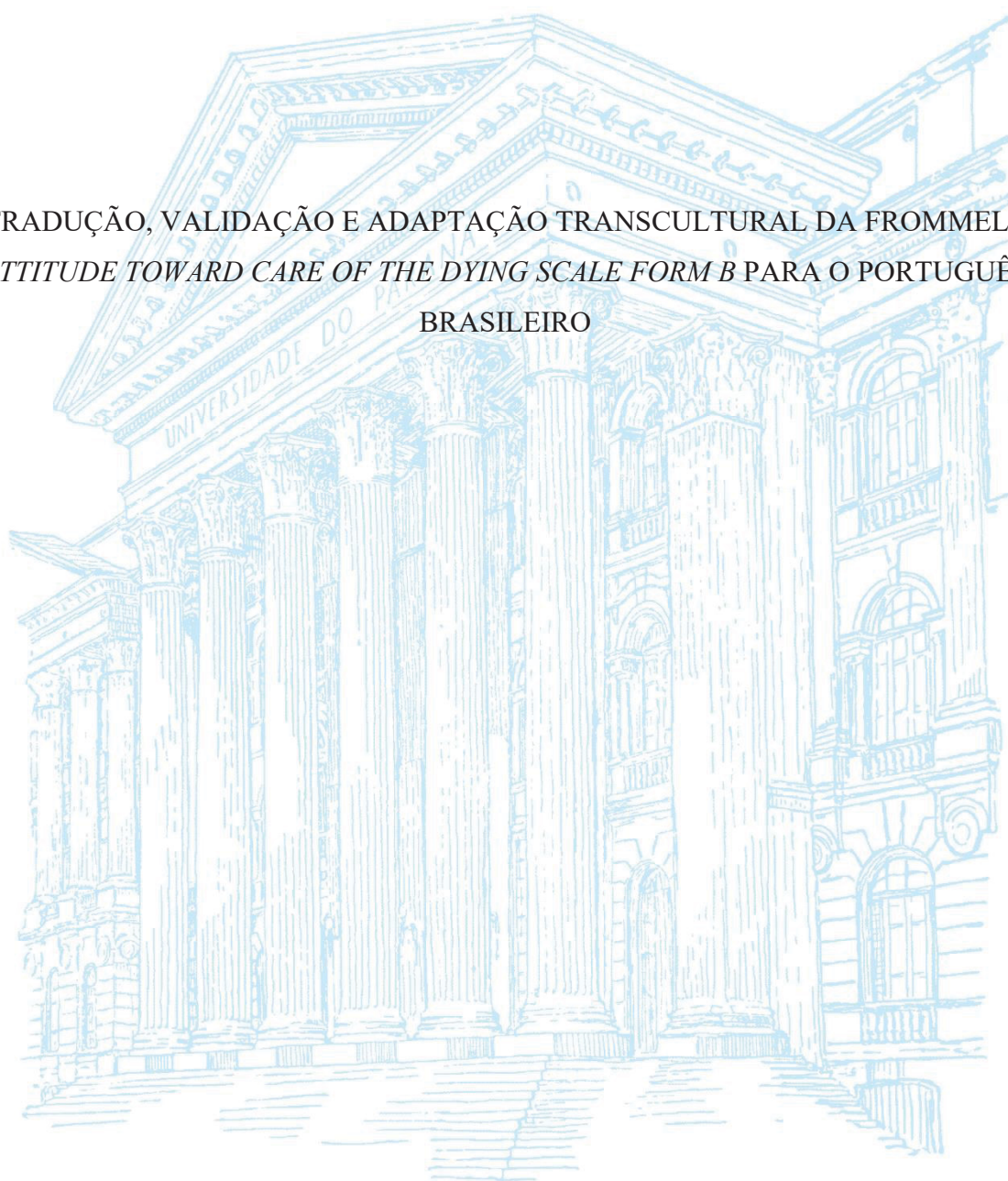


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THALITA FELSKY DOS SANTOS STURM ANTUNES

TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA FROMMELT
ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO



CURITIBA

2023

THALITA FELSKY DOS SANTOS STURM ANTUNES

TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA FROMMELT
ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Prática Profissional em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Lenardt
Coorientador: Prof. Dr. Vitor Last Pintarelli

CURITIBA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Antunes, Thalita Felsky dos Santos Sturm

Tradução, validação e adaptação transcultural da Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B* para o português brasileiro [recurso eletrônico] / Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes – Curitiba, 2023.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

Coorientador: Prof. Dr. Vitor Last Pintarelli

1. Pessoal de saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Morte. 4. Tradução. 5. Estudo de validação. I. Lenardt, Maria Helena. II. Pintarelli, Vitor Last. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.737069

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **THALITA FELSKY DOS SANTOS STURM ANTUNES** intitulada: **TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA HELENA LENARDT, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Fevereiro de 2023.

Assinatura Eletrônica
13/03/2023 14:48:02.0
MARIA HELENA LENARDT
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
27/02/2023 09:48:57.0
SUSANNE ELERO BETIOLLI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
27/02/2023 12:45:09.0
JARBAS MELO FILHO
Avaliador Externo (FACULDADE INSPIRAR)

Assinatura Eletrônica
26/02/2023 10:59:32.0
VITOR LAST PINTARELLI
Coorientador(a) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 258556

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prpg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 258556

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir o milagre da vida.

À **Prof.^a Dr.^a Maria Helena Lenardt**, minha orientadora, por ser rígida e, ao mesmo tempo, amorosa comigo. Como sua aluna, tive o privilégio de crescer em sabedoria durante esses anos. Obrigada por contribuir para a realização do meu sonho de pesquisa, que era trabalhar com a tradução e validação transcultural da FROMMELT *ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B*. Tenho certeza de que todo esforço e dedicação poderão contribuir para melhorar a formação dos profissionais de saúde frente a temática da terminalidade, futuramente. Obrigada por ser uma inspiração em dedicação profissional.

Ao **Prof Dr Vitor Last Pintarelli**, meu coorientador, por ter sido um “pai” para mim durante os anos de faculdade. Obrigada por aceitar ser meu orientador de Iniciação Científica, Liga Acadêmica, Projeto de Extensão e Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada por não esquecer de mim após minha formatura, indicando, juntamente com sua esposa **Tatiana Pegoretti Pintarelli**, o Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos para que eu desse continuidade as pesquisas, que tanto gostei durante a graduação. Obrigada ter sugerido que eu procurasse a Dr.^a Maria Helena para ser minha orientadora de Mestrado, que foi um grande presente para mim nesses anos.

Aos meus pais, obrigada pelo Dom da Vida. Agradeço a minha amada mãe, por todos os conselhos e incentivos. Por sempre ter feito sacrifícios para que eu pudesse me dedicar aos estudos. Obrigada por toda paciência, otimismo, por seu amor e companhia, por todo seu apoio para concluir o mestrado.

Agradeço, *in memoriam*, ao meu pai, que foi a grande inspiração para que eu iniciasse as pesquisas nas temáticas da morte e do morrer. Obrigada por gerar em mim o sonho de ser médica. Através da minha profissão e da minha pesquisa, espero perpetuar o bem para quem necessita.

Agradeço a minha **avó**, in memoriam, que por muitos anos foi uma doente crônica a “beira da morte”. Essa situação fez com que desde cedo, despertasse, em mim, o desejo de aprender sobre o tema da finitude da vida, a ter amor pelos idosos e um olhar voltado para a dor e o sofrimento humano.

Ao meu marido, obrigada por sempre incentivar minha pesquisa e ajudar em tudo que podia para que eu chegasse até aqui. Sem você eu não poderia realizar esse sonho, neste momento.

Obrigada, meu querido.

Aos meus filhos, obrigada por existirem e mostrarem o que realmente importa. Obrigada por me tornarem mais forte. Amo vocês.

A minha tia, agradeço por sempre estar disponível e existir em minha vida. Sua presença é muito especial para mim. Amo você.

Aos colegas do Grupo Multiprofissional de Pesquisa Sobre Idosos, agradeço por formarem um grupo unido e por contribuírem para que essa jornada fosse mais leve. Tive a sorte de estudar no mesmo período que vocês. Agradeço, especialmente, a Márcia Marrocos Aristides e ao João Alberto Martins Rodrigues por serem solícitos para aprimorarem meus conhecimentos na pesquisa científica.

Aos tradutores, retrotradutores e membros do Comitê de Especialistas, agradeço a dedicação, competência e profissionalismo na minha pesquisa. Encontrá-los foi um grande presente.

Agradeço a **Dra Ivete Berkenbrock**, atual presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que permitiu a realização do pré-teste com profissionais de saúde associados à sociedade.

Agradeço a todos os **médicos e enfermeiros associados a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia** que gentilmente despenderam seus tempos para responder os questionários desta pesquisa. Vocês foram fundamentais para que o sonho de traduzir e validar a *FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B* fosse realizado.

RESUMO

Trata-se de um estudo metodológico, com o objetivo de traduzir e adaptar transculturalmente a Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B* (FATCOD-B *scale*) para o português brasileiro e avaliar sua validade de conteúdo e a consistência interna. Essa escala favorece a eficácia da assistência prestada pela equipe de saúde na temática da morte. Foi projetada pela enfermeira Katherine Helen Murray Frommelt em 1989, com o objetivo de avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação ao cuidado de pessoas em estado terminal e suas famílias. Posteriormente, sua aplicação foi estendida para outros profissionais, como médicos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com a CAEE 55547522.1.0000.0102. Foi desenvolvido entre julho de 2021 a janeiro de 2023, no formato *online* e envolveu as etapas: tradução; síntese; retrotradução; revisão por um comitê de especialistas; pré-teste e versão final da escala. Foram recrutados como participantes: tradutores juramentados; tradutor da área da saúde; retrotradutores norte-americanos; especialistas, dentre os quais médicos, enfermeiros, profissional formado em letras português-inglês e profissionais médicos e enfermeiros associados à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que participaram do pré-teste. Todos foram selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão. A versão da FATCOD-B *scale* finalizada pelos especialistas, foi aplicada no pré-teste a 75 médicos e 12 enfermeiros, que também responderam a um questionário sociodemográfico que continha perguntas referentes a sexo, idade, religião, profissão, educação prévia sobre o morrer e a morte, experiência prévia com a perda, experiência presente com a perda e experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais. Para avaliar as associações entre as respostas da FATCOD-B *scale* foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Todos os testes foram realizados considerando o nível de 5% de significância e utilizou-se a linguagem de programação R.4.1.2. Dos 87 participantes, 57,4% tinham até 45 anos; 66,7% eram mulheres; 55,2% eram católicos; 73,6% apontaram a crença religiosa como geradora de atitudes sobre o morrer e a morte; 96,6% tinham experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais, 72,43% experienciaram a perda de familiares próximos ou outra pessoa significativa, 65,5% não fizeram curso específico sobre o morrer e a morte, mas tiveram o assunto abordado em outros cursos. Observou-se que as variáveis idade, sexo, religião, experiência prévia com a perda e a educação prévia sobre o morrer e a morte são fatores associados às atitudes diante do morrer e da morte ($p < 0,05$). Os participantes apresentaram atitudes positivas diante do morrer e da morte, pontuando $121 \pm 0,68$ na escala FATCOD-B. O Alfa de Cronbach atingiu 0,81 e o Índice de Validade de Conteúdo 88,27 os quais foram empregados para avaliar a consistência interna da versão final da FATCOD-B *scale*, obtendo-se valor adequado. A versão brasileira da FATCOD-B *scale* (FATCOD-B-B), traduzida e adaptada transculturalmente para o português brasileiro através de processos científicos rigorosos, apresentou validade de conteúdo e alta consistência interna, logo poderá ser aplicada em todo território nacional.

Palavras-chave: estudos de validação; tradução; morte; avaliação em saúde; profissionais da saúde.

ABSTRACT

This is a methodological study, with the objective of performing the translation and cross-cultural adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B (FATCOD-B *scale*) into Brazilian Portuguese and the evaluation of its content validity and internal consistency. This *scale* is a measurement instrument, which favors the effectiveness of the assistance provided by the health team on the theme of death. It was designed by the nurse Katherine Helen Murray Frommelt in 1989, with the objective of evaluating the attitudes of nurses in relation to the care of terminally ill people and their families. Later, its application was extended to other healthcare professionals, such as physicians. This study was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Health Sciences Sector of the Federal University of Paraná with CAEE 55547522.1.0000.0102. It was developed between July 2021 and January 2023, in the online format and involved the following stages: translation; synthesis; back translation; review by a committee of experts; pre-test and final version of the *scale*. The study participants were recruited as: translators sworn; a translator in the health area; North American back-translators; specialists, among which there are physicians, nurses and a professional graduated in Portuguese-English letters and physicians and nurses associated with the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology who participated in the pre-test. All participants were selected through pre-established inclusion and exclusion criteria. The version of the FATCOD-B *scale* finalized by the specialists was applied in the pre-test to 75 physicians and 12 nurses, who also answered a sociodemographic questionnaire that contained questions regarding sex, age, religion, profession, previous education about dying and death, previous experience with the loss, present experience with the loss and previous experience in caring for people with terminal illnesses. To evaluate the associations between the answers of the FATCOD-B *scale*, it was used the chi-square test or Fisher's exact test. All tests were performed considering a 5% significance level and using the R.4.1.2 programming language. From the 87 participants, 57.4% were up to 45 years old; 66.7% were women; 55.2% were catholic; 73.6% pointed to religious belief as a generator of attitudes about dying and death; 96.6% had previous experience in caring for people with terminal illnesses, 72.43% had experienced the loss of close family members or another significant person, 65.5% had not taken a specific course on dying and death, but had the subject approached in other courses. It was observed that the variables age, gender, religion, previous experience with loss and previous education about dying and death are influential in the attitudes towards dying and death ($p < 0.05$). Participants showed positive attitudes towards dying and death, scoring 121 ± 0.68 on the FATCOD-B *scale*. Cronbach's alpha reached 0.81 and the Content Validity Index 88.27, which were used to assess the reliability and internal consistency of the final version of the FATCOD-B *scale*, obtaining adequate values. The Brazilian version of the FATCOD-B *scale*, translated and cross-culturally adapted through rigorous scientific processes, showed content validity and high internal consistency, and could soon be applied throughout the country.

Keywords: validation studies; translation; death; health evaluation; healthcare professionals.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022	23
FIGURA 2 - ETAPAS DA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA FATCOD-B <i>SCALE</i> . CURITIBA, PARANÁ, 2023	31
FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA DO ESTUDO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA FATCOD-B <i>SCALE</i> . CURITIBA, PARANÁ, 2023	39
FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS PARA VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA FATCOD-B <i>SCALE</i> . CURITIBA, PARANÁ, 2023	42

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES DA FATCOD-B <i>SCALE</i> . CURITIBA, PARANÁ, 2023.....	70
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA POR TIPO DE ESTUDO. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022	22
QUADRO 2 - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS ENGLOBADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022	24
QUADRO 3 - FATCOD-B <i>SCALE</i> E TRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	47
QUADRO 4 - FATCOD-B <i>SCALE</i> E TRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	49
QUADRO 5 - TRADUÇÃO 1, TRADUÇÃO 2 E SÍNTESE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	51
QUADRO 6 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	54
QUADRO 7 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	57
QUADRO 8 - SÍNTESE E VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B <i>SCALE</i> (FATCOD-B-B). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ASSOCIADOS A SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	62
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS REFERENTES À EXPERIÊNCIA DE MORTE DE MÉDICOS E ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	63
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DA FATCOD-B <i>SCALE</i> APLICADO NO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	64
TABELA 4 -	PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA, ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO E ALFA DE CRONBACH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	68
TABELA 5 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR IDADE DOS RESPONDENTES DO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	70
TABELA 6 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR RELIGIÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	72
TABELA 7 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM PERDA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	75
TABELA 8 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR IDADE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	78
TABELA 9 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR SEXO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	79
TABELA 10 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR RELIGIÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	80
TABELA 11 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B <i>SCALE</i> POR EDUCAÇÃO PRÉVIA SOBRE O MORRER E A MORTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	82
TABELA 12 -	MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES PARA AS QUESTÕES DA FATCOD-B <i>SCALE</i> . CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023	83

TABELA 13 - MÉTRICAS GERAIS PARA AS QUESTÕES DA FATCOD-B <i>SCALE</i> . CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	84
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CAE	-	<i>Cambridge English Advanced</i>
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	-	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CPE	-	<i>Certificate of Proficiency in English</i>
DAI	-	<i>Death Attitude Inventory</i>
DOAJ	-	<i>Directory of Open Access Journals</i>
ECCE	-	Exame de Competência de Cambridge-Michigan
ECCR	-	Ensaio Clínicos Controlados e Randomizados
EOL	-	<i>End-of-Life</i>
EPTM	-	Profissional de Enfermagem que Seja Pesquisador da Temática da Morte
ETVE	-	Profissional de Enfermagem com Expertise na Tradução e Validação transcultural de Escalas
FATCOD-B	-	<i>Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B</i>
FATCOD-B-B	-	Versão Brasileira da <i>Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B</i>
FATCOD-B-C	-	Versão Chinesa da <i>Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B</i>
FATCOD-B-I	-	Versão Italiana da <i>Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B</i>
FATCOD-B-J	-	Versão Japonesa da <i>Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B</i>
FCE	-	<i>Cambridge First Certificate in English</i>
IC	-	Intervalo de Confiança
IELTS	-	<i>International English Language Testing System</i>
IRDB	-	<i>Institutional Repositories DataBase</i>
IVC	-	Índice de Validade de Conteúdo
J-STAGE	-	<i>Japan Science & Technology Information Aggregator, Electronic</i>

LILACS	-	<i>Latin American and Caribbean Health Sciences Literature</i>
MECP	-	Médico com Especialidade em Cuidados Paliativos
MEDLINE	-	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NCBI	/	
PUBMED	-	<i>National Library of Medicine and National Institutes of Health</i>
NE	-	Nível de Evidência
PCQN	-	<i>Palliative Care Quiz of Nursinge</i>
PEICE	-	<i>Proficiency Exam for International Communication In English</i>
PLPI	-	Profissional Formado em Letras Português-Inglês
PRISMA	-	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses</i>
RET 1	-	Retrotradutor 1
RET 2	-	Retrotradutor 2
RT 1	-	Retrotradução 1
RT 2	-	Retrotradução 2
SBGG	-	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SciELO	-	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
T1	-	Tradução da FATCOD-B <i>scale</i> pelo TRAD 1
T1-2	-	Síntese de T1 e T2
T2	-	Tradução da FATCOD-B <i>scale</i> pelo TRAD 2
TCI	-	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEAP	-	<i>Test of English for Academic Purposes</i>
TOEFL-IBT	-	<i>Test of English as a Foreign Language - Internet Based Test</i>
TOEFL-ITP	-	<i>Test of English as a Foreign Language – Institucional Testir Program</i>
TRAD 1	-	Tradutor 1
TRAD 2	-	Tradutor 2
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	RESULTADOS	23
3.2	DISCUSSÃO	26
3.3	CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	28
3.4	CONCLUSÃO	29
4	MATERIAIS E MÉTODO	30
4.1	TIPO DE ESTUDO	30
4.2	DESENHO DAS ETAPAS DO ESTUDO	30
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	33
4.4	LOCAL DO ESTUDO	34
4.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
4.6	COLETA DE DADOS	42
4.7	ANÁLISES DOS DADOS	44
5	RESULTADOS	47
6	DISCUSSÃO	85
7	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE 1 – TERMO DE ANUÊNCIA DOS TRADUTORES E RETROTRADUTORES	100
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ESPECIALISTAS	101
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ENFERMEIROS E MÉDICOS	103
	ANEXO 1 – FROMMELT <i>ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE - FORM B</i>	105
	ANEXO 2 – FATCOD-B <i>SCALE</i> VERSÃO TRADUZIDA PELO TRADUTOR 1 ...	107

ANEXO 3 – FATCOD-B <i>SCALE</i> VERSÃO TRADUZIDA PELO TRADUTOR 2 ...	
.....	109
ANEXO 4 – FATCOD-B <i>SCALE</i> VERSÃO SÍNTESE	112
ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	114
ANEXO 6 – PRIMEIRO FOLDER PARA DIVULGAÇÃO DE PESQUISA AOS ASSOCIADOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.....	115
ANEXO 7 – SEGUNDO FOLDER PARA DIVULGAÇÃO DE PESQUISA AOS ASSOCIADOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.....	116
ANEXO 8 – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA.....	117
ANEXO 9 – CONCORDÂNCIA DE COPARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.....	118
ANEXO 10 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	119
ANEXO 11 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO CRIADO POR KATHERINE HELEN MURRAY FROMMELT	125
ANEXO 12 – VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B <i>SCALE</i> (FATCOD-B-B)....	
.....	126
ANEXO 13 – FATCOD-B <i>SCALE</i> VERSÃO RETROTRADUZIDA PELO RETROTRADUTOR 1.....	129
ANEXO 14 – FATCOD-B <i>SCALE</i> VERSÃO RETROTRADUZIDA PELO RETROTRADUTOR 2.....	131
ANEXO 15 – DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS	133

1 INTRODUÇÃO

A temática sobre a finitude da vida é discutida desde o princípio da humanidade, sendo esse assunto amplamente discutido por diferentes profissionais. A produção acadêmica a respeito do fim da vida humana é abundante, a ponto de existirem periódicos especificamente interessados na temática do morrer e da morte (SANTOS; PINTARELLI, 2019).

Avanços tecnológicos e científicos favoreceram a ampliação de anos de vida aos doentes crônicos. Isso contribuiu para que profissionais de saúde ansiassem pelo prolongamento de vida e evitação da morte. Lidar com a morte colabora, também, para que o profissional se depare com a realidade de sua própria finitude, já que ela pode ser considerada um dos estágios da existência humana (ANDRADE *et al.*, 2021).

A negação da morte é observada na linguagem utilizada no contexto hospitalar. Evita-se falar “morte” e substitui-se esse termo por outros, como “parada cardíaca”. Isso decorre, principalmente, pelo fato que a morte é vista como um fracasso do profissional. Os profissionais da área da saúde sentem a necessidade de controlar e combater as doenças, o que gera dificuldades quando a finitude da vida se aproxima (GONÇALVES, 1976; OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2006; GAWANDE, 2015).

A morte desperta sentimentos diversos, como o medo, ansiedade, insegurança e frustração na equipe de saúde. Seus membros, muitas vezes, não falam sobre ela (SOUZA *et al.*, 2020; SANTOS; BUENO, 2011). A ênfase pela busca da cura e a escassa preparação para lidar com a morte podem fomentar o afastamento do profissional de saúde do paciente moribundo e de seus familiares, considerando-se que há um sentimento de impotência diante do paciente, o que pode ser percebido como uma forma de descuido na assistência (ROSS, 1998; MEIRELES *et al.*, 2022; VASQUES *et al.*, 2019; MOTA *et al.*, 2011). Outros consideram a morte como um processo natural da vida humana, procuram abordá-la de modo a proporcionar cuidados amplos ao paciente e sua família para minimizar a dor e o desconforto (CORREIA *et al.*, 2018).

Profissionais de enfermagem e medicina muitas vezes sentem-se despreparados para enfrentar os cuidados do fim de vida. Um dos motivos que gera essa sensação é a deficiência no ensino de disciplinas que apontam para os cuidados do paciente nesse estágio da vida, como a de Cuidados Paliativos (COSTA; POLES; SILVA, 2016; ALWAWI; ABU-ODAH; BAYUO, 2022).

Diante da eminência da morte de pacientes, alguns profissionais de saúde notam-se desamparados e apresentam depressão. A maior parte dos enfermeiros que trabalha com pacientes terminais desenvolve *burnout* físico e psicológico (ATTAFUAH *et al.*, 2022). A frequente exposição do profissional a pacientes terminais e seus familiares, unida ao escasso preparo para trabalhar com esse público, pode levar ao estresse profissional, o que prejudica na qualidade da prestação dos cuidados de fim de vida aos necessitados (CHEN *et al.*, 2022).

O paciente moribundo necessita que os profissionais de saúde estejam preparados para atendê-lo, assim como a seus familiares. O maior preparo promove melhor controle dos sintomas, melhor qualidade de vida e apoio psicológico ao doente (CHAPPELL *et al.*, 2017; LAPORTE *et al.*, 2020; LEWIS *et al.*, 2016; WECHTER *et al.*, 2015).

Na formação de médicos e enfermeiros, é essencial para a prática profissional dispor de orientações advindas de estudos, com forte nível de evidência, sobre as experiências dos profissionais e familiares que acompanham o processo de terminalidade da vida. A consistência interna desses estudos está acompanhada de estratégias rigorosas, que seguem descrições precisas e completas. Para tanto, nessas estratégias, os pesquisadores lançam mão de instrumentos válidos, que passaram por um processo de validação, tradução e adaptação para a língua vernácula.

Os instrumentos de mensuração são ferramentas necessárias para a realização de avaliações, experimentos e pesquisas científicas. Na pesquisa científica, fazem parte do processo de coleta, levantamento, tratamento de dados/informações. Na prática profissional em saúde, são recursos facilitadores da coleta de dados, necessários ao fornecimento de subsídios para o planejamento dos tratamentos e cuidados das pessoas em situações adversas.

A consistência interna avalia o grau em que vários itens em uma escala estão medindo o mesmo traço. A reprodução envolve respostas das pessoas a múltiplos itens, sendo que a consistência interna captura a consistência entre eles. O índice utilizado para estimar a consistência interna é o coeficiente alfa ou *alfa de Cronbach* e são desejáveis resultados iguais ou maiores que 0,80 (POLIT, BECK, 2019). Uma baixa consistência interna pode significar que os itens medem atributos diferentes ou que as respostas dos sujeitos são inconsistentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). A consistência interna dos instrumentos na área da saúde é necessária para a tomada de decisão nos processos e métodos de tratamento e cuidados. Assim como, para medir o nível de conhecimento acerca de alguma doença ou mesmo um perfil de comportamento de profissionais e/ou pacientes.

Poucas ferramentas foram desenvolvidas até hoje para avaliar as atitudes de profissionais de saúde em relação ao cuidado dos moribundos. No entanto, existe a *Frommelt Attitude Toward Care Of the Dying Scale Form B (FATCOD-B scale)* (MOLINENGO *et al.*, 2021), um dos instrumentos de mensuração que favorecem a eficácia do trabalho na temática da morte. Ela foi projetada pela enfermeira Katherine Helen Murray Frommelt em 1989, com o objetivo de avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação ao cuidado de pessoas em estado terminal e suas famílias. Para que os questionários fossem aplicáveis a todos os alunos de uma variedade de programas de estudo, a ferramenta original foi alterada, e a FATCOD, *Form B*, foi reestruturada por Katherine Frommelt (FROMMELT, 1991; 2003).

A FATCOD-B *scale* é composta por 30 itens do tipo *Likert*. As opções de respostas para cada item da escala são: “*Strongly Disagree*, *Disagree*, *Uncertain*, *Agree* e *Strongly Agree*”. Os itens 1, 2, 4, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 e 30 são declarações redigidas positivamente (A pontuação varia de 1 para “*Strongly Disagree*” a 5 para “*Strongly Agree*”), as demais são negativas (A pontuação varia de 1 para “*Strongly Agree*” a 5 para “*Strongly Disagree*”). Dessa maneira, a pontuação total varia de 30 a 150, na qual escores mais altos refletem atitudes mais positivas. Trata-se de uma ferramenta comumente utilizada para avaliar a influência da educação no desenvolvimento de uma atitude positiva em relação aos cuidados que envolvem o morrer e a morte (FROMMELT, 1991, 2003; PAUL; RENU; THAMPI *et al.*, 2019).

A escala já foi traduzida em 37 países, segundo a sua autora (FROMMELT, 2023). Dentre os países estão Itália, Estados Unidos, Portugal, Suíça, Polônia e China (FROMMELT, 2003; HENOCH *et al.*, 2014; MASTROIANNI *et al.*, 2015; SADOWSKA; NOWAK; CZARKOWSKA-PĄCZEK, 2021; SERRA, 2012; WANG *et al.*, 2016). No entanto, ainda não houve tradução e validação transcultural no território brasileiro.

A despeito de ser originalmente desenvolvida para profissionais de enfermagem, a escala já foi aplicada para estudantes de enfermagem, estudantes de medicina, estudantes de farmácia, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Isso mostra como é essencial a avaliação de profissionais de saúde e estudantes quanto a capacitação acadêmica para o enfrentamento do morrer e da morte (CLEMENS *et al.*, 2021; HERRERO-HAHN *et al.*, 2021; BERNDTSSON; KARLSSON; REJNÖ, 2019, EDO-GUAL *et al.*, 2018; LOERA *et al.*, 2018).

A FATCOD-B *scale* está redigida no idioma inglês e, para ser utilizada com eficácia pelos profissionais no Brasil, é primordial a tradução e validação transcultural da escala para a

realidade brasileira. Essa ferramenta possibilitará a avaliação por toda a equipe de saúde no que diz respeito à aquisição de conhecimentos sobre a terminalidade.

