



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Flávia Del Castanhel

**Adaptação transcultural do *Quality of Communication Questionnaire*
para familiares e evidências de validade para pacientes e familiares, baseada na Teoria
Clássica dos Testes e na Teoria da Generalizabilidade**

Florianópolis
2021

Flávia Del Castanhel

**Adaptação transcultural do *Quality of Communication Questionnaire*
para familiares e evidências de validade para pacientes e familiares, baseada na Teoria
Clássica dos Testes e na Teoria da Generalizabilidade**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do título de doutora em Ciências
Médicas

Orientadora: Profa. Suely Grosseman, Dra.

Coorientador: Prof. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho,
Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Del Castanhel, Flávia

Adaptação transcultural do Quality of Communication Questionnaire para familiares e evidências de validade para pacientes e familiares, baseada na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria da Generalizabilidade / Flávia Del Castanhel ; orientador, Suely Grosseman, coorientador, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, 2021.

104 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas-Novo, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas-Novo. 2. Comunicação. 3. Estudo de validação. 4. Cuidados intensivos. 5. Cuidados paliativos. I. Grosseman, Suely. II. Rodrigues de Oliveira Filho, Getúlio. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo. IV. Título.

Flávia Del Castanhel

Adaptação transcultural do *Quality of Communication Questionnaire* para familiares e evidências de validade para pacientes e familiares, baseada na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria da Generalizabilidade

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. **Rachel Schlindwein Zanini**, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profª. **Simone Appenzeller**, Dra.
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Prof. **Luis Flávio Chaves Anuniação**, Dr.
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RIO

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Ciências Médicas.

Profª. Katia Lin, Dra.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profª. Suely Grosseman, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2021.

Aos pacientes e familiares....

Ainda que muitos tivessem tão pouco tempo de vida...ainda que diante do sofrimento que os envolviam...aceitaram generosamente participar deste trabalho...gratidão.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus triúno. Deus que me fez passar pelas trevas para que eu o reencontrasse. Nada foi por acaso, benditas foram a depressão e a ideação suicida que me acometeram; uma maldição se transformou em uma grande benção. Eu te amo e te exalto, porque sei que estivestes, estás e sempre estarás ao meu lado. Tu és Santo, meu Deus, todo o poder, honra e glória só em Ti.

A minha filha Ana Luiza Fiuza amor da minha vida. Como foi boa essa caminhada ao seu lado, minha eterna *baby*.

A minha mãe Laureci Borba Del Castanhel e minha irmã Fábria Del Castanhel, exemplos de integridade e virtude, que tanto me apoiaram e me ampararam em um dos momentos mais terríveis que passei durante este doutorado.

A minha professora, orientadora e amiga Dra. Suely Grosseman, quanta paciência você teve comigo! Uma das poucas orientadoras que, de fato, desempenha esse nobre e difícil papel. Eu não tenho palavras que caibam aqui tantas foram as coisas que você me ensinou, quanto você me ajudou a crescer e fazia entender que eu deveria me valorizar. Muito Obrigada!

Ao meu coorientador Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, que além de me coorientar, em meio a uma reunião estressante, fez-me enxergar o quão doente eu estava, pois eu “olhava e não via”. Muito obrigada!

Aos meus queridos professores que vou levá-los para sempre em meu coração Dr. Alexandre Sherlley Casimiro Onofre, Dra. Rosemeri Maurici da Silva, Dr. Edelton Flávio Morato. Muito obrigada por toda a empatia e simpatia.

Ao professor MSc Leonardo Maia Nogueira, muitíssimo obrigada por toda a sua paciência, generosidade e disponibilidade em me ensinar a conduzir as análises TG no R.

Agradeço à desenvolvedora do Sci-Hub, Alexandra Elbakyan, por derrubar muitas barreiras que dão acesso à informação, que possibilitou o enriquecimento científico de grande de muitas pesquisas ao redor do mundo.

Agradeço à Dra. Armanda Carla Teixeira Brandão Rufino, médica de excelência que me tratou e confiou que eu daria conta de sair do abismo. Cuidou de minha saúde mental com tanto carinho, que faltam palavras para descrever o quanto ela me fez bem. Minhas amigas Dra. Luciana Bonnassis Burg e Dra. Naarai Camboim Bezerra, médicas extraordinárias que, embora eu já as conhecesse, durante o doutorado tive a oportunidade de conhecê-las ainda melhor e, conseqüentemente, admirar o talento com que vocês conduzem a profissão médica, com amor,

carinho, respeito e atenção. Tive o privilégio ser de cuidada por vocês, aqui estou finalizando esta etapa com saúde física e mental em dia, assim, vocês também são parte integrante da conclusão desta jornada. Muito obrigada!

As minhas queridas amigas Mariana Ribeiro Gouveia Melo e Thamara Hübler Figueiró, desde o mestrado estamos inseparáveis nas angústias e nas alegrias. Obrigada por me escutarem e atuarem como minhas “terapeutas ouvintes”; certamente isso fez toda a diferença no sucesso do meu tratamento. Agradeço também por me proporcionarem momentos inenarráveis; entre tantos, não poderia deixar de destacar a escolha dos péssimos filmes que víamos para depois ter do que reclamar e da disputa pelos últimos pedaços de pizza.

