessária a modificação dos estados motivacionais e cognitivos. É necessário perceber o evento, analisar as opções e, então, utilizar a estratégia mais favorável para aquele momento. (FOLKMAN; LAZARUS, 1985).

O termo *coping* tem importante relação com o conceito de estresse. Assim, faz-se necessário conhecer a definição e as características de estresse para compreender as abrangências do *coping*. (PEREIRA; BRANCO, 2016).

O estudioso Selye, na década de 1930, foi um dos precursores a definir o termo *estresse* caracterizando-o como uma reação do organismo a uma situação ameaçadora. Trata-se de um elemento intrínseco a toda doença, que acarreta modificações mensuráveis na estrutura e composição química do organismo humano. Os estressores — ou fatores estressantes — constituem as causas externas, enquanto o estresse é a resposta do corpo humano aos fatores estressantes. (SEYLE, 1959). Para Lazarus e Folkman (1984), as respostas surgidas de forma espontânea, em uma situação estressora, caracterizam o estresse.

Do ponto de vista da psicologia, o termo *estresse* se refere a estímulos estressores que desencadeiam distintas respostas no indivíduo, podendo ser tanto de origem psíquica, quanto fisiológica. (ZANINI, 2011).

O estresse ocorre em três estágios denominados como síndrome de adaptação geral, que são: alarme, resistência e exaustão. O primeiro estágio é distinguido fisicamente por meio do sistema nervoso central, com tensões musculares, compressão da mandíbula, bruxismo, suor excessivo, palpitação, hipertensão arterial, entre outros. A etapa de resistência acontece quando o agente estressor persiste, ocorrendo uma elevação da competência de resistência física que resulta em alterações na respiração e palpitações cardíacas, por exemplo. E, uma vez que persista o estresse, o plano de resistência vai reduzindo e inicia-se a etapa de exaustão. Neste estágio, o organismo torna-se mais suscetível a patologias. (SELEGHIM E MOMBELLI, 2012)

O estresse passa a ser intenso e, conseqüentemente, culmina na ruptura da estabilidade física, podendo resultar em hipertensão arterial, angústia, problemas sexuais e dermatológicos, além do infarto agudo do miocárdio. (GIRONDI; GELBCKE, 2011; FRANÇA; FERRARI, 2012)

Além dos problemas físicos frente à exposição aos fatores estressantes, existem os sinais psíquicos que abarcam os distúrbios ansiosos, depressivos, como a perda de sono, os problemas com concentração, conflito emocional, aflição, psicose, problemas nos relacionamentos interpessoais, irritação com excesso de preocupações, problemas para relaxar, ira e suscetibilidade. (THEME; COSTA; GUILAM, 2013).

O entendimento dessas estratégias de enfrentamento ou *coping* pode oferecer ferramentas que auxiliarão os profissionais de enfermagem nas necessidades de adaptação, amenizando o seu sofrimento e conseqüentemente dando mais qualidade ao processo de cuidar dos pacientes oncológicos pediátricos. (LAGES et al, 2011).

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados da área da saúde, entre as quais destacam-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o *National Library of Medicine* (PubMed). Além destas bases de dados, procedeu-se busca eletrônica no *Google Scholar*. A revisão teve como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem frente à morte da criança com câncer.

Utilizou-se descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MeSH): *oncology nursing, child health, pediatrics, oncology, cancer, coping*. Foram utilizados os operadores booleano “AND” e “OR” para a combinação entre eles conforme a Tabela 1.

TABELA 1 – RESULTADOS DA BUSCA ELETRÔNICA NAS BASES DE DADOS PESQUISADAS.

Descritores	Fontes de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
death AND oncology nursing AND child health OR pediatrics AND oncology OR cancer AND coping	LILACS MEDLINE SCIELO PubMed	50 44 18 173	3 2 0 0
death AND nursing AND pediatrics AND oncology AND coping	<i>Google Scholar</i>	86	5
Total		371	10

FONTE: A autora, 2017

Por meio das estratégias de busca e seleção, foram identificadas 371 publicações potencialmente elegíveis para a inclusão. Após a eliminação dos artigos duplicados (n=120), foram analisados os resumos de 251 artigos a fim de verificar se estavam atendendo aos critérios de inclusão e se respondiam à questão norteadora. Após esta análise, foram excluídos 204 e, para a leitura na íntegra, selecionou-se 47 artigos, totalizando uma amostra de 10 artigos incluídos no estudo, conforme os critérios de inclusão definido.

As estratégias de enfrentamento identificadas foram descritas como: "focada na emoção", em seis estudos; "focadas no problema", em dois estudos; além de dois estudos que se focaram tanto nas estratégias relativas ao problema e à a emoção.

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos quanto aos autores, ano e local, título, objetivo, método dos estudos, participantes, e nível de evidência, resultados e estratégias de enfrentamento.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS NAS BASES DE DADOS

(continua)

Título, Autores, Ano, Periódico e Local	Objetivo, Método e Participantes	Resultados, Estratégias de enfrentamento
<p>“Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem”. Carmo AS, Oliveira ICS (2015). Rev. Bras. de Cancerologia; BRASIL.</p>	<p>Objetivo: descrever as especificidades do cuidado de enfermagem à criança com câncer em processo de morrer e sua família; analisar a atuação da equipe de enfermagem frente à criança com câncer em processo de morrer e sua família. Método: Qualitativo. Participantes: uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem.</p>	<p>Resultados: a morte é entendida como uma perda e por vezes um alívio. a equipe tem dificuldade em vivenciar o processo de morrer da criança e estabelece estratégias de enfrentamento como não deixar a criança morrer sozinha, separar o profissional do emocional, neutralizar os sentimentos e nunca demonstrar fraqueza. Estratégias de enfrentamento: Separar o profissional do emocional, neutralizar os sentimentos e nunca demonstrar fraqueza. Estratégia focada na emoção.</p>
<p>“Percepções dos profissionais de enfermagem na assistência a crianças portadoras de câncer”. Pereira DMB, Bertoldi K, Roese A (2015). Rev. Enferm. UFSM; BRASIL.</p>	<p>Objetivo: analisar a vivência da equipe de Enfermagem no cuidado à criança com câncer. Método: Qualitativo. Participantes: três enfermeiros, sete técnicos de enfermagem.</p>	<p>Resultado: os profissionais apresentaram dificuldades no trabalho realizado junto à oncologia pediátrica devido a sua proximidade com sentimentos de dor, morte e sofrimento. Estratégias de enfrentamento: Apoio psicológico e capacitação institucional sobre o tema morte e o processo de morrer. Estratégia focada no problema e na emoção.</p>

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS NAS BASES DE DADOS

(continuação)

Título, Autores, Ano, Periódico e Local	Objetivo, Método e Participantes	Resultados, Estratégias de enfrentamento
<p>“Vivência de enfermeiros no cuidado à criança em fase terminal: estudo à luz da teoria humanística de enfermagem”. França JRFS, Costa SFG, Andrade CG, Costa ICP, Souza ATO, Souto MC (2014). Cienc. Cuid. Saude; BRASIL.</p>	<p>Objetivo: investigar a vivência de enfermeiros no cuidar de crianças em fase terminal. Método: Qualitativo. Participantes: 10 enfermeiros.</p>	<p>Resultados: os enfermeiros, ao assistir a criança com câncer em fase terminal, lidam com muito sofrimento, mas buscam um cuidado humanístico, integrado a cada criança, expressando seus sentimentos a partir do estabelecimento de confiança, respeito e diálogo, sendo sensíveis ao sofrimento humano, o que faz com que essa experiência seja enriquecedora para eles em seu próprio contexto de vida. Estratégias de enfrentamento: Apoio psicológico; diálogos para troca de experiência entre os profissionais. Estratégia focada na emoção.</p>
<p>“O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia”. Umann J, Silva RM, Benavente SBT, Guido LA. (2014). Rev. Gaúcha Enferm.; BRASIL.</p>	<p>Objetivo: avaliar o impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse dos enfermeiros de hemato-oncologia. Método: Transversal Analítico. Participantes: 18 enfermeiros.</p>	<p>Resultados: a estratégia Manejo de Sintomas tem impacto positivo sobre o estresse dos enfermeiros de hemato-oncologia uma vez que é efetiva para minimizá-lo neste setor de trabalho hospitalar, onde a reduzida perspectiva de cura e a cronicidade dos pacientes são inerentes ao trabalho e dificultam ações proativas e de evitar. Estratégias de enfrentamento: Uso de diferentes estratégias de enfrentamento depende do indivíduo, que pode agir de modo diverso diante de um mesmo estressor. Estratégia focada problema e na emoção.</p>
<p>“Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia”. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bouso RS. (2013). Rev. Esc. Enferm; BRASIL.</p>	<p>Objetivo: identificar o significado e as intervenções de enfermeiros que atuam em oncologia pediátrica na promoção de morte digna da criança. Método: Qualitativo. Participantes: oito enfermeiros.</p>	<p>Resultados: a compreensão do processo de cuidar e permite avançar na postulação de um quadro teórico que contemple a integração de saberes e ações que constituem uma assistência integral, transcendendo o atendimento de necessidades apenas clínicas e biológicas. Estratégia de enfrentamento: Aperfeiçoar o conhecimento sobre a temática morte e o processo de morrer. Estratégia focada no problema.</p>
<p>“Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer”. Vega Vega PA, Rodriguez R, Díaz CO, Martínez SR (2013). Aquichán; COLOMBIA.</p>	<p>Objetivo: revelar o significado de luto dos enfermeiros ao enfrentar a morte de crianças com câncer. Método: Qualitativo. Participantes: 10 enfermeiros</p>	<p>Resultados: as enfermeiras vivenciam a morte de um paciente através de viagem entre a sua própria maneira de lidar morte e o cuidado profissional que prestam. Estratégias de enfrentamento: Apoio social e psicológico para adaptar-se aos diferentes mecanismos de confronto com a morte. Estratégia focada na emoção.</p>

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS NAS BASES DE DADOS

(conclusão)		
Título, Autores, Ano, Periódico e Local	Objetivo, Método e Participantes	Resultados, Estratégias de enfrentamento
“Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement”. Wenzel J, Shaha M, Klimmek R, Krumm S.(2011). Oncol. Nurs. Forum; EUA.	Objetivo: determinar facilitadores e barreiras para gerenciar a perda de pacientes a partir das perspectivas combinadas de enfermeiros de oncologia e extrair componentes essenciais de uma intervenção de suporte. Método: Qualitativo. Participantes: 34 enfermeiros.	Resultados: dois temas principais surgiram: dimensões da perda relacionada ao trabalho e trabalho através do luto. Os participantes também forneceram muitas sugestões concretas para a criação de um ambiente de autocuidado de apoio. Estratégias de enfrentamento: Religião e fé ou esportes, limitar a quantidade de tempo gasto falando sobre o trabalho em casa. Estratégia focada na emoção.
“Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem”. Avanci BS, Carolindo FM, Góes FGB, Netto NPC. (2009); Esc. Anna Nery; BRASIL.	Objetivo: conhecer a percepção do enfermeiro diante da criança com câncer sob cuidados paliativos; e discutir como essa percepção interfere nos cuidados prestados à criança com câncer sob cuidados paliativos. Método: Qualitativo. Participantes: cinco enfermeiros.	Resultados: o cuidar da criança com câncer sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o profissional, e que os cuidados se voltam para a promoção do conforto, pelo alívio da dor e dos sintomas, além do atendimento às necessidades biopsicossociais e espirituais, e do apoio à família. Estratégias de enfrentamento: Apoio psicológico institucional. Estratégia focada na emoção.
“Peer-supported storytelling for grieving pediatric oncology nurses”. Macpherson CF(2008). Pediatr. Oncol. Nurs.; EUA.	Objetivo: abordar as experiências de enfermeiras cuidando de crianças morrendo. Método: Qualitativo. Participantes: seis enfermeiros.	Resultados: Houve uma correlação positiva significativa entre o relatório do participante de número de mortes especiais de pacientes durante a carreira e o impacto das sessões sobre o sofrimento. Estratégias de enfrentamento: Apoio dos colegas de trabalho por meio da troca de experiência. Estratégia focada na emoção.
“O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica “. Paro D, Paro J, Ferreira DLM(2005). Arq. Ciênc. Saúde; BRASIL.	Objetivo: identificar o conhecimento e as reações do enfermeiro frente ao cuidar do paciente oncológico pediátrico, Método: Qualitativo. Participantes: 17 enfermeiros.	Resultados: o cuidador possui limitações para enfrentar situações de estresse como morte de uma criança e necessitam de suporte emocional para vivenciarem este luto e aceitarem a incompatibilidade deste tema com a infância. Estratégias de enfrentamento: Melhoria do conhecimento técnico e científico, a respeito da situação estressora. Estratégia focada no problema.

FONTE: A autora, 2017.

No contexto oncológico, há o envolvimento emocional do profissional com o paciente e a família, uma vez que o tratamento é longo e as hospitalizações e os

retornos são frequentes. Assim, as ações de aceitação da doença e suas consequências em busca da troca do sofrimento pela resignação e naturalidade frente à iminência da morte, são estratégias usadas pelos enfermeiros atuantes neste contexto. (LUZ *et al.*, 2016).

A percepção de que o câncer pode levar à morte gera dificuldades de enfrentamento que repercutem nas atividades específicas do profissional de enfermagem. O profissional que cuida é um ser complexo com sentimentos, capacidade de reflexão, necessidades, dificuldades e percepções sobre o cotidiano que o cerca, mas com limitações para enfrentar e transformar situações de estresse, como a morte na infância. (PARO; PARO; FERREIRA, 2005).

Os profissionais buscam encontrar fontes de apoio social para enfrentar a morte de um paciente, tanto no âmbito pessoal, como no profissional. Em particular, cuidar de crianças no processo de morte e morrer é desafiante, pois requer do profissional um enfrentamento ativo, ou seja, a conduta de respostas cognitivas e comportamentais. (GRANEK, 2016).

Com objetivo de melhor se adaptar ao ambiente de trabalho, estes profissionais se utilizam de estratégias de enfrentamento para afastar a situação que os estressa. Estas estratégias podem ser focadas na emoção e no problema. Na emoção, o objetivo é causar mudanças emocionais no indivíduo que está submetido à situação de estresse, diminuindo a sensação física desagradável do estado de estresse. Quando focada no problema, o objetivo é tentar mudar a situação estressante definindo o problema e, após avaliação da melhor opção, tomando uma atitude. Esta segunda opção é considerada a mais adaptativa por ter a capacidade de eliminar a fonte de estresse. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A opção pelo emprego das estratégias focadas no problema e/ou na emoção têm influência do estressor, das circunstâncias, do momento e das experiências de confronto. Portanto, a forma como cada indivíduo responde aos estressores é pessoal, sendo influenciada pelas estratégias de enfrentamento utilizadas e pelas diferenças individuais. (SANTOS *et al.*, 2016).

Os estudos selecionados que apresentaram estratégias de enfrentamento baseadas no problema evidenciaram que ações relacionadas à melhoria do conhecimento técnico científico a respeito da situação estressora — por intermédio de capacitação institucional e aperfeiçoamento do conhecimento sobre a temática da morte e o processo de morrer, bem como reuniões de equipe a fim de expor as

dificuldades profissionais — podem causar mudanças no comportamento e no ambiente laboral e, portanto, a modificação do elemento estressor. No entanto, o foco no problema envolve estratégias de enfrentamento, como a modificação das condições externas da situação, aceitação da responsabilidade, planejamento de resolução de problemas e reavaliação positiva. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Em relação a estes achados, um dos estudos analisados que buscou verificar o impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse dos enfermeiros de hemato-oncologia, apresentou que, diante das características e especificidades dessa especialidade, o esforço individual para o enfrentamento por meio de estratégias focadas no problema resulta no desgaste dos profissionais envolvidos, tendo em vista as restrições terapêuticas em oncologia.

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem focadas na emoção foram baseadas no aspecto religioso, busca por distrações, apoio psicológico e social. Esta abordagem designa ações direcionadas à adaptação das condições existentes frente à morte da criança com câncer, a partir das quais o profissional busca minimizar o desconforto emocional que esta situação lhe causa.

Nos ambientes insalubres e com sobrecarga de trabalho, características presentes em ambiente oncológico pediátricos, as estratégias com foco na emoção podem ser as mais utilizadas, não sendo necessariamente as mais efetivas. Este tipo de controle pode ser essencial para a adaptação psicológica a uma condição ou situação inalterável, como é o caso da doença oncológica. (UMANN *et al.*, 2014).

Alguns estudos apresentaram as estratégias de forma conjugada, focadas na emoção-problema ou problema-emoção. Em resposta à situação estressora, pode haver a utilização conjunta e interdependente desses tipos de estratégias de enfrentamento. E, assim, as estratégias focadas na emoção podem facilitar as focadas no problema por amenizar o conflito; da mesma forma, as estratégias focadas no problema podem diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A constante alternância entre a possibilidade reduzida de controlar eventos e a necessidade de se sujeitar às circunstâncias habituais na oncologia pediátrica, levam à mudança de atitude e adoção de estratégias diferentes frente às situações no ambiente de trabalho. Isso pode justificar a utilização de estratégias de enfrentamento simultâneas e conjuntas, bem como a variabilidade dos efeitos sobre o estresse ocupacional. Desta forma, independente do resultado, há utilização dos dois tipos de

estratégias, confirmando o caráter de interdependência e complementaridade entre elas. (UMANN *et al.*, 2014).