Optou-se por utilizar a *FATCOD-B scale* na pesquisa, pois é uma escala que avalia as atitudes dos profissionais de saúde frente ao paciente moribundo e seus familiares. Além disso, a escala foi traduzida, validada e utilizada em diversos países e línguas, do oriente ao ocidente e modificada pela autora Katherine Frommelt para ser aplicada para profissionais de disciplinas distintas. Logo, entende-se que é uma escala de aplicação abrangente que pode ser utilizada para selecionar profissionais de saúde com maior aptidão no cuidado de pacientes em fim de vida. Além disso, é um instrumento que favorece a implementação de ações para melhorar as atitudes dos profissionais diante da terminalidade, o que infere melhoria na qualidade da assistência e diminuição dos efeitos negativos desse cuidado sobre os profissionais (HERRERO-HAHN *et al.*, 2021).

A realização da tradução de um questionário pode resultar em interpretações errôneas devido às diferenças culturais e linguísticas. Por isso, quando se utilizam questionários científicos desenvolvidos em outros países e linguagens, além de traduzi-los, há necessidade de realizar sua adaptação cultural e validação (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS-CLANCHET, 2013).

A validação de conteúdo é importante para avaliar escalas de múltiplos itens, tendo-se como primordial analisar se o conteúdo dos itens reflete adequadamente o construto de interesse. Realiza-se o cálculo de índice de validade de conteúdo (IVC) para averiguar se o conteúdo de um instrumento é um bom reflexo de um construto, assim verifica-se que o instrumento tem maior probabilidade de atingir seus objetivos de medida (POLIT, BECK, 2019).

A sociedade, em geral, deverá se beneficiar, à medida que os profissionais da saúde tenham uma adequada preparação sobre o tema da terminalidade em sua formação profissional. Nesse sentido, os instrumentos de mensuração são fundamentais para dar suporte a identificação quantitativa e qualitativa das questões que envolvem o processo do morrer e da morte. Para tanto, o conteúdo da *FATCOD-B scale* precisa estar disponível e adaptado quanto ao idioma e a cultura local.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a tradução, a adaptação transcultural e a validação de conteúdo da Frommelt *Attitude Toward Care Of the Dying Scale Form B* (FATCOD-B *scale*) para o Português brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a validação de conteúdo da versão brasileira da FATCOD-B *scale* (FATCOD-B-B);
- Avaliar a consistência interna da versão brasileira da FATCOD-B *scale*;
- Associar a temática da morte e do morrer a aspectos sociodemográficos dos participantes do pré-teste;
- Associar a temática da morte e do morrer às experiências em educação em saúde dos participantes do pré-teste.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências e permite a incorporação das evidências na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008).

A revisão seguiu as seguintes etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008): 1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão/busca na literatura; 3. Categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Na primeira etapa, identificou-se como tema a utilização da FATCOD-B *scale* por profissionais da saúde. Para elaborar a questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO (P corresponde à população = médicos e enfermeiros), I (interesse = emprego da FATCOD-B *scale*), C (comparação = qualquer comparação) e O (outcomes /desfecho = atitude de médicos e enfermeiros perante pacientes moribundos e seus familiares) (AROMATARIS; MUNN, 2020). Formulou-se a seguinte questão de pesquisa: qual é a produção científica nacional e internacional sobre atitudes de médicos e enfermeiros perante pacientes moribundos e seus familiares conforme a aplicação da FATCOD-B *scale*?

Na segunda etapa foram consultadas bases de dados eletrônicas e portais para a realização da pesquisa bibliográfica. A busca foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, por meio da aplicação das estratégias de busca no período de dezembro de 2021 a janeiro de 2022. A pesquisa teve como fonte primária o Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), em cuja página eletrônica principal foi empregada a ferramenta de busca de assuntos, que explorou as seguintes plataformas, bibliotecas eletrônicas e bases de dados: *SocINDEX with Full Text*, *HighWire Press (Free Journals)*, *BMJ Open Access Journals*, *Scientific Eletronic Library Online Brazil (SciELO Brazil)*, *BioMedCentral Open Access*, *MAG Online Library Internurse*, *ScienceDirect Journals*, *Japan Science & Technology Information Aggregator, Electronic (J-STAGE) Freely Available Titles - Japanese*, *Sage Premier Journal Collection*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) with Full Text*, *Institutional Repositories DataBase (IRDB)*, *Springer Online Journals Complete*, *Social Sciences Citation Index (Web of Science)*, *Directory of Open Access Journals (DOAJ)*. Além disso, a pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

(MEDLINE) e *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS) e nos portais *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (NCBI/PUBMED) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: a) estar publicado no período de 1991 (ano da primeira publicação da *FATCOD-B scale*) a janeiro de 2022; b) constar como artigo original e/ou revisão disponíveis na íntegra e relacionados ao tema; c) estar nos idiomas português, espanhol e/ou inglês.

Os critérios de exclusão dos artigos foram: a) constar como editorial, resenha, relato de experiência, monografias, dissertações, teses, reflexão teórica, carta, resumo de anais e eventos; b) estar duplicado nas bases de dados, mantendo-se apenas uma versão; c) não aplicar integralmente as questões da *FATCOD-B scale*.

Utilizaram-se como descritores: "Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*", "FATCOD-B *Scale*", "(FATCOD) *Form B*", "FATCOD-B". Para ampliar o número de artigos utilizaram-se combinações entre os descritores, com auxílio do operador booleano "OR".

Na terceira etapa, organizaram-se os artigos, segundo as informações: autor(es)/ano de publicação, revista, idioma, título, objetivo, desenho do estudo, amostra/número de participantes, local do estudo, principais resultados e o nível de evidência científica em uma planilha, no programa computacional. No QUADRO 1 observa-se tradução e adaptação da classificação de *Oxford Centre Evidence-Based Medicine* (2009).

QUADRO 1 - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA POR TIPO DE ESTUDO. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

Níveis de Evidências	Tipos de estudos
1a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR)
1b	ECCR com intervalo de confiança (IC) estreito
1c	Resultados terapêuticos do tipo "tudo ou nada"
2a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte.
2b	Estudo de coorte individual (incluindo ECCR de menor qualidade, por exemplo, acompanhamento abaixo de 80%)
2c	Resultados de pesquisa (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica); Estudos ecológicos
3a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle
3b	Estudo caso-controle individual
4	Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade)
5	Opinião de especialistas sem avaliação crítica explícita, estudos de fisiologia, pesquisas de bancada e "first principles"

FONTE: OXFORD CENTRE EVIDENCE-BASED MEDICINE (2009, não p.).

LEGENDA: ECCR - Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados; IC – Intervalo de Confiança; NE- Nível de Evidência

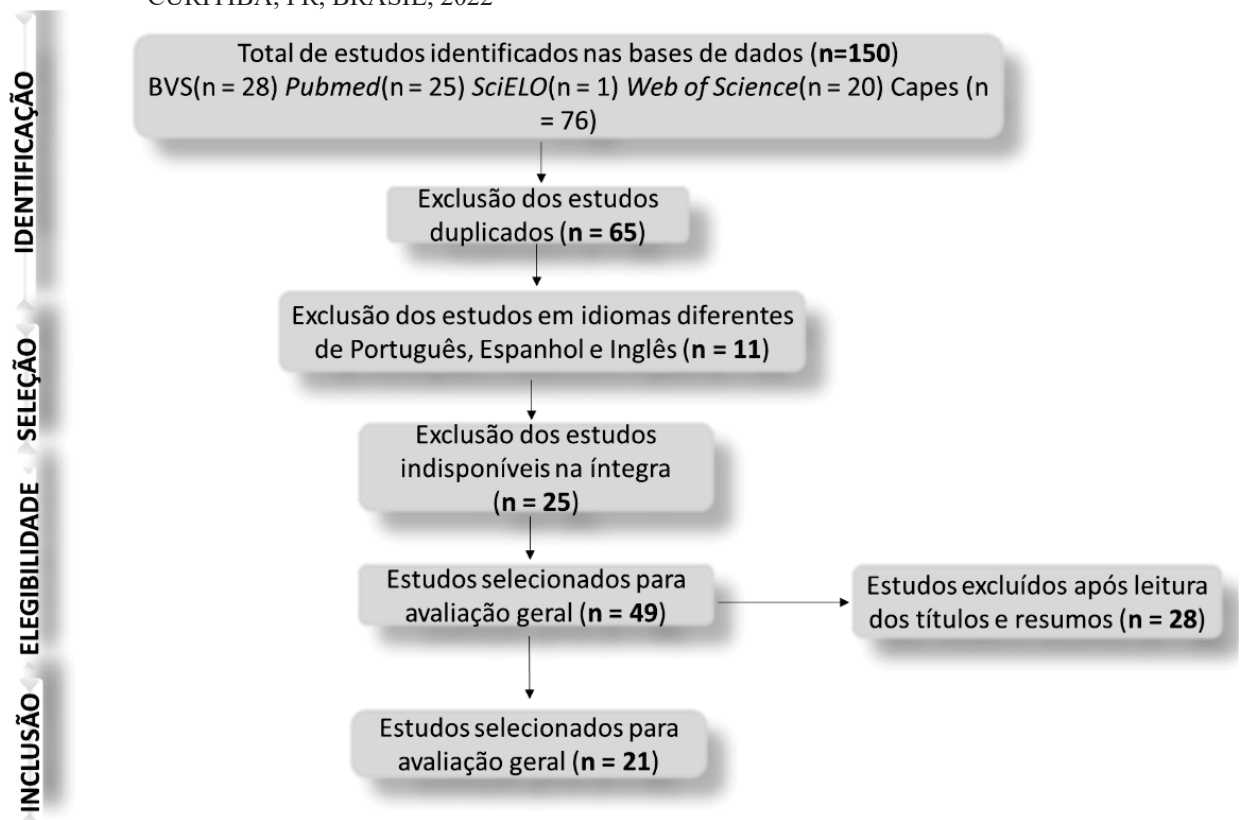
A leitura completa dos artigos incluídos na revisão foi realizada na quarta etapa. A interpretação dos resultados ocorreu na quinta etapa e, na sexta, foi desenvolvida a síntese realizada a partir dos artigos selecionados para a revisão integrativa.

A seleção dos artigos foi apresentada com o auxílio do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009). Em seguida, apresenta-se a seleção dos artigos para a revisão integrativa, a caracterização dos estudos, interpretação, discussão dos resultados e síntese dos estudos.

3.1 RESULTADOS

Primeiramente, a busca nas bases de dados resultou em 150 artigos, sendo que 21 apresentaram as características necessárias para a inclusão nesta revisão. Dentre os artigos excluídos, foram encontrados: 65 duplicados; 11 em idiomas distintos do português, inglês ou espanhol; 25 estudos não disponíveis na íntegra e 28 foram excluídos após a leitura dos títulos e resumos (FIGURA 1).

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022



FONTE: A autora (2022).

Os 21 artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2010 a 2021, concentrando-se majoritariamente nos anos de 2021 (n= 7; 33,33%), 2016 (n=3;14,28%) e 2015 (n=3; 14,28%), e os demais distribuídos em 2020 (n=2, 9,52%), 2019 (n=1; 4,76%), 2017 (n=1; 4,76%), 2013 (n=1; 4,76%), 2012 (n= 2; 9,52 %), 2010 (n=1; 4,76%).

O idioma predominante nos estudos foi o inglês (n=20; 95,23%), seguido do espanhol (n=1; 4,76%). Todos os artigos incluídos constam em periódicos internacionais (n=21; 100%). As publicações dos artigos tiveram como países de origem: Itália (n=5; 23,8%), Japão (n=3; 14,28%), Espanha (n=2; 9,52%), China (n=2; 9,52%), Turquia (n=1; 4,76%), Chile (n=1; 4,76%), Arábia Saudita (n=1; 4,76%), Palestina (n=1; 4,76%), Irã (n=1; 4,76%), Estados Unidos (n=1; 4,76%), Suíça (n=1; 4,76%), Paquistão (n=1; 4,76%) e a Jordânia (n=1; 4,76%).

O tamanho das amostras variou de 22 enfermeiras, em um ensaio clínico não randomizado a 1.193 estudantes de enfermagem, em um estudo transversal. Em relação ao desenho metodológico, os estudos do tipo transversal foram mais frequentes (n=14; 66,66%), seguidos pelos de caso controle (n=2;9,52%), “quase experimental” (n=2; 9,52%), metodológico com tradução da FATCOD-B (n=2; 9,52%%) e longitudinal (n=1; 4,76%).

Predominaram artigos identificados com nível de evidência 2c (n=16;76,19%), seguido pelo 4 (n=2; 9,52%), e 2b (n=1; 4,76%). Os dois estudos metodológicos (9,52%) não são classificados de acordo com a classificação de Oxford. No Quadro 2 mostra-se a síntese dos artigos incluídos, com dados sobre autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, amostra, principais resultados e nível de evidência científica.

QUADRO 2 - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS ENGLOBADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(continua)

Autor(es)/ Ano	Tipo de Estudo/ Amostra	Principais Resultados/ Nível de Evidência
HO <i>et al.</i> , 2010	Transversal / 202	Enfermeiras com maior experiência em cuidados EOL* tiveram maior pontuação na escala FATCOD ($p=0,002$) / 2c
YOSHIOKA; MORIYAMA, 2012	Transversal / 337	Foram determinados oito fatores relacionados à implantação da assistência de enfermagem de fim de vida, dentre eles a avaliação subjetiva da equipe do enfermeiro ($p=0,002$); atitudes positivas para cuidar de pessoas em fim de vida (FATCOD-B-J [‡] ; $p=0,007$); existência de um modelo para implantação do cuidado ($p=0,027$); alívio da morte (DAI [‡] ; $p=0,033$) / 2c
LEOMBRUNI <i>et al.</i> , 2012	Transversal / 193	Os estudantes de medicina obtiveram uma pontuação média total na FATCOD-B de 112,8. Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres ($p=0,791$) / 2c

QUADRO 2 - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS ENGLOBALADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(continuação)

Autor(es)/ Ano	Tipo de Estudo/ Amostra	Principais Resultados/ Nível de Evidência
YOSHIOKA; MORIYAMA; OHNO, 2013	Longitudinal / 22	Os escores totais na FATCOD-B-J [†] foram elevados imediatamente após o programa de educação continuada de cuidados de enfermagem de fim de vida, mas menores após 2 meses do término do programa ($p<0,01$ e $p<0,05$) / 2b
LEOMBRUNI <i>et al.</i> , 2015	Transversal / 801	Os estudantes de medicina obtiveram pontuação total média de 113,18 na FATCOD-B <i>scale</i> . Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres ($p=0,234$). Cumulativamente, as dimensões TCI [¶] (ou seja, variáveis independentes) previram significativamente o escore total FATCOD-B ($p<0,001$) / 2c
MASTROIANNI <i>et al.</i> , 2015	Metodológico / 465	A FATCOD-B <i>scale</i> foi traduzida para o italiano e obteve a consistência interna avaliada com o coeficiente alfa de Cronbach de 0,75
JAFARI <i>et al.</i> , 2015	Quasi-experimental / 30	Apenas 20% dos estudantes de enfermagem relataram experiência prévia com pacientes moribundos. A educação melhorou a atitude dos alunos frente a pacientes moribundos ($p<0,001$) / 2c
ABU-EL-NOOR; ABU-EL-NOOR, 2016	Transversal / 141	A pontuação média na FATCOD-B foi $(96,96 \pm 8,30)$. No geral, os estudantes demonstraram uma atitude negativa em relação ao cuidado com pacientes moribundos. Não há diferenças estatisticamente significativas das atitudes dos alunos em relação a cuidado com pacientes moribundos entre estudantes do sexo masculino e feminino / 2c
ESPINOZA- VENEGAS; LUENGO- MACHUCA; SANHUEZA- ALVARADO, 2016	Transversal / 308	O aumento da idade dos profissionais de enfermagem, favorece a atitude relacionada a FATCOD ($p<0,001$); os enfermeiros do sexo masculino apresentaram escores da FATCOD médios inferiores as enfermeiras ($p<0,001$) / 2c
WANG <i>et al.</i> , 2016	Metodológico / 35	O coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna da FATCOD-B-C ^{**} , e o resultado foi de 0,790, o que indicou a consistência interna aceitável.
CHAPPELL <i>et al.</i> , 2017	Transversal/ 224	42% dos alunos que tiveram uma atitude negativa em relação aos pacientes moribundos no pré-teste mudaram para uma atitude positiva após o currículo EOL [*] ($p<0,0001$) / 2c
LAPORTE <i>et al.</i> , 2020	Transversal/ 178	O escore médio da FATCOD-B foi de 117. Melhores atitudes diante de pacientes terminais foram encontradas na idade de 24-26 anos, $p=0,006$; encontros profissionais com pacientes terminais $p<0,001$ e autopercepção de competência da enfermagem de Cuidados Paliativos ($p=0,003$) / 2c
RATTANI <i>et al.</i> , 2020	Quasi-experimental / 42	Dos 30 itens da FATCOD, foi detectada uma mudança significativa de atitude em 11 itens após uma simulação para ensinar cuidados de EOL [*] / 2c
SEVEN; SERT, 2020	Transversal / 350	A pontuação média da FATCOD para enfermeiros foi de $77,98 \pm 8,81$. O estado civil, o nível de escolaridade e suas unidades de trabalho não afetaram as atitudes em relação à morte ($p>0,05$), mas afetaram os níveis de conhecimento de Cuidados Paliativos / 2c
FERRI <i>et al.</i> , 2021	Transversal / 569	Pontuações médias totais da FATCOD-B indicaram níveis intermediários de atitudes dos alunos de enfermagem em relação ao cuidado com pacientes moribundos, com uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos estudantis / 2c
YAMAGATA <i>et al.</i> , 2021	Caso controle/ 79	Uma intervenção chamada Ferramenta de Cuidados EOL [*] para os enfermeiros mostrou melhoria das atitudes em relação ao cuidado ao fim da vida ($p<0,05$) e colaboração interdisciplinar ($p<0,05$) foram mostradas quantitativamente / 4

QUADRO 2 - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS ENGLOBADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(conclusão)

Autor(es)/ Ano	Tipo de Estudo/ Amostra	Principais Resultados/ Nível de Evidência
HAO <i>et al.</i> , 2021	Caso controle / 97	Após um sistema de treinamento de cuidados paliativos, houve um aumento significativo nos escores de PCQN ^{II} ($p=0,011$) e FATCOD-B ($p=0,019$) / 4
MOTA-ROMERO <i>et al.</i> , 2021	Transversal / 131	Como resultado da formação no programa de cuidados de fim de vida em asilos na Espanha, observou-se melhora na autoeficácia e nas atitudes em relação a esse cuidado / 2c
MASTROIANNI <i>et al.</i> , 2021	Transversal / 1193	A pontuação média da FATCOD-B-I [§] dos estudantes italianos de enfermagem foi de 115,3. Os escores mais elevados foram associados à formação em cuidados paliativos ($p<0,0001$) e experiência com doentes terminais ($p<0,0001$) / 2c
ALRASHEEDI; SCHULTZ; HARVEY, 2021	Transversal / 477	Na pós-graduação, níveis mais elevados de conhecimento de cuidados paliativos e autoeficácia geral foram significativamente associados com o aumento da intenção de trabalhar com oncologia, enquanto no nível de graduação, a autoeficácia geral foi um preditor significativo. A satisfação no trabalho foi um preditor significativo de intenções entre os enfermeiros cadastrados / 2c
ZAHARAN <i>et al.</i> , 2022	Transversal / 555	Os estudantes jordanianos de enfermagem apresentaram atitudes positivas em relação à morte. O maior nível acadêmico e o sexo feminino foram preditores positivos significativos do cuidado com pacientes moribundos / 2c

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: *EOL: *End-of-life*; †DAI: *Death Attitude Inventory*; ‡FATCOD-B-J: versão japonesa da FATCOD-B scale; §FATCOD-B-I: versão italiana da FATCOD-B scale; ‖PCQN: *Palliative Care Quiz of Nursing*; ¶TCI: *Temperament and Character Inventory*; **FATCOD-B-C: versão chinesa da FATCOD-B scale.

3.2 DISCUSSÃO

A FATCOD-B scale é uma escala utilizada em diversos estudos a fim de avaliar as atitudes de profissionais de saúde frente a pacientes terminais, a morte e o morrer. Nesta revisão integrativa, foi observado que, dentre os fatores associados a atitudes mais favoráveis no fim de vida de pacientes, encontravam-se a idade mais avançada do profissional ($p<0,001$) e o sexo feminino ($p<0,001$) (ESPINOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016), além do maior nível acadêmico que se mostrou como fator preditivo positivo no cuidado dos pacientes moribundos (ZAHARAN *et al.*, 2022).

Não se encontraram diferenças significativas nas atitudes de homens e mulheres e suas pontuações na FATCOD-B scale entre estudantes de medicina, também não houve diferenças significativas entre estudantes que tinham experiência pessoal prévia com doentes terminais e os que não tinham (LEOMBRUNI *et al.*, 2012; LEOMBRUNI *et al.*, 2015). A pesquisa que aplicou a escala em estudantes de enfermagem indicou que a pontuação média total da escala não mudou significativamente nos estudantes com diferentes idades, sexo, anos de estudo,

educação em enfermagem sobre Cuidados Paliativos, experiências prévias de cuidados com o paciente moribundo e luto pessoal (FERRI *et al.*, 2021).

No que concerne à formação profissional na temática do cuidado paliativo, a FATCOD-B *scale* foi aplicada entre enfermeiros com experiência prévia em cuidados *End-Of-Life* (EOL) e observou-se maior pontuação, logo, acredita-se que essa maior experiência profissional gera mais atitudes positivas frente à terminalidade ($p=0,002$) (HO *et al.*, 2010). Aplicando-se a escala antes e depois do treinamento com um programa de EOL, foi observado que a capacitação se mostrou mais eficaz para as atitudes em fim de vida com pacientes terminais ($p=0,003$) (MOTA-ROMERO *et al.*, 2021). Ao se aplicar simulação no ensino de cuidados EOL, foram detectadas mudanças significativas de atitude em 11 itens da escala nessa população (RATTANI *et al.*, 2020). Estudantes de medicina aumentaram seus escores após receberem treinamento sobre EOL ($p<0,0001$) (CHAPPELL *et al.*, 2017).

Estudantes de enfermagem submetidos a um programa de aulas sobre cuidados paliativos responderam à FATCOD-B *scale* e foram verificados escores mais elevados associados a essa formação ($p<0,0001$) (JAFARI *et al.*, 2015) e ao relato de experiência prévia com doentes terminais ($p<0,0001$) (MASTROIANNI *et al.*, 2021). Verificou-se também que melhores atitudes em relação aos pacientes em estado terminal foram associadas à idade entre 24 e 26 anos ($p=0,006$), maior número de anos de estudo ($p<0,001$), experiências prévias de encontros profissionais com pacientes em estado terminal ($p<0,001$) e maior autopercepção de competências em cuidados paliativos ($p=0,003$) (LAPORTE *et al.*, 2020).

Observa-se que há dificuldades de implementação de programas de fim de vida, devido a escassa comunicação entre enfermeiros da equipe de cuidados de enfermagem (YOSHIOKA; MORIYAMA, 2012). Enfermeiros que participaram de um programa de treinamento de cuidados a pacientes em fim de vida responderam à FATCOD-B imediatamente e dois ou três meses após seu término, sendo verificados melhores escores imediatamente após a conclusão do programa EOL ($p<0,01$), mas sua redução nas avaliações subsequentes (YOSHIOKA; MORIYAMA; OHNO, 2013; YAMAGATA *et al.*, 2021). Na China e na Itália, para facilitar a avaliação das atitudes de estudantes de enfermagem em relação ao cuidado dos moribundos, foram realizados estudos de tradução e validação da FATCOD-B *scale*, respectivamente, para o mandarim (FATCOD-B-C) e o italiano (FATCOD-B-I) (WANG *et al.*, 2015; MASTROIANNI *et al.*, 2015).

Dada a escassa inserção da temática do cuidado paliativo em programas de graduação e treinamento em serviço nas profissões da saúde, o uso de intervenções de aprendizagem

modernas, como as ferramentas de ensino à distância por meios eletrônicos (*e-learning intervention*) tem sido apontado como estratégia de superação dessa lacuna. Efetivamente, o treinamento eletrônico em cuidados paliativos com profissionais de enfermagem mostrou que a pontuação da FATCOD-B *scale* aumentou de 100.6 ± 7.9 para 102.9 ± 8.9 ($p = 0,019$) indicando a importância da implementação de programas de capacitação que visem melhorar a atitude dos profissionais de saúde em relação à morte (HAO *et al.*, 2021).

Estudo transversal desenvolvido com estudantes de enfermagem e enfermeiros observou que profissionais que provavelmente permaneceriam trabalhando com oncologia tinham maior conhecimento em cuidados paliativos ($t=3,42$; $p=0,001$) e melhor atitude frente à morte (FATCOD) ($t=6,56$, $p<0,001$) do que profissionais que pretendiam deixar a enfermagem oncológica. Cada aumento unitário no escore da escala aumentou a probabilidade de trabalhar com a oncologia em 9%. O interesse em trabalhar na área foi 3,5 vezes maior em mulheres que em homens e a satisfação no emprego foi um fator preditor significativo de intenção de trabalhar na oncologia (ALRASHEEDI; SCHULTZ; HARVEY, 2021).

A FATCOD foi aplicada em enfermeiros em estudo descritivo transversal conduzido na Turquia e o escore médio obtido foi de $96,96 \pm 8,30$, valor considerado baixo comparado a outros estudos presentes na literatura científica. Os autores acreditam que isso ocorreu devido a cultura local, já que a escala foi aplicada em um país de cultura similar e teve resultados semelhantes. Julga-se necessário o preparo prévio do profissional de enfermagem frente a exposição a pacientes terminais, para que essa experiência não seja negativa e, dessa forma, mantenham o interesse em trabalhar nessa área (ABU-EL-NOOR; ABU-EL-NOOR, 2016). A incorporação dos cuidados paliativos no aprendizado faz-se necessária para aprimorar o conhecimento e facilitar o trabalho em equipes multidisciplinares, especialmente pelo fato de a morte ser comum nos serviços de saúde e poder impactar emocionalmente os profissionais da área (SEVEN; SERT, 2020).

3.3 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Os artigos selecionados apontam que a utilização da FATCOD-B *scale* pode favorecer a prática profissional de enfermeiros e demais profissionais da área de saúde, tendo em vista a abordagem da temática da morte e do morrer, já que a aplicação da escala leva a reflexão desses temas.

A escala pode, também, ser utilizada antes e depois da aplicação de cursos *end-of-life*, para favorecer a ampliação do conhecimento frente à terminalidade de pacientes. Além disso, é efetiva para indicar as pessoas que gostariam de trabalhar com a oncologia. A utilização da FATCOD-B *scale* favorece o avanço científico, já que incentiva pesquisas na temática da morte e do morrer.

3.4 CONCLUSÃO

A produção científica nacional e internacional de artigos que avaliaram as atitudes de médicos e enfermeiros perante pacientes moribundos e seus familiares, por meio da FATCOD-B *scale*, publicados em português, inglês e/ou espanhol, entre 2010 e 2021, totalizou 21 artigos. Em síntese, esses estudos constaram que melhores atitudes e cuidados com pacientes moribundos foram observados entre profissionais mais velhos, com maior nível acadêmico e do sexo feminino. Os homens apresentaram pontuações da FATCOD-B *scale* mais baixas que as mulheres. Os encontros de profissionais com pacientes em estado terminal, autopercepção de competências em cuidados paliativos, formação em cuidados paliativos, experiência com doentes terminais, exposição de aulas sobre cuidados paliativos geram atitudes positivas frente à terminalidade.

4 MATERIAIS E MÉTODO

Neste tópico apresenta-se o desenho do estudo, com ênfase para o tipo de estudo, os aspectos éticos, o local de estudo, a população e amostra, a coleta e análise dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

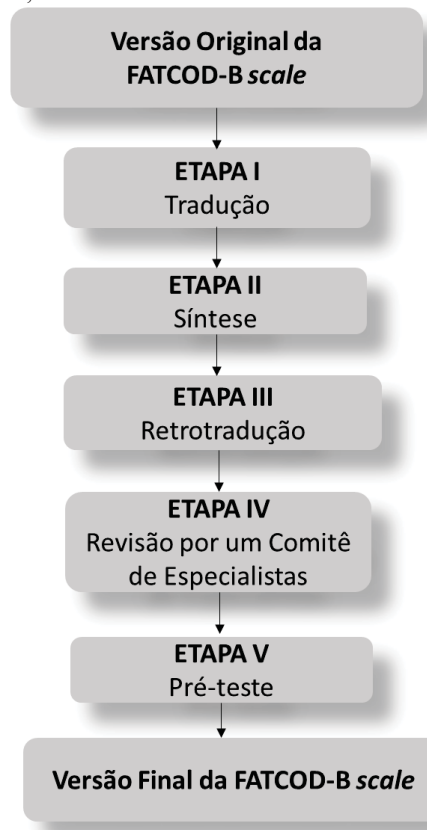
Trata-se de um estudo do tipo metodológico para a validade semântica e a adaptação cultural da Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B* (FATCOD-B *scale*) (ANEXO 1), a qual compara a relação entre a atitude de um indivíduo em relação ao cuidado de pessoas terminais e sua família.