À Raquel Bernadete Machado e a Magda Lene Goulart, amigas da década de 90 que resistiram ao tempo e que vou levar para toda a vida. Grasi obrigada, minha amiga, pelo apoio durante o mestrado quando eu precisava de um lugar sossegado para estudar, e, claro, por sua companhia nos cafés e das conversas descontraídas de final de tarde. Minha amiga Tati, quantas foram nossas trocas de mensagens, as quais continham conteúdos de medo, tristeza, alegria e de encorajamento. Clara, minha amiga, quanta saudade vou sentir do LASIPO, das nossas conversas e em especial do teu quadro branco (entendedores entenderão).

À querida Francine Honório, enfermeira tão valiosa que desde o meu mestrado me ajudou muito, sempre tão solícita. Muito obrigada!

À Dra. Lara Patrícia Kretzer médica excepcional como poucas que eu conheço. Muito obrigada por me deixar acompanhá-la em algumas conferências familiares durante meu mestrado, essa grata experiência refletiu em meu doutorado.

Aos meus amigos Allan, Ramon, Anna Elisa, Sara, Denise, Rosa, Jaqueline, Danúbia, Renata, Leandro, Maurício, Maria Beatriz Bittencourt, Cristina e Fabiana.

Minha antecipada gratidão aos doutores Rachel Schindwein Zanini, Simone Appenzeller, Luis Flávio Chaves Anunciação, Rosemeri Maurici da Silva, Diógenes de Souza Bido, que tão prontamente aceitaram fazer parte da minha banca de defesa. Estou certa que virão ótimas contribuições.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que financiou este estudo por meio da concessão da bolsa durante todo o meu doutorado. Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PPGCM) por compartilharem seus conhecimentos e a competente secretária do PPGCM, Carolina Silveira. Muito obrigada!

*The Kiss of Death
Has a bad reputation.
The kiss at death
Can be beautiful.
All I needed to say
With a kiss was
Good-bye my darling.
And all she needed in response
Was to bid this life
A gentle adieu.
There were no lingering regrets
Only the closing of a chapter
In a life supremely lived
And peacefully surrendered.
Grace, Mercy, and Peace to all*

Sam Hedrick
Concord, MA

RESUMO

Introdução: A comunicação efetiva está associada a desfechos positivos para o paciente e sua família. O *Quality of Communication Questionnaire* (QoC) é um instrumento que permite avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente-família. Traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil para pacientes, mas suas propriedades psicométricas ainda não investigadas. Visando preencher essa lacuna, o objetivo geral desse estudo foi realizar a adaptação transcultural para o Brasil de sua versão para familiares e avaliar as propriedades psicométricas de ambas as versões. **Método:** Estudo metodológico de adaptação transcultural e busca por fontes de evidências de validade. Para adaptação transcultural da versão para familiares, participaram do estudo 30 familiares de pacientes internados em cuidados intensivos (CI). Para avaliar as propriedades psicométricas de ambas as versões, os participantes foram 253 pacientes internados em CI e em cuidados paliativos (CP) e 198 familiares de pacientes internados em CI e em CP. A coleta dos dados foi realizada entre 2017 e 2019 em cinco hospitais públicos do sul do Brasil. Foram empregadas duas modelagens estatísticas para analisar as evidências de validade: Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria da Generalizabilidade (TG). A TCT foi empregada para conduzir a análise da confiabilidade por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach (α) e para explorar a estrutura interna do instrumento através da Análise Fatorial Exploratória (AFE). A TG foi empregada para avaliar a confiabilidade através dos Coeficientes de Generalizabilidade (E_p^2 e ϕ). **Resultados:** Na versão adaptada do QoC para familiares, os itens foram considerados claros e apropriados para a cultura brasileira, não havendo necessidade de alterá-los. O escore médio na escala total aplicada para toda a amostra foi de 5,8 (DP=1,7); na 1ª subescala (Comunicação geral) de 9,0 (DP=1,3); e na 2ª subescala (Comunicação sobre cuidados paliativos) de 3,1 (DP=2,5). Os valores do coeficiente α para o QoC entre todos os familiares foi $\alpha = 0,87$ na 1ª subescala e $\alpha = 0,71$ para a 2ª subescala. Os valores dos índices de ajuste incrementais foram 0,96 (IC95% = 0,94–0,98) para *comparative fit index* (CFI) e 0,95 (IC95% = 0,92–0,97) para *Tucker-Lewis index* (TLI); para o índice parcimonioso *root mean square error of approximation* (RMSEA) foi 0,07 (IC90% = 0,06–0,08) e o indicador de ajustamento absoluto (χ^2 /gl) foi 2,18. Entre os pacientes, o escore médio do QoC total foi 5,6 (DP=1,7); o escore na 1ª subescala foi de 8,8 (DP=1,5); e na 2ª subescala de 2,8 (DP=2,4). O coeficiente α para o QoC foi $\alpha = 0,86$ para a 1ª subescala e 0,65 para 2ª subescala. A AP demonstrou 2 fatores a serem retidos. Este modelo apresentou índices de qualidade de ajuste muito bons, os quais foram RMSEA de 0,07 (IC90% = 0,04 – 0,08), TLI de 0,97 (IC95% = 0,95 – 0,98), CFI de 0,98 (IC95% = 0,97 – 0,99) e a razão de χ^2 / gl de 1,33; apresentando, portanto, uma estrutura bem definida. Os resultados envolvendo a TG, mostraram altos valores para os Coeficientes G E_p^2 e ϕ de 0,99 para pacientes e E_p^2 de 0,99 e ϕ de 0,98 para familiares. Entretanto, não apresentaram valores satisfatórios quando analisados os componentes de variância, pois se esperava que a maior fonte de variância fosse atribuída a “pessoas” (já que estas têm natural variabilidade entre si). Porém, os resultados mostraram elevada fonte de variância para a faceta “itens”: 49,8% para pacientes e 51,2% para familiares, deduzindo-se um relevante grau de erro de medida e que outras fontes de variabilidade pudessem estar influenciando esses valores, como a identificação do médico avaliado. **Conclusão:** Todas as etapas do processo de adaptação transcultural do QoC para familiares de pacientes internados foram concluídas com sucesso. Ambas as versões do QoC apresentaram boa consistência interna. O modelo proposto, incluindo todos os participantes – pacientes e familiares de pacientes – demonstrou alto índice de qualidade de ajuste. Este é um indicativo de um modelo bem definido com fontes de evidências de validade da versão brasileira do QoC tanto para familiares de pacientes quanto para pacientes internados.