Com a presente revisão, foi possível concluir que a morte é recorrente no cotidiano dos profissionais de enfermagem que atuam em oncologia pediátrica. Apesar disso, esses profissionais não se sentem confortáveis diante desta situação, pela quantidade de sentimentos e emoções com as quais precisam lidar. Identificou-se que as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes profissionais são: apoio psicológico de outros profissionais e da instituição; capacitação institucional sobre o tema morte e o processo de morrer; troca de experiências entre os profissionais; prática de esportes; religião e fé. Estas estratégias ocorrem de acordo com as características individuais e do ambiente de trabalho, e não há uma estratégia considerada a mais efetiva.

3 MÉTODO DE PESQUISA

Neste capítulo, serão apresentados os materiais e métodos que foram utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa. Seus tópicos foram subdivididos nos seguintes assuntos: aspectos éticos, o tipo de estudo, referencial metodológico, etapas metodológicas, instrumento utilizado, campo e população de estudo, bem como coleta e análise dos dados.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução 466/12, protocolo número 1.995.189, CAAE 65886017.1.0000.0096, 02 de abril de 2017 (ANEXO 1).

Este estudo tem, como fundamento, os preceitos éticos de respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer na pesquisa ou sair dela, por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Respeita-se a proteção da identidade dos participantes colaboradores da pesquisa.

Os participantes foram incluídos neste estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE 1). Os mesmos ficaram com uma cópia do termo, tendo em mãos o contato das pesquisadoras para eventual elucidação de dúvidas.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, de natureza quantitativa, que se caracterizou por uma investigação de método para obter, organizar e elaborar dados, com abordagem à construção, avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. O propósito deste tipo de pesquisa é a elaboração de um instrumento confiável, que possa ser aplicado por outros pesquisadores. (POLIT; HUNGLER, 2004).

A abordagem quantitativa foi utilizada para análise e interpretação dos resultados, utilizando-se a estatística. Recursos, técnicas estatísticas e programas de

computador capazes de quantificar e representar graficamente os dados também foram imprescindíveis. As variáveis predeterminadas foram mensuradas e expressas numericamente. (RODRIGUES; LIMENA, 2006; APPOLINÁRIO 2011).

3.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para delineamento desta pesquisa, foi utilizado o referencial metodológico proposto por Beaton *et al.* (2007), para tradução e adaptação transcultural do instrumento *Coping with Death Scale* (Bugen, 1980-1981) para uso em território brasileiro.

Não existe concordância com relação à adaptação de um instrumento para ser utilizado em outro contexto cultural. Por isso, o processo possui variações de acordo com alguns aspectos, tais como: as características do instrumento, os contextos de sua aplicação, tanto da versão original como da sua adaptação, e a população a quem se destina. Apesar disso, há uma consonância de que o processo vai além da mera tradução, a qual não garante a validade de construto, tampouco a contabilidade da medida. (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A Adaptação Transcultural de instrumentos de saúde para uso em um novo país requer o emprego de uma metodologia única, com objetivo de buscar as equivalências entre os idiomas de origem e de destino. Trata-se de uma necessidade para manter a validade do conteúdo, e assim permitir a aplicação do instrumento no novo idioma, com adaptação linguística e cultural, tendo a confiabilidade de que a avaliação do impacto de uma doença ou tratamento está sendo descrita de forma semelhante em ensaios multinacionais. (BEATON *et al.*, 2000; BEATON *et al.*, 2007).

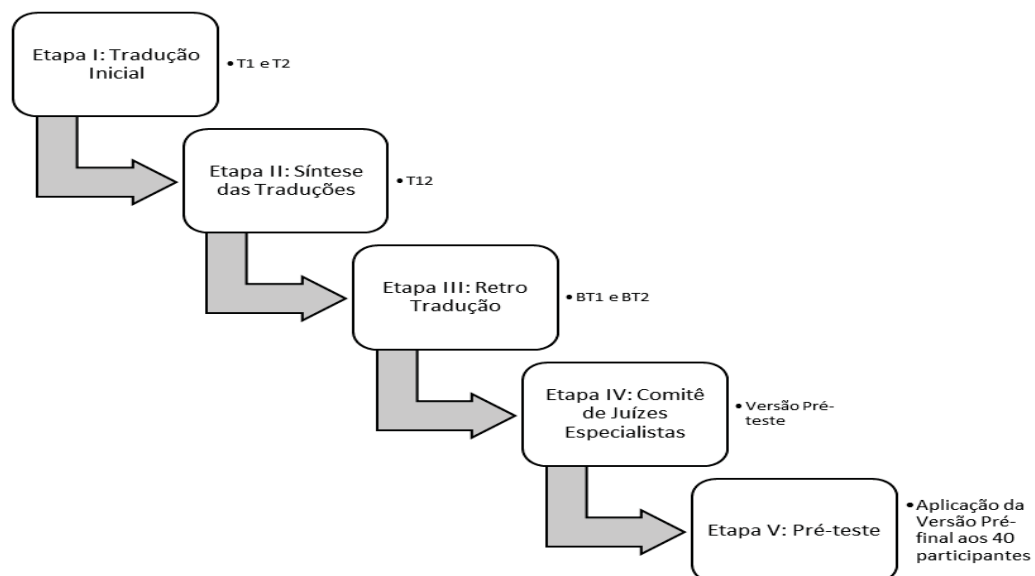
Para que as variáveis de um instrumento possam ser utilizadas em outras culturas, têm que ser adaptadas para manter validade do conteúdo, adequando-se às especificidades do contexto. Essas recomendações têm como objetivo a busca pela equivalência semântica (equivalência no significado das palavras), idiomática (peculiares a um idioma), experimental (situações representadas na versão original, mas que devem ser adequadas ao contexto cultural da língua-alvo), conceitual (relacionado à validade de conceitos), que proporcionem a validação do instrumento. (BEATON *et al.*, 2000).

Beaton *et al.* (2007) propõem que a tradução e adaptação transcultural de instrumentos ocorra nas seguintes etapas metodológicas: tradução inicial, síntese das

traduções, retro tradução, revisão por comitê de especialistas, pré-teste e submissão aos autores. Nesta pesquisa, foram realizadas as cinco primeiras etapas conforme Figura 1, a última etapa do processo não se aplica ao presente estudo, pelo fato de o autor do *Coping with Death Scale* já ser falecido.

Foi realizado o levantamento dos artigos, com a utilização da escala original e não foram encontradas limitações quanto à sua utilização. A seguir, apresentam-se as Etapas que foram desenvolvidas para a execução da Adaptação Transcultural do *Coping with Death Scale*.

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO RECOMENDADA POR BEATON (2007)



FONTE: Adaptado de Beaton *et al.* (2007).

3.4 ETAPAS METODOLÓGICAS

3.4.1 Etapa I: Tradução Inicial – *Translation*

O primeiro estágio é a tradução avançada. A recomendação é a realização de pelo menos duas traduções do instrumento, a partir da língua original para a língua alvo. Assim, as traduções são comparadas e discrepâncias no processo de tradução podem ser notadas, com uma discussão entre os tradutores. (BEATON *et al.*, 2007).

Os tradutores bilíngues devem ter como língua materna a língua alvo, isto é, o português do Brasil, e realizam as duas traduções de maneira independente, bem

como o relatório escrito da tradução. No relatório deve conter, além do conteúdo do instrumento, também aspectos particulares do processo de tradução, tais como: dúvidas, motivo das escolhas, entre outras coisas. (BEATON *et al.*, 2007).

Os dois tradutores devem ter perfis ou origens diferentes. Um dos tradutores deve ter ciência dos conceitos que estão sendo examinados no questionário traduzido. Suas adaptações terão como objetivo uma equivalência, a partir de aspectos definidos, e podem produzir uma tradução fornecendo equivalência mais confiável do ponto de vista da perspectiva da medição. (BEATON *et al.*, 2007).

O outro tradutor não deve estar ciente, nem informado dos conceitos que estão sendo quantificados e, preferencialmente, não deve ter conhecimento médico ou clínico. Este é denominado de tradutor ingênuo. Ele apresenta maior probabilidade de detectar diferentes significados do original que o primeiro tradutor, pois estará menos influenciado pela meta acadêmica, fornecendo uma tradução que reflete a língua usada por aquela população, frequentemente destacando significados ambíguos no questionário original. (BEATON *et al.*, 2007).

Nesta primeira etapa, uma carta-convite foi enviada aos tradutores (APÊNDICE 2). Após o aceite e consequente assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3), um instrumento específico para registro do processo de tradução foi preenchido pelos mesmos (APÊNDICE 4). No instrumento, constam colunas para a tradução de cada item e para sinalização de alguma observação realizada pelo tradutor.

3.4.2 Etapa II: Síntese das Traduções

Nesta etapa, os dois tradutores, mestranda e orientadora, reuniram-se na sala de estudos do (NEPECHE) e realizaram a discussão das diferenças presentes na duas traduções e realizando sintetização dos resultados das traduções. A síntese foi feita a partir do questionário original e das versões do primeiro tradutor (T1) e do segundo tradutor (T2), produzindo uma tradução em comum (T 1-2). Na etapa subsequente foi utilizada a versão T 1-2 do questionário (BEATON *et al.*, 2007). Após o consenso entre os tradutores, mestranda e orientadora, um relatório foi elaborado, descrevendo as discrepâncias encontradas e a maneira como foram resolvidas (APÊNDICE 5).

3.4.3 Etapa III: Retro Tradução – *Back Translation*

A partir da versão T1-2 do questionário o tradutor, sem conhecer a versão original, traduz o questionário de volta para a língua origem. Trata-se de um processo de averiguação de validade para confirmar que a versão traduzida está refletindo o mesmo conteúdo dos itens como nas versões originais. No entanto, a concordância entre a retro tradução e a versão original não garante uma tradução satisfatória, apenas reflete uma tradução consistente. A retro tradução é uma forma de verificação de validade, destacando inconsistências ou erros conceituais na tradução. (BEATON *et al.*, 2007).

São necessárias, no mínimo, duas retro traduções (BT1 e BT2), que devem ser produzidas por pessoas com o idioma de origem do instrumento como língua materna — ressaltando-se que elas não devem estar cientes sobre os conceitos explorados, e, tampouco, ter conhecimento na área da saúde. Estes quesitos podem evitar informações tendenciosas e deduções de significados inesperados dos itens no questionário traduzido (T 1-2), aumentando, assim, a possibilidade de destacar as imperfeições. (BEATON *et al.*, 2007).

Os retro tradutores foram dois professores de língua inglesa contratados. Eles registraram suas observações no documento de registro do processo de retro tradução (APÊNDICE 6). Ao final desta etapa, ocorreu a síntese das retro traduções, e esse processo foi descrito em um instrumento de registro do processo de retro tradução (APÊNDICE 7).

3.4.4 Etapa IV: Comitê de Juízes Especialistas – *Expert Committee Review*

A composição deste comitê é importante para a realização da equivalência transcultural. A composição do comitê pode incluir metodologistas, profissionais de saúde, profissionais de línguas e os tradutores, tanto da tradução quanto da retro tradução. A função do comitê de especialistas é analisar todas as versões do questionário e desenvolver uma versão pré-final do questionário para o teste de campo. O material à disposição do comitê inclui o questionário original, cada tradução (T1, T2, T12, BT1 e BT2) e os relatórios provenientes das fases anteriores. A discussão do comitê sobre os aspectos das fases anteriores, também deve ser registrada. (BEATON *et al.*, 2007).

Para eleição dos especialistas bilíngues, foi utilizada a adaptação dos critérios de definição de um perito, conforme proposto por Fehring (1987) (QUADRO 2), partindo-se da assertiva de que é melhor realizar adaptação de critérios já validados do que a criação de outros. A busca ocorreu por meio do Currículo *Lattes*.

Todos os membros do Comitê receberam a carta-convite para participação no estudo (APÊNDICE 8), e após parecer favorável e assinatura do TCLE (APÊNDICE 3), as versões do instrumento a ser adaptado (instrumento original, T1, T2, T1-2, BT1, BT2) foram fornecidas, bem como as instruções de aplicação do instrumento. Nesta fase o Comitê, composto por seis enfermeiros e um profissional da língua inglesa, tomou decisões para equivalência semântica entre a versão original e a versão de destino, e realizaram seus registros nos documentos denominados “Instrumento de registro do processo de revisão do comitê de juízes especialistas” (APÊNDICE 9). O objetivo do Comitê foi a consolidação de todas as versões do instrumento para subsidiar o desenvolvimento da versão pré-final para testes de campo (piloto) denominado “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente a morte” (APENDICE 10).

QUADRO 2 – CLASSIFICAÇÃO DE EXPERTS

CRITÉRIOS UTILIZADOS NA PESQUISA ADAPTADOS DE FEHRING (1987)
Ser Mestre/Doutor em Enfermagem
Ser Mestre/Doutor em Enfermagem com dissertação/tese na área de Processo de Morte – Morrer
Ter pesquisas publicadas na área de Processo de Morte – Morrer
Ter artigos em periódicos na temática Processo de Morte – Morrer
Possuir prática clínica de no mínimo um ano em Oncologia Pediátrica
Ser bilíngue (comprovação por auto relato e com exame de proficiência em línguas)

FONTE: Adaptado de Fehring (1987)

3.4.5 Etapa V: Pré-teste – *Pretesting*

A etapa final do processo de adaptação é o pré-teste. Recomenda-se uma amostra de 30 a 40 participantes. Eles respondem o instrumento e a uma entrevista, que deve conter a descrição das dificuldades com relação ao entendimento dos itens. Esta etapa busca assegurar que a versão adaptada está retendo sua equivalência em

uma situação aplicada. O processo descrito fornece medidas de qualidade na validade de conteúdo do instrumento, porém são recomendados os testes de propriedades psicométricas do questionário. (BEATON *et al.*, 2007).

Recomenda-se que, após o processo de tradução e adaptação, seja garantida que a nova versão tenha evidenciado as propriedades de cálculo necessárias para a aplicação pretendida. O novo instrumento necessita de avaliação das propriedades psicométricas para verificar a retenção das características em nível de item, tais como a correlação item-escala e consistência interna, as características de nível-pontuação de confiabilidade, assim como a construção de validade e a capacidade de resposta. É possível trabalhar alguns dos testes de confiabilidade e validade no processo de pré-teste. A versão adaptada deverá exibir atuação semelhante a original. (BEATON *et al.*, 2000).

Nesta etapa, ocorreu a aplicação do instrumento final resultante das etapas anteriormente descritas a 40 profissionais enfermeiros de uma instituição que possuem o cenário de oncologia pediátrica. O profissional que aceitou participar do estudo assinou o TCLE (APÊNDICE 1).

3.5 INSTRUMENTO UTILIZADO: *COPING WITH DEATH SCALE*

O instrumento *Coping with Death Scale* foi elaborado por Larry A. Bugen (1980-1981) e posteriormente validado por Robbins (1990-1991) nos Estados Unidos. A escala de competências específicas com base na autoavaliação subjetiva emergiu de um estudo com um grupo experimental constituído por vinte e quatro estudantes de graduação e pós-graduação de Enfermagem, Educação em Saúde, Psicologia, Sociologia, Antropologia e Religião, que frequentaram um programa de treinamento de competências no lidar com a morte na área dos cuidados paliativos. (BUGEN, 1980-1981).

Bugen acreditava que ao concluir este seminário era possível que os participantes desenvolvessem habilidades e competências específicas para lidar com a morte. Com este enfoque, pretendia aferir os benefícios e a eficácia de uma educação válida sobre a morte e enfatizar que o seu enfrentamento é uma consequência desejável após uma experiência na educação sobre a morte. Ele constatou que os estudantes podem adquirir e/ou melhorar uma variedade de capacidades de *coping* em relação à própria morte e à morte dos outros. A exposição

a uma gama completa de componentes experienciais e didáticos sobre a morte foi considerada uma das estratégias necessárias para o efeito. Salientou, ainda, que os estudantes que realizaram este seminário aprenderam a apreciar a inevitabilidade da sua morte e a dos outros. (BUGEN, 1980-1981).

A escala foi estruturada em duas categorias, totalizando 30 itens que se referem aos aspectos de como a pessoa lida com a morte. A primeira categoria se refere ao *coping* relativo à própria morte e a segunda relacionada ao *coping* com a morte de outras pessoas.

O *coping* com a própria morte se refere ao aumento da compreensão, do conhecimento, expressividade e emoções que se referem a itens como 2, 4, 5, 10, 11, 12. Enquanto o *coping* com a morte do outro aborda as habilidades para comunicar ou ajudar os enlutados e doentes terminais, apresentado nos itens 21, 23, 26, 27, 28, 29. (BUGEN, 1980-1981).

O instrumento está na forma de auto-relato escrito e a mensuração na escala de Likert com escores de 1 (discordo completamente) a 7 (concordo completamente) pontos. Para a pontuação final, é necessária a inversão do valor dos itens 13 e 24 para, então, serem somadas aos demais itens. A pontuação máxima da soma total dos itens da escala é de 210 e a mínima é de 30 pontos. Sendo considerado como boa capacidade de enfrentamento valores acima de 128, e capacidade inadequada de enfrentamento abaixo de 110, e neutro os valores intermediários (ROBBIN, 1990-1991). Os resultados do estudo de Robbin, para a validação da escala, demonstraram que a escala apresentava bons níveis de consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,89).