A pesquisa metodológica envolve investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos focam no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas ou estratégias metodológicas (POLIT; BECK, 2019).

4.2 DESENHO DAS ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi estruturado segundo Beaton *et al.* (2000; 2007) e abrange as etapas de tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo. Observam-se na Figura 2 as etapas da tradução e validação transcultural da FATCOD-B *scale* que foram realizadas neste estudo.

FIGURA 2 - ETAPAS DA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA FATCOD-B *SCALE*. CURITIBA, PARANÁ, 2023



FONTE: A autora (2023).

a) Tradução

A tradução de um instrumento é o primeiro passo do procedimento de adaptação. Ao se adaptar uma escala, devem-se considerar os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais referentes à sua tradução. Uma vez adaptado o instrumento, é possível realizar estudos entre diferentes populações, comparando características de indivíduos inseridos em diferentes contextos culturais (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Na etapa tradução, participaram dois tradutores. O primeiro é da área da saúde (TRAD 1) e o segundo é um tradutor juramentado da Junta Comercial do Paraná (TRAD 2). Os tradutores receberam o Termo de Anuência (APÊNDICE 1) e a versão original da FATCOD-B *scale* por *e-mail* (ANEXO 1). Ambos assinaram o termo de anuência e encaminharam aos pesquisadores pela mesma plataforma digital. Além disso, os tradutores foram convidados, neste primeiro momento, a participarem da etapa da síntese e do Comitê de Especialistas, conforme recomendações de Beaton *et al.*, (2000; 2007). O TRAD 1 realizou a tradução da FATCOD-B *scale* e formulou o documento T1 (ANEXO 2). O TRAD 2 realizou a tradução da FATCOD-B *scale* e formulou o documento T2 (ANEXO 3). Ambos fizeram a tradução de forma individual, não havendo troca de informações. Os tradutores encaminharam um relatório

sobre suas traduções aos pesquisadores, que continham justificativas quanto as escolhas de vocabulários, bem como suas percepções acerca da tradução.

b) Síntese

A síntese foi realizada pelos dois tradutores que realizaram a tradução sem quaisquer interferências dos pesquisadores, que atuaram como observadores. Nesta etapa, o TRAD 1 e TRAD 2 fizeram uma reunião *online*, ambos discutiram os 30 itens traduzidos da FATCOD-B *scale* e chegaram a um consenso sobre a versão síntese (T1-2) (ANEXO 4), oriunda das traduções T1 e T2. Após seu término, a versão T1-2 foi encaminhada aos pesquisadores juntamente com um relatório resultante do diálogo entre os dois tradutores a respeito de suas traduções e formulação de uma versão única em português T1-2.

c) Retrotradução

Na retrotradução, participaram dois retrotradutores com nacionalidade norte-americana e proficiência no português do Brasil. Ambos foram contactados através de uma empresa de Catálogo de Tradutores e convidados para participar da pesquisa via *e-mail*. Receberam o Termo de Anuência (APÊNDICE 1) e a síntese da FATCOD-B *scale* (ANEXO 4) através da mesma plataforma digital. Além disso, os retrotradutores foram convidados previamente a participarem do comitê de especialistas.

d) Revisão por comitê de especialistas

Nesta etapa, os participantes desse comitê receberam o convite para participarem da pesquisa via *e-mail*, sendo que alguns foram contactados primeiramente através dos seus telefones celulares. Da mesma maneira, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi encaminhado para os profissionais voluntários para participar do comitê de especialistas (um profissional de “enfermagem pesquisador da temática da morte”, um profissional de “enfermagem com expertise na tradução e validação transcultural de escalas” e um “médico com especialidade em cuidados paliativos”) (APÊNDICE 2) e o Termo de Anuência (APÊNDICE 1) foi encaminhado para os profissionais contratados pelos pesquisadores (tradutor 1, tradutor 2, retrotradutor 1, retrotradutor 2, profissional formado em letras português-inglês, tradutor 3 substituto do tradutor 2) para participar do comitê de especialistas.

Durante a etapa do comitê de especialistas, o tradutor 2 não conseguiu participar de uma reunião *online* devido a um problema pessoal. Posteriormente, os pesquisadores não conseguiram contactar o tradutor 2, após várias tentativas por *e-mail* e telefone celular. Por isso, o tradutor 2 participou parcialmente da fase de Comitê de Especialistas, sendo substituído por

outro tradutor juramentado (TRAD 3) que deu seguimento a participação do TRAD 2 nesta pesquisa.

O TCLE e o Termo de Anuência foram assinados e encaminhados aos pesquisadores, e todos os participantes dessa etapa receberam a FATCOD-B *scale* na sua versão original, bem como as versões traduzidas, versão síntese e versões retrotraduzidas. Além disso, receberam o relatório da tradução 1, relatório da tradução 2, relatório da síntese, relatório da retrotradução 1 e relatório da retrotradução 2. As sugestões de melhorias realizadas entre os participantes do comitê de especialistas foram enviadas via e-mail aos pesquisadores, juntamente com a versão da FATCOD-B *scale* que foi aplicada no pré-teste.

e) Pré-teste

Para a etapa do pré-teste participaram profissionais médicos e enfermeiros associados a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que foram convidados através do *mailing* da SBGG e, também, através de grupos do *WhatsApp*, os quais participavam profissionais associados a SBGG. O *e-mail* continha o *link* do *Google forms* que apresentava o TCLE (APÊNDICE 3), bem como os questionários sociodemográfico (ANEXO 5), e os questionários da FATCOD-B *scale* para serem respondidos. Para facilitar a divulgação da pesquisa, foram criados folders (ANEXOS 6 e 7), que foram encaminhados aos associados da SBGG. Neles, continha um *QRCode* que dava acesso ao *link* do *Google forms* contendo o TCLE, o questionário sociodemográfico e os questionários da FATCOD-B *scale*. Os pesquisadores criaram um *e-mail* para uso exclusivo da pesquisa, logo as repostas provenientes do *Google forms* eram encaminhadas diretamente para essa conta.

f) Versão final

Foi concluída a versão brasileira da FATCOD-B *scale* (FATCOD-B-B) pelos pesquisadores.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, foi realizado o contato com a autora da escala Katherine Helen Murray Frommelt, que autorizou a tradução e validação transcultural (ANEXO 8) da FATCOD-B *scale* (ANEXO 1).

Para que a coleta de dados do pré-teste fosse realizada por profissionais cadastrados na SBGG, os autores tiveram autorização da presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Dra Ivete Berkenbrock (ANEXO 9).

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), para análise e parecer e aprovado com a CAEE 55547522.1.0000.0102 (ANEXO 10). Foram observados os princípios éticos de participação voluntária, mediante assinatura do TCLE, conforme as recomendações contidas na Resolução nº. 466 do Conselho Nacional da Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016). Os participantes da etapa pré-teste tiveram orientação sobre o TCLE previamente aos questionários da escala FATCOD-B-B e receberam uma cópia do TCLE, bem como das repostas dos questionários sociodemográficos e da FATCOD-B-B.

Foram esclarecidas ao participante em todas as etapas (tradução, síntese, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste) as informações relacionadas a pesquisa, ressaltando-se que a participação no pré-teste foi voluntária, sem que a recusa causasse quaisquer desconfortos com relação aos responsáveis pela pesquisa, tampouco à instituição de saúde que está vinculado. Foi garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza e, caso o participante sentisse necessidade, os pesquisadores estavam disponíveis para as devidas orientações ou esclarecimentos.

Os nomes dos participantes foram codificados, assim como suas respostas. Dessa forma, após a colocação dos códigos em planilha Excel, os dados foram trabalhados totalmente anônimos.

Após a finalização desta pesquisa foi realizado o *download* dos dados para um dispositivo eletrônico local, apagando registros de plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou “nuvem”. O mesmo ocorreu com os TCLEs dos participantes da pesquisa. Todos os documentos são de acesso exclusivo dos pesquisadores, e mantidos em arquivos eletrônicos sob a responsabilidade da pesquisadora Coordenadora Profa. Dra. Maria Helena Lenardt, responsável pelo projeto.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

Na etapa tradução, os dois tradutores foram convidados e receberam o Termo de Anuência e a versão original da FATCOD-B *scale* através do *e-mail*. Na síntese, a versão final foi encaminhada por *e-mail* aos pesquisadores. Na retrotradução, os dois retrotradutores foram convidados para participar da pesquisa via *e-mail*, receberam o Termo de Anuência e a versão síntese T1-2 pela mesma plataforma.

Os participantes do comitê de especialistas receberam o convite para participar da pesquisa via *e-mail*. Todos tinham acesso ao contato com os pesquisadores através dessa plataforma digital e receberam a FATCOD-B *scale* na sua versão original, bem como as versões traduzidas, retrotraduzidas e a síntese através do *e-mail*. Posteriormente, as sugestões de melhorias realizadas entre os participantes desse Comitê foram enviadas via *e-mail* aos pesquisadores, juntamente com a versão da FATCOD-B *scale* que foi aplicada no Pré-teste.

Para a etapa do pré-teste, os profissionais médicos e enfermeiros associados a SBGG foram convidados através do *mailing* da SBGG. O *e-mail* continha o *link* do *Google forms* com o TCLE, bem como os questionários sociodemográfico e os questionários da FATCOD-B *scale* para serem respondidos.

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na etapa tradução, participaram TRAD 1 e TRAD 2. O tradutor 1 (TRAD 1) é profissional de saúde fluente em inglês com certificação *Test of English as a Foreign Language - Internet Based Test* (TOEFL-IBT) com pontuação acima de 60 pontos. O tradutor 2 (TRAD 2) é profissional de outra área, diferente da saúde, e é tradutor juramentado cadastrado na Junta Comercial do Paraná. A síntese, foi realizada pelos dois tradutores e os pesquisadores foram observadores. Na retrotradução, participaram dois retrotradutores norte-americanos: RET 1 e RET 2.

Na revisão por um comitê de especialistas, participaram nove profissionais: TRAD 1, TRAD 2, TRAD 3, RET 1, RET 2, um profissional de “Enfermagem Pesquisador da Temática da Morte”, um “Profissional formado em Letras Português-Inglês” (PLPI), um profissional de “Enfermagem com expertise na Tradução e Validação transcultural de Escalas” (ETVE) e um “Médico com Especialidade em Cuidados Paliativos” (MECP).

Para a etapa do pré-teste, a amostragem foi constituída por médicos e enfermeiros associados a SBGG. Para Beaton *et al.* (2000; 2007) a etapa final do processo de adaptação é o pré-teste. Segundo o autor, para este teste de campo com o novo questionário deve ser empregada a versão pré-final em sujeitos ou pacientes do cenário-alvo. Nesta pesquisa, o total de respondentes foi de 102, dos quais: 75 médicos, 12 enfermeiros, 15 “outros” (fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais). Uma resposta foi excluída, pois o participante identificou-se como “estagiário”, não sendo possível afirmar sua área de atuação profissional. Ressalta-se que a SBGG contém associados de outras profissões, além de

médicos e enfermeiros. O *mailing* da SBGG abrangeu a todos, logo houve repostas de pessoas de outras profissões, no entanto, as 15 respostas dos profissionais que não eram médicos nem enfermeiros não foram utilizadas nesta pesquisa, pois teve-se como foco a obtenção de dados de médicos e enfermeiros para a aplicação do pré-teste.

Segundo Agranonik e Hirakata (2011), a amostragem estatística é uma técnica amplamente utilizada na pesquisa científica para coletar informações sobre uma população maior usando uma amostra menor. O cálculo do tamanho amostral é importante para evitar que o número de respondentes seja muito maior do que o necessário, despendendo de recursos e tempo; bem como, muito pequeno, de forma que falte precisão nos resultados encontrados.

Para o tamanho da amostra, o referencial de Beaton *et al.* (2000) sugere entre 30 e 40 participantes. No presente estudo, utilizou-se de métodos de amostragem probabilística, mais especificamente, a amostragem estratificada. Esse método é aplicado quando a população de interesse se subdivide em grupos, nesse caso, médicos e enfermeiros, e foi utilizado para evitar que o número de respondentes fosse muito pequeno e, conseqüentemente, faltasse precisão nos resultados. Segundo Manzato e Santos (2012), quando a amostragem não leva em consideração a existência desses subgrupos pode-se produzir resultados que estejam influenciados pelo desbalanceamento da amostra.

Para realização do cálculo da amostragem estratificada, foi necessário definir os seguintes parâmetros: tamanho da população, nível de confiança, margem de erro e variância da população:

- Tamanho da população: é o número total de indivíduos na população que você deseja estudar. O tamanho da população é importante para determinar o tamanho da amostra necessária para obter resultados precisos.
- Nível de confiança: é a probabilidade de que os resultados da amostra estejam dentro de uma margem de erro aceitável em relação aos resultados da população. Normalmente, o nível de confiança é de 95% ou 99%.
- Margem de erro: é a quantidade de erro que é considerada aceitável na estimativa dos parâmetros da população a partir da amostra. Por exemplo, se a margem de erro for de 3%, isso significa que o valor verdadeiro para o parâmetro populacional tem uma probabilidade de 95% de estar dentro de 3% da estimativa da amostra.
- Variância da população: é uma medida da dispersão dos dados na população. A variância populacional é importante porque afeta o tamanho da amostra necessária para obter

resultados precisos. Uma população com alta variância exigirá uma amostra maior para alcançar o mesmo nível de precisão em relação a uma população com baixa variância.

Em casos em que não há estudos prévios, utiliza-se a proporção de 50%, visando maximizar o tamanho de amostra (AGRANOIK; HIRAKATA, 2011). Apresenta-se a seguir a fórmula do cálculo da amostragem estratificada:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2 + (N-1) \cdot E^2},$$

onde:

n = o tamanho amostral;

N = tamanho da população em estudo

$(z_{\alpha/2})^2$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

p = é a prevalência utilizada para maximizar o tamanho amostral;

q = é a prevalência complementar, ou seja, $(1 - p)$;

E = margem de erro.

Isolando o E (margem de erro), tem-se que:

$$E = \sqrt{\frac{(p \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2) \cdot (N - n)}{(N \cdot n - n)}},$$

Dessa forma, considerando o n obtido de 87 entrevistas, proporção (p e q) de 50% e o nível de significância de 5%, tem-se que:

$$E = \sqrt{\frac{(0.5 \cdot 0.5 \cdot (z_{\alpha/2})^2) \cdot (2089 - 87)}{(2089 \cdot 87 - 87)}} = 0.1028$$

Assim, a margem de erro para o tamanho amostral obtido é de 9,17%. Considerando o tamanho amostral recomendado por Beaton *et al.* (2000) de 30 a 40 indivíduos, tem-se os seguintes valores para as margens de erro:

Para um $n = 30$, tem-se:

$$E = \sqrt{\frac{(0.5 \cdot 0.5 \cdot (z_{\alpha/2})^2) \cdot (2089 - 30)}{(2089 \cdot 30 - 30)}} = 0.1776$$

Para um $n = 40$, tem-se:

$$E = \sqrt{\frac{(0.5 \cdot 0.5 \cdot (z_{\alpha/2})^2) \cdot (2089 - 40)}{(2089 \cdot 40 - 40)}} = 0.1534$$

Assim, tem-se que as margens de erro para o n de 30 a 40 indivíduos são respectivamente 17,76% e 15,34%. Comparando as diferenças entre o realizado na pesquisa com o que seria obtido caso fosse utilizado o n proposto por Beaton *et al.* (2000), a diferença chega a quase 7.5 pontos percentuais.

A versão final da FATCOD-B *scale* foi finalizada após os pesquisadores observarem que a versão pré-teste foi adequada para ser aplicada em profissionais de saúde médicos e enfermeiros, tendo em vista sua validação e consistência interna avaliadas neste estudo.

Apresenta-se na Figura 3 o fluxograma de amostragem dos participantes do estudo.

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA DO ESTUDO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA FATCOD-B SCALE. CURITIBA, PARANÁ, 2023



FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: EPTM - Profissional de Enfermagem Pesquisador da Temática da Morte; ETVE - Profissional de Enfermagem com Expertise na Tradução e Validação Transcultural de Escalas; FATCOD-B scale- Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*; FATCOD-B-B -Versão Brasileira da Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*; MECP - Médico com Especialidade em Cuidados Paliativos; PLPI - Profissional formado em Letras Português-Inglês; SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; TRAD 1- Tradutor 1; TRAD 2 - Tradutor 2; TRAD 3 - Tradutor 3; RET 1 - Retrotradutor 1; RET 2 - Retrotradutor 2.

Para a seleção dos participantes do estudo, foram pré-estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os tradutores foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão:

TRAD1 - a) ter idade igual ou maior que 18 anos; b) ser profissional da área da saúde e ter conhecimento sobre o construto avaliado; c) ter o idioma português brasileiro como língua materna; d) ser fluente no idioma inglês.

TRAD2 - a) ter idade igual ou maior que 18 anos; b) ser profissional de área distinta da saúde (tradutor ingênuo); c) não ter conhecimento clínico sobre o construto avaliado de modo a refletir a linguagem não acadêmica; d) ter o idioma português brasileiro como língua materna; e) ser fluente no idioma inglês. O critério de exclusão do estudo para os tradutores foi: não cumprir os prazos para a realização da tradução estipulado com os pesquisadores.

Para a retrotradução, os participantes eram cegos para a versão original do instrumento

e tiveram acesso somente à versão síntese. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão comuns para os RET 1 e RET 2: a) apresentar idade igual ou superior a 18 anos; b) ter o idioma inglês como língua materna; c) ser fluente no idioma português brasileiro. O critério de exclusão para a retrotradução foi: não cumprir os prazos para a realização da tradução estipulado com os pesquisadores.

O comitê de especialistas foi formado pelos tradutores (TRAD1 e TRAD2), retrotradutores (RET 1 e RET 2), um profissional de saúde, um profissional formado em letras português-inglês, um profissional com expertise na tradução e validação transcultural de escalas, um médico experiente em cuidados paliativos, um tradutor juramentado pela Junta Comercial do Paraná (TRAD 3), em substituição ao TRAD2. Os pesquisadores sempre estiveram à disposição para sanar dúvidas dos profissionais do comitê.

Os participantes da etapa pré-teste foram profissionais médicos e enfermeiros associados a SBGG. O critério de exclusão dos participantes do pré-teste foi: não responder às questões do formulário na íntegra; não ser médico ou enfermeiro.

Os participantes foram recrutados da seguinte maneira:

TRAD1 - foi realizada uma busca no currículo Lattes, após a indicação de profissionais da área da saúde que apresentavam fluência no inglês. A análise curricular avaliou a proficiência em inglês, bem como a profissão do tradutor. O profissional foi convidado para ser tradutor da pesquisa e para verificar a proficiência em inglês foi requisitado um comprovante, conforme os mesmos requisitos para a participação no mestrado de enfermagem da UFPR, a saber:

I. Declaração de aprovação em exame de suficiência em língua inglesa emitida por um Programa de Pós-graduação, ou Núcleo de Concursos da UFPR ou por Departamentos de Línguas Estrangeiras de uma Instituição Federal de Nível Superior, com pontuação mínima de 70%; II. Exame *Test of English for Academic Purposes* (TEAP) com pontuação mínima de 50; III. Exame TOEFL IBT com pontuação mínima de 60; IV. Exame *Institutional Test of English as a Foreign Language – Institucional Testing Program* (TOEFL-ITP) com pontuação mínima de 450; V. Exame *International English Language Testing System* (IELTS) com pontuação mínima de 4,5; VI. Exame *Proficiency Exam for International Communication In English* (PEICE) com pontuação mínima de 60; VII. Exame *Cambridge First Certificate in English* (FCE), *Cambridge English Advanced* (CAE) e *Cambridge Certificate of Proficiency in English* (CPE) com resultado grade A, B ou C; VIII. Exame de Competência de Cambridge-Michigan (ECCE) com resultado *High Pass*, *Pass* ou *Low Pass*; IX. Exame Michigan ECPE com resultado *Honors*, *Pass* ou *Low Pass*.

TRAD 2 - Para o recrutamento do segundo tradutor foi realizada uma busca na Junta Comercial do Paraná, tendo em vista que o tradutor era juramentado. Entrou-se em contato com inúmeros profissionais listados no site dessa junta. O profissional escolhido foi contratado de acordo com sua disponibilidade de carga horária para fazer a tradução da FATCOD-B *scale*, tendo em vista que muitos tradutores contactados estariam disponíveis apenas após longos períodos, por estarem comprometidos com outros serviços.

Para o recrutamento dos retrotradutores, a pesquisadora solicitou indicações para profissionais que haviam realizado trabalhos de tradução e validação transcultural previamente. Entrou-se em contato com pessoas cuja língua materna era o inglês e eram fluentes no português. Esses profissionais foram informados previamente que deveriam participar do comitê de especialistas, após a realização da retrotradução. Todos os profissionais contactados recusaram a participação no comitê, alegando ser um processo muito demorado e fatigante. Em seguida, a pesquisadora recebeu a indicação de uma empresa com catálogo de tradutores. Após entrar em contato, foram colocados os critérios de inclusão dos profissionais e contrataram-se dois retrotradutores, nascidos nos Estados Unidos da América, residentes no Brasil, fluentes no inglês e no português e com uma vasta experiência em traduções do inglês para o português, e vice-versa.

Para formar o comitê de especialistas, ocorreu uma intensa busca de profissionais através da análise de Currículos no Lattes e no *Linkedin* e indicações de pesquisadores realizadas pelo grupo de pesquisa. Os tradutores e retrotradutores participantes foram os mesmos que participaram da tradução e retrotradução da pesquisa, respectivamente. O recrutamento do profissional formado em Letras Português-Inglês foi realizado pela mesma empresa de catálogos onde encontraram-se os retrotradutores. O profissional com expertise na tradução e validação transcultural de escalas foi encontrado por indicação de outros pesquisadores e análise do Currículo Lattes. O profissional de saúde especialista em Cuidados Paliativos foi encontrado por indicação de pesquisadores e análise do Currículo Lattes. O terceiro tradutor juramentado, substituto do tradutor 2, foi indicado pela empresa de catálogos onde encontraram-se os retrotradutores e estava cadastrado na Junta Comercial do Paraná. O profissional de enfermagem pesquisador na temática da morte foi indicado por outros pesquisadores e foi realizada a análise do Currículo Lattes. Todos os profissionais participantes do Comitê de Especialistas tiveram seus currículos analisados, independentemente de serem participantes voluntários ou contratados.

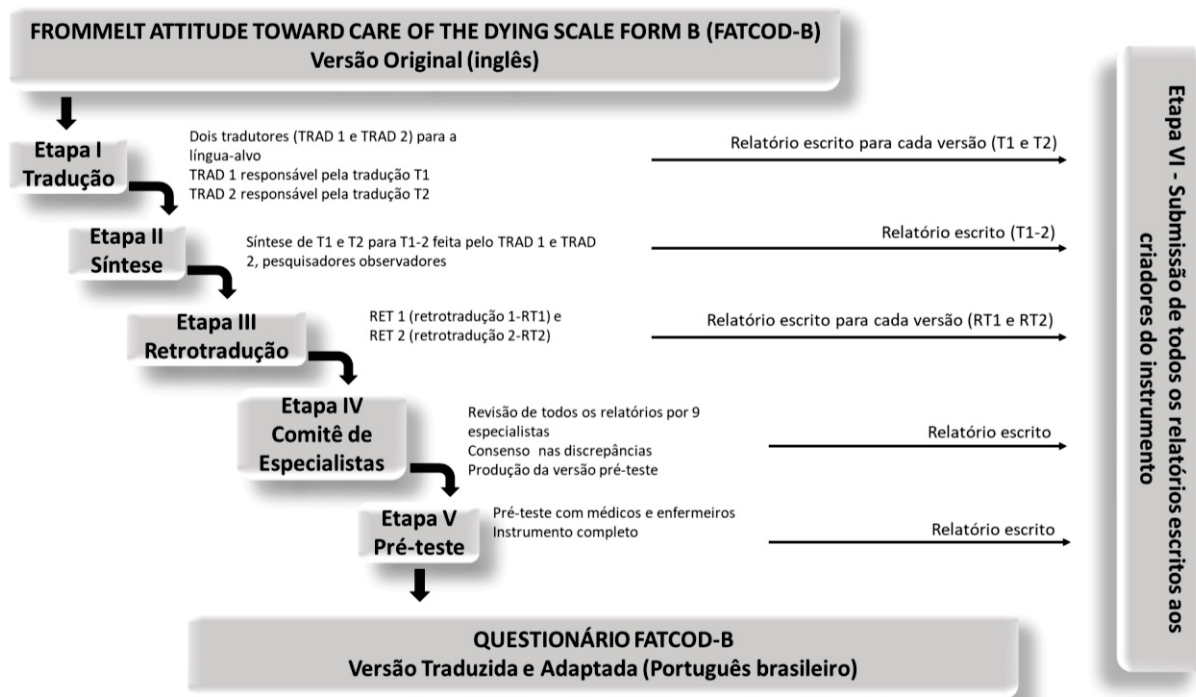
O recrutamento dos profissionais médicos e enfermeiros associados a SBGG foi

realizado pelo *mailing* da SBGG, dessa forma, os pesquisadores enviaram o *link* com as informações e objetivos do estudo para o *e-mail* da SBGG e essa Sociedade reenviou através do seu *mailing* aos seus associados.

4.6 COLETA DE DADOS

O estudo percorreu as etapas: tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo dessa escala, segundo BEATON *et al.* (2000; 2007). Na Figura 5 observa-se o fluxograma do desenho de validação e adaptação transcultural da FATCOD-B *SCALE*.

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS PARA VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA FATCOD-B *SCALE*. CURITIBA, PARANÁ, 2023



FONTE: Traduzido e adaptado de BEATON *et al.* (2007).

LEGENDA: FATCOD-B *scale*- Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B; RT1 - Retrotradução 1; RT2 – Retrotradução 2; RET 1 - Retrotradutor 1; RET 2 - Retrotradutor 2; T1 – Tradução da FATCOD-B *scale* pelo TRAD 1; T2 – Tradução da FATCOD-B *scale* pelo TRAD 2; T1-2 - Síntese de T1 e T2; TRAD 1- Tradutor 1; TRAD 2 - Tradutor 2.

A coleta de dados iniciou com a tradução da FATCOD-B *scale* realizada pelo TRAD 1 e TRAD 2, que geraram as versões traduzidas T1 e T2, respectivamente. Na síntese, os tradutores 1 e 2 formularam a versão T 1-2.

Na retrotradução, os retrotradutores fizeram a retrotradução da versão T 1-2 do português para o inglês, ambos estavam totalmente cegos para a versão original e trabalharam

de forma individual, sem comunicação entre si. As versões retrotraduzidas RT1 e RT2, bem como os relatórios realizados após a retrotradução foram encaminhados por *e-mail* aos pesquisadores.

Na revisão pelo comitê de especialistas, os profissionais receberam a versão original da FATCOD-B *scale*, assim como as versões dos tradutores e retrotradutores. As decisões tomadas por esse comitê para a equivalência entre a versão original e a versão final foram fundamentadas de quatro formas, segundo Beaton *et al.* (2000; 2007):

a) Equivalência semântica - deve responder as perguntas como: “as palavras apresentam o mesmo significado?”; “existem múltiplos significados para um determinado item?”; “existem dificuldades gramaticais na tradução?”;

b) Equivalência idiomática - refere-se a coloquialismos idiomáticos que são de difícil tradução. O comitê deve formular uma expressão equivalente na versão traduzida;

c) Equivalência cultural - determinados itens que buscam vivenciar o cotidiano muitas vezes variam entre culturas e países. Para resolver essa situação, um item do questionário que aborde uma ação ou intenção semelhante na cultura alvo deve ser identificado para substituir o item original;

d) Equivalência conceitual - algumas palavras podem apresentar diferentes significados comparando-se diferentes culturas. O comitê de especialistas deverá examinar todos os itens para chegar a um consenso em cada um deles.

No pré-teste, foram recrutados médicos e enfermeiros associados à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Esses profissionais responderam ao questionário sociodemográfico e a FATCOD-B-B, na versão entregue pelo comitê de especialistas.