Palavras-chave: Comunicação. Estudo de validação. Cuidados intensivos. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Effective communication is associated with positive outcomes for patients and their families. The Quality of Communication Questionnaire (QoC) is an instrument to assess the quality of doctor-patient-family communication. It had already been translated and culturally adapted to Brazil for patients, but its psychometric properties had not yet been investigated. Aiming to fill this gap, the general objective of this study was to carry out the cross-cultural adaptation of its version for family members to Brazil and to evaluate the psychometric properties of both versions. **Method:** Methodological study of cross-cultural adaptation and search for sources of validity evidence. For the cross-cultural adaptation of the QoC version for family members, 30 family members of patients hospitalized in intensive care (IC) participated in the study. To assess the psychometric properties of both versions, participants were 253 patients admitted to IC and palliative care (PC) and 198 relatives of patients admitted to IC and PC. Data collection was carried out between 2017 and 2019 in five public hospitals in southern Brazil. Two statistical models were used to analyze the validity evidence: Classical Test Theory (CTT) and Generalizability Theory (GT). CTT was used to conduct the reliability analysis through Cronbach's Alfa Coefficient (α) and to explore the instrument's internal structure through Exploratory Factor Analysis (EFA). GT was used to assess reliability through the Generalizability Coefficients ($E\rho^2$ and ϕ). **Results:** In the QoC adapted version for family members, the items were considered clear and appropriate for Brazilian culture, so there was no need to change them. The average score on the total scale applied to the entire sample was 5.8 (SD=1.7); on the 1st subscale (General Communication), 9.0 (SD=1.3); and on the 2nd subscale (Communication about end-of-life), 3.1 (SD=2.5). The α coefficient values for QoC among all family members was $\alpha = 0.87$ in the 1st subscale and $\alpha = 0.71$ for the 2nd subscale. Values of the incremental fit indexes were 0.96 (CI95% = 0.94–0.98) for comparative fit index (CFI) and 0.95 (CI95% = 0.92-0.97) for Tucker-Lewis index (TLI). The result for the parsimonious root mean square error of approximation (RMSEA) index was 0.07 (CI90% = 0.06–0.08) and the absolute adjustment indicator (χ^2/df) was 2.18. Among the patients, the mean total QoC score was 5.6 (SD=1.7); the score in the 1st subscale was 8.8 (SD=1.5) and in the 2nd subscale, 2.8 (SD= 2.4). The α coefficient for QoC was $\alpha = 0.86$ for the 1st subscale and $\alpha = 0.65$ for the 2nd subscale. This model showed fine goodness-of-fit indexes: RMSEA = 0.07 (CI90% = 0.04 - 0.08), TLI = 0.97 (CI95% = 0.95 - 0.98), CFI = 0.98 (CI95% = 0.97 - 0.99) and the ratio of $\chi^2/df = 1.33$; therefore, they presented a well-defined structure. The results involving GT showed high values for the G Coefficients $E\rho^2$ and $\phi = 0.99$ for patients; and $E\rho^2 = 0.99$ and $\phi = 0.98$ for family members. However, they did not present satisfactory values when analyzing the variance components, as the greatest source of variance was expected to be “person” (since they have natural variability among themselves). Results nevertheless showed a high source of variance for the “items” facet: 49.8% for patients and 51.2% for family members, leading to a relevant degree of measurement error and the deduction that other sources of variability could be influencing these values, such as the identification of the evaluated physician. **Conclusion:** All steps of the cross-cultural adaptation process of the QoC for family members of hospitalized patients were successfully completed. Both versions of the QoC showed good internal consistency. The proposed model, including all participants – patients and patients' families – demonstrated a high level of goodness-of-fit. This indicates a well-defined model with sources of validity evidence of the QoC both for relatives of patients and for hospitalized patients' Brazilian version.

Palavras-chave: Communication. Validation Study. intensive care. Palliative care.