O instrumento foi traduzido e validado por Rio-Valle (2007) para o espanhol, em sua tese de doutorado em Enfermagem na *Universidad* de Granada. O estudo foi desenvolvido com 916 estudantes da *Universidad* de Granada, da Facultad de *Ciencias Médicas* de Cienfuegos e *Facultad* de *Economia* de *La Habana*.

Posteriormente, a escala foi traduzida e validada também para o português de Portugal por Camarneiro e Gomes (2015) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos, com 107 enfermeiros que exerciam funções de prestação de cuidados nos serviços de radioterapia, cuidados intermédios, cirurgia geral, cirurgia cabeça e pescoço, urologia, cuidados paliativos, oncologia médica e ginecologia.

O instrumento foi utilizado em alguns estudos em população da área da saúde. Claxton-Oldfield, Crain e Claxton-Oldfield (2007) em seu estudo com 17 profissionais de saúde, que participaram de um programa local de treinamento de voluntários de cuidados paliativos, utilizaram a escala com o propósito de examinar os efeitos deste tipo de treinamento com relação à ansiedade e competência diante da morte.

A escala foi utilizada por Rio-Valle (2010) em um estudo quase-experimental para avaliar o efeito de um programa de treinamento em cuidados paliativos dirigidos a 87 estudantes de ciências da saúde na Espanha.

Seo *et al.* (2013) realizaram um estudo com 87 enfermeiros que atuavam em oncologia, em unidade de terapia intensiva (UTI) de emergência na Coreia do Sul e utilizaram a escala com objetivo de explorar as atitudes dos enfermeiros em relação à morte, determinando os fatores que afetam o desempenho no cuidado desses profissionais. Sansó *et al.* (2015) utilizaram a escala para averiguar os pressupostos de que a competência em lidar com a morte e a consciência seria positivamente relacionada à satisfação da compaixão e negativamente à fadiga e ao desgaste da compaixão. O estudo transversal ocorreu com 1309 profissionais de uma associação profissional de cuidados paliativos na Espanha.

3.6 CAMPO DE ESTUDO

A coleta de dados, relativa à etapa V — Pré-teste do instrumento traduzido — ocorreu no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, na Unidade de Hemato-Oncologia Pediátrica, nos setores ambulatorial e internamento, localizado no município de Curitiba, do Estado do Paraná, Brasil. A escolha da instituição e setores se deu pela necessidade de aplicar o questionário com profissionais que atuassem em cenários oncológicos pediátricos.

O hospital de ensino é uma instituição de saúde classificada como o maior prestador de serviços do SUS no estado do Paraná, terceiro maior Hospital Universitário entre os demais do país, e órgão suplementar à Universidade mais antiga do Brasil. O Hospital conta com vários serviços de referência, entre eles o Serviço de Transplante de Medula Óssea, Transplante Hepático, Transplante Renal, Transplante Cardíaco, Banco de Ossos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Banco de Leite Humano, e outros, inclusive os ambulatoriais. Possui uma área

construída de 63 mil m². Atualmente, o hospital realiza mensalmente 1300 internamentos, 540 consultas e 30.000 consultas (CHC/UFPR, 2016).

3.7 POPULAÇÃO DO ESTUDO

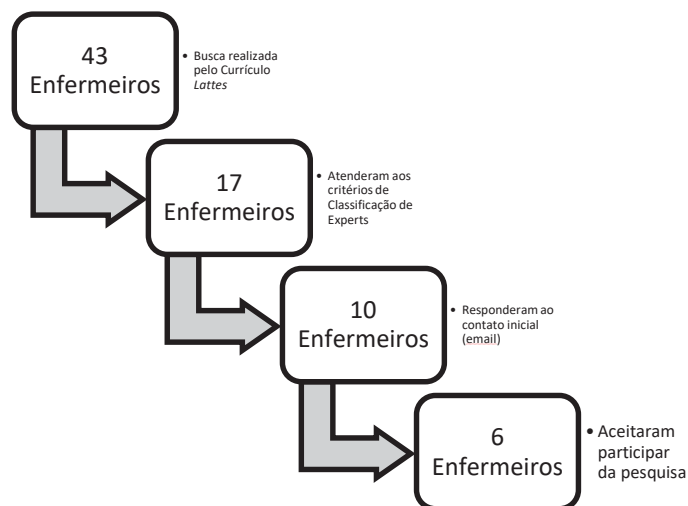
Para o processo de Tradução e Adaptação Transcultural do instrumento para a língua portuguesa, versão brasileira, foram formados três grupos de participantes:

1º Grupo de Tradutores: Tradutor 1 (T1) — enfermeira, bilíngue, com proficiência em inglês, participação voluntária no estudo; tradutor 2 (T2) — professor de língua estrangeira - Inglês, bilíngue, com proficiência em inglês, contratado para realizar a tradução;

2º Grupo de Retro tradutores: dois profissionais tradutores, tendo, como língua materna, o inglês falado nos Estados Unidos; não atuantes na área de saúde; ambos professores de língua estrangeira — Inglês, bilíngue, com proficiência em inglês, contratados para realizar a retro tradução;

3º Grupo de Juízes Especialistas: Um profissional com formação em língua estrangeira — Inglês/Português, com especialização em linguística; seis profissionais enfermeiros: que se enquadram nos critérios estabelecidos, e que aceitaram participar da pesquisa conforme Figura 2.

FIGURA 2 – PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESPECIALISTAS



FONTE: A autora (2017)

4º Grupo para validação da clareza do instrumento traduzido para a língua portuguesa, falada no Brasil: 40 enfermeiros dos setores de oncologia, hematologia e oncologia pediátrica. Os critérios de inclusão definidos para este grupo foram:

- Estar na assistência direta à criança com câncer por um período maior que um ano;
 - Ter vivenciado neste período de experiência o processo de morte e morrer da criança com câncer;
- Os critérios de exclusão foram:
- Estar de férias ou em algum tipo de licença no período selecionado para a coleta de dados;
 - Estar ocupando cargo de chefia ou afastado da assistência direta.

Nas etapas de tradução, síntese, retro tradução, os participantes da área da saúde foram voluntários, enquanto os profissionais de língua estrangeira foram contratados. No comitê de especialistas, a participação foi de caráter voluntário.

3.8 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu entre os meses de novembro de 2016 a junho de 2017, quando foi finalizada a etapa de Pré-teste.

As etapas de tradução e retro tradução não necessitaram de encontros presenciais e a comunicação ocorreu por correio eletrônico (via e-mail).

Nas etapas de síntese de traduções e comitê de especialistas, a reunião foi presencial e aconteceu em um único momento em sala de reunião específica do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná (NEPECHE/UFPR). As informações originadas nos dois encontros foram registradas em relatórios pela pesquisadora e, após a obtenção de um consenso final, estes dados foram descritos e disponibilizados em quadros para melhor visualização, e encaminhados por correio eletrônico (via e-mail) aos participantes para conferência.

A etapa de Pré-teste ocorreu da seguinte forma: foi realizado contato prévio com a chefia de enfermagem da Unidade de Hemato-Oncologia Pediátrica, que forneceu a listagem nominal dos enfermeiros que estavam na escala de serviço no período da coleta de dados e informou os turnos em que a coleta seria realizada. Foi informado também o melhor horário para realização da coleta de dados por turno de trabalho. Após a escolha dos enfermeiros que se enquadravam nos critérios de inclusão, realizou-se o convite para participação e, no mesmo dia, a aplicação dos

instrumentos aos que aceitaram participar. A coleta de dados ocorreu no setor de trabalho dos participantes, após uma breve explicação dos objetivos da pesquisa.

Procedeu-se então a leitura e a assinatura do TCLE em duas vias e, em seguida, foram apresentados os instrumentos na seguinte ordem: questionário sociodemográfico (APÊNDICE 11); “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte” com questionário sobre as facilidades e dificuldades encontradas durante o preenchimento de cada item avaliado do instrumento traduzido (APÊNDICE 10).

O instrumento sociodemográfico formulado pela pesquisadora incluiu as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, pós-graduação, tempo de formação, tempo de atuação na oncologia pediátrica, outro vínculo empregatício e atividade de lazer.

O questionário sobre as facilidades e dificuldades encontradas durante o preenchimento do instrumento *Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte” foi formulado pela pesquisadora com as seguintes perguntas: 1 - Você compreendeu o significado dos trinta (30) itens do instrumento *Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte?, No caso de NÃO, escreva qual o item/itens ou palavra (s) que trouxeram dúvidas; 2- Você encontrou alguma dificuldade na escolha de uma das respostas do instrumento *Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte?, No caso de SIM, qual a sua dificuldade e justifique?; 3 - Você tem alguma sugestão para a melhoria deste instrumento?, No caso de SIM, qual/quais a(s) sua(s) sugestão/sugestões?

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

As etapas de tradução e adaptação transcultural do instrumento *Coping With Death Scale* foram descritas e organizadas em quadros e tabelas para melhor visualização e analisadas de forma descritiva, para atender as exigências da literatura utilizada (BEATON *et al.*, 2000, 2007).

As respostas dos instrumentos foram tabuladas no *Microsoft Office Excel*, versão 2010. Foi realizada a análise estatística descritiva e apresentada em tabelas de frequências absoluta e relativa para a caracterização dos participantes, segundo as variáveis sociodemográficas. O programa estatístico R foi utilizado para as análises

psicométricas do instrumento *Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte” — um software livre e de código aberto (R CORE TEAM, 2014).

Com relação à validação de conteúdo do *Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte” feita pelo comitê de especialistas, foram adotados procedimentos qualitativos, feitos de forma individual pelos especialistas, seguidos por uma discussão em grupo, respeitando as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual. O processo quantitativo derivou da porcentagem de concordância entre os participantes do comitê, por meio da fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Foi considerado como uma taxa aceitável de concordância valores igual ou superior a 90% entre os especialistas (PASQUALI, 2004). Para os itens com concordância inferior a 90%, foram discutidos os motivos da não adequação e as possibilidades de melhoria até se chegar a um consenso. Também foi feita a análise para os demais itens, com finalidade de identificar possível melhoria.

A validação estatística do instrumento "*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente a morte" ocorreu após a coleta de dados do pré-teste. Para tanto, utilizou-se o *Alpha de Cronbach*, uma medida, que verifica a confiabilidade interna de um conjunto de medidas (CRONBACH, 1951). Foi considerado como aceitável e satisfatório *Alpha de Cronbach* > 0,80 (RATTRAY; JONES, 2007).

Foram calculadas também as medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão). O desvio padrão (medida de dispersão em torno da média) pode ser um indicador auxiliar do grau de confiabilidade de um instrumento de medidas. Quanto menor o valor do desvio padrão em relação à sua média, maior será o grau de confiabilidade do resultado do instrumento de medidas (MARTINS, 2006).

Foi utilizada também, na análise estatística, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), já que muitas técnicas estatísticas podem ajudar a determinar se o modelo proporciona ajuste adequado para os dados. Esta análise é feita com dimensões pré-estabelecidas — tanto as quantidades de dimensões, quanto os itens que as compõe.

Algumas vezes, estas dimensões são determinadas pela análise fatorial exploratória; outras, são impostas pelo próprio estudo. Esta técnica envolve um amplo conjunto de ferramentas estatísticas para validar um modelo estrutural que mensura uma medida subjetiva através de um conjunto de itens. Foi utilizado, ainda, o *modification index* — uma técnica específica dentro da AFC — para verificar a hipótese de retirada ou modificação de itens do instrumento.

Mesmo sendo um tanto subjetiva a relação de como os itens estão divididos em cada dimensão, foi possível utilizar ainda o p-valor das estimativas. O p-valor é um procedimento de escolha de variáveis em modelos estatísticos. Cada um dos coeficientes estimados possui um p-valor para validar a estimativa, se este p-valor não for $< 0,05$, a estimativa não pode ser considerada diferente de 0 e, portanto, o item deve ser excluído do instrumento.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados das etapas do processo de tradução e adaptação transcultural, sendo elas: tradução e síntese, retro tradução, comitê de especialistas e pré teste.

4.1 ETAPA DE TRADUÇÃO

A primeira etapa desenvolvida foi a tradução inicial da versão original da *Coping With Death Scale* — da variante inglesa estado-unidense, para o português brasileiro. Com relação ao título da escala os tradutor T1 e T2 traduziram os termos para o português como "Escala de *coping* com a morte", e não houve divergências nesta tradução. Conforme apresentado no Quadro 3, houve divergências na tradução de alguns termos: a tradutora T1, por ser da área da saúde, fez a tradução de forma menos literal do que o tradutor T2, que além de não ser da área da saúde desconhecia os objetivos do instrumento.

QUADRO 3 – TRADUÇÕES T1 E T2

(continua)

COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL	TRADUÇÃO T1	TRADUÇÃO T2
1. <i>Thinking about death is a waste of time</i>	1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo	1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.
2. <i>I have a good perspective on death and dying</i>	2. Eu tenho uma boa perspectiva sobre a morte e o morrer	2. Eu tenho uma boa perspectiva sobre a morte e morrer.
3. <i>Death is an area which can be dealt with safely</i>	3. Morte é uma área que pode ser manejada com segurança.	3. Morte é uma área que pode ser tratada com segurança.
4. <i>I am aware of the full array of services from funeral homes</i>	4. Estou ciente da gama* completa de serviços das funerárias	4. Eu estou ciente de toda a gama de serviços oferecidos por funerárias.
5. <i>I am aware of the variety of options for disposing of bodies</i>	5. Conheço várias opções para se dispor um corpo (sem vida).	5. Eu estou ciente da variedade de opções de descarte de corpos.
6. <i>I am aware of the fully array of emotions which characterize human grief</i>	6. Estou ciente do conjunto de emoções que podem caracterizar a aflição humana	6. Eu estou ciente de todo o conjunto de emoções que caracterizam o sofrimento humano.
7. <i>Knowing that I will surely die does not in any way effect the conduct of my life</i>	7. Saber que eu, com certeza, irei morrer, não afeta, de maneira alguma, a condução de minha vida	7. Sabendo que eu irei certamente morrer não afeta de modo algum a conduta da minha vida.
8. <i>I feel prepared to face my death</i>	8. Eu me sinto preparado para encarar minha morte.	8. Eu me sinto preparado para enfrentar a minha morte.

QUADRO 3 – TRADUÇÕES T1 E T2

(continuação)

COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL	TRADUÇÃO T1	TRADUÇÃO T2
9. <i>I feel prepared to face my dying process</i>	9. Eu me sinto preparado para encarar meu processo de morrer.	9. Eu me sinto preparado para enfrentar o meu processo de morrer.
10. <i>I understand my death-related fears</i>	10. Compreendo meus medos relacionados com a morte	10. Eu entendo os meus medos relacionados a morte.
11. <i>I am familiar with funeral pre-arrangemen</i>	11. Estou familiarizado com planos funerários.	11. Eu estou familiarizado com preparativos para funerais.
12. <i>Lately I find it O.K. to think about death</i>	12. Ultimamente acho razoável pensar sobre a morte	12. Ultimamente eu tenho achado normal pensar sobre a morte.
13. <i>My attitude about living has recently changed</i>	13. Minha atitude quanto a vida mudou recentemente.	13. Minha atitude sobre viver tem mudado recentemente.
14. <i>I can express my fears about dying</i>	14. Eu consigo expressar meus medos acerca da morte	14. Eu consigo expressar meus medos sobre morrer.
15. <i>I can put words to my gut level feelings about death and dying</i>	15. Posso colocar em palavras meus sentimentos mais profundos sobre a morte e o morrer.	15. Eu posso colocar em palavras os meus sentimentos instintos sobre morte e morrer.
16. <i>I am making the best of my present life</i>	16. Estou fazendo o melhor de minha vida atual	16. Eu estou fazendo o melhor da minha vida presente.
17. <i>The quality of my life matters more than the length of it</i>	17. A qualidade da minha vida importa mais do que a sua duração.	17. A qualidade da minha vida importa mais do que a duração dela.
18. <i>I can talk about my death with family and friends</i>	18. Posso falar sobre minha morte com minha família e amigos	18. Eu posso conversar sobre a minha morte com a minha família e amigos.
19. <i>I know who to contact when death occurs</i>	19. Sei quem contatar quando ocorre uma morte	19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.
20. <i>I will be able to cope with future losses</i>	20. Serei capaz de lidar com perdas futuras	20. Eu serei capaz de lidar com perdas futuras.
21. <i>I feel able to handle the death of others close to me</i>	21. Sinto-me sinto capaz para lidar com a morte de pessoas próximas a mim	21. Eu me sinto capaz de lidar com a morte de outras pessoas próximas a mim.
22. <i>I know how to listen to others including the terminally ill</i>	22. Sei ouvir os outros, incluindo os doentes terminais.	22. Eu sei como ouvir outras pessoas, incluindo os doentes terminais.
23. <i>I know how to speak to children about death</i>	23. Sei falar com crianças sobre a morte.	23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.
24. <i>I may say the wrong thing when I am with someone mourning</i>	24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém enlutado.	24. Eu posso dizer a coisa errada quando eu estou com alguém de luto.
25. <i>I am able to spend time with the dying if I need to</i>	25. Sou capaz de passar tempo com alguém que está morrendo, se for preciso.	25. Eu sou capaz de passar tempo com a pessoa que está morrendo, se eu precisar.
26. <i>I can help someone with their thoughts and feelings about death and dying</i>	26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e o morrer	26. Eu posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e morrer.
27. <i>I would be able to talk to a friend or family member about their death</i>	27. Seria capaz de falar com um amigo ou membro da família sobre sua própria morte.	27. Eu seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.