O questionário sociodemográfico (ANEXO 5) foi ajustado a partir do questionário sociodemográfico criado por Katherine Helen Murray Frommelt (ANEXO 11) durante a aplicação do instrumento original FATCOD-B *scale*, e é composto pelas variáveis: sexo, idade, religião, profissão, questões sobre educação prévia sobre o morrer e a morte, experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais, experiência prévia com a perda e experiência presente quanto a morte de um ente querido. Os ajustes realizados ocorreram para que o questionário fosse mais adequado a realidade brasileira. No Brasil, há diversas denominações religiosas, não apenas “católico, protestante, judeu”, logo, optou-se por acrescentar “espírita”, “afro-brasileira”, “agnóstica” e “ateu”. Houve, também, modificações na formação profissional, já que no Brasil não há “*High School Equivalency*” ou “*High School Diploma*”, por exemplo.

Optou-se por deixar “residência”, “mestrado”, “doutorado” no questionamento de outras formações. As respostas para todas essas questões são de uso exclusivo dos pesquisadores e foram codificadas para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

A FATCOD-B *scale* é um instrumento que avalia as atitudes de profissionais de saúde em relação ao cuidado de pessoas em estado terminal e suas famílias. A escala é composta por 30 perguntas e contém questões variadas, como: “2. *Death is not the worst thing that can happen to a person*; 9. *It is difficult to form a close relationship with the dying person*; 12. *The Family should be involved in the physical care of the dying person*; 22. *Care should extend to the Family of the dying person*”. As questões são respondidas por uma escala tipo *Likert* pontuada numa grandeza de cinco pontos: a) “*strongly disagree*”; b) “*disagree*”; c) “*uncertain*”; d) “*agree*”; e) “*strongly agree*” (ANEXO 1).

4.7 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados referentes às respostas dos participantes no pré-teste foram organizados no *Software Microsoft® Excel*. As características inerentes aos participantes foram avaliadas com técnicas de estatística descritiva. Posteriormente, as respostas foram contabilizadas em termos de frequências, percentuais e intervalos de confiança para proporção.

Para cada questão, foram calculados os seus respectivos índices de validade de conteúdo (IVC) conforme a seguinte fórmula:

$$IVC = \frac{\text{quantidade de respostas "concordo totalmente" e "concordo"}}{\text{quantidade total de respostas}}$$

Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0.78 (78%) para o IVC (YUSOFF, 2019). Quanto à consistência interna foi utilizado o alfa de Cronbach, que fornece uma medida de consistência interna em um único teste (CRONBACH, 1951). Freitas e Rodrigues (2005) classificam a consistência interna do coeficiente alfa de Cronbach da seguinte maneira: 1. $\alpha \leq 0,30$ – Muito baixa; 2. $0,30 < \alpha \leq 0,60$ – Baixa; 3. $0,60 < \alpha \leq 0,75$ – Moderada; 4. $0,75 < \alpha \leq 0,90$ – Alta; 5. $\alpha > 0,90$ – Muito alta.

Foram analisados, também, dados referentes às respostas dos participantes dos questionários da FATCOD-B *scale* segregados de acordo com idade (menor ou igual a 45 anos; maior que 45 anos), sexo (feminino; masculino), religião (cristão- inclui a religião católica e a protestante; não cristão- inclui as religiões espírita e afro-brasileira; sem religião- inclui ateu e

agnóstico), experiência prévia com perda (Perdi alguém próximo a mim no último ano, especifique: Familiares próximos (mãe, pai, filho(a), esposo(a); outro significativo; não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim) e educação prévia sobre o morrer e a morte (Eu fiz um curso sobre o morrer e a morte, previamente; não fiz um curso específico sobre o morrer e a morte, mas o assunto foi abordado em outros cursos; nenhuma informação prévia sobre o morrer e a morte foram apresentadas a mim). Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para quantificar as respostas em termos de frequências, percentuais e intervalos de confiança para proporção. Sobreposição de intervalos de confiança indicaram que não houve diferenças estatísticas entre proporções.

Inicialmente, realizaram-se as análises estatísticas com as respostas segregadas em “concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente”. Nas análises sobre a educação prévia sobre o morrer e a morte, mantiveram-se as alternativas “Eu fiz um curso sobre o morrer e a morte, previamente”, “Não fiz um curso específico sobre o morrer e a morte, mas o assunto foi abordado em outros cursos” e “Nenhuma informação prévia sobre o morrer e a morte foram apresentadas a mim”. Além disso, mantiveram-se na análise estatística referente a experiência prévia com perda as assertivas “familiares próximos (mãe, pai, filho(a), esposo(a))”, “Não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim”, “outro significativo” (TABELAS 5, 6 e 7).

Em um segundo momento, tendo como objetivo verificar se os dados analisados estatisticamente poderiam ter interferência devido ao valor de “n” ser pequeno, foram realizadas alterações nas assertivas mencionadas previamente. Nas análises relacionadas a educação prévia sobre morrer e a morte, colocaram-se como alternativas “sim” e “não”, no lugar de “Eu fiz um curso sobre o morrer e a morte, previamente”, “Não fiz um curso específico sobre o morrer e a morte, mas o assunto foi abordado em outros cursos” e “Nenhuma informação prévia sobre o morrer e a morte foram apresentadas a mim”. Nas análises relacionadas a experiência prévia com perda, segregaram-se as respostas em “sim” e “não”, diferentemente das alternativas prévias “familiares próximos (mãe, pai, filho(a), esposo(a))”, “Não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim”, “outro significativo” (TABELAS 8, 9, 10 e 11).

Para testar as associações entre as respostas da FATCOD-B *scale* foi utilizado o teste de qui-quadrado, sendo em condições em que o teste não é indicado, ou seja, $n < 5$, utilizou-se o teste exato de Fisher (FISHER, 1970). Ambos os testes consistem em verificar se existe associação entre a variável da linha com a variável da coluna, de modo que, testa-se se as diferenças entre frequências observadas e esperadas nas classes de uma variável qualitativa são

reais ou casuais (PIANA; MACHADO; SELAU, 2013). Todos os testes foram realizados considerando o nível de 5% de significância e utilizando a linguagem de programação R.4.1.2 com auxílio de um profissional estatístico.

Foram realizadas análises descritivas das respostas da FATCOD-B *scale* relacionadas as métricas das respostas obtidas pela aplicação dessa escala. As respostas foram pontuadas de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor, maior o nível de concordância com a questão. As perguntas 1, 2, 4, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 e 30 são classificadas como positivas, enquanto as demais, negativas. As perguntas consideradas negativas tiveram a escala invertida. Foram calculadas as médias e desvios-padrões para cada pergunta, posteriormente, foram obtidas as médias das médias, desvio-padrão das médias, mínimo, máximo e soma total das médias. Todas as análises foram realizadas utilizando o R.4.2.2. Foram realizadas análises descritivas para avaliar os dados sociodemográficos.

5 RESULTADOS

Os primeiros resultados da pesquisa foram segregados segundo as etapas sugeridas por Beaton *et al.* (2000, 2007): tradução, síntese, retrotradução, comitê de especialistas e pré-teste (QUADRO 3, 4, 5, 6, 7, 8). Outras análises estatísticas foram realizadas e mostradas sequencialmente.

No Quadro 3, mostra-se o resultado da tradução (T1) realizada pelo tradutor 1 (TRAD 1) a partir da escala original FATCOD-B *scale*.

QUADRO 3 - FATCOD-B *SCALE* E TRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

FATCOD-B <i>SCALE</i> (ANTES)	TRADUÇÃO 1(DEPOIS)
Appendix: FATCOD, Form B In these items, the purpose is to learn how nonfamily caregivers feel about certain situations in which they are involved with patients. All statements concern the giving of care to the dying person and/or his/her family. Where there is reference to a dying patient, assume it to refer to a person who is considered to be terminally ill and to have six months or less to live. Please circle the statement that corresponds to your own personal feelings about the attitude or situation presented. Please respond to all 30 statements on the <i>scale</i> .	Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.
1. Giving care to the dying person is a worthwhile experience.	1. Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência gratificante.
2. Death is not the worst thing that can happen to a person.	2. A morte não é a pior coisa que pode acontecer para uma pessoa.
3. I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.	3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.
4. Caring for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement.	4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período do falecimento e do luto.
5. I would not want to care for a dying person.	5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.
6. The nonfamily caregivers should not be the one to talk about death with the dying person.	6. Não devem ser os cuidadores não membros da família quem fala sobre morte com a pessoa em fase final da vida.
7. The length of time required giving care to a dying person would frustrate me.	7. A quantidade de tempo necessária para prestar cuidado a uma pessoa em fase final de vida me frustraria.
8. I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better.	8. Eu ficaria chateado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.
9. It is difficult to form a close relationship with the dying person.	9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.
10. There are times when the dying person welcomes death.	10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.

QUADRO 3 - FATCOD-B *SCALE* E TRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continuação)

FATCOD-B <i>SCALE</i> (ANTES)	TRADUÇÃO 1(DEPOIS)
11. When a patient asks, "Am I dying?" I think it is best to change the subject to something cheerful.	11. Quando um paciente pergunta 'estou morrendo?', acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.
12. The family should be involved in the physical care of the dying person.	12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.
13. I would hope the person I'm caring for dies when I am not present.	13. Eu esperaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados morresse quando eu não estivesse presente.
14. I am afraid to become friends with a dying person.	14. Eu temo desenvolver amizade com a pessoa em fase final da vida.
15. I would feel like running away when the person actually died.	15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.
16. Families need emotional support to accept the behavior changes of the dying person.	16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.
17. As a patient nears death, the nonfamily caregiver should withdraw from his/her involvement with the patient.	17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve evitar seu envolvimento com o paciente.
18. Families should be concerned about helping their dying member make the best of his/her remaining life.	18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.
19. The dying person should not be allowed to make decisions about his/her physical care.	19. A pessoa em fase final da vida não deve ser autorizada a tomar decisões sobre seu cuidado físico.
20. Families should maintain as normal an environment as possible for their dying member.	20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.
21. It is beneficial for the dying person to verbalize his/her feelings.	21. É benéfico para a pessoa em fase final da vida verbalizar seus sentimentos.
22. Care should extend to the family of the dying person.	22. O cuidado deve ser estendido a família da pessoa em fase final da vida.
23. Caregivers should permit dying persons to have flexible visiting schedules.	23. Os cuidadores deveriam permitir às pessoas em fase final da vida que tenham horários de visitas flexíveis.
24. The dying person and his/her family should be the in-charge decision-makers.	24. A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.
25. Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person.	25. A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação em se tratando de pessoas em fase final da vida.
26. I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying.	26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.
27. Dying persons should be given honest answers about their condition.	27. Pessoas em fase final da vida devem ter respostas verdadeiras a respeito de sua condição de saúde.
28. Educating families about death and dying is not a nonfamily caregiver responsibility.	28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.
29. Family members who stay close to a dying person often interfere with the professional's job with the patient.	29. Familiares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.
30. It is possible for nonfamily caregivers to help patients prepare for death.	30. Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes no preparo para a morte.

QUADRO 3 - FATCOD-B *SCALE* E TRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)

FATCOD-B <i>SCALE</i> (ANTES)	TRADUÇÃO 1(DEPOIS)
*Nonfamily caregiver is defined as anyone who is giving care to the dying person, professional or nonprofessional, who is not a member of the patient's family. Last four digits of your Social Security number: _____. Completion and return of this questionnaire will be construed as your consent to be a research subject in this study. Your anonymity is guaranteed.	*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa que prestando cuidados à da pessoa em fase final da vida, em caráter profissional ou não, que não seja familiar do paciente. Últimos 4 dígitos de seu número de seguridade social: _____. Preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento para ser participante de pesquisa neste estudo. É garantido o seu anonimato.
OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME O QUESTIONÁRIO ORIGINAL FATCOD-B <i>SCALE</i> : Strongly disagree, Disagree, Uncertain, Agree, Strongly agree.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME O TRADUTOR 1: Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.

FONTE: A autora (2023).

No Quadro 4, apresenta-se o resultado da tradução (T2) realizada pelo tradutor 2 (TRAD 2) a partir da escala original FATCOD-B *scale*.

QUADRO 4 - FATCOD-B *SCALE* E TRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

FATCOD-B <i>SCALE</i> (ANTES)	TRADUÇÃO 2 (DEPOIS)
Appendix: FATCOD, Form B In these items, the purpose is to learn how nonfamily caregivers feel about certain situations in which they are involved with patients. All statements concern the giving of care to the dying person and/or his/her family. Where there is reference to a dying patient, assume it to refer to a person who is considered to be terminally ill and to have six months or less to live. Please circle the statement that corresponds to your own personal feelings about the attitude or situation presented. Please respond to all 30 statements on the <i>scale</i> .	Anexo: FATCOD, Formulário B O objetivo destes itens é conhecer como os cuidadores que não são da família se sentem em relação a determinadas situações em que estão envolvidos com os pacientes. Todas as afirmações dizem respeito ao cuidado ao doente terminal e/ou sua família. Quando houver referência a um paciente terminal, deve-se supor que se refere a uma pessoa considerada doente em estado grave e que tenha no máximo seis meses de vida. Marque a afirmação que corresponde aos seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Responda a todas as 30 afirmações da escala.
1. Giving care to the dying person is a worthwhile experience.	1. Cuidar do doente terminal é uma experiência que vale a pena.
2. Death is not the worst thing that can happen to a person.	2. A morte não é o pior que pode acontecer a uma pessoa.
3. I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.	3. Eu me sentiria desconfortável falando sobre a morte iminente com o doente terminal.
4. Caring for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement.	4. O cuidado com a família do paciente deve prosseguir durante todo o período de luto.
5. I would not want to care for a dying person.	5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa que está morrendo.
6. The nonfamily caregivers should not be the one to talk about death with the dying person.	6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com o paciente terminal.

QUADRO 4 - FATCOD-B *SCALE* E TRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continuação)

FATCOD-B <i>SCALE</i> (ANTES)	TRADUÇÃO 2 (DEPOIS)
7. The length of time required giving care to a dying person would frustrate me.	7. Eu ficaria frustrado com tempo necessário para cuidar de um doente terminal.
8. I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better.	8. Eu ficaria abalado quando o doente terminal de quem eu estivesse cuidando perdesse a esperança de melhora.
9. It is difficult to form a close relationship with the dying person.	9. É difícil estabelecer um relacionamento próximo com o doente terminal.
10. There are times when the dying person welcomes death.	10. Há momentos em que o doente terminal aceita a morte.
11. When a patient asks, “Am I dying?” I think it is best to change the subject to something cheerful.	11. Quando um paciente pergunta: “Estou morrendo?” acho que o melhor é mudar de assunto para algo mais leve.
12. The family should be involved in the physical care of the dying person.	12. A família deve estar envolvida no cuidado físico do doente terminal.
13. I would hope the person I’m caring for dies when I am not present.	13. Gostaria que a pessoa de quem estou cuidando faleça quando eu não estiver presente.
14. I am afraid to become friends with a dying person.	14. Tenho receio de me tornar amigo de um doente terminal.
15. I would feel like running away when the person actually died.	15. Eu teria vontade de fugir quando a pessoa finalmente morresse.
16. Families need emotional support to accept the behavior changes of the dying person.	16. As famílias precisam de apoio emocional para aceitar as mudanças de comportamento do doente terminal.
17. As a patient nears death, the nonfamily caregiver should withdraw from his/her involvement with the patient.	17. À medida que o paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.
18. Families should be concerned about helping their dying member make the best of his/her remaining life.	18. As famílias devem se preocupar em ajudar seu membro que é doente terminal a tirar o melhor proveito do tempo de vida que lhe resta.
19. The dying person should not be allowed to make decisions about his/her physical care.	19. O doente terminal não deve ter o poder de tomar decisões sobre seus cuidados físicos.
20. Families should maintain as normal an environment as possible for their dying member.	20. As famílias devem manter um ambiente o mais normal possível para seu membro que é doente terminal.
21. It is beneficial for the dying person to verbalize his/her feelings.	21. É benéfico que o doente terminal verbalize seus sentimentos.
22. Care should extend to the family of the dying person.	22. Os cuidados devem estender-se à família do doente terminal.
23. Caregivers should permit dying persons to have flexible visiting schedules.	23. Os cuidadores devem permitir que os doentes terminais tenham horários de visita flexíveis.
24. The dying person and his/her family should be the in-charge decision-makers.	24. O doente terminal e sua família devem ser os responsáveis pelas decisões.
25. Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person.	25. O vício em analgésicos não deve ser uma preocupação ao lidar com um doente terminal.
26. I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying.	26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de um doente terminal e o encontrasse chorando.
27. Dying persons should be given honest answers about their condition.	27. Os doentes terminais devem receber respostas honestas sobre seu estado.

QUADRO 4 - FATCOD-B *SCALE* E TRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)

FATCOD-B <i>SCALE</i> (ANTES)	TRADUÇÃO 2 (DEPOIS)
28. Educating families about death and dying is not a nonfamily caregiver responsibility.	28. Educar as famílias sobre a morte e o processo de morrer não é uma responsabilidade do cuidador que não é da família.
29. Family members who stay close to a dying person often interfere with the professional's job with the patient.	29. Familiares que ficam próximos de um doente terminal muitas vezes interferem no trabalho do profissional com o paciente.
30. It is possible for nonfamily caregivers to help patients prepare for death.	30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se preparar para a morte.
*Nonfamily caregiver is defined as anyone who is giving care to the dying person, professional or nonprofessional, who is not a member of the patient's family. Last four digits of your Social Security number: _____. Completion and return of this questionnaire will be construed as your consent to be a research subject in this study. Your anonymity is guaranteed.	*Cuidador que não é da família é definido como qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente terminal e que não seja membro da família do paciente. Últimos quatro dígitos do seu número de Seguro Social: _____. O preenchimento e a devolução deste questionário serão interpretados como seu consentimento em ser um sujeito de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.
OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME O QUESTIONÁRIO ORIGINAL FATCOD-B <i>SCALE</i> : Strongly disagree, Disagree, Uncertain, Agree, Strongly agree.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME O TRADUTOR 2: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

FONTE: A autora (2023).

No Quadro 5, apresenta-se a síntese que é resultado da tradução 1 (T1) realizada pelo tradutor 1 (TRAD 1) e da tradução 2 (T2) realizada pelo tradutor 2 (TRAD 2).

QUADRO 5 - TRADUÇÃO 1, TRADUÇÃO 2 E SÍNTESE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

TRADUÇÃO 1(ANTES)	TRADUÇÃO 2(ANTES)	SÍNTESE (DEPOIS)
Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.	Anexo: FATCOD, Formulário B O objetivo destes itens é conhecer como os cuidadores que não são da família se sentem em relação a determinadas situações em que estão envolvidos com os pacientes. Todas as afirmações dizem respeito ao cuidado ao doente terminal e/ou sua família. Quando houver referência a um paciente terminal, deve-se supor que se refere a uma pessoa considerada doente em estado grave e que tenha no máximo seis meses de vida. Marque a afirmação que corresponde aos seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Responda a todas as 30 afirmações da escala.	Anexo: FATCOD, Formulário B Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

QUADRO 5 - TRADUÇÃO 1, TRADUÇÃO 2 E SÍNTESE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continuação)

TRADUÇÃO 1(ANTES)	TRADUÇÃO 2(ANTES)	SÍNTESE (DEPOIS)
1.Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência gratificante.	1.Cuidar do doente terminal é uma experiência que vale a pena.	1.Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena.
2.A morte não é a pior coisa que pode acontecer para uma pessoa.	2.A morte não é o pior que pode acontecer a uma pessoa.	2.A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.
3.Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.	3. Eu me sentiria desconfortável falando sobre a morte iminente com o doente terminal.	3.Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.
4.O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período do falecimento e do luto.	4.O cuidado com a família do paciente deve prosseguir durante todo o período de luto.	4.O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.
5.Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa que está morrendo.	5.Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.
6.Não devem ser os cuidadores não membros da família quem fala sobre morte com a pessoa em fase final da vida.	6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com o paciente terminal.	6.Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final da vida.
7.A quantidade de tempo necessária para prestar cuidado a uma pessoa em fase final de vida me frustraria.	7. Eu ficaria frustrado com tempo necessário para cuidar de um doente terminal.	7.Eu ficaria frustrado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final da vida.
8.Eu ficaria chateado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	8. Eu ficaria abalado quando o doente terminal de quem eu estivesse cuidando perdesse a esperança de melhorar.	8.Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.
9.É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.	9. É difícil estabelecer um relacionamento próximo com o doente terminal.	9.É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.
10.Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.	10. Há momentos em que o doente terminal aceita a morte.	10.Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.
11.Quando um paciente pergunta ‘estou morrendo?’, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	11. Quando um paciente pergunta: “Estou morrendo?” acho que o melhor é mudar de assunto para algo mais leve.	11.Quando um paciente pergunta ‘estou morrendo?’, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.
12.A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.	12. A família deve estar envolvida no cuidado físico do doente terminal.	12.A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.
13.Eu esperaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados morresse quando eu não estivesse presente.	13. Gostaria que a pessoa de quem estou cuidando faleça quando eu não estiver presente.	13.Gostaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados falecesse quando eu não estiver presente.
14.Eu temo desenvolver amizade com a pessoa em fase final da vida.	14. Tenho receio de me tornar amigo de um doente terminal.	14.Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final da vida.
15.Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	15. Eu teria vontade de fugir quando a pessoa finalmente morresse.	15.Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.
16.As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.	16. As famílias precisam de apoio emocional para aceitar as mudanças de comportamento do doente terminal.	16.As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.

QUADRO 5 - TRADUÇÃO 1, TRADUÇÃO 2 E SÍNTESE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continuação)

TRADUÇÃO 1(ANTES)	TRADUÇÃO 2(ANTES)	SÍNTESE (DEPOIS)
17.À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve evitar seu envolvimento com o paciente.	17.À medida que o paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	17.À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.
18.As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.	18. As famílias devem se preocupar em ajudar seu membro que é doente terminal a tirar o melhor proveito do tempo de vida que lhe resta.	18.As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.
19.A pessoa em fase final da vida não deve ser autorizada a tomar decisões sobre seu cuidado físico.	19. O doente terminal não deve ter o poder de tomar decisões sobre seus cuidados físicos.	19.A pessoa em fase final da vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.
20.As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.	20. As famílias devem manter um ambiente o mais normal possível para seu membro que é doente terminal.	20.As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.
21.É benéfico para a pessoa em fase final da vida verbalizar seus sentimentos.	21. É benéfico que o doente terminal verbalize seus sentimentos.	21.É benéfico que a pessoa em fase final da vida verbalize seus sentimentos.
22.O cuidado deve ser estendido a família da pessoa em fase final da vida.	22.Os cuidados devem estender-se à família do doente terminal.	22.Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final da vida.
23.Os cuidadores deveriam permitir às pessoas em fase final da vida que tenham horários de visitas flexíveis.	23.Os cuidadores devem permitir que os doentes terminais tenham horários de visita flexíveis.	23.Os cuidadores deveriam permitir que as pessoas em fase final da vida tenham horários de visitas flexíveis.
24.A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	24.O doente terminal e sua família devem ser os responsáveis pelas decisões.	24.A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.
25.A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação em se tratando de pessoas em fase final da vida.	25.O vício em analgésicos não deve ser uma preocupação ao lidar com um doente terminal.	25.A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final da vida.
26.Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.	26.Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de um doente terminal e o encontrasse chorando.	26.Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.
27.Pessoas em fase final da vida devem ter respostas verdadeiras a respeito de sua condição de saúde.	27.Os doentes terminais devem receber respostas honestas sobre seu estado.	27.Pessoas em fase final da vida devem ter respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.
28.Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.	28.Educar as famílias sobre a morte e o processo de morrer não é uma responsabilidade do cuidador que não é da família.	28.Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.
29.Famíliares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	29.Famíliares que ficam próximos de um doente terminal muitas vezes interferem no trabalho do profissional com o paciente.	29.Famíliares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.

QUADRO 5 - TRADUÇÃO 1, TRADUÇÃO 2 E SÍNTESE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)

TRADUÇÃO 1(ANTES)	TRADUÇÃO 2(ANTES)	SÍNTESE (DEPOIS)
30.Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes no preparo para a morte.	30.Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se preparar para a morte.	30.Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.
*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa que prestando cuidados à da pessoa em fase final da vida, em caráter profissional ou não, que não seja familiar do paciente. Últimos 4 dígitos de seu número de seguridade social: _____. Preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento para ser participante de pesquisa neste estudo. É garantido o seu anonimato.	*Cuidador que não é da família é definido como qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente terminal e que não seja membro da família do paciente. Últimos quatro dígitos do seu número de Seguro Social: _____. O preenchimento e a devolução deste questionário serão interpretados como seu consentimento em ser um sujeito de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.	*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final da vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos de seu número de seguro social: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.
OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME O TRADUTOR 1: Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME O TRADUTOR 2: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A SÍNTESE: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

FONTE: A autora (2023).

No Quadro 6, mostra-se a síntese que foi base para a realização da retrotradução 1 (RT1) realizada pelo retrotradutor 1 (RET 1). Esse profissional não teve acesso, neste momento, a escala original, nem as versões das traduções. O RET 1 trabalhou de forma independente do RET 2.

QUADRO 6 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

SÍNTESE (ANTES)	RETROTRADUÇÃO 1 (DEPOIS)
Anexo: FATCOD, Formulário B	Attachment: FATCOD, Form B
Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.	In the following items, the purpose is to understand how non-family caregivers feel about certain situations in which they are involved with patients. All statements are regarding care provided to the dying person and/or their family. Whenever there is a reference to a dying patient, consider that it refers to the person who is considered terminally ill and has six or fewer months of life expectancy. Please circle the statement that corresponds to your personal feelings about the attitude or situation presented. Please answer all 30 statements on the scale.
1.Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena.	1.Caring for the dying person is a worthwhile experience.

QUADRO 6 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continuação)

SÍNTESE (ANTES)	RETROTRADUÇÃO 1 (DEPOIS)
2.A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	2.Death is not the worst thing that can happen to a person.
3.Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.	3.I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.
4.O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	4.Caring for the patient's family should continue throughout the mourning period.
5.Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	5.I would not like to take care of a dying person.
6.Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final da vida.	6.Non-family caregivers should not be the ones to talk about death with the dying person.
7.Eu ficaria frustrado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	7.I would be frustrated with the time it takes to care for a dying person.
8.Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	8.I would be upset when the dying person under my care lost hope of getting better.
9.É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.	9.It is difficult to build a close relationship with the dying person.
10.Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.	10.There are times when death is welcomed by the dying person.
11.Quando um paciente pergunta 'estou morrendo?', acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	11.When a patient asks, 'Am I dying?', I believe it is better to change the subject to something more joyful.
12.A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.	12.The family should be involved in the physical care of the dying person.
13.Gostaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados falecesse quando eu não estiver presente.	13.I would like the person I am caring for to pass away when I am not present.
14.Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final da vida.	14.I am afraid of becoming friends with a dying person.
15.Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	15.I would feel like escaping when the person actually died.
16.As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.	16.Families need emotional support to accept the behavior changes of the dying person.
17.À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	17.As a patient approaches death, the non-family caregiver must move away emotionally from the patient.
18.As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.	18.Families should be concerned about helping the family member at the end of life make the most of the time they have left.
19.A pessoa em fase final da vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	19.The dying person should not have the power to make decisions about their physical care.
20.As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.	20.Families should keep the environment as normal as possible for the dying member.
21.É benéfico que a pessoa em fase final da vida verbalize seus sentimentos.	21.It is beneficial for the dying person to verbalize their feelings.
22.Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final da vida.	22.Care should be extended to the family of the dying person.
23.Os cuidadores deveriam permitir que as pessoas em fase final da vida tenham horários de visitas flexíveis.	23.Caregivers should allow dying people to have flexible visiting hours.
24.A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	24.The dying person and their family must be responsible for making decisions.

QUADRO 6 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)

SÍNTESE (ANTES)	RETROTRADUÇÃO 1 (DEPOIS)
25.A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final da vida.	25.Addiction to painkillers should not be a cause for concern when dealing with dying people.
26.Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.	26.I would feel uncomfortable if I walked into the room of a dying person and found them crying.
27.Pessoas em fase final da vida devem ter respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	27.Dying people should have honest answers about their health condition.
28.Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.	28.Giving families explanations about death and dying is not the responsibility of the non-family caregiver.
29.Famíliares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	29.Family members who remain close to the dying person often interfere with the professional work provided to the patient.
30.Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	30.Non-family caregivers can help patients prepare for death.
*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final da vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos de seu número de seguro social:_____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.	* Non-family caregiver is any person, professional or not, who is caring for the dying patient without being their family member. Last 4 digits of your Social Security number:_____. The completion and return of this questionnaire will be interpreted as consent to be a research participant in this study. Your anonymity is guaranteed.
OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A SÍNTESE: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A RETROTRADUÇÃO 1: I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

FONTE: A autora (2023).