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Comparação entre as versões: original, traduzida para o inglês após ser adaptada aos familiares e final do QoC em língua portuguesa falada no Brasil	45
Figura 1 –	Coefficientes G para um desenho cruzado de uma faceta para maximizar a confiabilidade do QoC em estudos futuros com familiares de pacientes.....	51
Figura 2 –	<i>Scree Plot</i> do conjunto de dados do total de familiares de pacientes	52
Figura 3 –	Matriz de correlação para o conjunto de dados do total de familiares de pacientes	53
Figura 4 –	Modelo fatorial simples do QoC proposto para o conjunto de dados do total de familiares de pacientes	55
Figura 5 –	Coefficientes G para um desenho cruzado de uma faceta para maximizar a confiabilidade do QoC em estudos futuros com pacientes.	64
Figura 6 –	<i>Scree Plot</i> do conjunto de dados do total de pacientes internados.....	65
Figura 7 –	Matriz de correlação para o conjunto de dados do total de pacientes internados.....	66
Figura 8 –	Modelo fatorial simples do QoC proposto para o conjunto de dados do total de pacientes internados.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 30 familiares com entes queridos internados em cuidados intensivos que participaram da fase da adaptação cultural do <i>Quality of Communication Questionnaire</i>	39
Tabela 2 – Clareza e adequação cultural de cada item na versão em português do <i>Quality of Communication Questionnaire</i> para uso no Brasil, segundo os 30 familiares que participaram do estudo	40
Tabela 3 – Perfil dos 198 participantes que responderam aos itens da versão brasileira do QoC adaptado para familiares de pacientes.....	41
Tabela 4 – Escores da versão brasileira do QoC para familiares respondida pelos 198 familiares de pacientes internados em CI e CP	42
Tabela 5 – Resultados da análise que envolveu desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$] para familiares de pacientes.....	47
Tabela 6 – Resultados da análise que envolveu desenho aninhado de duas facetas [$(p : h) \times i$] para familiares de pacientes.....	49
Tabela 7 – Estrutura fatorial do QoC para familiares de pacientes internados	54
Tabela 8 – Perfil dos 253 pacientes e que participaram da etapa da evidência de validade do QoC	56
Tabela 9 – Escores dos itens que compõem o QoC, versão brasileira, respondidos por 253 pacientes internados	57
Tabela 10 – Resultado de um desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$] para pacientes internados.....	60
Tabela 11 – Resultado de um desenho aninhado de duas facetas [$(p : h) \times i$] para pacientes internados.....	62
Tabela 12 – Solução fatorial do QoC para pacientes internados	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANOVA	Análise de Variância
AP	Análise Paralela
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CFI	Comparative Fit Index
DIP	Doenças Infecto-parasitárias
DO	Doença oncológica
DRC	Doença renal crônica
HNR	Hospital Nereu Ramos
HRSJ	Hospital Regional de São José
HU	Hospital Universitário
IC	Instituto de Cardiologia
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
QoC	Quality of Communication Questionnaire
RMSEA	Root mean square error of approximation
RT1	Versão retrotraduzida 1
RT2	Versão retrotraduzida 2
T 1,2	Síntese das traduções 1 e 2
T1	Versão traduzida 1
T2	Versão traduzida 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TG	Teoria da Generalizabilidade
TLI	Tucker-Lewis Index
UCI	Unidade de cuidados intensivos
CI	Cuidados intensivos
CP	Cuidados paliativos

LISTA DE SÍMBOLOS

- α – Coeficiente Alfa de Cronbach
- $E\rho^2$ – Coeficiente de generalizabilidade
- ϕ – Coeficiente de dependabilidade (tradução livre)
- $:$ – Operador que representa “aninhado entre”
- \times – Operador que representa “cruzado com”

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	IMPORTANCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICA.....	15
1.2	COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	16
1.3	COMUNICAÇÃO MÉDICO-FAMÍLIA	17
1.4	PERGUNTAS DA PESQUISA.....	20
1.5	JUSTIFICATIVA	20
1.6	OBJETIVOS	21
1.6.1	Objetivo Geral.....	21
1.6.2	Objetivos específicos.....	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	QUALITY OF COMMUNICATION QUESTIONNAIRE (QoC).....	22
2.2	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	23
2.3	FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE COM BASE NA ESTRUTURA INTERNA	25
2.3.1	Teoria Clássica dos Testes (TCT).....	25
2.3.2	Teoria da Generalizabilidade (TG).....	26
2.3.3	Validade de Conteúdo	27
2.3.4	Confiabilidade.....	27
2.3.5	Análise Fatorial.....	28
3	MÉTODO	30
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS.....	30
3.2	TAMANHO AMOSTRAL.....	30
3.3	PARTICIPANTES POR ETAPA DO ESTUDO E SEU RECRUTAMENTO.....	30
3.3.1	Adaptação cultural do QoC para familiares.....	31
3.3.2	Treinamento para coleta de dados.....	31

3.3.3	Fontes de evidências de validade do QoC para familiares de pacientes internados	31
3.3.4	Fontes de evidências de validade do QoC para pacientes internados	32
3.4	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QoC PARA FAMILIARES	32
3.4.1	Tradução	32
3.4.2	Síntese das traduções	33
3.4.3	Retrotradução	33
3.4.4	Comitê de Especialistas	33
3.4.5	Pré-teste	34
3.5	FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DAS VERSÕES DO QoC	34
3.5.1	Validade de conteúdo	34
3.5.2	Confiabilidade	34
3.5.3	Análise Fatorial Exploratória (AFE)	35
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	36
4	RESULTADOS	37
4.1	CONCORDANCIA ENTRE AVALIADORES	37
4.2	VERSÃO DO QoC PARA FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS	37
4.2.1	Tradução e adaptação cultural	37
4.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO MÉDICA PELOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM CI E CP	40
4.4	FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO QoC PARA FAMILIARES	44
4.4.1	Validade de conteúdo e elaboração da versão final do QoC	44
4.4.2	Confiabilidade segundo a TCT	46
4.4.3	Confiabilidade de acordo com a TG	46
4.4.4	Análise Fatorial Exploratória	51
4.5	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO MÉDICA PELOS PACIENTES INTERNADOS EM UCI E EM CUIDADOS PALIATIVOS	55