QUADRO 3 – TRADUÇÕES T1 E T2

(conclusão)

COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL	COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL	COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL
27. <i>I would be able to talk to a friend or family member about their death</i>	27. Seria capaz de falar com um amigo ou membro da família sobre sua própria morte.	27. Eu seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.
28. <i>I can lessen the anxiety of those around me when the topic is death and dying</i>	28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer	28. Eu posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.
29. <i>I can communicate with the dying</i>	29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo	29. Eu posso me comunicar com a pessoa que está morrendo.
30. <i>I can tell someone how, before I or they die, how much I love them</i>	30. Posso falar a alguém, antes de eu ou ele(a) morrer, o quanto eu o(a) amo.	30. Eu posso dizer a alguém, antes que eu ou eles morram, o quanto eu os amo.

FONTE: A autora (2017).

4.2 ETAPA DE SÍNTESE

Na reunião para as sínteses das traduções, procedeu-se a discussão sobre a utilização do pronome pessoal “eu” no início dos itens e optou-se pela omissão, pois as próprias formas verbais marcam, através de suas terminações, a pessoa do verbo indicada pelo pronome. Assim, manteve-se o pronome “eu” nos itens 19, 22, 23 e 30 para cumprir as exigências das regras ortográficas

QUADRO 4 – DISTINÇÕES E CONSENSO ENTRE T1 E T2

ITEM	COPING WITH DEATH SCALE	T1	T2	T12 – CONSENSO
3	<i>Dealt</i>	Manejada	Tratada	Abordada
4	<i>Full array</i>	Gama completa	Toda a gama	Gama complete
5	<i>Disposing</i>	Dispor	Descarte	Destinar
6	<i>Grief</i>	Aflição	Sofrimento	Sofrimento
7	<i>Way</i>	Maneira	Modo	Modo
8 e 9	<i>To face</i>	Encarar	Enfrentar	Enfrentar
10	<i>Understand</i>	Compreendo	Entendo	Compreendo
11	<i>Pre arrangements</i>	Planos funerários	Preparativos para funeral	Preparativos para funeral
12	<i>Ok</i>	Razoável	Normal	Não tenho problemas
14	<i>About</i>	Acerca	Sobre	Acerca
15	<i>Gut level</i>	Mais profundos	Instintos	Mais profundos
16	<i>Presente</i>	Atual	Presente	Atualmente
18 e 27	<i>Talk</i>	Falar	Conversar	Conversar
25	<i>The dying</i>	Alguém que está morrendo	Pessoa que está morrendo	Pessoa que está morrendo
29	<i>Can</i>	Posso	Consigo	Consigo
30	<i>Tell</i>	Dizer	Falar	Dizer

FONTE: A autora (2017).

Dos 30 (100%) itens que constam no instrumento, cinco (17%) deles apresentaram tradução idêntica entre T1 e T2, sendo eles: 1, 2, 20, 26 e 28. Dentre os demais, 18 itens (60%) apresentaram distinções na tradução de algum termo conforme apresentados no Quadro 4. Os 7 itens (23%) restantes (13, 1, 19, 21, 22, 23, 24) tiveram traduções semelhantes, apresentando mudanças como: "mudou" e "tem mudado", "sua duração" e "duração dela", "ocorre uma morte" e "a morte ocorrer", "outras pessoas" e "pessoas", "falar" e "como falar", "enlutado" e "luto".

As adequações entre os termos realizadas nesta etapa ocorreram após terem sido considerados os aspectos conceituais, semânticos e idiomáticos das expressões. Ao final da síntese das traduções T1 e T2, chegou-se ao consenso apresentado no Quadro 5.

QUADRO 5 – VERSÃO SÍNTESE

SINTESE T 1-2
1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.
2. Tenho uma boa perspectiva sobre morte e morrer.
3. A morte é um assunto que pode ser abordado com segurança.
4. Estou ciente da gama completa de serviços oferecidos pelas funerárias.
5. Conheço várias opções para destinar um corpo sem vida.
6. Estou ciente do conjunto de emoções que caracterizam o sofrimento humano.
7. Saber que certamente irei morrer, não afeta, de modo algum a condução da minha vida.
8. Sinto-me preparado para enfrentar a minha morte.
9. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer.
10. Compreendo meus medos relacionados à morte.
11. estou familiarizado com os preparativos para o funeral.
12. Ultimamente, não tenho problemas em pensar sobre a morte.
13. Minha atitude quanto à vida mudou recentemente.
14. Consigo expressar meus medos acerca da morte.
15. Posso colocar em palavras meus sentimentos mais profundos sobre a morte e o morrer.
16. Atualmente, faço o melhor para a minha vida.
17. A qualidade da minha vida importa mais do que a sua duração
18. Posso conversar sobre a minha morte com a minha família e amigos
19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.
20. Serei capaz de lidar com perdas futuras.
21. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas a mim.
22. Eu sei como ouvir outras pessoas, incluindo os doentes terminais.
23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.
24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém em luto.
25. Sou capaz de passar tempo com uma pessoa que está morrendo, se for preciso.
26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e morrer.
27. Seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.
28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.
29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo.
30. Posso dizer a uma pessoa antes que eu ou ela morra o quanto eu a amo.

FONTE: A autora (2017).

4.3 ETAPA DE RETRO TRADUÇÃO

Após a realização das alterações na reunião de consenso entre a orientadora, a pesquisadora e os tradutores, o instrumento síntese (T12) foi enviado para a etapa de retro tradução; sendo encaminhado para dois tradutores independentes, que desconheciam os objetivos do estudo. O objetivo desta etapa foi verificar se a versão síntese (T1-2) retro traduzida condizia com o instrumento inicial.

Em relação ao título, as duas retro traduções foram consensuais à versão inicial, a saber: *Coping with Death Scale*.

Como pode ser observado no Quadro 6, seis (20%) dos itens se apresentaram exatamente iguais entre BT1 e BT2. Comparando com instrumento inicial, BT1 tem cinco (17%) itens idênticos à escala original, que são: 1, 10, 14, 26, e 27. No entanto, BT2 apresentou dez (33%) afirmações iguais ao *Coping with Death Scale*, que são: 1, 2, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 26, e 28.

QUADRO 6 – TRADUÇÕES BT1 E BT2 E A VERSÃO INICIAL *COPING WITH DEATH SCALE*

COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION) BT1	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION) BT2
1. <i>Thinking about death is a waste of time</i>	1. <i>Thinking about death is a waste of time.</i>	1. <i>Thinking about death is a waste of time.</i>
2. <i>I have a good perspective on death and dying</i>	2. <i>I have a good perspective about the death and I know how to deal with it.</i>	2. <i>I have a good perspective on death and dying.</i>
3. <i>Death is an area which can be dealt with safely</i>	3. <i>Death is a subject which can be approached with security.</i>	3. <i>Death is a topic that can be approached with safety.</i>
4. <i>I am aware of the full array of services from funeral homes</i>	4. <i>I'm aware of the complete core services offered by the funeral parlors.</i>	4. <i>I am aware of the full range of services offered by funeral homes.</i>
5. <i>I am aware of the variety of options for disposing of bodies</i>	5. <i>I know many options how to take a lifeless body.</i>	5. <i>I know about the many ways of disposing a corpse/dead body.</i>
6. <i>I am aware of the fully array of emotions which characterize human grief</i>	6. <i>I'm aware of the emotions settings</i>	6. <i>I am aware of about the set of emotions that characterize human suffering.</i>
7. <i>Knowing that I will surely die does not in any way effect the conduct of my life</i>	7. <i>Knowing that you are surely going to die, doesn't affect my life conduction anyway.</i>	7. <i>Knowing that I will eventually die does not affect how I live my life at all</i>
8. <i>I feel prepared to face my death</i>	8. <i>I'm prepared of dealing with my death.</i>	8. <i>I feel prepared to face my death</i>
9. <i>I feel prepared to face my dying process</i>	9. <i>I'm prepared of dealing with my death processing.</i>	9. <i>I feel prepared to face my dying process</i>
10. <i>I understand my death-related fears</i>	10. <i>I understand my death related fears</i>	10. <i>I understand death related fears</i>

QUADRO 6 – TRADUÇÕES BT1 E BT2 E A VERSÃO INICIAL COPING WITH DEATH SCALE

(continuação)

COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION) BT1	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION) BT2
11. <i>I am familiar with funeral pre-arrangemen</i>	11. <i>I'm aware with the funeral preparations.</i>	11. <i>I am familiar with funeral pre arrangemen.</i>
12. <i>Lately I find it O.K. to think about death</i>	12. <i>I don't have any problems on coping about death lately.</i>	12. <i>Lately I do not have problems thinking about death.</i>
13. <i>My attitude about living has recently changed</i>	13. <i>My attitude to life has changed recently.</i>	13. <i>My attitude towards life has changed recently.</i>
14. <i>I can express my fears about dying</i>	14. <i>I can express my fears about death.</i>	14. <i>I can express my fears about death.</i>
15. <i>I can put words to my gut level feelings about death and dying</i>	15. <i>I can express by words my deepest feelings about the death and how to die.</i>	15. <i>I can put into words my deepest feelings about death and dying.</i>
16. <i>I am making the best of my present life</i>	16. <i>I do the best for my life lately</i>	16. <i>Nowadays, I do the best for my life.</i>
17. <i>The quality of my life matters more than the length of it</i>	17. <i>My life quality matters more than its last.</i>	17. <i>My quality of life is more important than how much I live / My quality of life matters more than how many years I live.</i>
18. <i>I can talk about my death with family and friends</i>	18. <i>I can talk about my death to my family and friends.</i>	18. <i>I can talk about my death with family and friends.</i>
19. <i>I know who to contact when death occurs</i>	19. <i>I know whom to contact with when the death occurs.</i>	19. <i>I know who to contact when someone dies.</i>
20. <i>I will be able to cope with future losses</i>	20. <i>I will be able to deal with future losses.</i>	20. <i>I will be able to deal with future losses.</i>
21. <i>I feel able to handle the death of others close to me</i>	21. <i>I'm able to deal with the close people deaths.</i>	21. <i>I feel capable of dealing with the death of people close to me.</i>
22. <i>I know how to listen to others including the terminally ill</i>	22. <i>I know how to listen other people, including terminally sick people.</i>	22. <i>I can listen to other people, even terminally ill patients.</i>
23. <i>I know how to speak to children about death</i>	23. <i>I know how to talk to children about the death.</i>	23. <i>I know how to talk with children about death.</i>
24. <i>I may say the wrong thing when I am with someone mourning</i>	24. <i>I can say something wrong when I'm with someone in mourning.</i>	24. <i>I could say something wrong when someone is mourning.</i>
25. <i>I am able to spend time with the dying if I need to</i>	25. <i>I'm able to spend time with a person who is dying if it is needed.</i>	25. <i>If necessary I can spend some time with a person who is dying.</i>
26. <i>I can help someone with their thoughts and feelings about death and dying</i>	26. <i>I can help someone with their thoughts and feelings about the death and dying.</i>	26. <i>I can help someone with their thoughts and feelings about death and the dying.</i>
27. <i>I would be able to talk to a friend or family member about their death</i>	27. <i>I'd be able to talk to a friend or a family member about their death.</i>	27. <i>I would be able to talk about death with a friend or a family member.</i>

QUADRO 6 – TRADUÇÕES BT1 E BT2 E A VERSÃO INICIAL *COPING WITH DEATH SCALE*

(conclusão)

<i>COPING WITH DEATH SCALE – ORIGINAL</i>	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION) BT1	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION) BT2
28. <i>I can lessen the anxiety of those around me when the topic is death and dying</i>	28. <i>I can diminish the anxiety from those who are around me when the subject is death or how to die.</i>	28. <i>I can lessen the anxiety of those around me when the topic is death and dying.</i>
29. <i>I can communicate with the dying</i>	29. <i>I can communicate with someone who is dying.</i>	29. <i>I can communicate with someone who is dying.</i>
30. <i>I can tell someone how, before I or they die, how much I love them</i>	30. <i>I can tell to someone how much I love him/her before I die or the other person dies.</i>	30. <i>I can tell someone before I die or before he or she dies how much I love her/him.</i>

FONTE: A autora (2017).

4.4 ETAPA COMITÊ DE ESPECIALISTAS

A revisão da *Coping With Death Scale* pelo comitê de especialistas utilizou todas as versões do instrumento: o *Coping With Death Scale* versão original; as traduções T1 e T2; a versão síntese T12; e as retro traduções BT1 e BT2, adequando-as em relação às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual até a obtenção de um consenso final.

O primeiro item analisado e discutido foi o título que inicialmente ficou definido como “Escala de *coping* com a morte”. Porém, apesar da tradução literal do termo “with” corresponder à “com”, optou-se pelo uso de “frente à”. A justificativa para tal decisão é por melhor atender ao aspecto conceitual da escala, e em português “frente” significa estar “diante” ou “perante” alguma coisa, dessa forma, o comitê decidiu por utilizar “Escala de *coping* frente à morte”. (BECHARA, 2009)

QUADRO 7 – CONSENSO DE 100% DOS ITENS PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

ITEN ANALISADO
1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.
2. Tenho uma boa perspectiva sobre morte e morrer.
7. Saber que certamente irei morrer, não afeta, de modo algum a condução da minha vida.
10. Compreendo meus medos relacionados à morte.
12. Ultimamente, não tenho problemas em pensar sobre a morte.
13. Minha atitude quanto à vida mudou recentemente.
14. Consigo expressar meus medos sobre a morte.
15. Posso colocar em palavras meus profundos sentimentos sobre a morte e morrer.
20. Serei capaz de lidar com perdas futuras.
23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.
27. Seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.

FONTE: A autora (2017).

Em relação aos itens que compõem o instrumento, os especialistas obtiveram consenso em 11 (37%) itens, conforme demonstrado no Quadro 7.

Pasquali (2004) delimita que uma concordância >90% significa uma taxa aceitável. Os especialistas apresentaram uma taxa aceitável de concordância em nove (30%) itens conforme Quadro 8.

QUADRO 8 – ITENS COM TAXA ACEITÁVEL DE CONCORDÂNCIA (>90%)

ITEN ANALISADO
3. A morte é um assunto que pode ser abordada com segurança.
5. Conheço várias opções para destinar um corpo sem vida.
9. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer.
19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.
21. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas a mim.
24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém em luto.
26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e morrer.
28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.
29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo.

FONTE: A autora (2017).

Para os itens com concordância inferior a 90%, foram discutidos os motivos da não adequação e quais seriam as adequações necessárias para ter o consenso. O Quadro 9 apresenta o comparativo dos termos discutidos em relação ao que foi estabelecido na síntese das traduções com o que foi definido pelos especialistas.

QUADRO 9 – ADEQUAÇÃO DE CONTEÚDO PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

SINTESE T 1-2	ITENS COM ADEQUAÇÕES
4. Estou ciente da <u>gama completa de</u> serviços oferecidos pelas funerárias.	4. Estou ciente <u>dos</u> serviços disponibilizados pelas funerárias
6. Estou ciente <u>do conjunto</u> de emoções que caracterizam o sofrimento humano.	Eu estou ciente <u>das</u> emoções que caracterizam o sofrimento humano
8. <u>Sinto-me</u> preparado para enfrentar a minha morte.	8. <u>Estou</u> preparado para enfrentar minha própria morte
11. <u>Estou</u> familiarizado com os preparativos <u>para o funeral.</u>	11. Tenho conhecimento sobre os preparativos <u>de um funeral</u>
17. A <u>qualidade da minha vida</u> importa mais do que a sua duração	17. A <u>minha qualidade de vida</u> importa mais que sua duração
18. <u>Posso conversar</u> sobre a minha morte com <u>a minha família</u> e amigos	18. <u>Consigo falar</u> sobre a minha morte com <u>meus familiares</u> e amigos
22. Eu sei como ouvir <u>outras</u> pessoas, incluindo os doentes terminais.	22. Eu sei ouvir <u>as</u> pessoas, incluindo doentes terminais
25. Sou capaz de passar tempo com uma pessoa que está morrendo, se for <u>preciso.</u>	25. Sou capaz de passar <u>um</u> tempo com uma pessoa que está morrendo, se for <u>necessário.</u>
30. <u>Posso dizer a uma pessoa antes que eu ou ela morra o quanto eu a amo.</u>	30. <u>Eu posso dizer o quanto amo a pessoa antes de eu ou ela morrer.</u>

FONTE: A autora (2017).

Os itens 11 e 30 foram completamente reestruturados, pois segundo os especialistas a forma como foram apresentadas pela síntese das traduções não apresentava de forma clara a intenção da afirmativa. Nos demais itens, foram substituídos apenas alguns termos da afirmativa para simplificar ou, ainda, deixar uma linguagem mais informal para facilitar o entendimento do item.

Nos itens que necessitaram de adequações, os termos modificados foram: “gama completa de” por “dos”, “sinto-me” por “estou”, “qualidade da minha vida” por “minha qualidade de vida”, “posso conversar” por “consigo falar”, “a minha família” por “meus familiares”, “preciso” por “necessário”.

No item 16, os especialistas observaram que a tradução inicial e o que foi definido no consenso, isto é, na primeira e segunda etapa do processo, não estava de acordo com o original em inglês, portanto houve a necessidade da mudança completa do item que anteriormente era “Atualmente, faço o melhor para a minha vida” ficando “Atualmente, estou aproveitando da melhor forma a minha vida”, agora seguindo de forma literal a tradução.