No Quadro 7, observa-se a síntese utilizada para a realização da retrotradução 2 (RT2) realizada pelo retrotradutor 2 (RET 2). Esse profissional não teve acesso, neste momento, a escala original, nem as versões das traduções. O RET 2 trabalhou de forma independente do RET 1.

QUADRO 7 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

SÍNTESE (ANTES)	RETROTRADUÇÃO 2 (DEPOIS)
Anexo: FATCOD, Formulário B	Appendix: FATCOD, Form B
Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.	The purpose of the following items is to understand how non-family member care providers feel about certain situations involving patients. All statements are about providing care to a person in their final stages of life and/or their family. Where there are references to a patient in their final stages of life, consider them referring to a terminally ill person with six months or less of life expectancy. Please circle the statement that corresponds to your personal feelings regarding the attitude or situation presented. Please answer all 30 statements on the scale.
1.Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena.	1.Providing care to a dying person is a worthwhile experience.
2.A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	2.Death is not the worse that can happen to a person.
3.Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.	3.I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.
4.O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	4.The patient's family should continue to receive care during the entire mourning period.
5.Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	5.I would not like to provide care for a dying person.
6.Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final da vida.	6. Care providers should not be the ones to talk about death with the dying person.
7.Eu ficaria frustrado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	7.I would be frustrated with the time needed to care for a dying person.
8.Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	8.I would be upset when a dying person under my care lost hope of getting better.
9.É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.	9.It is difficult to build a close relationship with the dying person.
10.Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.	10.There are moments when the dying person welcomes death.
11.Quando um paciente pergunta 'estou morrendo?', acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	11.When a patient asks, "Am I dying?" I believe it is better to change the subject to something more cheerful.
12.A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.	12.The family should be involved in the physical care of the dying person.
13.Gostaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados falecesse quando eu não estiver presente.	13.I would like the person I am providing care for to die when I am not present.
14.Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final da vida.	14.I am afraid of becoming friends with a dying person.
15.Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	15.I would feel like running away when the person died.
16.As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.	16.The families need emotional support to accept the dying person's changes in behavior.
17.À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	17.As a patient approaches death, the care provider should distance himself or herself emotionally from the patient.

QUADRO 7 - SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)

SÍNTESE (ANTES)	RETROTRADUÇÃO 2 (DEPOIS)
18.As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.	18.The families should help the dying family member to make the most of the time they have left.
19.A pessoa em fase final da vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	19.The dying person should not have the power to make decisions about their physical care.
20.As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.	20.The families should keep the environment as normal as possible for the dying family member.
21.É benéfico que a pessoa em fase final da vida verbalize seus sentimentos.	21.It is beneficial for the dying person the verbalize their feelings.
22.Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final da vida.	22.The care should be extended to the dying person's family.
23.Os cuidadores deveriam permitir que as pessoas em fase final da vida tenham horários de visitas flexíveis.	23.The care providers should allow dying people to have flexible visiting hours.
24.A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	24.The dying person and their family should be responsible for making decisions.
25.A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final da vida.	25.Painkiller addiction should not be a cause for concern when dealing with dying people.
26.Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.	26.I would feel uncomfortable if I walked into a dying person's room and I saw them crying.
27.Pessoas em fase final da vida devem ter respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	27.Dying people should receive honest answers regarding their health.
28.Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.	28.Explaining death and the process of dying to the families is not the responsibility of the care provider.
29.Famíliares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	29. Family members that remain close to the dying person frequently interfere with the professional care provided to the patient.
30.Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	30.Care providers can help the patients prepare for death.
*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final da vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos de seu número de seguro social: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.	*The care provider is anyone, professional or not, that is taking care of the dying patient without being a family member. The last 4 digits of your social security number: _____. Filling out and returning this questionnaire will be considered consenting to be a research participant in this study. Your anonymity is assured.
OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A SÍNTESE: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A RETROTRADUÇÃO 2: I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

FONTE: A autora (2023).

No Quadro 8, observa-se a síntese e a versão final da FATCOD-B *scale* para o português do Brasil. Para que a versão final fosse gerada (ANEXO 12), os membros do Comitê de Especialistas receberam os seguintes documentos: escala original FATCOD-B *scale* (ANEXO 1); tradução 1 (ANEXO 2); relatório da tradução 1; tradução 2 (ANEXO 3); relatório da tradução 2; síntese (ANEXO 4); relatório da síntese; retrotradução 1 (ANEXO 13); relatório da retrotradução 1; retrotradução 2 (ANEXO 14); relatório da retrotradução 2 e um modelo de

avaliação do Comitê de Especialistas (ANEXO 15). Após a devolutiva deste documento por todos os membros do comitê de especialistas com sugestões de melhorias na síntese, foram realizadas três reuniões *online* (as três reuniões foram necessárias devido à dificuldade de tempo dos membros do comitê de especialistas para participar de uma única reunião para finalizar a versão pré-teste) com membros do comitê para que fosse gerada a versão pré-teste da FATCOD-B *scale* para o português do Brasil, tendo como um dos objetivos, deixar a escrita clara para uma criança de 12 anos de idade, conforme recomendações de Beaton *et al.* (2000; 2007). Após a aplicação da versão pré-teste em médicos e enfermeiros associados a SBGG optou-se por tornar esta versão como a versão final da FATCOD-B *scale* para o português do Brasil, tendo em vista a sua validação e seu Alfa de Cronbach, como será mostrado adiante. Dessa forma, a versão aplicada no pré-teste é equivalente a versão final da FATCOD-B *scale* (FATCOD-B-B) para o português do Brasil.

QUADRO 8 - SÍNTESE E VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B *SCALE* (FATCOD-B-B). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

SÍNTESE (ANTES)	FATCOD-B-B (DEPOIS)
Anexo: FATCOD, Formulário B	Anexo: FATCOD, Formulário B
Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.	Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores que não são da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito a cuidar de pessoa em fase final de vida e/ou sua família. Onde há referência a paciente em fase final de vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.
1.Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena.	1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.
2.A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.
3.Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.	3.Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.
4.O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.
5.Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.

QUADRO 8 - SÍNTESE E VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B *SCALE* (FATCOD-B-B). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continuação)

SÍNTESE (ANTES)	FATCOD-B-B (DEPOIS)
6.Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final da vida.	6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.
7.Eu ficaria frustrado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final da vida.	7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.
8.Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.
9.É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.	9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.
10.Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.	10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.
11.Quando um paciente pergunta ‘estou morrendo?’, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.
12.A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.	12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.
13.Gostaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados falecesse quando eu não estiver presente.	13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.
14.Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final da vida.	14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.
15.Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.
16.As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.	16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.
17.À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.
18.As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.	18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.
19.A pessoa em fase final da vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.
20.As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.	20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.
21.É benéfico que a pessoa em fase final da vida verbalize seus sentimentos.	21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.
22.Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final da vida.	22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.
23.Os cuidadores deveriam permitir que as pessoas em fase final da vida tenham horários de visitas flexíveis.	23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.
24.A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.
25.A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final da vida.	25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.
26.Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.	26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.

QUADRO 8 - SÍNTESE E VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B *SCALE* (FATCOD-B-B). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)

SÍNTESE (ANTES)	FATCOD-B-B (DEPOIS)
27. Pessoas em fase final da vida devem ter respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.	28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.
29. Familiares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.
30. Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.
*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final da vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos de seu número de seguro social: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.	*Cuidador que não é da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final de vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos do número de seu CPF: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.
OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A SÍNTESE: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.	OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA CADA ALTERNATIVA (1 A 30) CONFORME A FATCOD-B-B: Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B *scale*– Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*; FATCOD-B-B - Versão Brasileira da Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*.

Observa-se na Tabela 1, 57,4% dos participantes têm até 45 anos, 66,7% são mulheres, 55,2% são católicos, 86,2% são médicos, 50,6% fizeram residência médica, 14,9% possuem doutorado, 73,6% apontam a crença religiosa como geradora de alguma influência na atitude sobre o morrer e a morte, enquanto 9,1% afirmam que a ausência de crença religiosa influencia na atitude sobre o morrer e a morte (TABELA 1).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ASSOCIADOS A SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
1. Idade		
23-27 anos	1	1,1% (0,2; 6,2)
28-35 anos	19	18,4% (11,6; 27,8)
36-45 anos	39	37,9% (28,5; 48,4)
46-55 anos	20	17,2% (10,7; 26,5)
56-59 anos	7	8,0% (4,0; 15,7)
60 anos ou mais	15	17,2% (10,7; 26,5)
2. Sexo		
Feminino	72	66,7% (56,2; 75,7)
Masculino	29	33,3% (24,3; 43,8)
3. Religião		
Afro-brasileira	2	2,3% (0,6; 8,0)
Agnóstico	10	10,3% (5,5; 18,5)
Ateu	7	4,6% (1,8; 11,2)
Católica	52	55,2% (44,7; 65,2)
Espírita	11	9,2% (4,7; 17,1)
Protestante	14	5,7% (2,5; 12,8)
Outras	5	12,6% (7,2; 21,2)
4. Minha crença religiosa:		
Não influencia minhas atitudes em relação ao morrer e a morte	20	21,8% (15,2; 33,0)
Gera pouca influência na minha atitude sobre o morrer e a morte	23	23,0% (16,2; 34,3)
Gera uma forte influência na minha atitude sobre o morrer e a morte	51	50,6% (42,4; 63,4)
Não responderam	7 (6,9%)	
5. Minha ausência de crença religiosa:		
Não influencia minhas atitudes em relação ao morrer e a morte	23	23,0% (52,9; 84,7)
Gera pouca influência na minha atitude sobre o morrer e a morte	8	5,7% (7,9; 35,6)
Gera uma forte influência na minha atitude sobre o morrer e a morte	3	3,4% (3,7; 27,2)
Não responderam	67 (66,3%)	
6. Profissão		
Enfermeiro	12	13,8% (8,1; 22,6)
Médico	75	86,2% (77,4; 91,9)
7. Formação		
Residência	45	50,6% (50,3; 72,4)
Mestrado	21	16,1% (12,1; 30,4)
Doutorado	15	14,9% (11,0; 28,8)
Não responderam	20 (19,8%)	

FONTE: A autora (2023).

Dos respondentes, 31% deles participaram de algum curso sobre o morrer e a morte, 96,6% cuidaram de doentes terminais e seus familiares, 33,3% tiveram experiência prévia com a perda envolvendo familiares, 39,1% vivenciaram a perda de uma pessoa que não era da família, 27,6% não vivenciaram perda de alguém próximo, 83,9% não estavam lidando com

perda no momento que responderam à pesquisa, 6,9% estavam presenciando antecipadamente a morte de um ente querido enquanto responderam à pesquisa, e 9,2% tinham um ente querido em estado terminal no momento que respondera a pesquisa (TABELA 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS REFERENTES À EXPERIÊNCIA DE MORTE DE MÉDICOS E ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
8. Educação prévia sobre o morrer e a morte		
Eu fiz um curso sobre o morrer e a morte, previamente.	27	31,0% (22,3; 41,4)
Não fiz um curso específico sobre o morrer e a morte, mas o assunto foi abordado em outros cursos.	57	65,5% (55,1; 74,7)
Nenhuma informação prévia sobre o morrer e a morte foram apresentadas a mim.	3	3,4% (1,2; 9,7)
9. Experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais		
Cuidei de doentes terminais e seus familiares, previamente.	84	96,6% (90,3; 98,8)
Não tive experiências no cuidado de doentes terminais e seus familiares, previamente.	3	3,4% (1,2; 9,7)
10. Experiência prévia com a perda		
Familiares próximos (mãe, pai, filho(a), esposo(a))	29	33,3% (24,3; 43,8)
Não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim.	24	27,6% (19,3; 37,8)
Outro significativo	34	39,1% (29,5; 49,6)
11. Experiência presente		
Atualmente tenho um ente querido em estado terminal (expectativa de vida de um ano ou menos).	8	9,2% (4,7; 17,1)
Estou presenciando antecipadamente a morte de um ente querido.	6	6,9% (3,2; 14,2)
Não estou lidando com nenhuma perda iminente, neste momento.	73	83,9% (74,8; 90,2)

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: IC – Intervalo de Confiança.

Na Tabela 3 nota-se as respostas de médicos e enfermeiros referentes ao questionário da versão pré-teste da FATCOD-B *scale*. Observa-se que 91,9% dos profissionais acreditam que “Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena”, 93,1% acreditam que “A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa”. Nenhum profissional concordou com as questões “Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre” e “À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente”.

Ademais, 98,8% entendem que “Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida”, 96,5% consideram que “As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida”, 95,4% pensam que “Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte” (TABELA 3).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DA FATCOD-B SCALE APLICADO NO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
(continua)		
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.		
Concordo totalmente	53	60,9% (50,4; 70,5)
Concordo	27	31,0% (22,3; 41,4)
Não concordo nem discordo	5	5,7% (2,5; 12,8)
Discordo	2	2,3% (0,6; 8,0)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.		
Concordo totalmente	45	51,7% (41,4; 61,9)
Concordo	36	41,4% (31,6; 51,9)
Não concordo nem discordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Discordo	2	2,3% (0,6; 8,0)
Discordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
Concordo	12	13,8% (8,1; 22,6)
Não concordo nem discordo	13	14,9% (8,9; 23,9)
Discordo	34	39,1% (29,5; 49,6)
Discordo totalmente	28	32,2% (23,3; 42,6)
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.		
Concordo totalmente	54	62,1% (51,6; 71,5)
Concordo	30	34,5% (25,3; 44,9)
Não concordo nem discordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Discordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
Concordo	5	5,7% (2,5; 12,8)
Não concordo nem discordo	8	9,2% (4,7; 17,1)
Discordo	32	36,8% (27,4; 47,3)
Discordo totalmente	42	48,3% (38,1; 58,6)
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	2	2,3% (0,6; 8,0)
Concordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Não concordo nem discordo	12	13,8% (8,1; 22,6)
Discordo	48	55,2% (44,7; 65,2)
Discordo totalmente	22	25,3% (17,3; 35,3)
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
Concordo	21	24,1% (16,4; 34,1)
Não concordo nem discordo	12	13,8% (8,1; 22,6)
Discordo	28	32,2% (23,3; 42,6)
Discordo totalmente	25	28,7% (20,3; 39,0)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DA FATCOD-B SCALE APLICADO NO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
(continuação)		
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.		
Concordo totalmente	2	2,3% (0,6; 8,0)
Concordo	18	20,7% (13,5; 30,4)
Não concordo nem discordo	15	17,2% (10,7; 26,5)
Discordo	39	44,8% (34,8; 55,3)
Discordo totalmente	13	14,9% (8,9; 23,9)
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
Concordo	4	4,6% (1,8; 11,2)
Não concordo nem discordo	5	5,7% (2,5; 12,8)
Discordo	47	54,0% (43,6; 64,1)
Discordo totalmente	30	34,5% (25,3; 44,9)
10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	38	43,7% (33,7; 54,1)
Concordo	40	46,0% (35,9; 56,4)
Não concordo nem discordo	9	10,3% (5,5; 18,5)
Discordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.		
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
Concordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Não concordo nem discordo	5	5,7% (2,5; 12,8)
Discordo	36	41,4% (31,6; 51,9)
Discordo totalmente	46	52,9% (42,5; 63,0)
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	28	32,2% (23,3; 42,6)
Concordo	32	36,8% (27,4; 47,3)
Não concordo nem discordo	23	26,4% (18,3; 36,6)
Discordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Discordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.		
Concordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
Concordo	4	4,6% (1,8; 11,2)
Não concordo nem discordo	10	11,5% (6,4; 19,9)
Discordo	39	44,8% (34,8; 55,3)
Discordo totalmente	33	37,9% (28,5; 48,4)
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
Concordo	1	1,1% (0,2; 6,2)
Não concordo nem discordo	7	8,0% (4,0; 15,7)
Discordo	38	43,7% (33,7; 54,1)
Discordo totalmente	40	46,0% (35,9; 56,4)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DA FATCOD-B
SCALE APLICADO NO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
(continuação)		
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.		
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
Concordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Não concordo nem discordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Discordo	34	39,1% (29,5; 49,6)
Discordo totalmente	47	54,0% (43,6; 64,1)
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	63	72,4% (62,2; 80,7)
Concordo	21	24,1% (16,4; 34,1)
Não concordo nem discordo	2	2,3% (0,6; 8,0)
Discordo	1	1,1% (0,2; 6,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.		
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
Concordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Não concordo nem discordo	8	9,2% (4,7; 17,1)
Discordo	34	39,1% (29,5; 49,6)
Discordo totalmente	45	51,7% (41,4; 61,9)
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.		
Concordo totalmente	44	50,6% (40,3; 60,8)
Concordo	28	32,2% (23,3; 42,6)
Não concordo nem discordo	12	13,8% (8,1; 22,6)
Discordo	2	2,3% (0,6; 8,0)
Discordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.		
Concordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
Concordo	2	2,3% (0,6; 8,0)
Não concordo nem discordo	3	3,4% (1,2; 9,7)
Discordo	17	19,5% (12,6; 29,1)
Discordo totalmente	64	73,6% (63,4; 81,7)
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.		
Concordo totalmente	21	24,1% (16,4; 34,1)
Concordo	37	42,5% (32,7; 53,0)
Não concordo nem discordo	20	23,0% (15,4; 32,9)
Discordo	8	9,2% (4,7; 17,1)
Discordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.		
Concordo totalmente	47	54,0% (43,6; 64,1)
Concordo	30	34,5% (25,3; 44,9)
Não concordo nem discordo	9	10,3% (5,5; 18,5)
Discordo	1	1,1% (0,2; 6,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DA FATCOD-B
SCALE APLICADO NO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
(continuação)		
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.		
Concordo totalmente	63	72,4% (62,2; 80,7)
Concordo	23	26,4% (18,3; 36,6)
Não concordo nem discordo	1	1,1% (0,2; 6,2)
Discordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.		
Concordo totalmente	55	63,2% (52,7; 72,6)
Concordo	26	29,9% (21,3; 40,2)
Não concordo nem discordo	4	4,6% (1,8; 11,2)
Discordo	1	1,1% (0,2; 6,2)
Discordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.		
Concordo totalmente	28	32,2% (23,3; 42,6)
Concordo	40	46,0% (35,9; 56,4)
Não concordo nem discordo	12	13,8% (8,1; 22,6)
Discordo	6	6,9% (3,2; 14,2)
Discordo totalmente	1	1,1% (0,2; 6,2)
25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.		
Concordo totalmente	51	58,6% (48,1; 68,4)
Concordo	19	21,8% (14,5; 31,6)
Não concordo nem discordo	7	8,0% (4,0; 15,7)
Discordo	8	9,2% (4,7; 17,1)
Discordo totalmente	2	2,3% (0,6; 8,0)
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.		
Concordo totalmente	4	4,6% (1,8; 11,2)
Concordo	16	18,4% (11,6; 27,8)
Não concordo nem discordo	14	16,1% (9,8; 25,2)
Discordo	33	37,9% (28,5; 48,4)
Discordo totalmente	20	23,0% (15,4; 32,9)
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.		
Concordo totalmente	43	49,4% (39,2; 59,7)
Concordo	32	36,8% (27,4; 47,3)
Não concordo nem discordo	12	13,8% (8,1; 22,6)
Discordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.		
Concordo totalmente	2	2,3% (0,6; 8,0)
Concordo	4	4,6% (1,8; 11,2)
Não concordo nem discordo	7	8,0% (4,0; 15,7)
Discordo	50	57,5% (47,0; 67,3)
Discordo totalmente	24	27,6% (19,3; 37,8)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DA FATCOD-B SCALE APLICADO NO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	n	IC 95%
(conclusão)		
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.		
Concordo totalmente	6	6,9% (3,2; 14,2)
Concordo	24	27,6% (19,3; 37,8)
Não concordo nem discordo	33	37,9% (28,5; 48,4)
Discordo	22	25,3% (17,3; 35,3)
Discordo totalmente	2	2,3% (0,6; 8,0)
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.		
Concordo totalmente	38	43,7% (33,7; 54,1)
Concordo	45	51,7% (41,4; 61,9)
Não concordo nem discordo	4	4,6% (1,8; 11,2)
Discordo	0	0,0% (0,0; 4,2)
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0; 4,2)

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B *scale* – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B; IC – Intervalo de Confiança.

O coeficiente alfa de *Cronbach* mínimo e máximo encontrados foi 0,80 e 0,82, respectivamente. Considerando-se todos os itens o coeficiente alfa de *Cronbach* é de 0,81 (TABELA 4).

TABELA 4 - PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA, ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO E ALFA DE CRONBACH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	IVC	Alfa
(continua)		
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.	91,95	0,81
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	93,10	0,81
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.*	86,21	0,81
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	96,55	0,81
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.*	94,25	0,80
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.*	94,25	0,82
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.*	74,71	0,80
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.*	77,01	0,80
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.*	94,25	0,81
10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.	89,66	0,81
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.*	100	0,81
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	68,97	0,82
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.*	94,25	0,80

TABELA 4 - PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA, ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO E ALFA DE CRONBACH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

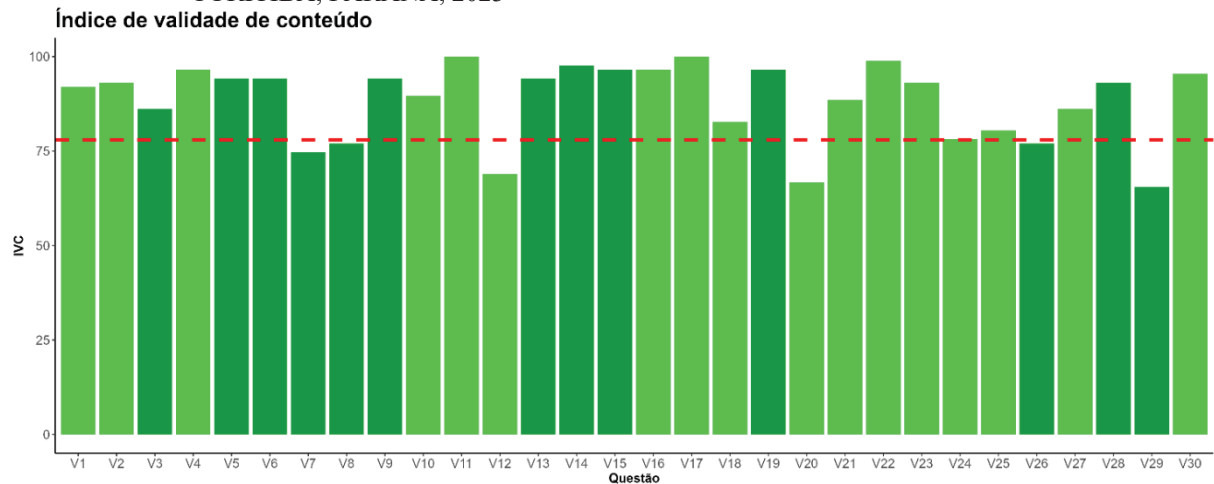
	(conclusão)	
	IVC	Alfa
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.*	97,70	0,81
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.*	96,55	0,80
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.	96,55	0,81
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.*	100	0,81
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	82,76	0,81
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.*	96,55	0,81
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	66,67	0,82
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	88,51	0,81
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	98,85	0,81
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	93,10	0,81
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	78,16	0,82
25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	80,46	0,80
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.*	77,01	0,81
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	86,21	0,81
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.*	93,10	0,81
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.*	65,52	0,82
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	95,40	0,81

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: Alfa – Alfa de Cronbach; *IVC – Índice de Validade de Conteúdo: calculado usando o inverso do percentual de concordância

Apresentam-se no Gráfico 1 os valores de IVC para as questões dos questionários da FATCOD-B *scale*. O IVC geral da pesquisa foi de 88,27, logo a escala apresentou um índice de validade de conteúdo maior que o valor mínimo necessário para sua aceitabilidade.

GRÁFICO 1 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES DA FATCOD-B SCALE. CURITIBA, PARANÁ, 2023



FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B scale – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B; Linha vermelha - representa o percentual linear de 78%.

NOTA1: 78% é o valor mínimo aceitável do IVC de acordo com Yusoff (2019).

NOTA2: Barras na cor verde escuro foram calculadas considerando o inverso do percentual de concordância.

NOTA 3: Seis questões obtiveram o IVC abaixo de 78%, no entanto como no cálculo do alfa de Cronbach há retirada de questão para avaliação do valor final, observou-se que as seis questões, quando retiradas individualmente, não interferiram no valor final do Alfa de Cronbach. Concluiu-se, portanto, que essas questões estão adequadas para aplicação em médicos e enfermeiros.

Verifica-se na Tabela 5 a correlação entre idade (parâmetro sociodemográfico) e os questionários da FATCOD-B scale.

TABELA 5 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR IDADE DOS RESPONDENTES DO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

					(continua)
	Menor ou igual a 45 anos		Maior que 45 anos		Valor-p
	(n=50)	IC (95%)	(n=37)	IC (95%)	
1.Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.					
Concordo totalmente	36	72,0% (58,3-82,5)	17	45,9% (31,0-61,6)	0,0422 ^a
Concordo	10	20,0% (11,2-33,0)	17	45,9% (31,0-61,6)	
Não concordo nem discordo	3	6,0% (2,1-16,2)	2	5,4% (1,5-17,7)	
Discordo	1	2,0% (0,4-10,5)	1	2,7% (0,5-13,8)	
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0-7,1)	0	0,0% (0,0-9,4)	

TABELA 5 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR IDADE DOS RESPONDENTES DO PRÉ-TESTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

					(conclusão)
	Menor ou igual a 45 anos		Maior que 45 anos		Valor-p
	(n=50)	IC (95%)	(n=37)	IC (95%)	
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.					
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0-7,1)	0	0,0% (0,0-9,4)	0,00472 ^a
Concordo	0	0,0% (0,0-7,1)	0	0,0% (0,0-9,4)	
Não concordo nem discordo	0	0,0% (0,0-7,1)	5	13,5% (5,9-28,0)	
Discordo	18	36,0% (24,1-49,9)	18	48,6% (33,4-64,1)	
Discordo totalmente	32	64,0% (50,1-75,9)	14	37,8% (24,1-53,9)	

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B scale – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 5, observa-se que para a faixa etária “menor ou igual a 45 anos” predominou a resposta “Concordo totalmente” frente a questão “Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena” quando compara-se ao grupo “maior que 45 anos”, logo o percentual de concordância é maior para o primeiro grupo citado ($p=0,0422$). Na faixa etária “maior que 45 anos” há uma menor opinião formada frente a pergunta “Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre”, tendo em vista que o número de respondentes para a alternativa “Não concordo nem discordo” foi de 13,5%, enquanto para a faixa etária “menor ou igual a 45 anos” nenhum profissional demarcou essa alternativa. Destaca-se, também, que o percentual de respondentes do “discordo totalmente” teve uma maior frequência para a idade “menor ou igual a 45 anos”, 64% versus 37,8% para a faixa etária “maior que 45 anos” ($p=0,00472$).