4.6	FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO QoC PARA PACIENTES ...	59
4.6.1	Confiabilidade com abordagem TCT	59
4.6.2	Confiabilidade de acordo com a TG	59
4.6.3	Análise Fatorial Exploratória	65
5	DISCUSSÃO	69
6	CONCLUSÃO	72
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais médicos.	82
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para familiares de pacientes internados.	85
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes internados	88
	APÊNDICE D – Versão do QoC para familiares de pacientes internados adaptada e com evidências de validade para o uso no Brasil.	91
	APÊNDICE E – Versão do QoC pacientes internados com evidências de validade para o uso no Brasil.....	93
	ANEXO A – Autorização para o uso do QoC para adaptação transcultural e evidências de validade para o uso no brasil	95
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP – UFSC	96
	ANEXO C – Aprovação do autor da versão QoC traduzida e adaptada para familiares	100

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMPORTANCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICA

A comunicação médico-paciente é essencial para o cuidado na saúde e influencia seus resultados.^{1,2} Quando efetiva, resulta em um relacionamento médico-paciente mais sólido, maior confiança e satisfação do paciente com o médico, melhor compreensão do paciente sobre o processo de seu adoecimento e a doença em si e seu maior envolvimento, com participação ativa na tomada de decisões e na elaboração do plano terapêutico.^{3,4} Isto resulta em maior adesão ao tratamento, responsabilização e autonomia do paciente para assumir seus próprios cuidados.^{5,6} Além disso, diversos desfechos positivos têm sido demonstrados, como diminuição do estresse, ansiedade e vulnerabilidade à depressão dos pacientes.^{7,8}

Entretanto, estudos têm constatado que sua qualidade, muitas vezes, tem sido inadequada, gerando um impacto negativo na satisfação, especialmente entre pacientes gravemente enfermos e/ou em cuidados paliativos no hospital e seus familiares. Alguns aspectos médicos que contribuem para essa inadequação incluem a falta sentida por pacientes e familiares de informações sobre as condições de saúde, o pouco conhecimento médico sobre as preferências^{9,10}, as expectativas, os valores e os desejos dos pacientes. Associados, o pouco incentivo para participação dos pacientes no processo de tomada de decisões e uma discussão insuficiente sobre o prognóstico e desejos do paciente no final de vida.¹¹ Esta discussão sobre os desejos do paciente é considerada importante tanto pelo paciente quanto por seus familiares¹² e estudos constataram que muitos pacientes no final de vida podem sofrer tratamentos invasivos e/ou agressivos os quais não desejam.¹³ Também tem sido relatado que muitos familiares enfrentando conflitos para tomar decisões, sentem-se arrependidos por alguma delas¹⁴ e apresentam quadros de estresse, ansiedade generalizada, depressão e estresse pós-traumático, durante e/ou após a internação de seu ente querido.

A comunicação eficaz é centrada nas relações que são tecidas a cada momento.¹⁵ O médico deve ser respeitoso e o encontro deve incluir acolhimento, construção do vínculo, compartilhamento de informações claras e acessíveis, consideração das necessidades, expectativas, perspectivas e experiências dos pacientes, além do planejamento terapêutico compartilhado e garantia da compreensão do paciente.^{16,17} As emoções devem ser idealmente reconhecidas e respondidas com empatia.^{18,19}

Revisões sistemáticas sobre os efeitos das intervenções, com objetivo de promover atenção centrada no paciente, encontraram fortes evidências de aumento da atenção e evidências moderadas para o aumento da satisfação do paciente ^{20,21} ao tratamento, melhor qualidade de vida e diminuição de casos de depressão.²¹ Outra revisão avaliou os efeitos de intervenções na autonomia do paciente e seus achados demonstraram que as intervenções sucedidas foram as que incluíram treinamento para estabelecer metas e/ou ações de planejamento. ²²

A comunicação com pacientes em unidades de cuidados intensivos (UTI) e suas famílias é desafiador, pois o ambiente pode ser assustador e os pacientes geralmente são internados devido a doenças e/ou lesões graves, muitas vezes inesperadas. ^{23,24} É essencial ouvi-los, responder suas perguntas e entender suas preferências para que se sintam mais seguros, além de ajudá-los a manter algum senso de controle e autonomia, o que diminui o estresse e a ansiedade aumentando, assim, a satisfação com o tratamento recebido. ^{4,13,25}

Mack e colaboradores ²⁶ constataram que 41% das queixas realizadas por pacientes e/ou seus familiares em um Instituto para tratamento de Câncer foram em relação à falhas na comunicação e de sensibilidade, verificando assim a importância dos aspectos humanísticos do cuidado.

Werbrouck e colaboradores, ²² avaliaram o efeito de intervenções para o “empoderamento” do paciente com doenças crônicas. Apesar do efeito mais frequente das intervenções ter sido a mudança no conhecimento dos pacientes, as que tiveram mais sucesso foi o treinamento para estabelecer metas e/ou planos de ação com os pacientes.