Assim, os itens ficaram adequados em relação às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual mediante a obtenção de um consenso final, que resultou no instrumento “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de *coping* frente à morte”, posteriormente aplicado na etapa do Pré-teste.

QUADRO 10 – VERSÃO PARA O PRÉ-TESTE

(continua)

COPING WITH DEATH SCALE VERSÃO PORTUGUÊS/BRASIL: ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE
1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.
2. Tenho uma boa perspectiva sobre morte e morrer.
3. A morte é um assunto que pode ser abordado com segurança.
4. Estou ciente dos serviços disponibilizados pelas funerárias.
5. Conheço várias opções para destinar um corpo sem vida.
6. Estou ciente das emoções que caracterizam o sofrimento humano.
7. Saber que certamente irei morrer, não afeta, de modo algum a condução da minha vida.
8. Estou preparado para enfrentar minha própria morte.
9. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer.
10. Compreendo meus medos relacionados à morte.
11. Tenho conhecimento sobre os preparativos de um funeral.
12. Ultimamente, não tenho problemas em pensar sobre a morte.
13. Minha atitude quanto à vida mudou recentemente.
14. Consigo expressar meus medos sobre a morte.
15. Posso colocar em palavras meus profundos sentimentos sobre a morte e morrer.
16. Atualmente, estou aproveitando da melhor forma a minha vida.
17. A minha qualidade de vida importa mais que sua duração.
18. Consigo falar sobre a minha morte com meus familiares e amigos.

QUADRO 10 – VERSÃO PARA O PRÉ-TESTE

(conclusão)

COPING WITH DEATH SCALE VERSÃO PORTUGUÊS/BRASIL: ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE
19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.
20. Serei capaz de lidar com perdas futuras.
21. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas a mim.
22. Eu sei ouvir as pessoas, incluindo doentes terminais.
23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.
24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém em luto.
25. Sou capaz de passar um tempo com uma pessoa que está morrendo, se for necessário.
26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e morrer.
27. Seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.
28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.
29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo.
30. Eu posso dizer o quanto amo a pessoa antes de eu ou ela morrer.

FONTE: A autora (2017).

Os itens da versão escolhida pelo comitê para serem utilizados na fase Pré-teste estão dispostos no Quadro 10.

4.5 ETAPA PRÉ-TESTE

Nesta etapa do estudo, foram selecionados 40 enfermeiros para avaliar o entendimento dos termos do “*Coping with death scale* na versão do português/Brasil: “Escala de *coping* frente a morte”, e trazer sugestões para a sua melhoria.

A caracterização da amostra foi composta por 40 enfermeiros — com os dados sociodemográficos apresentados na Tabela 2 que mostram que a média de idade dos participantes foi de 36 anos, com variação de 25 a 55 anos, predomínio do sexo feminino, sendo 21 deles casados (52,5%). A maioria dos participantes (N= 33, 82,5%) pratica algum tipo de religião. A maior parte dos participantes (N= 27, 67,5%) afirmou possuir algum tipo de atividade de lazer, havendo predomínio da prática de atividades físicas (N= 16, 40%).

Quanto à maior titulação acadêmica, 42,5% (N= 17) são graduados em Enfermagem e não possuem nenhum tipo de pós graduação, 40% (N= 16) possui pós-graduação *Lato sensu*, nos cursos de: Enfermagem do Trabalho, Gestão Pública, Oncologia, Saúde da Família, Urgência e Emergência, UTI Neonatal; e 17,5% (N= 7) na modalidade *Stricto sensu*, nível Mestrado em Enfermagem. O tempo de formado foi em média de nove anos e variou de dois a 32 anos. A média de tempo de atuação na Oncologia Pediátrica dos participantes foi de quatro anos, com variação de um a 15 anos. Todos os participantes responderam não ter outro vínculo empregatício.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS QUE PARTICIPARAM DA ETAPA DO PRÉ-TESTE. CURITIBA-PR

VARIÁVEIS	N	%
IDADE		
25 – 34	21	52,5
35 – 44	11	27,5
45 – 55	8	20
SEXO		
Feminino	39	97,5
Masculino	1	2,5
ESTADO CÍVIL		
Solteiro	15	37,5
Casado	21	52,5
Separado/ Divorciado	4	10
RELIGIÃO		
Católica	18	45
Espirita	1	2,5
Evangélica	14	35
Nenhuma	7	17,5
ATIVIDADE DE LAZER		
Ir ao cinema	3	7,5
Leitura	5	12,5
Música	1	2,5
Prática de exercício físico	16	40
Ver TV	2	5
Nenhuma	13	32,5
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Superior Completo	17	42,5
Pós-graduação (<i>Lato sensu</i>)	16	40
Pós-graduação (<i>Stricto sensu</i> , nível mestrado)	7	17,5
TEMPO DE FORMADO (anos)		
2 – 11	30	75
12 – 21	7	17,5
22 – 32	3	7,5
TEMPO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA (anos)		
1 – 5	34	85
6 – 10	4	10
11 – 15	2	5

FONTE: A autora, 2017

Após a coleta dos dados sociodemográficos, os 40 enfermeiros responderam o instrumento “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de *coping* frente à morte” e um questionário sobre a compreensão da mesma. O tempo foi de aproximadamente oito minutos para o preenchimento do instrumento.

Neste estudo, a análise da consistência interna da escala global com 30 itens, verificou-se que o alfa de Cronbach é de 0,857. Portanto considerado adequado, pois quanto maior o valor obtido, mais confiável o instrumento.

A análise fatorial confirmatória (AFC) sustentou a divisão da escala em duas dimensões, conforme estabelecido por Bugen (1980-1981), com um agrupamento de

17 itens para a dimensão coping com a própria morte (Alfa de Cronbach de 0,81) e 13 itens para a dimensão coping com a morte de outras pessoas (Alfa de Cronbach de 0,87) tal como no estudo original.

No Quadro 11 os itens de Q1 à Q30 correspondem aos 30 itens da escala. A dimensão D1 se refere ao *Coping* com a própria morte, enquanto D2 ao *Coping* com a morte dos outros.

QUADRO 11 - MODELO ESTABELECIDO POR BUGEN (1980-81)

DIMENSÃO	ITEM
D1	Q1+Q2+Q3+Q4+Q5+Q7+Q8+Q9+Q10+Q11+Q12+Q13+Q14+Q15+Q18+Q20+Q21
D2	Q6+Q16+Q17+Q19+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26+Q27+Q28+Q29+Q30

FONTE: A autora (2017).

TABELA 3 - MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ITENS TRADUZIDOS

Dimensão	Item	p-valor	Media	DP	Alpha de Cronbach
Coping com a própria morte	Q1	0,010	2,33	1,62	0.818
	Q2	0.006	4.38	1.56	
	Q3	0.008	4.4	1.84	
	Q4	< 0,001	3,15	1,48	
	Q5	< 0,001	3.42	1.68	
	Q7	0.014	4	1.18	
	Q8	< 0,001	4.1	1.79	
	Q9	< 0,001	3.77	1.75	
	Q10	< 0,001	4.97	1.99	
	Q11	< 0,001	4.65	1.86	
	Q12	< 0,001	4.3	2.11	
	Q13	0,020	3,38	1,76	
	Q14	< 0,001	5	1.69	
	Q15	< 0,001	4.45	1.71	
Q18	< 0,001	4.92	1.93		
Q20	< 0,001	3.45	1.99		
Q21	< 0,001	3.02	1.79		
Coping com a morte dos outros	Q6	< 0,001	5.38	1.58	0.871
	Q16	0.024	4.53	1.88	
	Q17	0.005	5.25	1.77	
	Q19	< 0,001	4.42	2	
	Q22	0.009	5.2	1.49	
	Q23	< 0,001	2.75	1.71	
	Q24	< 0,001	3,98	1,78	
	Q25	0.021	5.53	1.34	
	Q26	< 0,001	4.62	1.75	
	Q27	< 0,001	4.35	1.67	
	Q28	< 0,001	3.75	1.6	
	Q29	0.004	3.95	1.58	
	Q30	< 0,001	5.72	1.58	
					Geral 0,857

FONTE: A autora (2017).

LEGENDA: Q: itens do instrumento; DP: desvio padrão.

A partir disso, foi calculado o p-valor, que corresponde à verificação da hipótese da estimativa do item, sendo $p < 0,05$ indicativo de que o item pode ser considerado no modelo definido.

O modelo estrutural apresentado foi formulado pela AFC com base no modelo original e, a partir disso, foram calculadas as medidas de qualidade. Posteriormente, foram utilizadas técnicas específicas da AFC para retirada e/ou inclusão de itens, embora as modificações que a técnica sugeriu não alterarem os indicadores de qualidade do instrumento, mantendo-se os 30 itens.

Conforme Tabela 3, os 30 itens da escala apresentaram o p-valor $< 0,05$, indicando que houve contribuição significativa de informação do item em relação à dimensão. Deste modo, comprovou-se que o item pode ser considerado neste modelo.

A Tabela 3 representa as médias e o desvio padrão dos itens avaliados incluídos no modelo para análise. A avaliação dos valores de medidas de dispersão (desvio padrão) propõe que grandes dispersões de dados podem prejudicar a fiabilidade do instrumento. Quatro afirmações mostraram maior divergência, presentes nos itens 10, 12, 20 e 19, e evidenciadas pelos maiores valores do desvio padrão, respectivamente de 2.11, 1.99 e 2.

Com relação ao questionário auxiliar, que solicitava que os enfermeiros expressassem facilidades e dificuldades encontradas durante o preenchimento de cada item avaliado no instrumento traduzido, oito participantes (20%) não compreenderam pelo menos um item do instrumento. A Tabela 4 elenca as três afirmações que geraram dúvidas, com os seus respectivos termos destacados.

TABELA 4 - ITENS DO *COPING WITH DEATH SCALE* VERSÃO PORTUGUÊS/BRASIL: ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE, MAL COMPREENDIDOS PELOS PARTICIPANTES

ITEM	FREQUÊNCIA
5. Conheço várias opções para <u>destinar</u> um corpo sem vida.	5
11. Tenho conhecimento sobre os <u>preparativos de um funeral</u> .	4
19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.	2

FONTE: A autora (2017).

A palavra “destinar”, não foi compreendida por cinco enfermeiros, segundo eles, houve dificuldade de definir em qual contexto, se no hospitalar ou no domiciliar, do corpo sem vida. O mesmo ocorreu com o item 19: a dificuldade foi a falta de um

contexto como referência para a resposta. O termo “preparativos de um funeral” pareceu equivocado para quatro participantes que apresentaram dificuldades para delimitar o que seriam os preparativos de um funeral.

Em relação à escolha de uma resposta do instrumento, 100% dos participantes não apresentaram dificuldade, apesar de oito participantes não terem compreendido algum item. Ao final, não houve sugestões para a melhoria do instrumento.

5. DISCUSSÃO

Para realizar uma pesquisa e atingir os objetivos esperados com rigor metodológico e científico, é necessário o uso de procedimentos que garantam indicadores confiáveis, principalmente no que se refere à coleta de dados. Na área da saúde existem, atualmente, um número expressivo de questionários e escalas utilizados para verificar e avaliar um fenômeno. Contudo, é de suma importância que esses instrumentos apresentem fidedignidade e validade tornando mínima a possibilidade de análises subjetivas. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; MEDEIROS *et al.*, 2015).

A elaboração de instrumentos, bem como a adaptação e validação de conteúdo, demonstra o desenvolvimento da enfermagem brasileira no ambiente científico, com necessidades de utilização de medidas confiáveis nas pesquisas. Para a obtenção de um instrumento de medida, é relevante a avaliação das propriedades psicométricas. (ALEXANDRE *et al.*, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2015).

Os processos conduzidos para tradução e adaptação cultural do “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte”, foram satisfatórios. A versão brasileira da escala demonstrou muitas semelhanças com a escala original. Não ocorreram intercorrências durante o desenvolvimento das fases Tradução, Síntese e Retro tradução, que corresponderam com as exigências metodológicas preconizadas pela literatura internacional. (BEATON *et al.*, 2007).

Na etapa Síntese, foram sugeridas modificações no significado literal das palavras, conforme Quadro 4, que foram traduzidas objetivando formar expressões mais simples, utilizadas de modo compreensível no cotidiano da população brasileira.

Na avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual feita pelo comitê de especialistas, foi possível identificar que, entre o “*Coping with death scale*” e sua versão brasileira, os itens do instrumento apresentaram pouca divergência quanto à equivalência semântico-idiomática. O comitê de especialistas sugeriu pequenas mudanças em algumas questões, como a colocação de preposições antes de alguns termos e a inversão de frases para facilitar a compreensão e o preenchimento do instrumento adaptado.

Martino (2014) define que a frase é um enunciado que apresenta um sentido completo. Tem como objetivo um propósito comunicativo, com a capacidade de

transmitir um conteúdo satisfatório de acordo com a situação na qual está sendo empregada.

A tradução, síntese e avaliação da versão são as primeiras etapas do processo de adaptação de um instrumento para uma nova cultura. Após tais etapas, o resultado deve ser a primeira versão do instrumento para uma etapa essencial no processo: a avaliação do instrumento pelo público-alvo. Nesta etapa o objetivo é investigar se as instruções são claras, se os termos presentes nos itens estão adequados, se as expressões correspondem às utilizadas pelo público alvo do instrumento, entre outros aspectos (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Considerando os requisitos da literatura sobre os juízes serem peritos na área do construto, a validade de conteúdo feita pelo comitê de especialistas em relação aos itens contidos no instrumento evidenciou que 37% dos itens obteve 100% de concordância entre os especialistas e, portanto, os resultados indicaram que estavam apropriados. Evidenciou-se que a validação de conteúdo atingiu seus objetivos, visto que em termos de homogeneidade da amostra, os juízes selecionados atenderam a todos os critérios teórico-práticos buscados.

Desta forma, Pasquali (2009; 2011) refere que o processo de adaptação transcultural de instrumentos de medidas requer esforço dos pesquisadores. A validade é um parâmetro primordial para obter um instrumento confiável, e isto demanda discussão.

Apenas nove termos, dos 30 itens do instrumento “*Coping with death scale* versão português/Brasil: Escala de coping frente à morte”, necessitaram de ajustes, conforme parecer do comitê. Por consenso, o comitê entendeu a necessidade de adaptar as palavras para o contexto vivido pelo público-alvo, na tentativa de aproximá-lo de sua realidade por meio de expressões coloquiais. Apesar disso, ao analisar os resultados, tanto no que se refere à clareza, quanto à pertinência, é possível perceber que nenhum dos itens foi julgado com total discordância. Conforme Bittencourt (2011), a decisão de mantê-los levou em consideração a subjetividade dos juízes envolvidos no processo.

As traduções devem ser analisadas em termos de equivalência conceitual, tomando cuidado para que alterações gramaticais necessárias possam ser conceitualmente semelhantes à cultura na qual irá ser aplicada. Quanto à adaptação cultural, fatores da população devem ser considerados, pois um fator não habitual

àquela determinada população pode tornar a adaptação inválida (DUARTE *et al.*, 2003).

Portanto, em estudos transculturais, é um consentimento não apenas verificar discrepâncias entre indivíduos e culturas, mas também entender as características comuns ou semelhantes entre os mesmos. Para tanto, a relevância está em obter instrumentos adequadamente adaptados, com equivalência da medida, independentemente do contexto em que for utilizado. Assim, além de desenvolver um rigoroso processo de tradução e adaptação, é preciso a avaliação das características psicométricas do novo instrumento para garantir que ele está em condições de uso (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Além de o processo conduzido para tradução e adaptação cultural ter sido satisfatório, a avaliação dos dados psicométricos da escala também apresentou resultados aceitáveis.

Os resultados mostram que a versão adaptada do *Coping with death scale* apresentou medidas confiáveis para a cultura brasileira, uma vez que a homogeneidade desta versão revelou um alfa de *Cronbach* igual a 0,857, valor semelhante ao da escala original, que foi de 0,89 (ROBBIN, 1990-1991). Rattray e Jones (2007) consideram que um alfa de *Cronbach* superior a 0,70, para questionários em desenvolvimento, ou 0,80, para os que estão sendo utilizados, são considerados aceitável e satisfatório. Pode-se entender que 86% da variabilidade na pontuação respondida pelos enfermeiros se refere ao verdadeiro conceito sobre o que foi proposto investigar. Assim, existem evidências de que o instrumento apresentou bons níveis de confiabilidade, indicando ser capaz de medir de modo reprodutível as informações.

Quando a escala é formada por diferentes domínios, a consistência interna deve ser avaliada separadamente para cada parte (DEVON *et al.*, 2007). Foi verificado no estudo um *Alfa de Cronbach* de 0.818 para a dimensão *Coping* com a própria morte e 0.871 para *Coping* com a morte dos outros, confirmando possuir consistência interna adequada, de acordo com os parâmetros propostos por Rattray e Jones (2007). Os valores de cada dimensão não foram apresentados por Bugen (1980-1981), na sua versão original, tão pouco na adaptação realizada por Robbins (1990-1991).