TABELA 6 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR RELIGIÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)

	Cristão		Não cristão		Sem religião		Valor-p
	(n=59)	IC (95%)	(n=10)	IC (95%)	(n=18)	IC (95%)	
1.Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.							
Concordo totalmente	33	55,9% (43,3-67,8)	10	100,0% (72,2-100,0)	10	55,6% (33,7-75,4)	0,0113 ^a
Concordo	23	39,0% (27,6-51,7)	0	0,0% (0,0-27,8)	4	22,2% (9,0-45,2)	
Não concordo nem discordo	3	5,1% (1,7-13,9)	0	0,0% (0,0-27,8)	2	11,1% (3,1-32,8)	
Discordo	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	2	11,1% (3,1-32,8)	
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)	
6, Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.							
Concordo totalmente	1	1,7% (0,3-9,0)	0	0,0% (0,0-27,8)	1	5,6% (1,0-25,8)	0,00863 ^a
Concordo	3	5,1% (1,7-13,9)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)	
Não concordo nem discordo	10	16,9% (9,5-28,5)	2	20,0% (5,7-51,0)	0	0,0% (0,0-17,6)	
Discordo	37	62,7% (50,0-73,9)	3	30,0% (10,8-60,3)	8	44,4% (24,6-66,3)	
Discordo totalmente	8	13,6% (7,0-24,5)	5	50,0% (23,7-76,3)	9	50,0% (29,0-71,0)	
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.							
Concordo totalmente	22	37,3% (26,1-50,0)	0	0,0% (0,0-27,8)	6	33,3% (16,3-56,3)	0,0424 ^a
Concordo	23	39,0% (27,6-51,7)	3	30,0% (10,8-60,3)	6	33,3% (16,3-56,3)	
Não concordo nem discordo	10	16,9% (9,5-28,5)	7	70,0% (39,7-89,2)	6	33,3% (16,3-56,3)	
Discordo	3	5,1% (1,7-13,9)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)	
Discordo totalmente	1	1,7% (0,3-9,0)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)	

TABELA 6 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR RELIGIÃO, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

Cristão					Não cristão		Sem religião		Valor-p
(n=59)	IC (95%)	(n=10)	IC (95%)	(n=18)	IC (95%)				
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.									
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)	0,0316 ^a		
Concordo	1	1,7% (0,3-9,0)	1	10,0% (1,8-40,4)	1	5,6% (1,0-25,8)			
Não concordo nem discordo	2	3,4% (0,9-11,5)	1	10,0% (1,8-40,4)	0	0,0% (0,0-17,6)			
Discordo	29	49,2% (36,8-61,6)	1	10,0% (1,8-40,4)	4	22,2% (9,0-45,2)			
Discordo totalmente	27	45,8% (33,7-58,3)	7	70,0% (39,7-89,2)	13	72,2% (49,1-87,5)			
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.									
Concordo totalmente	40	67,8% (55,1-78,3)	8	80,0% (49,0-94,3)	15	83,3% (60,8-94,2)	0,0172 ^a		
Concordo	18	30,5% (20,3-43,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	3	16,7% (5,8-39,2)			
Não concordo nem discordo	0	0,0% (0,0-6,1)	2	20,0% (5,7-51,0)	0	0,0% (0,0-17,6)			
Discordo	1	1,7% (0,3-9,0)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)			
Discordo totalmente	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)			
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.									
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)	0,0497 ^a		
Concordo	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)			
Não concordo nem discordo	5	8,5% (3,7-18,4)	3	30,0% (10,8-60,3)	0	0,0% (0,0-17,6)			
Discordo	27	45,8% (33,7-58,3)	2	20,0% (5,7-51,0)	5	27,8% (12,5-50,9)			
Discordo totalmente	27	45,8% (33,7-58,3)	5	50,0% (23,7-76,3)	13	72,2% (49,1-87,5)			

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B scale – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B; IC – Intervalo de Confiança; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 6 observa-se a relação entre as questões da FATCOD-B *scale* e a variável religião (cristão, não cristão e sem religião). Tem-se que, para “não cristãos” há totalidade na concordância frente a questão “Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena”, enquanto para “cristãos” e “sem religião” foram demarcadas outras respostas distintas de “concordo totalmente” ($p=0,0113$). Quando se analisa a questão “Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida”, observa-se que o percentual de concordância dos “cristãos” é maior que dos “não cristãos”, já que os últimos não optaram pelas respostas “concordo totalmente” e “concordo” ($p=0,00863$). Quando se verifica o questionamento “A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida” nota-se que “não cristãos” apresentaram menor opinião formada quanto a essa pergunta, já que 70% responderam “não concordo nem discordo”. “Cristãos” e “sem religião” tiveram maior percentual de concordância nessa alternativa ($p=0,0424$). Para “não cristãos” e “sem religião”, há maior discordância que “cristãos” para “Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse” ($p=0,0316$). “Não cristãos” apresentaram menor opinião formada com a afirmativa “As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida”, tendo em vista que 20% assinalaram “Não concordo nem discordo” enquanto nenhum “cristão” ou “sem religião” demarcou essa alternativa ($p=0,0172$). Observa-se que, “sem religião” apresentou maior percentual de discordância (72,2%) que “cristãos” (45,8%) e “não cristãos” (50%) na alternativa “À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente” ($p=0,0497$).

TABELA 7 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B *SCALE* POR EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM PERDA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	Familiares próximos (mãe, pai, filho(a), esposo(a))		Não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim.		Outro significativo		Valor-p
	(n=29)	IC (95%)	(n=24)	IC (95%)	(n=34)	IC (95%)	
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.							
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0-11,7)	1	4,2% (0,7-20,2)	1	2,9% (0,5-14,9)	0,0317 ^a
Concordo	7	24,1% (12,2-42,1)	3	12,5% (4,3-31,0)	8	23,5% (12,4-40,0)	
Não concordo nem discordo	6	20,7% (9,8-38,4)	1	4,2% (0,7-20,2)	8	23,5% (12,4-40,0)	
Discordo	8	27,6% (14,7-45,7)	17	70,8% (50,8-85,1)	14	41,2% (26,4-57,8)	
Discordo totalmente	8	27,6% (14,7-45,7)	2	8,3% (2,3-25,8)	3	8,8% (3,0-23,0)	
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.							
Concordo totalmente	0	0,0% (0,0-11,7)	0	0,0% (0,0-13,8)	0	0,0% (0,0-10,2)	0,0478 ^a
Concordo	0	0,0% (0,0-11,7)	0	0,0% (0,0-13,8)	0	0,0% (0,0-10,2)	
Não concordo nem discordo	5	17,2% (7,6-34,5)	3	12,5% (4,3-31,0)	0	0,0% (0,0-10,2)	
Discordo	12	41,4% (25,5-59,3)	6	25,0% (12,0-44,9)	16	47,1% (31,5-63,3)	
Discordo totalmente	12	41,4% (25,5-59,3)	15	62,5% (42,7-78,8)	18	52,9% (36,7-68,5)	

TABELA 7 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B *SCALE* POR EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM PERDA.CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	(conclusão)					
	Familiares próximos (mãe, pai, filho(a), esposo(a))		Não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim.		Outro signficante	
	(n=29)	IC (95%)	(n=24)	IC (95%)	(n=34)	IC (95%)
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.						
Concordo totalmente	1	3,4% (0,6-17,2)	0	0,0% (0,0-13,8)	0	0,0% (0,0-10,2)
Concordo	2	6,9% (1,9-22,0)	0	0,0% (0,0-13,8)	0	0,0% (0,0-10,2)
Não concordo nem discordo	2	6,9% (1,9-22,0)	0	0,0% (0,0-13,8)	1	2,9% (0,5-14,9)
Discordo	4	13,8% (5,5-30,6)	1	4,2% (0,7-20,2)	12	35,3% (21,5-52,1)
Discordo totalmente	20	69,0% (50,8-82,7)	23	95,8% (79,8-99,3)	21	61,8% (45,0-76,1)

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B *scale*– Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*; IC – Intervalo de Confiança; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Verifica-se na Tabela 7 a relação entre a experiência prévia com perda (“familiares próximos, não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim, outro significativo”) e as questões da FATCOD-B *scale*. Ressalta-se que médicos e enfermeiros que não tiveram experiência prévia com a morte de alguém próximo tiveram maior grau de discordância (70,8%) comparando-se a profissionais de saúde que perderam familiares próximos (27,6%) ou outro significativo (41,2%) na questão “Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar” ($p=0,0317$). Verificou-se que para o questionamento “À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente” houve maior incerteza entre médicos e enfermeiros que haviam perdido familiares próximos (17,2%) e os que não tinham experiência prévia com a morte de alguém próximo (12,5%), enquanto profissionais que perderam “outro significativo” não assinalaram a opção de resposta “não concordo nem discordo” ($p=0,0478$). Quando se questionou “A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico” a totalidade dos médicos e enfermeiros que não tinham experiência prévia com a morte de alguém próximo discordou dessa alternativa, enquanto os profissionais que tiveram alguma experiência de perda assinalaram, também, outras opções de resposta ($p=0,00699$).

As próximas Tabelas (8, 9, 10 e 11) tiveram as análises tendo a fusão das respostas “concordo totalmente e concordo” para a alternativa “concordo” e das respostas “discordo totalmente e discordo” para a opção “discordo”.

TABELA 8 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR IDADE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	Menor ou igual a 45 anos		Maior que 45 anos		Valor-p
	(n=50)	IC (95%)	(n=37)	IC (95%)	
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.					
Concordo	0	0,0% (0,0-7,1)	0	0,0% (0,0-9,4)	0,0118 ^a
Não concordo nem discordo	0	0,0% (0,0-7,1)	5	13,5% (5,9-28,0)	
Discordo	50	100,0% (92,9-100,0)	32	86,5% (72,0-94,1)	
15.Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.					
Concordo	3	6,0% (2,1-16,2)	0	0,0% (0,0-9,4)	0,0348 ^a
Não concordo nem discordo	0	0,0% (0,0-7,1)	3	8,1% (2,8-21,3)	
Discordo	47	94,0% (83,8-97,9)	34	91,9% (78,7-97,2)	

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B scale – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale form B; IC – Intervalo de Confiança; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 8 observa-se que a totalidade de médicos e enfermeiros cuja idade é “menor ou igual a 45 anos” discordaram da afirmativa “Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre”, enquanto houve respostas distintas para o grupo “maior que 45 anos” ($p=0,0118$). A questão “Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse” obteve um pequeno percentual de concordância entre o grupo “menor ou igual a 45 anos”, enquanto nenhum médico ou enfermeiro acima de 45 anos concordaram com essa afirmação ($p=0,0348$). Percebe-se que essa última alternativa não havia sido significativa previamente, quando não houve fusão de “concordo totalmente” e “concordo”, “discordo totalmente” e “discordo”. Pode-se inferir que há grande diferença no “peso da resposta” entre “concordo” e “concordo totalmente” e entre “discordo” e “discordo totalmente” para essa questão.

TABELA 9 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR SEXO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	Feminino		Masculino		Valor-p
	(n=58)	IC (95%)	(n=29)	IC (95%)	
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.					
Concordo	3	5,2% (1,8-14,1)	2	6,9% (1,9-22,0)	0,0223 ^a
Não concordo nem discordo	4	6,9% (2,7-16,4)	8	27,6% (14,7-45,7)	
Discordo	51	87,9% (77,1-94,0)	19	65,5% (47,3-80,1)	

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B scale– Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*; IC – Intervalo de Confiança; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 9 houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,0223$) entre os sexos feminino e masculino na questão “Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida”. Nessa alternativa, o dobro de homens marcou como resposta “não concordo nem discordo” comparando-se a mulheres. Além disso, o número de mulheres que discordaram dessa questão foi 2,68 vezes maior do que os homens.

TABELA 10 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR RELIGIÃO.CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(continua)						
	Cristão (n=59)	IC (95%)	Não cristão (n=10)	Sem religião (n=18)	IC (95%)	Valor-p
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.						
Concordo	45	76,3% (64,0-85,3)	3	30,0% (10,8-60,3)	12	66,7% (43,7-83,7)
Não concordo nem discordo	10	16,9% (9,5-28,5)	7	70,0% (39,7-89,2)	6	33,3% (16,3-56,3)
Discordo	4	6,8% (2,7-16,2)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.						
Concordo	58	98,3% (91,0-99,7)	8	80,0% (49,0-94,3)	18	100,0% (82,4-100,0)
Não concordo nem discordo	0	0,0% (0,0-6,1)	2	20,0% (5,7-51,0)	0	0,0% (0,0-17,6)
Discordo	1	1,7% (0,3-9,0)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.						
Concordo	0	0,0% (0,0-6,1)	0	0,0% (0,0-27,8)	0	0,0% (0,0-17,6)
Não concordo nem discordo	5	8,5% (3,7-18,4)	3	30,0% (10,8-60,3)	0	0,0% (0,0-17,6)
Discordo	54	91,5% (81,6-96,3)	7	70,0% (39,7-89,2)	18	100,0% (82,4-100,0)
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.						
Concordo	45	76,3% (64,0-85,3)	5	50,0% (23,7-76,3)	8	44,4% (24,6-66,3)
Não concordo nem discordo	9	15,3% (8,2-26,5)	4	40,0% (16,8-68,7)	7	38,9% (20,3-61,4)
Discordo	5	8,5% (3,7-18,4)	1	10,0% (1,8-40,4)	3	16,7% (5,8-39,2)

0,0477^a0,0414^a0,0296^a

TABELA 10 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B SCALE POR RELIGIÃO.CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023 (conclusão)

	Cristão		Não cristão		Sem religião		Valor-p
	(n=59)	IC (95%)	(n=10)	IC (95%)	(n=18)	IC (95%)	
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.							
Concordo	55	93,2% (83,8-97,3)	8	80,0% (49,0-94,3)	14	77,8% (54,8-91,0)	0,0344 ^a
Não concordo nem discordo	4	6,8% (2,7-16,2)	1	10,0% (1,8-40,4)	4	22,2% (9,0-45,2)	
Discordo	0	0,0% (0,0-6,1)	1	10,0% (1,8-40,4)	0	0,0% (0,0-17,6)	

FONTE: A autora (2023).
LEGENDA: FATCOD-B scale- Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*; IC – Intervalo de Confiança; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 10, verifica-se a relação entre religião e ausência de religião comparada às questões da FATCOD-B *scale*. Referente ao questionamento “A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida” mostrou-se que 70% dos “não cristãos” não tinham opinião formada quanto ao assunto, enquanto a maioria dos “cristãos” (76,3%) e dos “sem religião” (66,7%) concordam com essa afirmativa ($p=0,0114$). Na afirmativa “As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida” analisou-se que ter ou não religião não interferiu na supremacia das respostas, tendo em vista que a maior parte dos cristãos, não cristãos e sem religião concordam com essa afirmação ($p=0,0296$).

A maior parte dos cristãos, não cristãos e sem religião discordam da questão: “À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente”, logo verificou-se que a presença ou ausência de religião não alterou as respostas dos médicos e enfermeiros nesse item ($p=0,0414$). Observou-se que cristãos concordam majoritariamente com a afirmativa “As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida”, em detrimento dos “não cristãos” e “sem religião” ($p=0,0477$). Para a questão “Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos” as repostas de “cristãos”, “não cristãos” e “sem religião” foram predominantemente concordantes, logo o fator religião ou ausência de religião não foi preponderante para essa alternativa ($p=0,0344$).

TABELA 11 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DA FATCOD-B *SCALE* POR EDUCAÇÃO PRÉVIA SOBRE O MORRER E A MORTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

	Sim		Não		Valor-p
	(n=27)	IC (95%)	(n=60)	IC (95%)	
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.					
Concordo	5	18,5% (8,2-36,7)	25	41,7% (30,1-54,3)	0,0465
Não concordo nem discordo	15	55,6% (37,3-72,4)	18	30,0% (19,9-42,5)	
Discordo	7	25,9% (13,2-44,7)	17	28,3% (18,5-40,8)	

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B *scale*– Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*; IC – Intervalo de Confiança; ^aTeste exato de Fisher. Demais sem marcação: Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 11 verifica-se a presença da educação prévia sobre o morrer e a morte e questões da FATCOD-B *scale*. Para a afirmativa “Familiares que permanecem próximos à pessoa

em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente”, observa-se que para os médicos e enfermeiros que não tiveram educação prévia sobre o morrer e a morte houve predomínio da resposta “concordo”, enquanto para os que tiveram essa educação, mais da metade das respostas foram “não concordo nem discordo” ($p=0,0465$).

TABELA 12 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES PARA AS QUESTÕES DA FATCOD-B SCALE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

Questão	(continua)	
	Média	DP
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.	4,48	0,80
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	4,39	0,81
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.	3,97	1,05
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	4,59	0,56
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	4,16	0,82
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.	4,28	0,98
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	3,67	1,20
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	3,79	1,28
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.	4,36	0,88
10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.	1,67	0,66
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	4,36	0,59
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	2,07	0,97
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.	4,21	0,90
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.	4,30	0,76
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	4,29	0,70
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.	4,67	0,64
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	4,30	0,63
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	4,28	0,91
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	4,08	0,65
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	3,71	1,13
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	4,40	0,77
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	4,71	0,48
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	4,53	0,74
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	3,95	1,07
25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	4,18	1,25

TABELA 12 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES PARA AS QUESTÕES DA FATCOD-B *SCALE*. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

(conclusão)		
Questão	Média	DP
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.	3,71	1,28
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	4,36	0,71
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.	4,33	0,97
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	3,11	1,26
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	4,39	0,58

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: DP – Desvio padrão; FATCOD-B *scale* – Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*.

Na Tabela 12, observa-se as médias e os desvios-padrões presentes em todas as questões da FATCOD-B *scale*. Os três itens com média mais elevadas foram as questões “os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida”, “as famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida” e “o cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto” com médias de 4,71; 4,67 e 4,59, respectivamente. Os três itens com média mais baixas foram as questões “há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida”, “a família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida”, e “familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente” com médias de 1,67; 2,07 e 3,11, respectivamente.

TABELA 13 - MÉTRICAS GERAIS PARA AS QUESTÕES DA FATCOD-B *SCALE*. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023

Métrica	Valor
Mínimo	1,67
Máximo	4,71
Soma das médias	121
Média das médias	4,04
Desvio-padrão das médias	0,68

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: FATCOD-B *scale* – Frommelt *Attitude Toward Care of the Dying Scale form B*.

Na Tabela 13 aponta-se a soma total das médias da FATCOD-B que foi de 121 pontos, com desvio-padrão de 0,68 pontos.

6 DISCUSSÃO

A adaptação transcultural da FATCOD-B *scale* para o português brasileiro foi pautada nas etapas de Beaton *et al.* (2000; 2007). Inicialmente, realizaram-se as traduções (T1 e T2) da escala original do idioma de origem para o idioma-alvo. Ambas apresentaram conteúdo semelhante, apesar de pequenas variações na escolha do vocabulário e estruturação das frases por cada tradutor. Alguns exemplos de diferenças estão na primeira questão da FATCOD-B *scale*, onde TRAD1 traduziu a questão original “*Giving care to the dying person is a worthwhile experience*” para “Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência gratificante”, enquanto TRAD2 traduziu para “Cuidar do doente terminal é uma experiência que vale a pena”.

Após as traduções, houve a formulação da síntese (T1-2). Nessa etapa, as versões T1 e T2 foram comparadas e as discrepâncias foram sanadas pelos tradutores. Nesse momento, ambos discutiram as opções mais adequadas para cada item traduzido da FATCOD-B *scale* a fim de formular uma versão síntese única (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Na versão T1, por exemplo, a questão um foi traduzida da seguinte maneira: “Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência gratificante”, na versão T2 a tradução foi “Cuidar do doente terminal é uma experiência que vale a pena”, já na versão síntese foi escolhida a sentença “Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena”.

A retrotradução foi a etapa posterior a síntese. As versões retrotraduzidas RT1 e RT2, foram semelhantes entre si, apesar de variações no vocabulário e na estruturação das frases. Essa etapa favoreceu a verificação das traduções comparando-se a versão original da escala (COSTER; MACINI, 2015). A questão um da síntese foi “Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena”, baseando-se nela a versão RT1 foi “*Caring for the dying person is a worthwhile experience*” e a versão RT2 foi “*Providing care to a dying person is a worthwhile experience*”. Considerou-se que as versões produzidas RT1 e RT2 foram adequadas para este estudo.

Na etapa de comitê de especialistas, foram verificadas as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual conforme Beaton *et al.* (2000; 2007). Durante as análises realizadas pelos especialistas, todas as 30 questões da FATCOD-B-B foram verificadas e sugestões de melhorias foram realizadas por eles, quando acharam necessário. Algumas palavras e/ou frases geraram maior discussão. Na questão 25, originalmente era “*Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person*” e ficou “O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com

peessoas em fase final de vida”, sendo que a palavra “addiction” foi questionada inúmeras vezes. Os especialistas escolheram “vício” em detrimento a “adição” ou “dependência” após observarem que a palavra “vício” é entendida por uma criança de 12 anos, enquanto a palavra “adição” é mais utilizada por profissionais da área da saúde. Observaram, também, que a palavra “dependência” não tinha o mesmo significado que “vício” ou “adição”, logo foi descartada.

Na questão 3, originalmente era “*I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person*”, durante algumas discussões do comitê de especialistas estava “Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final de vida”, no entanto na última reunião *online* dos especialistas, substituiu-se a palavra “iminente” por “que se aproxima” para que fosse adequada ao entendimento de uma criança de 12 anos, conforme recomendação de Beaton *et al.* (2000; 2007).

Na questão 13, originalmente estava redigida como “*I would hope the person I’m caring for dies when I am not present*”, durante discussões pelo comitê estava “Gostaria que a pessoa de quem estou cuidando falecesse quando eu não estivesse presente”, mas na última reunião *online* dos especialistas foi modificada para “Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse” para que a questão ficasse mais clara. Após essas análises e outras discussões entre os especialistas, formulou-se a versão pré-teste da FATCOD-B *scale*, a FATCOD-B-B. Destaca-se que as alterações realizadas pelos especialistas consideraram que as 30 questões da escala deveriam ser compreendidas por crianças de 12 anos, conforme Beaton *et al.* (2000; 2007).

A versão pré-teste foi importante para avaliar a compreensão e a aceitabilidade da FATCOD-B *scale* (GUIMARÃES *et al.*, 2010; POLESELLO *et al.*, 2012). Considerando que essa versão foi aplicada a médicos e enfermeiros associados a SBGG a nível nacional, considerou-a adequada para a formulação da FATCOD-B-B por contemplar uma população oriunda de diversas localidades do país, o que infere a presença de diversidade de aspectos culturais, profissionais e na formação acadêmica dos entrevistados.

Para a verificação da consistência interna da versão pré-teste, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*, e encontraram-se como valores mínimo e máximo 0,80 e 0,82, respectivamente. Considerando-se todos os itens da escala, o valor obtido foi de 0,81, logo, deduz-se que a versão pré-teste da FATCOD-B *scale* apresenta consistência interna alta. Esse resultado mostra que os dados deste estudo são de qualidade e o valor de 0,81 é elevado para sustentar a confiança no resultado das questões da escala (CRONBACH, 1951; FREITAS;

RODRIGUES, 2005; POLIT; BECK, 2019). Calculou-se, também, o índice de validade de conteúdo da escala formulada no pré-teste, obtendo-se como valor geral 88,27, valor superior ao mínimo recomendado para sua aceitabilidade (YUSOFF, 2019). O valor resultante do IVC infere que o conteúdo da FATCOD-B-B está adequado para aplicação e tem maior probabilidade de atingir seus objetivos de medida (POLIT; BECK, 2019).

Os resultados do pré-teste apontaram a idade, o sexo, a religião, a experiência prévia com a perda e a educação prévia sobre o morrer e a morte como fatores relacionados às atitudes dos profissionais de saúde diante da terminalidade. Os profissionais médicos e enfermeiros com idade menor ou igual a 45 anos, apresentaram opiniões mais formadas no que diz respeito a amenizar o assunto da morte diante de um paciente terminal e quanto a sentir vontade de fugir no momento da morte do paciente, já que não marcaram como opção de resposta “não concordo nem discordo”, diferentemente dos maiores de 45 anos. Esses resultados são discordantes de outro estudo que aplicou a FATCOD-B em profissionais de enfermagem chilenos, tendo em vista que no Chile quanto maior a idade mais positivas são as atitudes dos profissionais frente a pacientes terminais ($p<0,001$) (ESPINOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016).

Ademais, o estudo desenvolvido no Chile mostrou que ser do sexo feminino promoveu atitudes mais positivas frente a terminalidade dos pacientes ($p<0,001$), dado que remete ao fato de que historicamente o papel de cuidar está associado as mulheres (ALVES *et al.*, 2015; ESPINOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016). No presente estudo, observou-se que as enfermeiras e médicas têm opinião mais formada quando o assunto é assumir a responsabilidade de falar sobre a morte com a pessoa em fase final de vida, já que o dobro de homens ficou indeciso quanto a questão “Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida”.

A religião foi um dos fatores associados às atitudes de médicos e enfermeiros a respeito da morte. Observa-se que a depender da questão da FATCOD-B *scale* há modificações de resposta comparando-se o grupo de cristãos, não cristãos e sem religião, enquanto em outros questionamentos a opção religiosa não interferiu no resultado apresentado. Estudos relatam a importância de investigar a religião como um meio de modificar as percepções e atitudes frente a terminalidade. Acredita-se que a religião pode afetar a tomada de decisão nos cuidados de fim de vida e na morte de pacientes terminais (SERRA, 2012; MULIIRA *et al.*, 2022).

A pesquisa mostrou que os médicos e enfermeiros associados a SBGG tiveram atitudes positivas diante da morte e do morrer, tendo-se em vista que o escore da FATCOD-B-B foi de

121 $\pm$ 0,68. Esse escore foi maior que o estudo conduzido na Palestina (96,96) (ABU-EL-NOOR; ABU-EL-NOOR, 2016) e na Itália (115,20 $\pm$ 7,86) (LEOMBRUNI *et al.*, 2015) e menor que o escore da Suécia (125,5 $\pm$ 8,2) (HENOGH *et al.*, 2014).

Um estudo realizado na Turquia apontou a crença na vida após a morte e a presença de “pensamentos espirituais” como agentes promotores de melhorias nas atitudes do profissional de saúde diante dos pacientes moribundos, além de diminuir os níveis de ansiedade relacionados a finitude (GURDOGAN *et al.*, 2019). Um estudo chinês refletiu que a educação, a cultura e a religião podem alterar a pontuação nas questões da FATCOD-B *scale* para mais ou para menos (ZHOU *et al.*, 2020). Uma pesquisa realizada na Jordânia, apontou o contexto cultural como tendo um impacto importante nas atitudes de estudantes de enfermagem diante da morte e do morrer. Para esses pesquisadores, acreditar na vida terrena como uma transição para a vida após a morte faz com que a morte seja um objetivo final a ser conquistado, o que pode interferir nas atitudes dos profissionais de saúde frente a terminalidade (ZAHARAN *et al.*, 2021).

A experiência prévia com a perda mostrou relação nas atitudes de profissionais de saúde diante da morte, uma vez que os médicos e enfermeiros que não tiveram experiência prévia com a morte de alguém próximo tiveram maior grau de discordância (70,8%), comparando-se a profissionais de saúde que perderam familiares próximos (27,6%) ou outro significativo (41,2%) na questão “Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar”. A experiência da perda promove mudanças nas atitudes de médicos e enfermeiros diante de seus pacientes terminais. Esse resultado diverge de uma pesquisa aplicada na Itália, Espanha e Inglaterra, já que as respostas da FATCOD-B *scale* não foram influenciadas pelo luto pessoal do profissional de saúde (FERRI *et al.*, 2021).

Estudos mostraram que formações prévias sobre a morte interferem nos resultados da FATCOD-B *scale* e nas atitudes dos profissionais de saúde perante os pacientes terminais. Uma das maneiras que provam essa assertiva é utilizar a escala antes e depois de treinamentos de fim de vida para profissionais de saúde. Nessa forma de avaliação, a pontuação na escala foi menor antes dos treinamentos e maior após eles (CHAPPELL *et al.*, 2017; HAO *et al.*, 2021; MOTA-ROMERO *et al.*, 2021). No presente estudo, a formação prévia sobre o morrer e a morte, fez com que mais da metade de médicos e enfermeiros tivessem maior incerteza na questão da FATCOD-B *scale* “Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente”, enquanto profissionais que não tinham formação prévia penderam para a concordância nessa questão.

Algumas dificuldades ocorreram ao longo desta pesquisa, como encontrar profissionais retrotradutores que participassem da etapa de comitê de especialistas e profissionais de saúde que tivessem em seus Currículos Lattes a proficiência em inglês, conforme recomendada pelo método do estudo. Houve, também, limitações na participação de médicos e enfermeiros na etapa do pré-teste, tendo-se em vista que a pesquisa ocorreu *online*. Essa modalidade de pesquisa foi amplamente utilizada nos últimos anos, em decorrência dos percalços encontrados na modalidade presencial devido a pandemia de covid-19, no entanto, entende-se que há perda numérica de participantes com a sua realização, uma vez que há dependência do profissional olhar seu e-mail. Ademais, há saturação no recebimento de outras pesquisas na mesma modalidade e os profissionais de saúde estavam sobrecarregados com demandas decorrentes da situação pandêmica global.

7 CONCLUSÃO

A FATCOD-B *scale* foi traduzida e adaptada transculturalmente para o português do Brasil além de apresentar alta validade de conteúdo e consistência interna. Observou-se que fatores sociodemográficos como sexo, idade, religião, educação prévia sobre o morrer e a morte, experiência prévia com a perda, experiência presente com a perda e experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais podem ter relação com as atitudes dos profissionais de saúde perante a temática do morrer e da morte. Logo, julga-se essencial que médicos e enfermeiros recebam uma adequada formação para que o cuidado no fim de vida dos pacientes seja o mais apropriado possível.

A formação prévia sobre o morrer e a morte interfere na atitude profissional quando se refere aos cuidados de pacientes terminais. A literatura científica internacional corroborou para essa constatação. Logo, julga-se primordial que a FATCOD-B-B seja amplamente difundida no Brasil para diagnosticar a preparação de médicos e enfermeiros diante da finitude humana.

Para que mudanças na qualidade de ensino sobre a morte e o morrer sejam efetivadas é preciso, quando necessário, que além dos diagnósticos pertinentes, sejam realizados planejamentos estratégicos para que ocorram transições a contento dos profissionais de saúde e dos familiares dos pacientes. Dessa forma, recomenda-se a formação continuada a respeito dessas temáticas, nos serviços de saúde. Isso refletirá em maior amparo ao paciente moribundo e seus familiares.