Outra circunstância delicada é a que envolve pacientes e seus familiares, especialmente quando as doenças não têm perspectivas terapêuticas curativas e/ou quando os pacientes estão em fim de vida. ²⁷ Neste contexto, os cuidados médicos devem ter como objetivo amenizar a dor, incluir os pacientes nos processos de tomada de decisão, encorajá-los a falar sobre aspectos importantes das suas vidas, tais como a sua espiritualidade e suas preferências, além de partilhar informações sobre o morrer e a morte se for do desejo deles. ^{23,28}

1.2 COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Muitos pacientes temem perder o controle de suas vidas, se caso seu estado agravar agrave-se muito, em especial aqueles com doenças crônicas. ²⁹ Um dos temores é o das terapias

invasivas para prolongar o processo de morrer.³⁰ Por isso, é essencial que os médicos e a equipe de saúde encorajem seus pacientes a se comunicarem, informando o tipo de cuidados e tratamentos que gostariam de receber se ficarem extremamente graves e/ou se estiverem no final da vida.³¹

Quando o paciente está em cuidados intensivos e/ou em cuidados paliativos, além do alívio da dor, a comunicação da equipe de saúde deve sempre que possível incluir o paciente nos processos de decisão,³² sendo de sua vontade. Ao médico, cabe compreender o quanto ele deseja falar sobre aspectos de sua vida, como espiritualidade, suas preferências, a morte e o processo do morrer.^{23,28}

O testamento vital (*living will*) é um documento utilizado para que o paciente possa registrar preferências quanto ao tipo de cuidado em saúde em condições de cuidados paliativos e/ou quando o paciente se torna incapaz de falar por si mesmo.^{33,34} As principais finalidades de um testamento vital são pautadas em proporcionar a autonomia do paciente, garantindo que seus anseios registrados neste documento sejam respeitados,³⁵ evitar que a família tenha que tomar decisões difíceis em relação aos tratamentos do paciente³⁶ e abreviar tratamentos invasivos e desnecessários levando o paciente e sua família a um prolongamento do sofrimento.³⁷

As dificuldades que o paciente pode ter em se comunicar podem ocorrer por suas próprias condições clínicas e/ou pela interferência de fatores inerentes ao ambiente tornando ainda mais difícil a situação.^{23,24} Pacientes que passaram por internação em cuidados intensivos (CI) que foram ouvidos e comunicaram suas preferências de tratamento a seus médicos sentem maior segurança, senso de controle e autonomia¹³ e, como consequência, menor ansiedade e maior satisfação com o cuidado recebido.^{4,25}

1.3 COMUNICAÇÃO MÉDICO-FAMÍLIA

Além da comunicação do médico com o paciente, a comunicação com seus familiares, os quais os acompanham no dia a dia é fundamental para o cuidado na saúde³⁸ e crucial quando os pacientes estão internados em CI³⁹ ou em cuidados paliativos (CP).⁴⁰⁻⁴⁴ São considerados familiares os parentes e pessoas sem grau de parentesco que ofereçam apoio ao paciente e nas quais ele confia.⁴⁵

Em 1979, Molter⁴⁶ realizou um estudo com familiares de pacientes gravemente enfermos, com objetivo de identificar as necessidades e a importância destas. Um dos seus

importantes achados mostrou que um dos fatores determinantes para a satisfação dos familiares com o cuidado na saúde era a qualidade da comunicação. O estudo foi precursor de vários outros, que têm concentrado atenção à efetividade da comunicação e constatado essa associação entre a satisfação dos familiares com a comunicação efetiva.^{40,44,47-53}

Os familiares, além de ficarem ansiosos para saber informações sobre a condição de saúde de seus entes queridos, como a gravidade da doença e seus prognósticos, muitas vezes, atuam como substitutos, quando os pacientes perdem a capacidade de fornecer informações sobre aspectos pessoais, sua saúde, seus desejos e suas preferências.^{45,54-57}

Nesse processo, eventualmente, eles participam de decisões difíceis sobre início, continuidade ou suspensão de medidas para suporte de vida.^{15,58} Assim, a comunicação passa a ser triádica entre médico-paciente-família,⁵⁹ e o médico precisa mostrar-se disponível para se comunicar com o paciente e os familiares¹⁸ e sua comunicação deve centrar-se nas relações, com fornecimento de informações claras e completas,^{60,61} escuta qualificada, demonstração de respeito, empatia, compaixão, comprometimento e preocupação,^{62,63} inclusão do paciente e de seus familiares como coparticipes do processo de cuidado, com discussão sobre diversos aspectos do plano terapêutico e prognóstico, com apoio para tomada de decisão compartilhada.^{18,62}

Como a comunicação efetiva médico-paciente-família é parte integrante e sensível dos cuidados na saúde e influenciam seus desfechos,⁵⁹ avaliar sua qualidade é fundamental para que se identifique aspectos que devem ser divulgados e estratégias a serem aprimoradas.² Entre os instrumentos para mensuração da comunicação do médico com pacientes e com familiares, cinco foram considerados relevantes para adaptação transcultural e validação para o Brasil, por já terem sido validados e utilizados:

Um deles é o *Communication Assessment Tool* (CAT),⁶⁴ que avalia elementos básicos da comunicação médico-paciente. Ele é constituído por 15 itens sendo 14 centrados no médico e 1 na equipe de saúde, respondidos em escala *Likert* de 5 pontos (“ruim” – “excelente”). Foi delineado para medir e avaliar o desempenho médico no que se refere as habilidades de comunicação a partir da percepção do paciente. A análise das evidências de validade do CAT apresentou elevada consistência interna ($\alpha = 0,98$) e tem sido recomendado seu uso em escolas médicas para avaliar o desempenho de estudantes de medicina e residentes, tanto em ambiente simulado como em práticas reais. Sua adaptação para fins deste trabalho não foi considerada

porque ele não é direcionado a questões específicas de pacientes em CI e/ou CP e seus familiares.