Em um estudo de tradução e adaptação transcultural do instrumento "*Coping with death scale*" realizado na Espanha, a análise da consistência interna do instrumento que foi produzido no estudo correspondeu a um coeficiente de alfa de

Cronbach de 0,824, sendo considerado como um instrumento altamente confiável pela autora (RIO-VALLE, 2007). Da mesma forma, Camareiro e Gomes (2015) traduziu e adaptou o mesmo instrumento para o português de Portugal, analisando a sua confiabilidade e a sua fatorialidade. A análise da consistência interna da escala global (30 itens) mostrou um $\alpha=0,85$, mas após a retirada de quatro itens, o produto final apresentou um Alfa de *Cronbach* de 0,89.

No presente estudo, todos os itens da escala foram mantidos, pois a análise estatística por intermédio da AFC, baseado no modelo original de Bugen (1980-1981), não apresentou mudanças nos indicadores de qualidade do instrumento. A opção por manter todos os itens levou em consideração a harmonia entre a estrutura teórica e a estrutura fatorial encontrada, bem como a análise das técnicas estatísticas que não sugeriram a retirada. Bugen (1980-1981) e Robbins (1990-1991) podem ter usado várias técnicas estatísticas para retirada ou inclusão dos itens dentro do modelo bifatorial que propuseram, porém não apresentam estes detalhes em seu estudo, demonstrando apenas a consideração dos itens propostos inicialmente em cada dimensão.

Rio-Valle (2007) também testou em seu estudo a exclusão de itens e considerou que o fato de eliminar itens não alterou de forma significativa a consistência interna do instrumento, optando por manter os 30 itens iniciais da escala original. Diferente disso, o estudo realizado por Camareiro e Gomes (2015) demonstrou que quatro itens apresentaram baixa correlação item-total corrigido ou correlação negativa e foram retirados do instrumento.

A qualidade de todo este processo está em manter os atributos de validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. Entre estes atributos, a validade e a confiabilidade são de maior relevância ao se fazer a adaptação cultural de instrumentos que serão utilizados na prática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O instrumento adaptado demonstrou boa aplicabilidade para a população brasileira, pois os participantes levaram aproximadamente oito minutos para o preenchimento. A praticabilidade satisfatória de um instrumento envolve características práticas da sua utilização em relação ao tempo de preenchimento, facilidade de resposta e interpretação dos resultados (ALEXANDRE, 2013).

Com relação à compreensão dos termos contidos no instrumento na fase Pré-teste, 80% dos enfermeiros consideraram ter entendido perfeitamente as 30

afirmações e 100% afirmaram não apresentar dificuldades em escolher uma resposta para as afirmações do instrumento.

Em relação às características sociodemográficas dos enfermeiros participantes incluídos na fase Pré-teste, houve o predomínio do sexo feminino. Este dado vai ao encontro do apresentado por um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em conjunto com Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que verificou o perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil e concluiu que há uma prevalência do sexo feminino (86%) na profissão (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

As separações sexistas são notadamente visíveis dentro da profissão de Enfermagem. Apesar do sexo masculino estar conquistando espaço dentro de uma profissão, considerada como feminina, ainda existe resistência à presença de homens em alguns tipos de práticas que são realizadas por estes profissionais (SOUZA *et al.*, 2014). Contudo, o gênero feminino ou masculino não apresentou nenhuma influência no *coping* em estudos realizados anteriormente (CAMAREIRO; GOMES, 2015).

A maioria dos participantes praticam algum tipo de religião. A grande influência da religiosidade com estratégias de coping é muito evidente em vários estudos. É considerado um fator importante para o enfrentamento das adversidades, apresentando-se como suporte emocional, instrumental e informativo. A religião é utilizada como um apoio, ou seja, como uma estratégia de coping entre enfermeiros oncológicos (SANTOS *et al.*, 2016).

A maior parte dos participantes (67%) afirmaram possuir algum tipo de atividade de lazer, havendo predomínio da prática de atividades físicas (40%). A atividade de lazer pode ser considerada como a tentativa do enfermeiro regular seu estado emocional diante do estresse ao qual está exposto no ambiente laboral (LUZ *et al.*, 2016).

Outros aspectos, como a escolaridade, o fato de ter realizado qualificação em nível de pós-graduação, não apresentaram, na literatura, correlação importante com a habilidade de *coping* dos participantes — enquanto que o tempo de formado e atuação na Oncologia Pediátrica pode exercer influência na maneira como estes profissionais enfrentam a situação estressante diante da morte. Resultados apresentados em estudos anteriores mostraram que profissionais que trabalham em ambiente de alta complexidade, com pacientes em situação grave, acabam

desenvolvendo com o passar do tempo maior capacidade de *coping* e não se limitam à utilização de apenas uma única estratégia *coping* (RIBEIRO et al, 2015).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do presente estudo no contexto do processo de cuidar em enfermagem se deve à disponibilização de um questionário na versão brasileira — conciso e específico — para avaliar a capacidade de *coping* frente à morte, com propriedades psicométricas satisfatórias.

A morte é algo complexo, e no meu cotidiano profissional e pessoal sempre foi uma situação intrigante. Pensar na morte, conforme identificado historicamente na revisão de literatura realizada, passou ter concepção dramática, triste, solitária e cada vez menos domiciliar. Toda essa mudança de concepção culminou na dificuldade dos indivíduos em confrontar-se com a morte, e cada vez mais, há a necessidade de auxílio para acompanhar este estágio.

Definir e identificar as estratégias de enfrentamento ou *coping* junto aos profissionais de enfermagem frente à morte, permite o embasamento de estratégias para um cotidiano mais produtivo, menos desgastante, diminuindo os altos índices de absenteísmo e melhorando as ferramentas da prática diária desses profissionais. Estas estratégias ocorrem de acordo com as características individuais e do ambiente de trabalho, e não há uma estratégia considerada mais efetiva.

De modo geral, os enfermeiros que participaram do estudo apresentaram uma média de escore adequado relacionado ao *coping* frente à morte: eles utilizam estratégias de enfrentamento para adequar atitudes às suas necessidades profissionais, e assim amenizar o seu sofrimento e melhorar o processo de cuidar dos pacientes oncológicos pediátricos.

A tradução e adaptação cultural do “*Coping Death with Scale*” para o português versão Brasil foi realizada com base na metodologia internacional recomendada. A metodologia direcionou o processo de tradução do instrumento, descrito em outro idioma, resultando em um conteúdo autêntico e coerente ao original. Para tanto, foi de extrema importância manter um rigor científico e metodológico.

Os resultados encontrados na validade de conteúdo pelo comitê de especialistas foram considerados como apropriados. Não obstante, alguns itens passaram por pequenas alterações por sugestões deste comitê. Na avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual feita pelo comitê de especialistas, foi possível identificar que, entre o instrumento original e sua versão brasileira, não houve grandes divergências.

O instrumento traduzido e adaptado transculturalmente se mostrou confiável, com boas propriedades psicométricas — entre elas, a consistência interna satisfatória. Sendo assim, poderá ter utilidade em estudos posteriores.

As três primeiras etapas do processo de tradução ocorreram sem maiores problemas, não houve dificuldades para recrutar profissionais capacitados que se enquadrassem nas características solicitadas pela literatura utilizada.

No desenvolvimento da etapa do comitê de especialistas, houve a dificuldade em localizar juízes especialistas que atendessem aos critérios estabelecidos e aceitassem participar do estudo. Ainda nesta etapa, houve a dificuldade dos juízes em cumprir os prazos previstos, o que acarretou no atraso do cronograma previsto para a etapa seguinte.

Na etapa do pré-teste, não houve dificuldade quanto à participação dos enfermeiros convidados. Os fatores facilitadores desta etapa foram o acolhimento e disponibilidade da chefia de enfermagem da unidade selecionada, que realizou a rede de contatos para o início da coleta de dados de forma organizada e possibilitou a disponibilidade dos enfermeiros para responder aos instrumentos durante seu turno de trabalho, evitando, assim, que algum instrumento fosse extraviado ou não respondido.

O desafio encontrado durante o desenvolvimento do estudo foi inicialmente a apropriação do tema *coping* pela pesquisadora, fazendo a relação com a morte dentro do contexto da oncologia pediátrica buscando subsidiar a adaptação transcultural. Quanto ao processo de tradução o desafio se deu pela responsabilidade em traduzir uma escala que foi pensada em outro contexto cultural para a nossa cultura, bem com, a busca por melhor entender e interpretar o idioma inglês para auxiliar e participar das discussões, conforme o desenvolvimento das etapas.

O instrumento “Escala de *Coping* Frente à Morte” poderá ser utilizado pela enfermagem brasileira de maneira a avaliar o *coping* frente a morte junto aos profissionais de enfermagem. Porém, a validação de conteúdo irá proporcionar maior consistência para a avaliação proposta pelo instrumento. A validação do instrumento não ocorreu neste estudo devido a insuficiência de tempo para desenvolver e finalizar este processo, sendo necessário, em um segundo momento, submeter o instrumento na versão Português/Brasil ao processo de validação.

Enfim, permanece o desejo de continuar perscrutando a questão da morte em toda a sua complexidade, em estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 16, n.7, p.3061-68, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006> Acesso em: 22 out. 2017.
- ALEXANDRE, N. M. C. *et al.* A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 15, n. 3, p. 802-9, jul./set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>. Acesso em: 23 out 2017.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- ALMEDA, T. C. S. A. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. **Sacrilegens**, v. 12, n.1, p. 72-91, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2016/03/12-1-7.pdf> . Acesso em: 14 out. 2017.
- AMADOR, D. D. *et al.* Nurses' conceptions about pediatric oncology care training. **Texto & contexto enferm.**, v. 20, n. 1, p. 94-101, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/11.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2015**. Atlanta, 2015. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016
- AQUINO, A. M.; CONTI, L.; PEDROSA, A. Construções de significados acerca do adoecimento e morte nas narrativas de crianças com câncer. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 27, n. 3, P. 599-606, 2014.
- ARAÚJO, M. **A doença oncológica na criança**: Adaptação e bem-estar psicológico das mães dos seus filhos e a relação entre ambos. Lisboa: Coisas de Ler, 2011.
- ARIÈS, P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- AVANCI, B. S. *et al.* Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 4, out./dez. 2009.

BEATON, D. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000. Disponível em: <<http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>> . Acesso em: 21 jun. 2016.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health, 2007.

BECHARA, E. **Moderna gramática portuguesa**: conforme o novo Acordo Ortográfico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BENETTI, E. R. R. *et al.* Estratégias de Coping e características de trabalhadores de enfermagem de hospital privado. **Rev Rene**, v. 16, n. 1 p. 3-10, jan./fev, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2657/2042>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BERNARDES, C. *et al.* Percepção de enfermeira(o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Rev. baiana enferm.**, v. 28, n. 1, p. 31-41, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8883/8715>. Acesso em: 11 out. 2017.

BITTENCOURT, H. R. *et al.* Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Estud Avaliação Educ.**, v. 22, n. 48, p. 91- 114, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18222/eae224820111994>. Acesso em: 20 out 2017.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-32, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/14.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde- Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/26_06_12_palestra_mariahelenamacado.pdf. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade**. Rio de Janeiro: Inca, 2016. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/versao-completa.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASILEIRO, S. V. **Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas do COPE Breve em uma Amostra Brasileira**. 85 f. Dissertação (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiania, 2012.
BUGEN, L. Coping: Effects of death education. **Omega - Journal of Death and Dying**, v. 11, n. 2, p. 175-183, 1980-81.

CAMARNEIRO, A. P. F.; GOMES, S. M. R. Tradução e Validação da Escala de Coping com a Morte: Um Estudo com Enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV, n. 7, out./nov./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a12.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2016.

CARMO, S. A.; OLIVEIRA, I. C. S. Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 61, n. 2, p. 131-38, ago. 2015

CARVER, C.; SCHEIER, M.; WEINTRAUB, J. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 56, n. 2, p. 267-83, 1989.

CERQUEIRA A. I. V. **O enfermeiro e a morte de um doente de cuidados continuados**. Dissertação (Mestrado). 113 f. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, 2013.

CLAXTON-OLDFIELD, S.; CRAIN M.; CLAXTON-OLDFIELD, J. Death Anxiety and Death Competency: The Impact of a Palliative Care Volunteer Training Program. **Am. j. hosp. palliat. care.** v. 23, n. 6, p. 464-68, dez./jan. 2007. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049909106294882>. Acesso em: 15 out. 2017.

COLOSSI, E.G.; MOREIRA, M.C.; PIZZINATO, A. Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse. **Revista Ciência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 14-21, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://doaj.org/article/d045a61c625748e7a6e900897698da19>>. Acesso: 31 jun. 2016.

CRONBACH, L. J. **Coefficient alpha and the internal structure of test.** Psychometrika, 1951.

DAMIÃO, E. B. C. *et al.* Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 2, p. 1199-203, nov. 2009.

DEVON H.A., *et al.* A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **J. nurs. scholarsh.**, v.39, n. 2, p.:155-64, jun. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>. Acesso em 20 out. 2017.

DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **AMB rev. Assoc. Med. Bras.** v.49, n.4, p.375-81, 2003.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática . **REME rev. min. Enferm.** v. 18, n.1, p. 9-11, jan./mar. 2014. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20140001. Acesso em: 05 jun. 2017.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart lung.**, v. 16, n. 6, p. 625-29, nov. 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3679856>> acesso: 07 set. 2016.

FERNANDES, M. A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, set. 2016. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013>>. Acesso em: 19 set. 2016.

FOLKMAN, S.; LAZURUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, p. 839-52, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZURUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 150-70, 1985.

FRANÇA J. R. F. S.; *et al.* Vivência de enfermeiros no cuidado à criança em fase terminal: estudo à luz da teoria humanística de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 13, n. 3, p. 425-32, jul./set. 2014.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Estresse ocupacional crônico e o setor de atuação dos profissionais de enfermagem da rede hospitalar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n.1, p. 531-45, 2012.

FREUD, S. **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GAMA, M. G. M. **O luto profissional nos enfermeiros**. Tese (Doutorado). 264 f. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2013.

GIRONDI, J. B. R.; GELBCKE, F. L. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. **Enferm. foco**, v. 2, n. 3, p. 191-94, 2011.

GRANEK, L. *et al.* Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient Death. **J. psychosoc. oncol.** v. 34, n. 1-2, p. 39–59, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2015.1127306>. Acesso em: 18 abr. 2017.

GUIMARÃES, T.M., *et al.* Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 261-67, abr./jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200261&script=sci_abstract . Acesso em: 25 set. 2017.

GURGEL, L. A.; LAGE, A. M. V. Atuação psicológica na assistência à criança com câncer: da prevenção aos cuidados paliativos. **Revista de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 83-96, jan./jun. 2013.

HERCOS, T. M. *et al.* O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Rev. bras. cancerol.** v. 60, n. 1, p. 51-58, fev. 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

JARAMILLO, I. F. **Morrer Bem**. São Paulo: Editora Planeta, 2006.

JOAQUIM, R. M.; TABAQUIM, M. L. M.; VALLE, T. G. M. Estratégias de enfrentamento e níveis de ansiedade de mulheres em tratamento psicológico. **Arch Health Invest.**, v. 3, n. 3, p. 39-57, 2014. Disponível em: www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/download/691/885 . Acesso em: 09 out. 2017.

JÚNIOR, F. J. G. S. *et al.* Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 6, p. 1122-6, nov./dez. 2011.

KRISTENSEN, C. H.; SCHAEFER L. S.; BUSNELLO F.B. Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. **Estud psicol.**, v. 27, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a03.pdf> >. Acesso em: 30 set. 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes Ltda, 1998.

LAGES, M.G.G. *et al.* Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. **Rev. bras. cancerol.**, v. 57, n. 4, p. 503-10, jul. 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/06_artigo_estrategias_enfrentamento_enfermeiros_frente_paciente_oncologico_pediatico.pdf. Acesso em: 19 abr. 2017.

LATAACK, J.C. Coping with job stress: measures and future directions for scale development. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 3, p.377-85, 1986.

LOIOLA, E. S. C. **Impacto da resiliência e da autoeficácia sobre Burnout em profissionais de enfermagem**. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2015.

LUZ, K. R. *et al.* Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. bras. enferm.**, v. 69, n. 1, jan./feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100067>. Acesso em: 01 set. 2016.

Machado, M. H.; Vieira, A. L. S.; Oliveira, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-22, jul. 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

MACPHERSON, C. F. Peer-supported storytelling for grieving pediatric oncology nurses. **J Pediatr Oncol Nurs.**, v. 25, n. 3, p.148-63, may./jun. 2008.

MARANHÃO, N. *et al.* A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. **J Health Sci Inst.**, Piauí, v.29, n.2, p.106-109, 2011.

MARTINO, A. **Português esquematizado**: gramática, interpretação de texto, redação oficial, redação discursiva. São Paulo: Saraiva, 2014.

MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, v.8, n.20, p.1-12, 2006.

MARTINS, C. B. S.; FILHO, N. S.; PIRES, M. L. N. Estratégias de coping e o impacto sofrido pela família quando um dos seus está em tratamento contra o câncer. **Advances in Health Psychology**, v. 19, n. 1-2, p. 11-18, jan./jun. 2011.

McCRAE, R. R. Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, n. 4, p. 919-28, 1984.

MEDEIROS, R. K. S., et al. Modelo de validação de conteúdo de pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Referência.**, Série IV, n. 4, p. 127-35, jan./fev./mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Acesso em: 23 out. 2017.

MONTEIRO, T. A. *et al.* A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Rev. enferm. UERJ.**, v.22, n.6, p. 778-783, 2014.