A FATCOD-B-B poderá ser útil na estruturação de disciplinas curriculares, particularmente na área da saúde, sobre a temática do morrer e da morte. Assim, a importância desta pesquisa vai além de traduzir, adaptar e validar a FATCOD-B *scale*, pois médicos e enfermeiros que vivenciam constantemente a morte de pacientes em seus ambientes profissionais poderão ter maior amparo para lidar com situações de terminalidade a partir da utilização da FATCOD-B-B. Isso será possível tendo-se em vista que a escala poderá ser aplicada para diagnosticar profissionais com maior aptidão para trabalhar com a terminalidade e avaliar as atitudes profissionais antes e depois de treinamentos sobre fim de vida.

O preparo profissional poderá reduzir a síndrome de burnout, a ansiedade e depressão que podem apresentar ao lidar com o fim de vida dos pacientes. Além disso, acredita-se que toda a sociedade poderá ser beneficiada com a melhor qualificação dos médicos e enfermeiros

e, com o tratamento mais habilitado que pacientes moribundos e seus familiares poderão receber a partir dos treinamentos continuados desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABU-EL-NOOR, N.I.; ABU-EL-NOOR, M.K. Attitude of Palestinian Nursing Students Toward Caring for Dying Patients: A Call for Change in Health Education Policy. **J Holist Nurs** [online], v. 34, n. 2, p. 193-199, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0898010115596492>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- AGRANONIK, M., HIRAKATA, V. N. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. **Clin Biomed Res** [online], v. 31, n. 3, p. 382-388, 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/23574>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- ALRASHEEDI, O.; SCHULTZ, T. J.; HARVEY, G. Factors influencing nurses' intention to work in the oncology specialty: multi-institutional cross-sectional study. **BMC Palliat Care** [online], v. 20, n. 1, p. 72-72, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00764-9>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- ALVES, R.F. et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal Rev Psicol** [online], v. 27, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0292/943>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- ALWAWI, A. A.; ABU-ODAH, H.; BAYUO, J. Palliative Care Knowledge and Attitudes towards End-of-Life Care among Undergraduate Nursing Students at Al-Quds University: Implications for Palestinian Education. **Int J Environ Res Public Health** [online], v. 19, n. 15, p. 9563, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph19159563>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- ANDRADE, P.C.S.T. et al. Representação social da morte para estudantes de enfermagem. **Cogitare enferm** [online], v. 26, n. 6, e71628, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71628>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. [online]. Adelaide /AUS: JBI, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- ATTAFUAH, P. et al. Attitudes of Nurses Towards Patients at the End of their Life: Using FATCOD-B in the Ghanaian Context. **European Researcher** [online], Series A. v. 13, n. 1, p. 4- 10, 2022. Disponível em: <<https://elibrary.ru/item.asp?id=49320013>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine** [online], v. 25, n. 24, p.3186-3191, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>>. Acesso em: 03 jan. 2023.
- BEATON, D. E. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures. **Institute for Work & Health** [online], v. 1, n.1, p.1-45, 2007. Disponível em: <https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2023.

BERNDTSSON, I. E. K.; KARLSSON, M. G.; REJNÖ, Å. C. U. Nursing students' attitudes toward care of dying patients: A pre- and post-palliative course study. **Heliyon** [online], v. 5, n. 10, e02578, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02578>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia** [online], v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, n.12, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, n.98, Brasília, DF, 06 e 07 abril. 2016. Seção 1, p. 44-46. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2023.

CHAPPELL, P. M. et al. Communicating With Dying Patients and Their Families: Multimedia Training in End-of-Life Care. **Am J Hospice Palliat Med** [online], v. 34, n. 7, p. 637-644, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049909116655293>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CHEN, X. et al. The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. **BMC Palliat Care** [online], v.21, n. 56, 2022. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-00953-0>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CLEMENS, E. J. et al. Effect of death and dying elective on student empathy and attitudes toward mortality. **Curr Pharm Teach Learn** [online], v.13, n.12, p. 1627-1633, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cptl.2021.09.029>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CORREIA, D. S. et al. Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação em Medicina. **Rev Bras Educ Med** [online], v. 42, n. 3, p. 78-86, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170105.r1>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

COSTA, Á. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface (Botucatu)** [online], v. 20, n. 59, p.1041-52, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

COSTER, W. J.; MANCINI, M. C. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em terapia ocupacional. **Rev Ter Ocup** [online], v. 26, n. 1, p. 50-57, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1963>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika** [online], v. 16, p. 297-334, 1951. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/BF02310555>> Acesso em: 03 jan. 2023.

EDO-GUAL, M. et al. Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying *Scale* (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. **Omega (Westport)** [online], v. 78, n.2, p. 120-142, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0030222816688294>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ESPINOZA-VENEGAS, M.; LUENGO-MACHUCA, L.; SANHUEZA-ALVARADO, O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. **Aquichan** [online], v. 16, n. 4, p. 430-446, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

FERRI, P. et al. Nursing student attitudes toward dying patient care: A European multicenter cross-sectional study. **Acta Biomed** [online], v. 92 n. S2, e2021018, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.23750/abm.v92is2.11403>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

FISHER, R. A. **Statistical methods for research workers**. 14. ed., Edinburgh, Wiley Online Library, 1970. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bimj.19710130623>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12, 2005, 07-09 nov, Bauru-SP. **Anais.....** Bauru / SP: UFG, 2005. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1012/o/ISAAC_DE_ABREU_GASPAR_2_-_email.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2022.

FROMMELT, K. **Linkedin**: Katherine Frommelt. Curitiba, 07 jan. 2023. Disponível em: [linkedin.com/in/katherine-frommelt-89b10a61](https://www.linkedin.com/in/katherine-frommelt-89b10a61). Acesso em: 07 jan. 2023.

FROMMELT, K. H. M. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. **Am J Hospice Palliat Med** [online], v. 8, n. 5, p. 37-43, 1991. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/104990919100800509>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

FROMMELT, K. H. M. Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. **Am J Hospice Palliat Med** [online], v. 20, n.1, p.13-22, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/104990910302000108>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GAWANDE, A. **Mortais**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GONÇALVES, M. M. DA C. A morte do paciente e sua repercussão em estudante de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** [online], v. 10, n. 1, p. 95-100, 1976. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0080-6234197601000100095>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GUIMARÃES, R. P. et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do quadril "Harris Hip Score". **Acta Ortop Bras** [online], v. 18, n. 3, p. 142-7, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-78522010000300005>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GURDOGAN, E.P; et al. The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students. **Psychol Health Med** [online], v. 24, n. 7, p. 843-852, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576914>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HAO, Y. et al. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. **BMC Palliat Care** [online], v. 20, n.1, p. 50, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00738-x>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HENOCH, I. et al. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying *scale*: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. **Cancer Nursing** [online], v. 37, n. 1, E1-11, 2014. Disponível em:<<https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e318279106b>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HERRERO-HAHN, R. et al. Frommelt Attitude Toward Care of the Dying *Scale* Form B: Validation for Spanish health professionals. **Palliat Support Care** [online], v. 20, n. 5, p. 678-686, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1478951521001504>> Acesso em: 03 jan. 2023.

HO, T. M. et al. Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards caring for dying patients. **J Renal Care** [online], v. 36, n. 1, p. 2-8, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00141.x>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

JAFARI, M. et al. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. **Indian J Palliat Care** [online], v. 21, n. 2, p. 192-197, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.4103%2F0973-1075.156497>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

KESZEL, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement *scales*. **J Psychos Res** [online], v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>>. Acesso em: 12 mar. 2023.

LAPORTE, P. et al. Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in Switzerland: a cross-sectional study. **BMJ Open** [online], v. 10, n. 9, e037553, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037553>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

LEOMBRUNI, P. et al. Second-year Italian medical students' attitudes toward care of the dying patient: an exploratory study. **J Cancer Educ** [online], v. 27, n. 4, p.759-763, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13187-012-0382-8>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

LEOMBRUNI, P. et al. Attitudes of medical students toward the care of the dying in relation to personality traits: harm avoidance and self-directedness make a difference. **Am J Hospice Palliat Med** [online], v. 32, n. 8, p. 824-828, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049909114542101>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

LEWIS, C. et al. The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision. **BMC Palliat Care** [online], v. 15, n. 67, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0143-2>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

LOERA, B. et al. Refining the Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying *Scale* (FATCOD-B) for medical students: A confirmatory factor analysis and Rasch validation study. **Palliat Support Care** [online], v. 16, n. 1, p. 50-59, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/s147895151700030x>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. São Paulo: Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP, 2012.

MASTROIANNI, C. et al. Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying *Scale* Form B: psychometric testing of the Italian version for students. **Omega (Westport)** [online], v. 70, n. 3, p. 227-250, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0030222815568944>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MASTROIANNI, C. et al. Italian nursing students' attitudes towards care of the dying patient: A multi-center descriptive study. **Nurse Educ Today** [online], v. 104, 104991, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104991>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MAGALHÃES E SOUZA, T.I. et al. Sentimentos dos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes ante a Morte: uma Revisão Sistemática. **Rev Bras Educ Med**, v.44, n.4, e178, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200082>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI D.G. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Rev Bras Educ Med**, v.42, n.2, p.33-44, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170011>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MEIRELES, A. A. V. et al. Sobre a morte e o morrer: percepções de acadêmicos de medicina do norte do Brasil. **Rev Bras Educ Med** [online], v. 46, n. 2, e057, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210081>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto-enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. **PLoS Med** [online], v. 6, n. 7, e1000097, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MOLINENGO, G. et al. Shortening the Frommelt Attitude Toward the Care Of the Dying *Scale* (FATCOD-B): a Brief 9-Item Version for Medical Education and Practice. **J Canc Educ** [online], v. 37, p. 1736-1742, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13187-021-02020-3>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev Gaúcha Enferm** [online], v. 32, n. 1, p.129-135, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100017>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MOTA-ROMERO, E. et al. Nursing Homes End of Life care Program (NUHELP): developing a complex intervention. **BMC Palliat Care** [online], v. 20, n. 1, p. 98, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00788-1>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MULIIRA, J. K et al. A Multi-country Comparative Study on Palliative Care Knowledge and Attitudes Toward End-of-Life Care Among Undergraduate Nursing Students. **J Canc Educ**, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13187-022-02193-5>> Acesso em: 03 jan. 2023.

OLIVEIRA, J. R.; BRÊTAS, J. R. D. S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** [online], v. 42, n. 3, p. 386-394, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300007>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of Evidence: Grades of Recommendation**. [online]. Oxford / UK: CEBM, 2009. Disponível em: <[Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence \(March 2009\) — Centre for Evidence-Based Medicine \(CEBM\), University of Oxford](#)>. Acesso em: 03 jan. 2023.

PAUL, S. S; RENU, G.; THAMPI, P. T. Creating a Positive Attitude toward Dying Patients among Nursing Students: Is the Current Curriculum Adequate? **Indian J Palliat Care** [online], v. 25, n. 1, p. 142-146, 2019. Disponível em:<https://doi.org/10.4103%2FIJPC.IJPC_148_18>. Acesso em: 03 jan. 2023.

PIANA, C. F. B.; MACHADO, A. A.; SELAU, L. P. R. **Estatística Básica**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2013. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/probabilidade-estatistica/extra/material/apostila_de_estadistica_basica.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2023.

POLESELLO, G.C. et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do quadril MHOT. **Acta Ortop Bras** [online], v. 20, n. 2, 2012. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S1413-78522012000200006>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMADA-RODILLA, J. M.; SERRA-PUJADAS, C.; DELCLÓS-CLANCHET, G. L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud Publica Mex** [online], v. 55, n. 1, p. 57-66, 2013. Disponível em:<<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131g.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2023.

RATTANI, S.A. et al. Effectiveness of High-Fidelity Simulation in Nursing Education for End-of-Life Care: A Quasi-experimental Design. **Indian J Palliat Care** [online], v. 26, n. 3, p.312-318, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4103%2FIJPC.IJPC_157_19>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ROSS, E.K. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SADOWSKA, A.; NOWAK, M.; CZARKOWSKA-PĄCZEK, B. Assessment of the Reliability of the Polish Language Version of the FATCOD-B *Scale* Among Nursing Students. **J Canc Educ** [online], v. 36, n. 3, p. 561-566, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13187-019-01665-5>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTOS, J. L. dos; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev Esc Enferm USP** [online], v. 45, n. 1, p. 272-276, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100038>> Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTOS, T.F. dos; PINTARELLI, V.L. Educação para o Processo do Morrer e da Morte pelos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes. **Rev Bras Educ Med** [online], v. 43, n. 2, p. 5-14, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180058>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SERRA, S. S. S. **Morrer na presença de quem cuida: atitudes do enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim de vida.** 132f. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Porto: Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012.

SEVEN, A.; SERT, H. How The Nurses' Attitude for Dying Patients and Their Knowledge about Palliative Care? **Bezmialem Science** [online], v.8, n. 3, p. 250-257, 2020. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/20.500.12619/95096>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SOUZA, T.I.M. et al. Sentimentos dos estudantes de medicina e médicos residentes ante a morte: uma revisão sistemática. **Rev Bras Educ Med** [online], v. 44, n. 4, e178, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200082>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

VASQUES, T. C. S. et al. Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. **Trab Educ Saúde** [online], v. 17, n. 3, p. 1-15, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00219>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

WANG, L.P. et al. Development and Psychometric Testing Chinese Version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying *Scale*, Form B in Nurses and Nursing Students. **J Canc Educ** [online], v. 31, n. 1, p. 123-130, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13187-015-0810-7>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

WECHTER, E. *et al.* Daly BJ. The effects of an early observational experience on medical students' attitudes toward end-of-life care. **Am J Hosp Palliat Care** [online], v.32, n.1, p:52-60, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909113505760>. Acesso em: 18 mar.23.

YAMAGATA, C. et al. Preliminary Effect and Acceptability of an Intervention to Improve End-of-Life Care in Long-Term-Care Facilities: A Feasibility Study. **Healthcare (Basel)** [online], v. 9, n. 9, p. 1194, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/healthcare9091194>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

YOSHIOKA, S.; MORIYAMA, M. Factors and Structural Model Related to End-of-Life Nursing Care in General Ward in Japan. **Am J Hospice Palliat Med** [online], v. 30, n. 2, p. 146-152, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049909112446019>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

YOSHIOKA, S.; MORIYAMA, M.; OHNO, Y. Efficacy of the End-of-Life Nursing Care Continuing Education Program for Nurses in General Wards in Japan. **Am J Hospice Palliat Med** [online], v. 31, n. 5, p. 513-520, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049909113491133>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Educ Med J** [online], v. 11, n. 2, p. 49-54, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ZAHARAN, Z., et al. Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. **Nurs Open** [online], v. 9, n. 1, p. 614-623, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/nop2.1107>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ZHOU, Y. et al. Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China: A descriptive correlational study. **Nurs Open** [online], v. 8, n. 1, p. 343-353, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/nop2.635>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

APÊNDICE 1 – TERMO DE ANUÊNCIA DOS TRADUTORES E RETROTRADUTORES

Declaramos que nós, tradutores/retrotradutores estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA *FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B* (FATCOD-B *scale*), sob a responsabilidade da Dr.^a Maria Helena Lenardt, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final. Estamos cientes que a participação neste estudo é paga, desse modo os serviços contratados deverão ser atendidos em conformidade com os prazos pré-estabelecidos pelos pesquisadores. Caso não sejam cumpridos estes prazos, os tradutores/retrotradutores responsáveis pelo descumprimento deverão devolver integralmente o valor recebido pela tradução/ retrotradução em até 7 dias úteis após término do prazo de entrega do serviço contratado.

Atenciosamente,

[Nome e cargo por extenso e assinatura do responsável]

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ESPECIALISTAS

Nós, Prof^ª. Dr^ª Maria Helena Lenardt (Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Prof. Dr Vitor Last Pintarelli (Departamento de Clínica Médica) e a mestranda Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, tradutor/retrotradutor/ profissional de “Enfermagem que seja Pesquisador da Temática da Morte”/ “Profissional formado em Letras Português-Inglês”/ profissional de “Enfermagem com expertise na Tradução e Validação transcultural de Escalas”/ “Médico com Especialidade em Cuidados Paliativos”, a participar de um estudo intitulado “TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA *FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B (FATCOD-B scale)*” Esta pesquisa é relevante para a melhoria da prática profissional e acadêmica nas disciplinas relacionadas à temática em cursos de medicina e enfermagem.

a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e validar transculturalmente a escala *FATCOD-B scale*.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário realizar as seguintes etapas, segundo (BEATON et al., 2000; 2007):

1) Equivalência semântica - deve responder as perguntas como: “as palavras apresentam o mesmo significado?”; “existem múltiplos significados para um determinado item?”; “existem dificuldades gramaticais na tradução?”;

2) Equivalência idiomática - refere-se a coloquialismos idiomáticos que são de difícil tradução. O comitê deve formular uma expressão equivalente na versão traduzida;

3) Equivalência cultural - determinados itens que buscam vivenciar o cotidiano muitas vezes variam entre culturas e países. Para resolver essa situação, um item do questionário que aborde uma ação ou intenção semelhante na cultura alvo deve ser identificado para substituir o item original;

4) Equivalência conceitual - algumas palavras podem apresentar diferentes significados comparando-se diferentes culturas. O Comitê de Especialistas deverá examinar todos os itens para chegar a um consenso em cada um deles;

c) Para tanto, você será contatado pelos pesquisadores através do seu e-mail e/ou telefone para avaliar as traduções, retrotraduções e a versão original do *FATCOD-B scale*, com duração aproximada de 60 minutos. Posteriormente, deverá encaminhar o resultado de sua análise por e-mail.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tema da pesquisa, que promove reflexões sobre o tema da morte.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser desconfortos relacionados a temática da pesquisa. Caso ocorram, você poderá entrar em contato com os pesquisadores.

f) Você terá a garantia de que problemas como desconfortos relacionados a temática da pesquisa decorrentes do estudo serão tratados no Consultório do Dr Vitor Last Pintarelli, coorientador desta pesquisa, localizado à rua R. Eurípedes Garcez do Nascimento, 672. Quando forem necessários outros encaminhamentos, os pesquisadores assumirão os custos financeiros, você não terá quaisquer ônus. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

Orientador [rubrica]

g) O benefício esperado com essa pesquisa é a obtenção de um questionário validado e traduzido transculturalmente. O benefício indireto pode ser a contribuição para o aperfeiçoamento do aprendizado do médico e do enfermeiro, visando melhor preparação frente à morte e ao morrer.

h) Os pesquisadores Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Lenardt, Prof. Dr Vitor Last Pintarelli e a mestrande Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Av.Pref.Lothario Meissner, 632 3º andar Jardim Botânico, CEP- 80210-170, e-mail curitiba.helena@gmail.com vitorpintarelli@yahoo.com.br, thalitafelsky@gmail.com e no telefone 3361-3761 no horário das 8 horas às 18 horas de segunda a sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você também pode entrar em contato com a Prof^ª Dr^ª Maria Helena Lenardt no telefone (41) 99896-2252 e com o Prof Dr Vitor Last Pintarelli no telefone (41) 99943-1903.

i) 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 lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

j) Os questionários respondidos serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão deletados ao término do estudo, dentro de 5 anos.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores desta pesquisa), sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

l) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa [papelaria, tinta de impressora, estatístico, internet] não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h. às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o 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 qualquer prejuízo para mim. [Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item m]. Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Nós, Prof^ª. Dr^ª Maria Helena Lenardt (Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Prof. Dr Vitor Last Pintarelli (Departamento de Clínica Médica) e a mestranda Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, médico e enfermeiro, a participar de um estudo intitulado “TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA *FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B* (FATCOD-B *scale*)”. Esta pesquisa é relevante para a melhoria da prática profissional e acadêmica nas disciplinas relacionadas à temática em cursos de medicina e enfermagem.

- a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e validar transculturalmente a escala FATCOD-B *scale*.
- b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário responder ao questionário fornecido pelos pesquisadores, que será anônimo, logo suas respostas não serão vinculadas à sua pessoa. Além disso, em caso de participação, você deverá assinar este termo de consentimento livre e esclarecido.
- c) Para tanto, você será contatado pelos pesquisadores através do mailing da SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) para responder ao questionário, com duração aproximada de 10 minutos.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tema da pesquisa, que promove reflexões sobre o tema da morte.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser desconfortos relacionados a temática da pesquisa. Caso ocorram, você poderá entrar em contato com os pesquisadores.
- f) Você terá a garantia de que problemas como desconfortos relacionados a temática da pesquisa decorrentes do estudo serão tratados no Consultório do Dr Vitor Last Pintarelli, coorientador desta pesquisa, localizado à rua R. Eurípedes Garcez do Nascimento, 672. Quando forem necessários outros encaminhamentos, os pesquisadores assumirão os custos financeiros, você não terá quaisquer ônus. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.
- g) O benefício esperado com essa pesquisa é a obtenção de um questionário validado e traduzido transculturalmente. O benefício indireto pode ser a contribuição para o aperfeiçoamento do aprendizado do médico e do enfermeiro, visando melhor preparação frente à morte e ao morrer.
- h) Os pesquisadores Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Lenardt, Prof. Dr Vitor Last Pintarelli e a mestranda Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Av.Pref.Loathario Meissner, 632 3ºandar Jardim Botânico, CEP- 80210-170, e-mail curitiba.helena@gmail.com, vitorpintarelli@yahoo.com.br, thalitafelsky@gmail.com e no telefone 3361-3761 no horário das 8 horas às 18 horas, de segunda à sexta para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você também pode entrar em contato com a Prof^ª Dr^ª Maria Helena Lenardt no telefone (41) 99896-2252 e com o Prof Dr Vitor Last Pintarelli no telefone (41) 99943-1903.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

- i) 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 lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- j) Os questionários respondidos serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão deletados ao término do estudo, dentro de 5 anos.
- k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores desta pesquisa), sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.
- l) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.
- m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa [papelaria, tinta de impressora, tradutores, retrotradutores, estatístico, internet] não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).
- n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h. às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o 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 qualquer prejuízo para mim]. [Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item m].

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Link da versão online:

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdrsvsFF5ruIKtuYAYkDIYk68m6SeL25VY-jv4QxO8_dCsSYA/viewform?usp=sf_link)

**ANEXO 1 – FROMMELT *ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE* -
FORM B**

Appendix: FATCOD, Form B

In these items, the purpose is to learn how nonfamily caregivers feel about certain situations in which they are involved with patients. All statements concern the giving of care to the dying person and/or his/her family. Where there is reference to a dying patient, assume it to refer to a person who is considered to be terminally ill and to have six months or less to live.

Please circle the statement that corresponds to your own personal feelings about the attitude or situation presented. Please respond to *all* 30 statements on the scale.

- | | | | | | |
|--|-------------------|----------|-----------|-------|----------------|
| 1. Giving care to the dying person is a worthwhile experience. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 2. Death is not the worst thing that can happen to a person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 3. I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 4. Caring for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 5. I would not want to care for a dying person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 6. The nonfamily caregivers should not be the one to talk about death with the dying person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 7. The length of time required giving care to a dying person would frustrate me. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 8. I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 9. It is difficult to form a close relationship with the dying person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 10. There are times when the dying person welcomes death. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 11. When a patient asks, "Am I dying?" I think it is best to change the subject to something cheerful. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 12. The family should be involved in the physical care of the dying person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 13. I would hope the person I'm caring for dies when I am not present. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 14. I am afraid to become friends with a dying person. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |
| 15. I would feel like running away when the person actually died. | Strongly disagree | Disagree | Uncertain | Agree | Strongly agree |

Appendix: FATCOD, Form B (continued)

16. Families need emotional support to accept the behavior changes of the dying person.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
17. As a patient nears death, the nonfamily caregiver should withdraw from his/her involvement with the patient.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
18. Families should be concerned about helping their dying member make the best of his/her remaining life.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
19. The dying person should not be allowed to make decisions about his/her physical care.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
20. Families should maintain as normal an environment as possible for their dying member.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
21. It is beneficial for the dying person to verbalize his/her feelings.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
22. Care should extend to the family of the dying person.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
23. Caregivers should permit dying persons to have flexible visiting schedules.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
24. The dying person and his/her family should be the in-charge decision-makers.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
25. Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
26. I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
27. Dying persons should be given honest answers about their condition.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
28. Educating families about death and dying is not a nonfamily caregiver responsibility.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
29. Family members who stay close to a dying person often interfere with the professional's job with the patient.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree
30. It is possible for nonfamily caregivers to help patients prepare for death.	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

*Nonfamily caregiver is defined as anyone who is giving care to the dying person, professional or nonprofessional, who is not a member of the patient's family.

Last four digits of your Social Security number: _____.

Completion and return of this questionnaire will be construed as your consent to be a research subject in this study. Your anonymity is guaranteed.

FONTE: FROMMELT, K.H. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care*, v.20, n.1, p.:13-22, 2003. Doi: 10.1177/104990910302000108.

ANEXO 2 – FATCOD-B SCALE VERSÃO TRADUZIDA PELO TRADUTOR 1

Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

1. Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência gratificante.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
2. A morte não é a pior coisa que pode acontecer para uma pessoa.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período do falecimento e do luto.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
6. Não devem ser os cuidadores não membros da família quem fala sobre morte com a pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
7. A quantidade de tempo necessária para prestar cuidado a uma pessoa em fase final de vida me frustraria.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
8. Eu ficaria chateado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
11. Quando um paciente pergunta ‘estou morrendo?’, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
13. Eu esperaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados morresse quando eu não estivesse presente.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
14. Eu temo desenvolver amizade com a pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.

- 16.** As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 17.** À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve evitar seu envolvimento com o paciente.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 18.** As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 19.** A pessoa em fase final da vida não deve ser autorizada a tomar decisões sobre seu cuidado físico.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 20.** As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 21.** É benéfico para a pessoa em fase final da vida verbalizar seus sentimentos.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 22.** O cuidado deve ser estendido a família da pessoa em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 23.** Os cuidadores deveriam permitir às pessoas em fase final da vida que tenham horários de visitas flexíveis.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 24.** A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 25.** A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação em se tratando de pessoas em fase final da vida.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 26.** Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 27.** Pessoas em fase final da vida devem ter respostas verdadeiras a respeito de sua condição de saúde.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 28.** Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 29.** Familiares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.
- 30.** Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes no preparo para a morte.
Discordo fortemente. Discordo. Em dúvida. Concordo. Concordo fortemente.

*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa que prestando cuidados à da pessoa em fase final da vida, em caráter profissional ou não, que não seja familiar do paciente. Últimos 4 dígitos de seu número de seguridade social: _____. Preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento para ser participante de pesquisa neste estudo. É garantido o seu anonimato.

ANEXO 3 – FATCOD-B SCALE VERSÃO TRADUZIDA PELO TRADUTOR 2

Anexo: FATCOD, Formulário B

O objetivo destes itens é conhecer como os cuidadores que não são da família se sentem em relação a determinadas situações em que estão envolvidos com os pacientes. Todas as afirmações dizem respeito ao cuidado ao doente terminal e/ou sua família. Quando houver referência a um paciente terminal, deve-se supor que se refere a uma pessoa considerada doente em estado grave e que tenha no máximo seis meses de vida. Marque a afirmação que corresponde aos seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Responda a todas as 30 afirmações da escala.

1. Cuidar do doente terminal é uma experiência que vale a pena.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

2. A morte não é o pior que pode acontecer a uma pessoa.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

3. Eu me sentiria desconfortável falando sobre a morte iminente com o doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

4. O cuidado com a família do paciente deve prosseguir durante todo o período de luto.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa que está morrendo.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com o paciente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

7. Eu ficaria frustrado com tempo necessário para cuidar de um doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

8. Eu ficaria abalado quando o doente terminal de quem eu estivesse cuidando perdesse a esperança de melhora.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

9. É difícil estabelecer um relacionamento próximo com o doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

10. Há momentos em que o doente terminal aceita a morte.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

11. Quando um paciente pergunta: “Estou morrendo?” acho que o melhor é mudar de assunto para algo mais leve.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

12. A família deve estar envolvida no cuidado físico do doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

13. Gostaria que a pessoa de quem estou cuidando faleça quando eu não estiver presente.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

14. Tenho receio de me tornar amigo de um doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

15. Eu teria vontade de fugir quando a pessoa finalmente morresse.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

16. As famílias precisam de apoio emocional para aceitar as mudanças de comportamento do doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

17. À medida que o paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

18. As famílias devem se preocupar em ajudar seu membro que é doente terminal a tirar o melhor proveito do tempo de vida que lhe resta.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

19. O doente terminal não deve ter o poder de tomar decisões sobre seus cuidados físicos.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

20. As famílias devem manter um ambiente o mais normal possível para seu membro que é doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

21. É benéfico que o doente terminal verbalize seus sentimentos.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

22. Os cuidados devem estender-se à família do doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

23. Os cuidadores devem permitir que os doentes terminais tenham horários de visita flexíveis.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

24. O doente terminal e sua família devem ser os responsáveis pelas decisões.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

25. O vício em analgésicos não deve ser uma preocupação ao lidar com um doente terminal.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de um doente terminal e o encontrasse chorando.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

27. Os doentes terminais devem receber respostas honestas sobre seu estado.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

28. Educar as famílias sobre a morte e o processo de morrer não é uma responsabilidade do cuidador que não é da família.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

29. Familiares que ficam próximos de um doente terminal muitas vezes interferem no trabalho do profissional com o paciente.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se preparar para a morte.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

*Cuidador que não é da família é definido como qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente terminal e que não seja membro da família do paciente. Últimos quatro dígitos do seu número de Seguro Social: _____. O preenchimento e a devolução deste questionário serão interpretados como seu consentimento em ser um sujeito de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.