Outro é o *Medical Communication Competence Scale* (MCCS),⁶⁵ que aborda a comunicação e interações clínicas com uma versão para médicos composta por 36 itens e uma versão para pacientes com 39 itens, respondidos em escala *Likert* de sete pontos (“discordo fortemente” – “concordo fortemente”). Este instrumento mostrou boa consistência interna para os quatro fatores ($\alpha = 0,75$ - $\alpha = 0,90$) para a versão dos pacientes e ($\alpha = 0,79$ - $\alpha = 0,92$) para a versão destinada aos médicos. Da mesma forma que o CAT, ele não é específico para os contextos de CI e CP.

Há dois instrumentos construídos para avaliar a comunicação com familiares de pacientes. Um deles é com pacientes internados e se chama *Family Inpatient Communication Survey* (FICS).⁶⁶ Ele é composto por 30 itens, respondido em escala *Likert* de cinco pontos (“concordo fortemente” – “discordo fortemente”), que englobam dois domínios, um sobre comunicação geral e outro sobre suporte emocional. O instrumento foi submetido a avaliação de suas propriedades psicométricas apresentando uma boa consistência interna ($\alpha = 0,96$). O outro instrumento é o *Family Perception of Physician–Family Caregiver Communication* (FPPFC),⁶⁷ desenvolvido para avaliar a percepção da comunicação entre médicos e familiares de pacientes em CP e internados em instituições de longa permanência. Ele é unidimensional, tem boa consistência interna ($\alpha = 0,96$) e é constituído por sete itens respondidos com escala *Likert* de quatro pontos (“discordo fortemente” – “concordo fortemente”). Quando submetido às análises psicométricas, o FPPFC apresentou ser unidimensional e com itens que envolvem comunicação sobre os cuidados no final de vida.

Outro instrumento que tem sido muito utilizado em estudos sobre comunicação é o *Quality of Communication Questionnaire* (QoC).⁶⁸ Ele foi inicialmente desenvolvido para avaliar a qualidade da comunicação médica com pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)^{69,70} e posteriormente adaptado para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Câncer e SIDA, também foram incluídos familiares nos estudos para essa adaptação, possibilitando avaliar a comunicação com os familiares desses pacientes.^{68,71} A versão atual do QoC tem 13 itens respondidos com escala de respostas que variam de 0 a 10 (“o pior que poderia imaginar” - “o melhor que poderia imaginar”), havendo ainda duas opções adicionais de respostas (“não fez” e “não sabe”). Este instrumento é bidimensional e tem boa consistência interna como um todo e em suas subescalas de comunicação geral ($\alpha = 0,91$) e de comunicação em cuidados paliativos ($\alpha = 0,79$).

A implantação de CP no Sistema Único de Saúde é recente,⁷² em comparação com os cuidados paliativos em países da Europa, nos Estados Unidos e Canadá. Tendo em vista que vários estudos têm utilizado o QoC,^{41,57,73-82} e visando reforçar estudos brasileiros sobre a comunicação médico-paciente-família, a versão deste instrumento foi traduzida e culturalmente adaptada para pacientes.⁸³ No entanto, as evidências de validade para esta versão não foram estudadas; já a versão para familiares de pacientes precisa passar pelo processo de adaptação transcultural e buscar as fontes de evidências de validade.

Portanto, a fim de usar QoC no Brasil, que inclui itens relacionados à comunicação de fim de vida, esta pesquisa tem por objetivo tornar disponível este instrumento, com fontes de evidências de validade, para o uso no Brasil tanto para pacientes internados quanto para familiares de pacientes internados.

1.4 PERGUNTAS DA PESQUISA

Embora a versão do QoC para os pacientes tenha sido adaptada culturalmente para o Brasil,⁸³ suas propriedades psicométricas não foram analisadas. Além disso, a versão para familiares não foi adaptada para a realidade brasileira. Este estudo foi realizado com o propósito de preencher essas lacunas, norteando-se nas seguintes perguntas de pesquisa: “O QoC para pacientes tem evidências de validade que possibilitem seu uso em pesquisas?” “O QoC em sua versão para familiares, após adaptado culturalmente para o Brasil, tem evidências de validade?”

Para responder essas perguntas, o tema central do estudo é a adaptação transcultural do QoC para familiares e a análise de suas propriedades psicométricas para ambas as versões – pacientes e familiares.

1.5 JUSTIFICATIVA

Instrumentos para avaliar a qualidade da comunicação entre médico, pacientes e familiares propiciam contribuições aos médicos, às equipes e instituições de saúde. Isso é importante para reforçar aspectos da comunicação que já são efetivos e a identificação de outros que ainda precisam ser aprimorados, para os quais estratégias devem ser desenvolvidas. Além disso, a validação de instrumentos de medida para o Brasil permitirá comparações de estudos nacionais com internacionais.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo Geral

Reunir fontes de evidências de validade do *Quality of Communication Questionnaire* (QoC) adaptado transculturalmente para uso no Brasil das versões para pacientes e familiares.