MORAIS, S. R. S.; ANDRADE, A. N. A. Sob a espada de Dâmocles: a prática de Psicólogas em Oncologia Pediátrica em Recife-Pe. **Psicol. cienc. Prof.**, v. 33, n. 2, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 set. 2016.

MOTA, M. S. *et al.* Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 32, n. 1, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 12 out 2016.

PASQUALI, L. **Psicometria**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.43, especial, p.992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 4ªed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-43, 2000.

PARO D. ; PARO J. ; FERREIRA D. L.M. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. **Arq. bras. ciênc. saúde.**, v. 12, n. 3, p. 151-57, jul./set. 2005.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso- espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-16, set./dez. 2005.

PEREIRA D. M. B.; BERTOLDI K.; ROESE A. Percepções dos profissionais de enfermagem na assistência a crianças portadoras de câncer. **Rev. enferm. UFSM.**, v. 5, n. 1, p. 112-20, jan./mar. 2015.

PEREIRA T.B.; BRANCO V. L. R. As Estratégias de Coping na Promoção à Saúde Mental de Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 24-31, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016104>. Acesso em: 25 set. 2017.

Pereira, C. B. *et al.* O Processo de Luto Inerente à Morte da Infância à Velhice. **Rev. Psicol. Criança e do Adolescente**. v. 5, n. 2, 2014. Disponível em: revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/1869/1988. Acesso em: 14 out. 2017.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 19, n. 2, p. 153-58, mai./ago. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000200007>. Acesso em: 01 jul. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRITCHARD-JONES, K. *et al.* Sustaining innovation and improvement in the treatment of childhood cancer: lessons from high-income countries. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 3, p. e95-e103, mar. 2013. Disponível em:<

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147020451370010X> >. Acesso em: 09 out. 2016.

R CORE TEAM. *R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria (2014). Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: set. 2017.

RANGEL, M. R. U. *et al.* Câncer pediátrico: incidência, sobrevida e mortalidade em Sergipe. **Interfaces Cient. Saúde e Ambiente**, v.1, n.3, p. 9-20, jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/531/429>. Acesso em: 20 set. 2017.

RATTRAY, J.; JONES, M.C. Essential elements of questionnaire design and development. **J. clin. nurs.**, v. 16, n. 2, p. 234-43, fev. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>. Acesso em: 22 out. 2017.

RIBEIRO, R. M. *et al.* Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 3, p.216-23, nov. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500037>. Acesso em: 22 out. 2017.

RIO-VALLE J. S., **Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte"**: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. Tese (Doutorado). 230 f. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada, 2007.

RIO-VALLE J. S., *et al.* Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. **Med Paliat.**, v.19, n. 3, p. 113-120, jul./set. 2012. Disponível em: file:///C:/Users/S1134248X11000127_S300_es.pdf . Acesso em: 13 out. 2017.

ROBBINS, R. Bugen's coping with death scale: Reliability and further validation. **Omega - Journal of Death and Dying**, v. 22, n. 4, p. 287-299, 1990-91.

RODRIGUES, M. L.; LIMENA, M. M. C. **Metodologias multidimensionais em Ciências Humanas**. Brasília: Líber Livros Editora, 2006.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, suplement., p. 31-38, 2012. Disponível em: <

<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17050/pdf> >. Acesso em: 05 out. 2016.

ROHAN, E. How oncology professionals manage the emotional intensity of their work. In: CHRIST, G.; MESSNER, C.; BEHAR, L. **Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer**. New York, NY: Oxford University Press, 2016. p. 777–84.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidado de pacientes oncológicos. **Rev. enferm. UFSM.**, v. 3, n. 8, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6638/pdf>>. Acesso: 02 jun. 2016.

SANSÓ, N. *et al.* Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. **J. pain symptom manage.**, v. 50, n. 2 p.200-7, ago. 2015. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S088539241500086X/1-s2.0-S088539241500086X-main.pdf?_tid=9e46a1b4-b44a-11e7-be87-00000aab0f6c&acdnat=1508362003_c10b322a552ca75cf41556f39a940e6b . Acesso em: 16 out. 2017.

SANTOS, R. A. **A construção da resiliência pelos trabalhadores de enfermagem na atenção a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos**. 144 f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, S.S; JESUS, L.C.; PORTELA S. D. C. A enfermagem e a abordagem da morte infantil: um estudo de trabalhos QUALIS A. v. 2, n. 1, p. 112-31, ago. 2013. **Rev. Enferm. Contemporânea**. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/252>. Acesso em: 12 out. 2017.

SANTOS, R. A; MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4869-78, dez. 2014.

SANTOS, N.A.R. *et al.* Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicas: revisão integrativa. **Cogitare enferm.** n. 21, v. 3, p.01-08,jul./set. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45063/pdf> . Acesso em: 18 abr. 2017.

SAVÓIA, M.G.; SANTANA, P.R.; MEJIAS, N.P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, v. 71, n. 2, p. 183-201, 1996.

SELEGHIM, M. R. *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300022 >. Acesso em: 05 out.2016.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa – Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.

SEO, J. M. *et al.* Nurses Attitudes toward Death, Coping with Death and Understanding and Performance Regarding EOL Care: Focus on Nurses at ED, ICU and Oncology Department. **Korean J Hosp Palliat Care**.v.16, n. 2, p.108-17, jun. 2013. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.14475/kjhpc.2013.16.2.108&code=0155KJHPC&vmode=FULL>. Acesso em: 14 out 2017.

SIEGEL R. L.; MILLER K. D.; JEMAL A. Cancer statistics, 2015. **CA Cancer J Clin**. v. 65, n. 1, p. 5-29, 2015.

SOUZA L. F.; *et al.* Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 1, p. 30-7, dez. 2013.

SOUZA, L. L. *et al.* Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciênc. cogn.**, v. 19, n. 2, p 218-32, jun. 2014. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/viewFile/908/pdf_13. Acesso em: 22 out 2017.

STONE, A. A. ; NEALE, J. M. New measure of daily coping: development and preliminary results. **J. pers. soc. psychol.**, v. 46, n. 4, p. 892-906, 1984.

THEME, M. M.; COSTA, M. A. S; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 19, mar./abr. 2013.

UMANN J.; *et al.* O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 35, n. 3, set. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Complexo Hospital de Clínicas**. 2016. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/linha-do-tempo>>. Acesso em: 04 set. 2016.

VEJA-VEJA, P. *et al.* Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del câncer. **Aquichán**, v. 13, n. 1, jan./abr. 2013.

VIEIRA, A.P.M.S.; CASTRO, D.L.; COUTINHO, M.S. Assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. v. 3, n. 3, p. 67-75, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Assist%C3%Aancia-de-enfermagem-na-oncologia-pedi%C3%A1trica-v-3-n-3.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

WENZEL J.; *et al.* Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. **Oncol Nurs Forum**. v. 38, n. 4, p. 272-82, jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report 2014**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO definition of palliative care**. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <<http://who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION INTERNATIONAL. Agency for Research on Cancer. **International Childhood Cancer Day**: Much remains to be done to fight childhood cancer Lyon, France: WHO; 2016a. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2016/pdfs/pr241_E.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION INTERNATIONAL. **Palliative Care**. France: WHO; 2016b. Disponível em: <<http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>>. Acesso em 14 out. 2016.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: Roca, 2013.

ZANINI, D. S. Apoio social, coping e suas repercussões no humor depressivo. **Rev. EVS Estudos**. v. 38, n. 01/03, p. 133-149, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/1919/1204>. Acesso: 12 out. 2017.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENFERMEIROS



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE
PESQUISADORA: Enf^a Alini Macedo
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS)

Eu, Prof.^a Dr.^a Nen Nalú Alves das Mercês, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná e a Enf.^a Alini Macedo, mestranda acadêmica, convidamos a Senhor(a) a participar de um estudo intitulado “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO *COPING WITH DEATH SCALE*”, a pesquisa:

- a) Tem como objetivo Traduzir e adaptar transculturalmente para português do Brasil o instrumento Coping with Death Scale (Bugen, 1980-81).
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário disponibilizar, no máximo, uma hora de seu período de trabalho para responder algumas perguntas que lhes serão feitas. Você poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o que lhe for perguntado, o que não causará nenhum prejuízo.
- c) Os riscos que você poderá estar exposto no decorrer da entrevista estarão relacionados com um possível constrangimento com perguntas e o receio de ter suas opiniões expostas. No entanto, a pesquisadora compromete-se a não realizar perguntas constrangedoras e garantir a você a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
- d) Os benefícios implicam na eticidade da pesquisa em considerar a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos. Ao identificar características de adversidade diante de situações de risco é possível implementar estratégias protetivas, ou seja, criar programas de capacitação e desenvolvimento dentro da instituição.
- e) A pesquisadora Enf.^a Alini Macedo, fone: 41 95-293847, email: alini.macedo18@gmail.com, da Universidade Federal do Paraná, e a Prof^a Dr^a Nen Nalu Alves das Mercês, fone: 41 9961-4408 responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, Jardim Botânico, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor (a) possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento, e solicitar que seja devolvido o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelos pesquisadores e divulgadas em relatório ou publicação, mas, o será feito de maneira codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i) Afirmamos que quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:	
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal	_____
Pesquisador Responsável	_____
Orientador	_____ Orientado _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante de pesquisa

Curitiba,

___/___/___

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 2 – CARTA - CONVITE TRADUTORES



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^a Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

Prezado tradutor (a)

Você está sendo convidado a participar da primeira etapa do projeto de Mestrado Acadêmico “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE” que visa à síntese das traduções iniciais dos itens, para posteriormente obter a primeira versão do instrumento “*Coping with Death Scale*” traduzido para o português do Brasil. Esta etapa é denominada “Tradução Inicial”, a qual será submetida à apreciação do comitê de juízes especialistas nas etapas posteriores da pesquisa.

Para tanto convidamos a participar da discussão entre tradutores e pesquisador para o consenso, com a data a ser viabilizada após confirmação de sua participação. Essa discussão objetiva apresentar as divergências identificadas pela pesquisadora, seguida de discussão de discussão dos tradutores e pesquisadora, para a elaboração do consenso.

Agradecemos desde já, a sua relevante contribuição nesta pesquisa e reiteramos nossas cordiais saudações. Logo após o consenso, emitiremos o certificado de tradutor independente do instrumento de pesquisa.

Em caso de dúvida, favor contatar pesquisadora pelo telefone (41) 9529-3847.

Curitiba, 07 de setembro de 2016.

Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

Enf^a Alini Macedo

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) JÚIZES ESPECIALISTAS E TRADUTORES



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^a Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JÚIZES ESPECIALISTAS)

Eu, Prof.^a Dr.^a Nen Nalú Alves das Mercês, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná e a Enf.^a Alini Macedo, mestranda acadêmica, convidamos a Senhor(a) a participar de um estudo intitulado “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO *COPING WITH DEATH SCALE*”, a pesquisa:

- a) Tem como objetivo Traduzir e adaptar transculturalmente para português do Brasil o instrumento Coping with Death Scale (Bugen, 1980-81).
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário disponibilizar, no máximo, uma hora de seu período de trabalho para responder algumas perguntas que lhes serão feitas. Você poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o que lhe for perguntado, o que não causará nenhum prejuízo.
- c) Os riscos que você poderá estar exposto no decorrer da entrevista estarão relacionados com um possível constrangimento com perguntas e o receio de ter suas opiniões expostas. No entanto, a pesquisadora compromete-se a não realizar perguntas constrangedoras e garantir a você a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
- d) Os benefícios implicam na eticidade da pesquisa em considerar a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos. Ao identificar características de adversidade diante de situações de risco é possível implementar estratégias protetivas, ou seja, criar programas de capacitação e desenvolvimento dentro da instituição.
- e) A pesquisadora Enf.^a Alini Macedo, fone: 41 95-293847, email: alini.macedo18@gmail.com, da Universidade Federal do Paraná, e a Prof^a Dr^a Nen Nalu Alves das Mercês, fone: 41 9961-4408 responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, Jardim Botânico, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor (a) possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento, e solicitar que seja devolvido o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelos pesquisadores e divulgadas em relatório ou publicação, mas, o será feito de maneira codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i) Afirmamos que quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____ Orientado _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante de pesquisa

Curitiba,

___/___/___

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 4 – 1ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO INICIAL



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^ª Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Nen Nalú Alves das Mercês

INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO INICIAL

Prezado tradutor, este instrumento tem como finalidade documentar o processo de tradução inicial do instrumento “*Coping with Death Scale*”, solicitamos o preenchimento de forma indispensável o item “tradução para o português (Brasil)” e o campo “Observações” quando necessário.

Item original em inglês	Tradução para o português (Brasil)	Observações
1. Thinking about death is a waste of time	1.	1.
2. I have a good perspective on death and dying	2.	2.
3. Death is an area which can be dealt with safely	3.	3.
4. I am aware of the full array of services from funeral homes	4.	4.
5. I am aware of the variety of options for disposing of bodies	5.	5.
6. I am aware of the fully array of emotions which characterize human grief	6.	6.
7. Knowing that I will surely die does not in any way effect the conduct of my life	7.	7.
8. I feel prepared to face my death	8.	8.
9. I feel prepared to face my dying process	9.	9.
10. I understand my death- related fears	10.	10.
11. I am familiar with funeral pre-arrangemen	11.	11.
12. Lately I find it O.K. to think about death	12.	12.
13. My attitude about living has recently changed	13.	13.
14. I can express my fears about dying	14.	14.
15. I can put words to my gut level feelings about death and dying	15.	15.
16. I am making the best of my present life	16.	16.

17. The quality of my life matters more than the length of it	17.	17.
18. I can talk about my death with family and friends	18.	18.
19. I know who to contact when death occurs	19.	19.
20. I will be able to cope with future losses	20.	20.
21. I feel able to handle the death of others close to me	21.	21.
22. I know how to listen to others including the terminally ill	22.	22.
23. I know how to speak to children about death	23.	23.
24. I may say the wrong thing when I am with someone mourning	24.	24.
25. I am able to spend time with the dying if I need to	25.	25.
26. I can help someone with their thoughts and feelings about death and dying	26.	26.
27. I would be able to talk to a friend or family member about their death	27.	27.
28. I can lessen the anxiety of those around me when the topic is death and dying	28.	28.
29. I can communicate with the dying	29.	29.
30. I can tell someone how, before I or they die, how much I love them	30.	30.

T1 () T2 ()

NOME: _____

DATA: ___/___/___

APÊNDICE 5 – 2ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE SÍNTESE DAS TRADUÇÕES (T1-2)



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^ª Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Nen Nalú Alves das Mercês

INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE SÍNTESE DAS TRADUÇÕES (T1-2)

Prezado tradutor, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de síntese das traduções do instrumento “*Coping with Death Scale*”, é indispensável o preenchimento do item “Consenso T1-2”, juntamente com o pesquisador.

TRADUÇÃO T1	TRDUÇÃO T2	CONSENSO T 1-2
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.
16.	16.	16.
17.	17.	17.

18.	18.	18.
19.	19.	19.
20.	20.	20.
21.	21.	21.
22.	22.	22.
23.	23.	23.
24.	24.	24.
25.	25.	25.
26.	26.	26.
27.	27.	27.
28.	28.	28.
29.	29.	29.
30.	30.	30.

T1 () T2 ()

NOME: _____

DATA: ___/___/___

APÊNDICE 6 – 3ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DE PROCESSO DE RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION)



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^a Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE PROCESSO DE RETRO TRADUÇÃO (RT1+RT2)

Prezado tradutor, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de retro tradução do instrumento “*Coping with Death Scale*”. É indispensável o preenchimento do item “Retro tradução” e se necessário o campo “Observação”.

CONSENSO T1+T2 (T1-2)	RETRO TRADUÇÃO (BACK TRANSLATION)	OBSERVAÇÕES
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.
16.	16.	16.

17.	17.	17.
18.	18.	18.
19.	19.	19.
20.	20.	20.
21.	21.	21.
22.	22.	22.
23.	23.	23.
24.	24.	24.
25.	25.	25.
26.	26.	26.
27.	27.	27.
28.	28.	28.
29.	29.	29.
30.	30.	30.

T1 () T2 ()

NOME: _____

DATA: ___/___/___

APÊNDICE 7 – 3ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE SÍNTESE DA RETRO TRADUÇÃO (RT1-2)



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^ª Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE SÍNTESE DE RETRO TRADUÇÃO (RT1-2)

Prezado tradutor, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de síntese das retro traduções do instrumento “*Coping with Death Scale*”, é indispensável o preenchimento do item “Consenso RT1-2”, juntamente com o pesquisador.

RETRO TRADUÇÃO RT1	RETRO TRADUÇÃO RT2	CONSENSO RT 1-2
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.
16.	16.	16.

17.	17.	17.
18.	18.	18.
19.	19.	19.
20.	20.	20.
21.	21.	21.
22.	22.	22.
23.	23.	23.
24.	24.	24.
25.	25.	25.
26.	26.	26.
27.	27.	27.
28.	28.	28.
29.	29.	29.
30.	30.	30.

T1 () T2 ()

NOME: _____

DATA: ___/___/___

APÊNDICE 8– CARTA - CONVITE PARA JUÍZES ESPECIALISTAS



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enf^ª Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

Prezado Especialista

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE” desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, na qualidade de membro do Comitê de Especialistas para validação de instrumento preditivo. O método utilizado na pesquisa prevê a tradução e adaptação transcultural do instrumento “*Coping with Death Scale*”, elaborada por Bungen (1980-81).