ANEXO 4 – FATCOD-B SCALE VERSÃO SÍNTESE

Anexo: FATCOD, Formulário B

Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

1. **Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
2. **A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
3. **Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
4. **O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
5. **Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
6. **Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
7. **Eu ficaria frustrado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
8. **Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
9. **É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
10. **Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
11. **Quando um paciente pergunta ‘estou morrendo?’, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
12. **A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
13. **Gostaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados falecesse quando eu não estiver presente.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
14. **Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final da vida.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.
15. **Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.**
Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

19. A pessoa em fase final da vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

21. É benéfico que a pessoa em fase final da vida verbalize seus sentimentos.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

23. Os cuidadores deveriam permitir que as pessoas em fase final da vida tenham horários de visitas flexíveis.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

24. A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

25. A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

27. Pessoas em fase final da vida devem ter respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

29. Familiares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

30. Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final da vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos de seu número de seguro social: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.

ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Por gentileza, responda nos espaços apropriados

1. IDADE

☐ 18-22 anos ☐ 23-27 anos ☐ 28-35 anos ☐ 36-45 anos ☐ 46-55 anos ☐ 56-59 anos ☐ 60 anos ou mais

2. SEXO

☐ Feminino ☐ Masculino

3. RELIGIÃO

☐ Católica ☐ Protestante ☐ Espírita ☐ Afro-brasileira ☐ Agnóstica ☐ Ateu ☐ Outras

POR GENTILEZA, RESPONDA À QUESTÃO 4 OU 5 CONFORME SUA SITUAÇÃO

4. MINHA CRENÇA RELIGIOSA:

- ☐ Gera uma forte influência na minha atitude sobre o morrer e a morte.
☐ Gera pouca influência na minha atitude sobre o morrer e a morte
☐ Não influencia minhas atitudes em relação ao morrer e a morte.

POR GENTILEZA, RESPONDA À QUESTÃO 4 OU 5 CONFORME SUA SITUAÇÃO

5. MINHA AUSÊNCIA DE CRENÇA RELIGIOSA:

- ☐ Gera uma forte influência na minha atitude sobre o morrer e a morte.
☐ Gera pouca influência na minha atitude sobre o morrer e a morte
☐ Não influencia minhas atitudes em relação ao morrer e a morte.

6. PROFISSÃO

- ☐ Enfermeiro
☐ Médico
☐ Outra

Se o(a) senhor(a) respondeu "outra" na questão 6, especifique sua profissão, por gentileza:

7. O (A) SENHOR (A) APRESENTA OUTRA FORMAÇÃO?

- ☐ Residência
☐ Mestrado
☐ Doutorado
☐ Não

Especifique a área de formação referente a questão 7, por gentileza

8. EDUCAÇÃO PRÉVIA SOBRE O MORRER E A MORTE

- ☐ Eu fiz um curso sobre o morrer e a morte, previamente
☐ Não fiz um curso específico sobre o morrer e a morte, mas o assunto foi abordado em outros cursos.
☐ Nenhuma informação prévia sobre o morrer e a morte foram apresentadas a mim.

9. EXPERIÊNCIA PRÉVIA NO CUIDADO DE PESSOAS COM DOENÇAS TERMINAIS

- ☐ Cuidei de doentes terminais e seus familiares, previamente.
☐ Não tive experiências no cuidado de doentes terminais e seus familiares, previamente.

10. EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM A PERDA

Perdi alguém próximo a mim no último ano (especifique).

- ☐ Familiares próximos (mãe, pai, filho (a), esposo (a))
☐ Outro significativo

☐ Não tenho experiência prévia com a morte de alguém próximo a mim.

11. EXPERIÊNCIA PRESENTE

- ☐ Estou presenciando antecipadamente a morte de um ente querido.
☐ Atualmente tenho um ente querido em estado terminal (expectativa de vida de um ano ou menos)
☐ Não estou lidando com nenhuma perda iminente neste momento.

Fonte: Questionário adaptado de Katherine Helen Murray Frommelt, 2003

**ANEXO 6 – PRIMEIRO FOLDER PARA DIVULGAÇÃO DE PESQUISA AOS
ASSOCIADOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E
GERONTOLOGIA**

PREZADOS ASSOCIADOS À SBGG

Participem da pesquisa
desenvolvida pela Universidade
Federal do Paraná que avalia, em
30 critérios, a atitude do
profissional de saúde diante da
morte. Para participar, acessem o
QRcode.

Nosso muito obrigado.



**ANEXO 7 – SEGUNDO FOLDER PARA DIVULGAÇÃO DE PESQUISA AOS
ASSOCIADOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E
GERONTOLOGIA**

**PREZADOS MÉDICOS
ASSOCIADOS À SBGG**

Participem da pesquisa desenvolvida pela Universidade Federal do Paraná que avalia, em 30 critérios, a atitude do profissional de saúde diante da morte. Para participar, acessem o Qrcode.

Nosso muito obrigado.



ANEXO 8 – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA



Katherine Frommelt <kay.frommelt@gmail.com>
para mim ▾

8 de jun. de 2021 18:45

Dear Thalia,

I am assuming that you have a copy of FATCOD, Form B and the scoring instructions. Therefore I am hereby giving you permission to use this tool in your research.

Best of luck with your studies

Katherine H Murray Frommelt, PhD, RN, PDE, CGC, FT, Professor Emerita

Sent from my iPad

ANEXO 9 – CONCORDÂNCIA DE COPARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA



Concordância de Coparticipação

Rio de Janeiro 25 de janeiro de 2022

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do(a) **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)**, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **Tradução e Validação Transcultural da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B (FATCOD-B scale)** sob a responsabilidade da **Enfermeira Profa. Dra. Maria Helena Lenardt**, nas nossas dependências digitais através do mailing de associados da SBGG, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final.

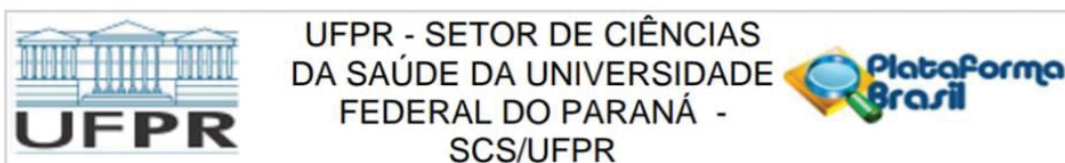
Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão **enfermeiros e médicos associados a SBGG** bem como de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,

Ivete Berkenbrock
Presidente
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SBGG
Gestão 2021/2023

ANEXO 10 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B (FATCOD-B scale)

Pesquisador: Maria Helena Lenardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55547522.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.339.069

Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob a responsabilidade da Profa. Maria Helena Lenardt e colaboração do Prof Dr. Vitor Last Pintarelli, Profa Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, como orientadores independentes e demais Pesquisadores envolvidos: Doutoranda Márcia Marrocos Aristides, Mestranda Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes.

A Instituição Coparticipante é a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, cuja anuência encontra-se anexada e a partir dessa Instituição serão recrutados os participantes : enfermeiros e médicos associados a SBGG, via seus emails.

Consta na FR a informação de um N amostral de 51 participantes.

A pesquisa será realizada por meio de plataformas digitais e será divulgada por e-mail e respondida por meio do Google forms.

O prazo de execução informado é de Julho de 2021 a dezembro de 2022, com início da coleta de dados após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo Geral

Realizar a tradução, validação semântica e a adaptação transcultural da Frommelt Attitude Toward Care Of the Dying Scale Form B (FATCOD-B scale) para o Português brasileiro.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

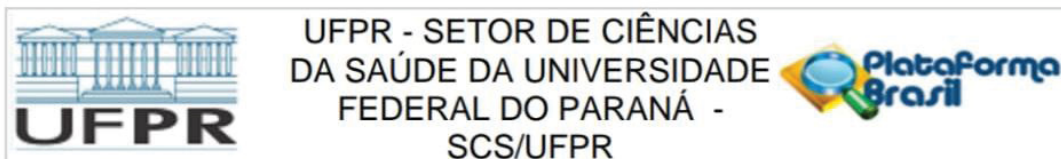
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.339.069

1.2 Objetivos específicos

- Traduzir a FATCOD-B scale do inglês para o Português brasileiro;
- Realizar a síntese da tradução da FATCOD-B scale;
- Retrotraduzir a FATCOD-B scale;
- Revisar a FATCOD-B scale por um comitê de especialistas.
- Realizar o pré-teste da FATCOD-B scale;
- Validar o conteúdo da FATCOD-B scale
- Finalizar a versão brasileira da FATCOD-B scale

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Há um risco mínimo de ocorrer desconforto ou constrangimento dos participantes do estudo ao responderem os questionários da FATCOD-B scale, tendo em vista a temática do estudo, que trata do morrer e da morte. Caso os participantes tenham a necessidade de conversar sobre um possível desconforto decorrente das respostas ao questionário, os pesquisadores poderão dar o suporte para atendimento online ou via telefone".

Benefícios: A validação da FATCOD-B scale irá viabilizar o seu emprego em todo território brasileiro. A utilização de instrumentos validados em atividades de cunho científico é necessária para qualquer processo operativo eficaz e ligado a identificação de dados. Outros estudos também poderão ser realizados com esse aparato, o que promove melhoria científica.

Os instrumentos confiáveis poderão auxiliar na capacitação de profissionais da área da saúde para o cuidado de pacientes terminais e seus familiares. A autora original da escala, Katherine Frommelt, aplicou o FATCOD-B scale para avaliar a atitude de enfermeiras, após participarem de um programa educacional sobre as atitudes ao cuidar de pacientes terminais e seus familiares. Constatou-se que após o programa, houve melhora das atitudes dessas profissionais, o que levou a autora a expandir esse questionário a demais profissionais da saúde.

À vista disso, entende-se que o questionário da Frommelt Attitude Toward Care Of the Dying scale form B (FATCOD-B) é benéfico para facilitar melhorias na prática profissional da saúde. A aplicação do questionário é o ponto de partida de avaliação profissional, que poderá ser utilizada para futuras implementações de programas de preparo para laborar com pacientes terminais e seus familiares. Os profissionais preparados para lidar com a temática delicada da terminalidade fornecerão apoio e cuidados mais assertivos para a população sob seus cuidados".

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

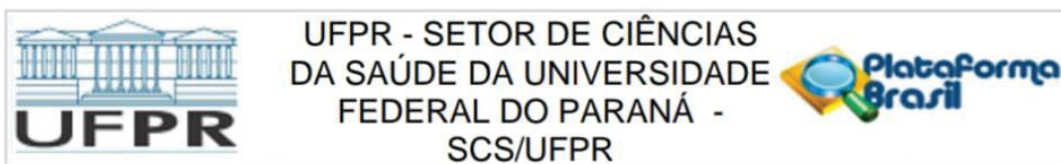
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.339.069

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo do tipo metodológico para a validade semântica e a adaptação cultural da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B (FATCOD-B scale), a qual compara a relação entre a atitude de um indivíduo em relação ao cuidado de pessoas terminais e sua família. O estudo está estruturado segundo Beaton et al (2000 p.3186; 2007 p.3) e abrange as etapas de tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo. Observa-se na Figura 1 as etapas da tradução e validação transcultural da FATCOD-B scale que serão realizadas nesse estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios estão anexados adequadamente.

Consta a autorização da Autora da Escala - Katherine Frommelt; constam os convites aos tradutores e retrotradutores, bem como a escala a ser traduzida e o questionário a ser aplicado aos participantes médicos e enfermeiros e a anuência dos tradutores/retrotradutores

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TCLE MÉDICOS E ENFERMEIROS:

Pendência A) médico e enfermeiro: seria mais adequado médico () / enfermeiro (). ATENDIDA

Pendência B) no Item F : Rever: Você terá a garantia de que problemas como desconfortos relacionados a temática da pesquisa decorrentes do estudo serão tratados no Consultório do Dr Vitor Last Pintarelli, coorientador desta pesquisa, localizado à rua R. Eurípedes Garcez do Nascimento, 672. Quando forem necessários outros encaminhamentos, os pesquisadores assumirão os custos financeiros, você não terá quaisquer ônus. No

caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei. ATENDIDA

Pendência C) Item M: embora mencionem eventual ressarcimento não há previsão orçamentária para tal no projeto e nem no documento Informações Básicas. Solicita-se adequar. ATENDIDA

TCLE ESPECIALISTAS:

Pendência A) Da mesma forma que no caso anterior seria prudente separar os profissionais por (). ATENDIDA

Pendência B) Item F: rever: f) Você terá a garantia de que problemas como desconfortos relacionados a temática da pesquisa decorrentes do estudo serão tratados no Consultório do Dr Vitor Last Pintarelli, coorientador desta pesquisa, localizado à rua R. Eurípedes Garcez do Nascimento, 672. ATENDIDA

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

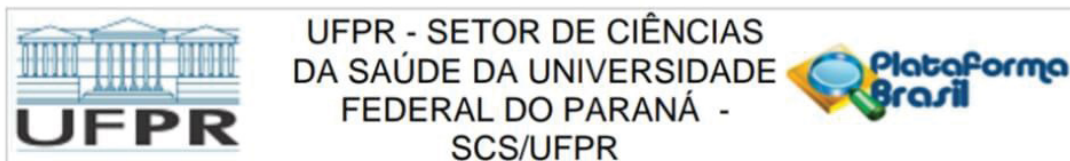
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.339.069

Quando forem necessários outros encaminhamentos, os pesquisadores assumirão os custos financeiros, você não terá quaisquer ônus. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.

Pendência C) Item M: embora mencionem eventual ressarcimento não há previsão orçamentária para tal no projeto e nem no documento Informações Básicas. Solicita-se adequar.

Solicita-se esclarecer como se dará o atendimento no consultório médico e se isso acarretará em ônus ao participante. **ATENDIDA**

Todas as pendências foram atendidas a contento.

Protocolo em condições de aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

01 - Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

02 - Importante:(Caso se aplique): Pendências de Coparticipante devem ser respondidas pelo acesso do Pesquisador principal.

Para projetos com coparticipante que também solicitam relatórios semestrais, estes relatórios devem ser enviados por Notificação, pelo login e senha do pesquisador principal no CAAE correspondente a este coparticipante, após o envio do relatório à instituição proponente.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

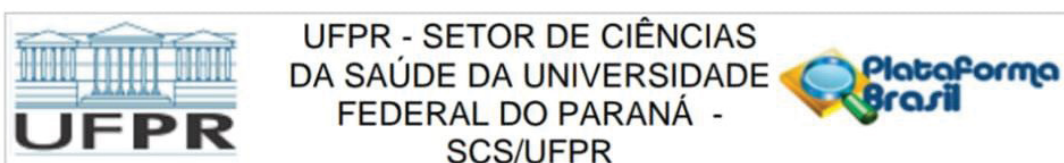
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

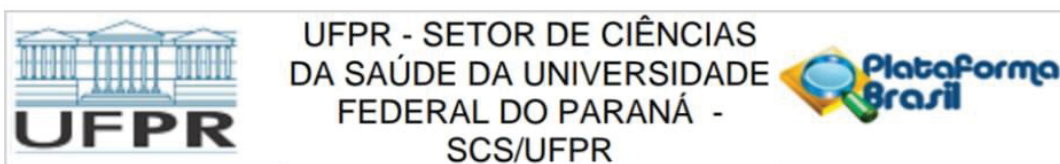


Continuação do Parecer: 5.339.069

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1882710.pdf	03/04/2022 07:53:11		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_Thalita.docx	03/04/2022 07:49:05	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	projeto_cep_thalita_corrigido.docx	03/04/2022 07:48:16	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MEDICOS_ENFERMEIROS_corrigido.docx	03/04/2022 07:36:42	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MEDICOS_ENFERMEIROS_.docx	03/04/2022 07:36:29	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AOS_ESPECIALISTAS_corrigido.docx	03/04/2022 07:24:41	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	anuencia_tradutores_retrotradutores_fev.docx	03/02/2022 16:37:17	Maria Helena Lenardt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_thalita_fev.docx	03/02/2022 16:36:50	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AOS_ESPECIALISTAS_fev.docx	03/02/2022 16:35:23	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Check_List_Documental_FINALIZADO.pdf	02/02/2022 23:20:47	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_ao_pesquisador_fim.pdf	02/02/2022 23:18:13	Maria Helena Lenardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSOS_DA_EQUIPE_DA_PESQUISA.pdf	02/02/2022 23:17:23	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	merito_cientifico.pdf	02/02/2022 23:17:02	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Concordancia_de_Coparticipacao.pdf	31/01/2022 22:13:02	Maria Helena Lenardt	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Thalita_Assinada.pdf	31/01/2022 22:05:10	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Extrato_de_ata_projeto_Thalita.pdf	29/01/2022 23:41:38	Maria Helena Lenardt	Aceito
Declaração de concordância	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	29/01/2022 23:36:51	Maria Helena Lenardt	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar**Bairro:** Alto da Glória**CEP:** 80.060-240**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-7259**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.339.069

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 08 de Abril de 2022

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 11 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO CRIADO POR KATHERINE HELEN MURRAY FROMMELT

Demographic data sheet

Please check the appropriate spaces:

1. Age ☐ 18-22 years ☐ 23-27 years ☐ 28-35 years ☐ 36-45 years
 ☐ 46-55 years ☐ 56-65 years ☐ 66 years and over

2. Sex ☐ Male ☐ Female

3. Religion ☐ Catholic ☐ Protestant ☐ Jewish ☐ Other

Please answer only whichever applies, question 4 or 5.

4. My religious beliefs

☐ are a strong influence on my attitude toward death and dying.
☐ are a minor influence on my attitude toward death and dying.
☐ do not influence my attitude toward death and dying.

5. My lack of religious beliefs

☐ has a strong influence on my attitude toward death and dying.
☐ has a minor influence on my attitude toward death and dying.
☐ has no influence on my attitude toward death and dying.

6. Highest degree held: ☐ High School Equivalency (GED) ☐ High School Diploma
 ☐ Associate's Degree ☐ Bachelor's Degree
 ☐ Master's Degree ☐ Education beyond masters
 ☐ Other (please specify)

7. If student, major area of study: ☐ Nursing ☐ Psychology ☐ Physical therapy
 ☐ Other, please specify

8. Profession _____ (please specify)

9. Previous education on death and dying:

☐ I took a course in death and dying previously.
☐ I did not take a specific course on death and dying, but material on the subject was included in other courses.
☐ No information dealing with death and dying was previously presented to me.

10. Previous experience in dealing with terminally ill persons:

☐ I have cared for terminally ill persons and their family members previously.
☐ I have had *no* experience caring for terminally ill persons and their family members previously.

11. Previous experience with loss:

☐ I have lost someone close to me within the past year.
 Specify: ☐ immediate family (husband, wife, mother, father) ☐ significant other
 ☐ child ☐ I have no previous experience with the loss of someone close to me.

12. Present experience:

☐ I am presently anticipating the loss of a loved one.
☐ I presently have a loved one who is terminally ill (life expectancy one year or less).
☐ I am not dealing with any impending loss at the present time.

ANEXO 12 – VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B SCALE (FATCOD-B-B)

Anexo: FATCOD, Formulário B

Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores que não são da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito a cuidar de pessoa em fase final de vida e/ou sua família. **Onde há referência a paciente em fase final de vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida.** Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

QUESTÃO 1

Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 2

A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 3

Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 4

O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 5

Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 6

Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 7

Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 8

Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 9

É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 10

Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 11

Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 12

A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 13

Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 14

Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 15

Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 16

As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 17

À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 18

As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 19

A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 20

As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 21

Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 22

Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 23

Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 24

A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 25

O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 26

Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 27

Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 28

Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 29

Famíliares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

QUESTÃO 30

Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

*Cuidador que não é da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final de vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos do número de seu CPF: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.

ANEXO 13 – FATCOD-B SCALE VERSÃO RETROTRADUZIDA PELO RETROTRADUTOR 1

Attachment: FATCOD, Form B

In the following items, the purpose is to understand how non-family caregivers feel about certain situations in which they are involved with patients. All statements are regarding care provided to the dying person and/or their family. Whenever there is a reference to a dying patient, consider that it refers to the person who is considered terminally ill and has six or fewer months of life expectancy. Please circle the statement that corresponds to your personal feelings about the attitude or situation presented. Please answer all 30 statements on the *scale*.

1. **Caring for the dying person is a worthwhile experience.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
2. **Death is not the worst thing that can happen to a person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
3. **I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
4. **Caring for the patient's family should continue throughout the mourning period.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
5. **I would not like to take care of a dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
6. **Non-family caregivers should not be the ones to talk about death with the dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
7. **I would be frustrated with the time it takes to care for a dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
8. **I would be upset when the dying person under my care lost hope of getting better.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
9. **It is difficult to build a close relationship with the dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
10. **There are times when death is welcomed by the dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
11. **When a patient asks, 'Am I dying?', I believe it is better to change the subject to something more joyful.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
12. **The family should be involved in the physical care of the dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
13. **I would like the person I am caring for to pass away when I am not present.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
14. **I am afraid of becoming friends with a dying person.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.
15. **I would feel like escaping when the person actually died.**
I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

16. Families need emotional support to accept the behavior changes of the dying person.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

17. As a patient approaches death, the non-family caregiver must move away emotionally from the patient.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

18. Families should be concerned about helping the family member at the end of life make the most of the time they have left.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

19. The dying person should not have the power to make decisions about their physical care.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

20. Families should keep the environment as normal as possible for the dying member.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

21. It is beneficial for the dying person to verbalize their feelings.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

22. Care should be extended to the family of the dying person.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

23. Caregivers should allow dying people to have flexible visiting hours.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

24. The dying person and their family must be responsible for making decisions.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

25. Addiction to painkillers should not be a cause for concern when dealing with dying people.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

26. I would feel uncomfortable if I walked into the room of a dying person and found them crying.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

27. Dying people should have honest answers about their health condition.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

28. Giving families explanations about death and dying is not the responsibility of the non-family caregiver.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

29. Family members who remain close to the dying person often interfere with the professional work provided to the patient.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

30. Non-family caregivers can help patients prepare for death.

I completely disagree. Disagree. Neither agree nor disagree. Agree. Completely agree.

* Non-family caregiver is any person, professional or not, who is caring for the dying patient without being their family member. Last 4 digits of your Social Security number: _____. The completion and return of this questionnaire will be interpreted as consent to be a research participant in this study. Your anonymity is guaranteed.

ANEXO 14 – FATCOD-B SCALE VERSÃO RETROTRADUZIDA PELO RETROTRADUTOR 2

Appendix: FATCOD, Form B

The purpose of the following items is to understand how non-family member care providers feel about certain situations involving patients. All statements are about providing care to a person in their final stages of life and/or their family. Where there are references to a patient in their final stages of life, consider them referring to a terminally ill person with six months or less of life expectancy. Please circle the statement that corresponds to your personal feelings regarding the attitude or situation presented. Please answer all 30 statements on the *scale*.

1. Providing care to a dying person is a worthwhile experience.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

2. Death is not the worse that can happen to a person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

3. I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

4. The patient's family should continue to receive care during the entire mourning period.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

5. I would not like to provide care for a dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

6. Care providers should not be the ones to talk about death with the dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

7. I would be frustrated with the time needed to care for a dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

8. I would be upset when a dying person under my care lost hope of getting better.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

9. It is difficult to build a close relationship with the dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

10. There are moments when the dying person welcomes death.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

11. When a patient asks, "Am I dying?" I believe it is better to change the subject to something more cheerful.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

12. The family should be involved in the physical care of the dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

13. I would like the person I am providing care for to die when I am not present.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

14. I am afraid of becoming friends with a dying person.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

15. I would feel like running away when the person died.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

16. The families need emotional support to accept the dying person's changes in behavior.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

17. As a patient approaches death, the care provider should distance himself or herself emotionally from the patient.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

18. The families should help the dying family member to make the most of the time they have left.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

19. The dying person should not have the power to make decisions about their physical care.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

20. The families should keep the environment as normal as possible for the dying family member.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

21. It is beneficial for the dying person to verbalize their feelings.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

22. The care should be extended to the dying person's family.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

23. The care providers should allow dying people to have flexible visiting hours.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

24. The dying person and their family should be responsible for making decisions.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

25. Painkiller addiction should not be a cause for concern when dealing with dying people.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

26. I would feel uncomfortable if I walked into a dying person's room and I saw them crying.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

27. Dying people should receive honest answers regarding their health.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

28. Explaining death and the process of dying to the families is not the responsibility of the care provider.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

29. Family members that remain close to the dying person frequently interfere with the professional care provided to the patient.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

30. Care providers can help the patients prepare for death.

I completely disagree. I disagree. I don't agree nor disagree. I agree. I completely agree.

*The care provider is anyone, professional or not, that is taking care of the dying patient without being a family member. The last 4 digits of your social security number: _____. Filling out and returning this questionnaire will be considered consenting to be a research participant in this study. Your anonymity is assured.

ANEXO 15 – DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

FORMULÁRIO DE INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS DA FATCOD-B SCALE-BRASIL

Prezado membro do Comitê de Especialistas, após a avaliação da escala original, das versões traduzidas e retrotraduzidas, bem como dos relatórios emitidos pelos tradutores e retrotradutores, pedimos que verifiquem se a versão síntese T1-2 apresenta as equivalências abaixo comparando-se a escala original FATCOD-B SCALE:

- 1) **Equivalência semântica** - deve responder as perguntas como: “as palavras apresentam o mesmo significado?”; “existem múltiplos significados para um determinado item?”; “existem dificuldades gramaticais na tradução?”;
- 2) **Equivalência idiomática** - refere-se a coloquialismos idiomáticos que são de difícil tradução. O comitê deve formular uma expressão equivalente na versão traduzida;
- 3) **Equivalência cultural** - determinados itens que buscam vivenciar o cotidiano muitas vezes variam entre culturas e países. Para resolver essa situação, um item do questionário que aborde uma ação ou intenção semelhante na cultura alvo deve ser identificado para substituir o item original;
- 4) **Equivalência conceitual** - algumas palavras podem apresentar diferentes significados comparando-se diferentes culturas. O Comitê de Especialistas deverá examinar todos os itens para chegar a um consenso em cada um deles.

Pedimos que deixem grifado em amarelo a resposta que achar pertinente, nos quadros após cada questão.

OPÇÕES DE RESPOSTA:

-1= NÃO EQUIVALENTE

0= INDECISO

1= EQUIVALENTE

CASO A RESPOSTA SEJA 0 OU -1, FAVOR ENVIAR SUGESTÃO

Anexo: FATCOD, Formulário B

Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores de não membros da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito à prestação de cuidado à pessoa em fase final da vida e/ou à sua família. Onde há referência a paciente em fase final da vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 1

Cuidar da pessoa em fase final da vida é uma experiência que vale a pena.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 2

A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 3

Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte iminente com a pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 4

O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 5

Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 6

Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 7

Eu ficaria frustrado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 8

Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final da vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 9

É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 10

Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 11

Quando um paciente pergunta ‘estou morrendo?’, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 12

A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 13

Gostaria que a pessoa a quem estou prestando cuidados falecesse quando eu não estiver presente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 14

Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 15

Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 16

As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 17

À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador não membro da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 18

As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final da vida a aproveitar o máximo do tempo que lhe resta.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 19

A pessoa em fase final da vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 20

As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o membro em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 21

É benéfico que a pessoa em fase final da vida verbalize seus sentimentos.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 22

Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 23

Os cuidadores deveriam permitir que as pessoas em fase final da vida tenham horários de visitas flexíveis.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 24

A pessoa em fase final da vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 25

A adição a analgésicos não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final da vida.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 26

Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final da vida e a encontrasse chorando.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 27

Pessoas em fase final da vida devem ter respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 28

Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador não membro da família.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 29

Famíliares que permanecem próximos a pessoa em fase final da vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

QUESTÃO 30

Os cuidadores não membros da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.

Discordo totalmente. Discordo. Não concordo nem discordo. Concordo. Concordo totalmente.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			

*Cuidador não membro da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final da vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos de seu número de seguro social: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	CULTURAL	CONCEITUAL
-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE	-1 = NÃO EQUIVALENTE
0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO	0 = INDECISO
1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE	1 = EQUIVALENTE
ESPAÇO PARA SUGESTÕES:			