A pesquisa encontra-se na quarta etapa, e a sua participação o se dá para a avaliação da tradução do instrumento da língua original, o inglês americano, para o português brasileiro, com relação a compreensão e adequação dos termos, a equivalência semântica e consensual, bem como a participação da discussão de consenso. Esta etapa objetiva a obtenção de um único instrumento que agrupe a opinião dos especialistas participantes. Dessa forma sua expertise no tema “processo de morte e morrer”, irá ser de grande contribuição para a obtenção de uma versão validada do instrumento elaborada “*Coping with Death Scale*”.

Peço a gentileza, que se houver interesse em participar da pesquisa, responda a este *email*. Em seguida enviarei os arquivos para a sua análise, juntamente como roteiro de participação no estudo.

A data para a discussão será apontada após seu aceite e dos demais especialistas. Ocorrerá no 3 andar, sala do NEPECHE, Bloco Didático II, Av. Lotário Meisner, 632, Campus Jardim Botânico, ou por meio de videoconferência, caso resida fora de Curitiba.

Agradecemos desde já, a sua relevante contribuição nesta pesquisa e reiteramos nossas cordiais saudações. Logo após o consenso, emitiremos o certificado de tradutor independente do instrumento de pesquisa.

Em caso de dúvida, favor contatar pesquisadora pelo telefone (41) 9529-3847.

Curitiba, 07 de setembro de 2016.

Prof^ª Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

Enf^ª Alini Macedo

APÊNDICE 9 – 4ª FASE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE REVISÃO DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enfª Alini Macedo

ORIENTADORA: Profª Drª Nen Nalú Alves das Mercês

INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE REVISÃO DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS

Prezado tradutor, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de revisão do instrumento “*Coping with Death Scale*”, pelo Comitê de juízes especialistas. Para tanto é indispensável o preenchimento do item “Equivalência Semântica” e “Versão Pré Final”.

Item original em inglês	T12	RT12	Equivalência Semântica	Versão Pré Final
1. Thinking about death is a waste of time	1.	1.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	1.
2. I have a good perspective on death and dying	2.	2.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	2.
3. Death is an area which can be dealt with safely	3.	3.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	3.
4. I am aware of the full array of services from funeral homes	4.	4.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	4.
5. I am aware of the variety of options for disposing of bodies	5.	5.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	5.
6. I am aware of the fully array of emotions which characterize human grief	6.	6.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	6.
7. Knowing that I will surely die does not in any way effect the conduct of my life	7.	7.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	7.
8. I feel prepared to face my death	8.	8.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	8.
9. I feel prepared to face my dying process	9.	9.	() Exatamente o mesmo significado	9.

			() Quase o mesmo significado () Significado diferente	
10. I understand my death- related fears	10.	10.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	10.
11. I am familiar with funeral pre-arrangemen	11.	11.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	11.
12. Lately I find it O.K. to think about death	12.	12.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	12.
13. My attitude about living has recently changed	13.	13.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	13.
14. I can express my fears about dying	14.	14.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	14.
15. I can put words to my gut level feelings about death and dying	15.	15.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	15.
16. I am making the best of my present life	16.	16.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	16.
17. The quality of my life matters more than the length of it	17.	17.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	17.
18. I can talk about my death with family and friends	18.	18.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	18.
19. I know who to contact when death occurs	19.	19.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	19.
20. I will be able to cope with future losses	20.	20.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	20.
21. I feel able to handle the death of others close to me	21.	21.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado	21.

			() Significado diferente	
22. I know how to listen to others including the terminally ill	22.	22.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	22.
23. I know how to speak to children about death	23.	23.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	23.
24. I may say the wrong thing when I am with someone mourning	24.	24.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	24.
25. I am able to spend time with the dying if I need to	25.	25.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	25.
26. I can help someone with their thoughts and feelings about death and dying	26.	26.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	26.
27. I would be able to talk to a friend or family member about their death	27.	27.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	27.
28. I can lessen the anxiety of those around me when the topic is death and dying	28.	28.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	28.
29. I can communicate with the dying	29.	29.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	29.
30. I can tell someone how, before I or they die, how much I love them	30.	30.	() Exatamente o mesmo significado () Quase o mesmo significado () Significado diferente	30.

OBSERVAÇÕES: _____

NOME: _____

DATA: ____ / ____ / ____

APÊNDICE 10 - PRÉ TESTE DA ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Enf^a. Mda. Alini Macedo

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

Prezada (o) enfermeira (o), você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada “Tradução e adaptação transcultural para uso no Brasil do instrumento *Coping with Death Scale*”. O *coping* é uma ação, física ou mental, disparada em resposta a situação estressante a fim de reduzir este estresse (Folkman; Lazarus, 1985).

Para tanto gostaríamos de saber como é a sua vivência frente a morte e o morrer. Responda os itens do instrumento abaixo assinalando **uma** das opções de respostas com um (X).

Se você tiver algum a dúvida poderá questionar a pesquisadora. Agradecemos desde já, a sua relevante contribuição nesta pesquisa.

COPING WITH DEATH SCALE VERSÃO PORTUGUÊS/BRASIL: ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE

OPÇÕES DE RESPOSTAS						
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

ITENS	OPÇÕES DE RESPOSTA						
1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho uma boa perspectiva sobre morte e morrer.	1	2	3	4	5	6	7
3. A morte é um assunto que pode ser abordado com segurança.	1	2	3	4	5	6	7
4. Estou ciente dos serviços disponibilizados pelas funerárias.	1	2	3	4	5	6	7
5. Conheço várias opções para destinar um corpo sem vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou ciente das emoções que caracterizam o sofrimento humano.	1	2	3	4	5	6	7
7. Saber que certamente irei morrer, não afeta, de modo algum a condução da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Estou preparado para enfrentar minha própria morte.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer.	1	2	3	4	5	6	7
10. Compreendo meus medos relacionados à morte.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tenho conhecimento sobre os preparativos de um funeral.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ultimamente, não tenho problemas em pensar sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
13. Minha atitude quanto à vida mudou recentemente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Consigo expressar meus medos sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
15. Posso colocar em palavras meus profundos sentimentos sobre a morte e morrer.	1	2	3	4	5	6	7
16. Atualmente, estou aproveitando da melhor forma a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
17. A minha qualidade de vida importa mais que sua duração.	1	2	3	4	5	6	7
18. Consigo falar sobre a minha morte com meus familiares e amigos.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.	1	2	3	4	5	6	7
20. Serei capaz de lidar com perdas futuras.	1	2	3	4	5	6	7
21. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas a mim.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu sei ouvir as pessoas, incluindo doentes terminais.	1	2	3	4	5	6	7
23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém em luto.	1	2	3	4	5	6	7
25. Sou capaz de passar um tempo com uma pessoa que está morrendo, se for necessário.	1	2	3	4	5	6	7
26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e morrer.	1	2	3	4	5	6	7
27. Seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.	1	2	3	4	5	6	7
28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.	1	2	3	4	5	6	7
29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo.	1	2	3	4	5	6	7
30. Eu posso dizer o quanto amo a pessoa antes de eu ou ela morrer.	1	2	3	4	5	6	7

Facilidades e dificuldades encontradas durante o preenchimento de cada item avaliado do instrumento traduzido:

1. Você compreendeu o significado dos trinta (30) itens do instrumento *Coping with death scale* versão português/Brasil: *Escala de coping frente a morte?*

1-SIM () 2- NÃO ()

No caso de NÃO, escreva qual o item/itens ou palavra (s) que trouxeram dúvidas.

itens	Item ou palavras que você ficou com dúvida

2. Você encontrou alguma dificuldade na escolha de uma das respostas do instrumento *Coping with death scale* versão português/Brasil: *Escala de coping frente a morte?*

1-SIM () 2- NÃO ()

No caso de SIM, qual a sua dificuldade e justifique?

itens	Dificuldade na escolha da resposta e justificativa

3. Você tem alguma sugestão para a melhoria deste instrumento?

1-SIM () 2- NÃO ()

No caso de SIM, qual/quais a(s) sua(s) sugestão/sugestões?

itens	Sugestões

Agradecemos a sua valiosa contribuição.

APÊNDICE 11 – QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO



TÍTULO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

PESQUISADORA: Enfª Alini Macedo

ORIENTADORA: Profª Drª Nen Nalú Alves das Mercês

PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS ENFERMEIROS

Dados Sociais

A – Nome: _____

B – Idade: _____

C – Sexo:

1 () Feminino

2 () Masculino

D – Estado civil:

1 () Solteiro(a).

2 () Casado(a). () Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).

3 () União estável

4 () Viúvo(a).

E – Religião: _____

F – Escolaridade: _____

G – Pós-graduação: _____

H – Tempo de formado: _____

I – Tempo na oncologia pediátrica: _____

J – Outro vínculo empregatício: _____

K – Atividades de lazer: _____

APÊNDICE 12 – ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE: VERSÃO ADAPTADA

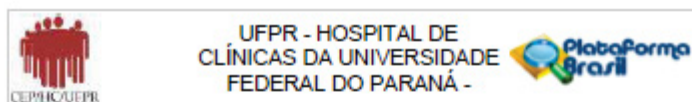
ESCALA DE COPING FRENTE A MORTE

INSTRUÇÕES: Responda os itens do instrumento abaixo assinalando **uma** das opções de respostas com um (X), conforme as opções de respostas.

OPÇÕES DE RESPOSTAS						
Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Parcialmente 3	Neutro 4	Concordo Parcialmente 5	Concordo 6	Concordo Totalmente 7

ITENS	OPÇÕES DE RESPOSTA						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.							
2. Tenho uma boa perspectiva sobre morte e morrer.							
3. A morte é um assunto que pode ser abordado com segurança.							
4. Estou ciente dos serviços disponibilizados pelas funerárias.							
5. Conheço várias opções para destinar um corpo sem vida.							
6. Estou ciente das emoções que caracterizam o sofrimento humano.							
7. Saber que certamente irei morrer, não afeta, de modo algum a condução da minha vida.							
8. Estou preparado para enfrentar minha própria morte.							
9. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer.							
10. Compreendo meus medos relacionados à morte.							
11. Tenho conhecimento sobre os preparativos de um funeral.							
12. Ultimamente, não tenho problemas em pensar sobre a morte.							
13. Minha atitude quanto à vida mudou recentemente.							
14. Consigo expressar meus medos sobre a morte.							
15. Posso colocar em palavras meus profundos sentimentos sobre a morte e morrer.							
16. Atualmente, estou aproveitando da melhor forma a minha vida.							
17. A minha qualidade de vida importa mais que sua duração.							
18. Consigo falar sobre a minha morte com meus familiares e amigos.							
19. Eu sei quem contatar quando a morte ocorrer.							
20. Serei capaz de lidar com perdas futuras.							
21. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas a mim.							
22. Eu sei ouvir as pessoas, incluindo doentes terminais.							
23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.							
24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém em luto.							
25. Sou capaz de passar um tempo com uma pessoa que está morrendo, se for necessário.							
26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e morrer.							
27. Seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.							
28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.							
29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo.							
30. Eu posso dizer o quanto amo a pessoa antes de eu ou ela morrer.							

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – (CHC/UFPR)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O USO NO BRASIL DO INSTRUMENTO COPING WITH DEATH SCALE

Pesquisador: NEN NALU ALVES DAS MERCES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65886017.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.995.189

Apresentação do Projeto:

O cuidado e a convivência com pacientes no processo de adoecimento podem ser significativos para os profissionais, por se tratar de um fato marcante que

os leva a novas experiências e ressignificação da vida, da saúde, da doença e da morte. A exposição cotidiana, do profissional de enfermagem, a fatores estressantes pode levar ao adoecimento pelo desgaste emocional. Identificar as estratégias de enfrentamento ou coping utilizadas pelos profissionais de enfermagem pode tornar mínimos os efeitos dos estressores, prevenir os agravantes do estresse e saúde desses profissionais. Segundo as pesquisadoras não foram encontrados instrumentos específicos para mensurar o coping relacionado à morte da criança com câncer, construído ou adaptado para o português do Brasil. Assim, achou-se necessária a tradução e adaptação cultural de um instrumento e optou-se pela Coping with Death Scale.

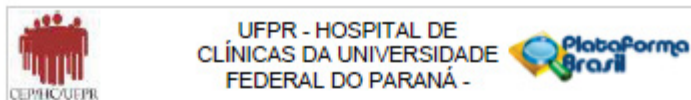
Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

Traduzir para português do Brasil o Instrumento Coping with Death Scale;

Adaptar transculturalmente para o Brasil o Instrumento Coping with Death Scale.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.995.199

hematologia oncológica pediátrica, dos hospitais de ensino citados anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Recomendações:

Adequar cronograma.

As páginas do TCLE devem ser paginadas, o conteúdo pode ser apresentado em apenas uma página.

Deixar claro em quais unidade do HC a pesquisa será realizada, apenas na unidade de TMO? Caso envolva as unidades da unidade de pediatria, favor acrescentar cartas dos serviços.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

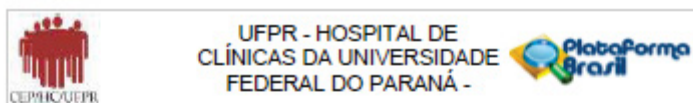
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_862401.pdf	06/03/2017 21:17:13		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/03/2017 21:16:33	Ailini Macedo	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	13/02/2017 22:02:54	Ailini Macedo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_HC.docx	13/02/2017 16:14:32	Ailini Macedo	Acelto
Brochura Pesquisa	Projeto_CEP_HC.pdf	13/02/2017 16:14:01	Ailini Macedo	Acelto
Outros	QUALIFICACAO_DOIS_PESQUISADOR ES.pdf	13/02/2017 16:04:04	Ailini Macedo	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/02/2017 15:58:36	Ailini Macedo	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA_DA_PESQUISA.pdf	13/02/2017 15:56:50	Ailini Macedo	Acelto

Endereço: Rua Gal. Cernito, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufr.br



Continuação do Parecer: 1.995.199

Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DOS_DADOS_DE_AQUIVOS.PDF	13/02/2017 15:52:57	Aini Macedo	Acelto
Outros	COMPROMISSO_DE_ANEXOS_DA_DOS_NA_PLATAFORMA_BRASIL.PDF	13/02/2017 15:51:23	Aini Macedo	Acelto
Outros	DECLARACAO_DE_TORNAR_PUBLICO_OS_RESULTADOS.PDF	13/02/2017 15:50:51	Aini Macedo	Acelto
Outros	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO_DOS_DADOS_COLETADOS.PDF	13/02/2017 15:49:40	Aini Macedo	Acelto
Outros	DECLARACAO_DO_ORIENTADOR_DO_ALUNO.PDF	13/02/2017 15:48:23	Aini Macedo	Acelto
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PROJETO_AO_COMITE.PDF	13/02/2017 15:46:43	Aini Macedo	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_COM_A_PESQUISA.PDF	13/02/2017 15:45:16	Aini Macedo	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	LIBERACAO_DA_UNIDADE_PARA_REALIZAR_A_PESQUISA.PDF	13/02/2017 15:42:32	Aini Macedo	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

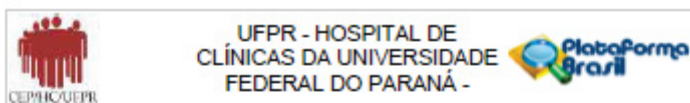
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 02 de Abril de 2017

Assinado por:
maria cristina carlor
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Cernito, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.995.159

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: possível constrangimento com perguntas e receio de ter as opiniões dos participantes expostas. No entanto, a pesquisadora compromete-se a não realizar perguntas constrangedoras e a garantia do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.

Benefícios: a relevância social da pesquisa. Ao identificar características de adversidade diante de situações de risco é possível implementar estratégias protetivas, ou seja, criar programas de capacitação e desenvolvimento dentro da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mestrado acadêmico pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR.

A pesquisa será desenvolvida nos Serviços de Hemato – Oncologia Pediátrica, nos setores ambulatorial e Internamento alocados em Curitiba – PR: 1) Hospital de Clínicas - UFPR; e 2) Hospital Pequeno Príncipe.

Etapa I: Tradução Inicial

Etapa II: Síntese das Traduções

Etapa III: Retro tradução – Back translation

Etapa IV: Comitê de Juizes Especialistas – Expert committee review

Etapa V: Pré-teste – Pre testing - A etapa final do processo de adaptação é o pré-teste.

PARTICIPANTES:

Para o processo de Tradução e Adaptação Transcultural do Instrumento para a língua portuguesa, versão brasileira, serão formados três grupos de participantes:

1º Grupo de Tradutores: dois tradutores - Tradutor 1 (T1) - profissional da

área de saúde, bilíngue, com proficiência em Inglês; Tradutor 2 (T2) – profissional de qualquer área de atuação, exceto área de saúde, bilíngue, com proficiência em Inglês;

2º Grupo de Retro tradutores: dois retro tradutores - profissionais tradutores, com proficiência em Inglês falado nos Estados Unidos; não atuantes na área de saúde;

3º Grupo de Juizes Especialistas: seis a dez participante incluindo profissionais com formação em línguas, com especialização em linguística; e profissionais enfermeiros que se enquadram nos critérios estabelecidos.

4º Grupo para validação da clareza do Instrumento traduzido para a língua portuguesa, falada no Brasil: de 30 a 40 enfermeiros dos setores de oncologia e

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: oep@hc.ufpr.br