1.6.2 Objetivos específicos

Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa falada no Brasil da versão do QoC para familiares de pacientes internados em cuidados intensivos e cuidados paliativos;

Identificar os escores do QoC em sua versão brasileira fornecidos por pacientes e familiares para a qualidade da comunicação médico-paciente e médico-família;

Analisar a confiabilidade das versões do QoC brasileiras do QoC para pacientes e para familiares, com o emprego dos indicadores: Coeficiente Alfa de Cronbach através da Teoria Clássica dos Testes e dos Coeficientes de Generalizabilidade à luz da Teoria da Generalizabilidade;

Identificar fontes de evidências de validade das versões brasileiras do QoC para pacientes e para familiares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALITY OF COMMUNICATION QUESTIONNAIRE (QOC)

O QoC foi idealizado por Curtis e Patrick ⁶⁹ para avaliar a qualidade da comunicação entre pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e seus médicos. Por meio de grupos focais, os pesquisadores identificaram barreiras e facilitadores no que se refere à comunicação sobre cuidados paliativos. Com base nos achados do estudo de Curtis e Patrick, um estudo de coorte que envolveu pacientes com SIDA e seus médicos, teve como objetivo construir e validar o QoC e em 1999 ⁷⁰ teve sua primeira versão validada que apresentou boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,81). Esta primeira versão, composta por quatro itens, abordava questões sobre o conhecimento do médico sobre os tipos de tratamento que seu paciente queria, se o médico ouvia o que o paciente tinha a dizer, se dava atenção ao paciente e se cuidava do paciente como pessoa. Estes itens eram respondidos em uma escala de resposta de 3 pontos (não, provavelmente sim e definitivamente sim). Além disso, havia um item solicitando ao paciente que classificasse o médico em relação à qualidade da comunicação obtida sobre os cuidados no final de vida por meio de uma escala de 5 pontos (ruim, razoável, boa, muito boa, e excelente).

No entanto, autores sugeriram que itens adicionais eram necessários para aprimorar o instrumento, tornando-o apto a especificar aspectos importantes que envolveram a comunicação e sucessivos estudos foram conduzidos com grupos focais para esta finalidade. Dessa vez, os participantes foram pacientes com SIDA, DPOC, câncer, seus familiares e médicos. Treze itens adicionais foram derivados desses estudos. ^{71,84-86}

Uma versão com 17 itens do QoC foi elaborada e submetida a análise das propriedades psicométricas. ⁶⁸ Participaram deste estudo pacientes com DPOC e seus familiares. Na análise fatorial exploratória, houve a redução de 4 itens que se mostraram redundantes e foram identificadas duas subescalas que apresentaram boa consistência interna, (Alfa de Cronbach = 0,91 para a primeira e 0,79 para a segunda). A análise fatorial confirmatória apresentou evidências de validade para a estrutura do QoC.

A versão atual, composta por 13 itens, contém uma subescala relativa à comunicação geral (itens 1 a 6) e outra relativa à comunicação em cuidados paliativos (itens 7 a 13). O enunciado é “Ao falar com o(a) médico(a) sobre questões importantes como você ficar muito doente, o quanto ele(a) é bom/boa em:”, que é seguido então pelos itens, respondidos em escala

com âncoras indicativas de início e fim [0 a 10], na qual 0 significa “o pior que poderia imaginar” e 10, “o melhor que poderia imaginar”. Há duas opções de respostas adicionais: “não fez”, indicando que o médico não realizou tal comunicação, para a qual se atribui a nota zero, e “não sabe”, quando o participante fica em dúvida sobre como avaliar um item, para esta opção é imputado o valor da mediana de notas das notas dadas pelos respondentes.⁸⁷ A nota do QoC e de suas subescalas é obtida pela soma dos escores em cada item dividida pelo número de itens incluídos.

À vista disso, o QoC é um instrumento que pode ser aplicado isoladamente para avaliar a comunicação geral, para avaliar a comunicação sobre cuidados paliativos e ser aplicado em sua totalidade para avaliar ambas as habilidades de comunicação.

2.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Um estudo de adaptação transcultural deve ser conduzido com rigor metodológico^{88,89} e fundamentado na literatura científica, para que o resultado, além de satisfatório, seja também confiável.⁸⁹ Trata-se de um estudo composto por várias etapas sucessivas com objetivo de obter equivalência entre a versão original e a versão destinada ao idioma alvo,⁹⁰ não é considerada uma propriedade de medida, mas sim, da elaboração da versão de um instrumento já existente em cultura para uma outra.⁹¹ As etapas a seguir são fundamentadas na literatura científica como preconizam Herdman e colaboradores⁹² e Beaton e colaboradores.⁹⁰

Na primeira etapa, denominada de tradução inicial, o instrumento selecionado deve passar pela etapa da tradução do idioma original para o idioma alvo e precisa ser executada por dois tradutores independentes, tendo como língua materna o idioma alvo e sólido domínio no idioma de origem do instrumento. Entre esses indivíduos, um deve estar a par dos objetivos do estudo e estar ciente dos conceitos explorados pelo instrumento, enquanto o outro indivíduo deve executar apenas a tradução textual proposta a ele. Assim, duas versões do instrumento são independentemente obtidas.

Na segunda etapa, chamada de Síntese das Traduções, as versões traduzidas precisam ser comparadas com a versão original, circunstância em que os indivíduos envolvidos devem ser de preferência bilíngues. É nesta etapa que, em consenso, uma única versão é elaborada a partir das duas traduções em contraste com o instrumento original, considerando-se as discrepâncias e similaridades obtidas das duas traduções elaboradas independentemente.

Na terceira etapa, chamada de Retrotradução, a versão oriunda da etapa anterior é retrotraduzida por dois profissionais que tenham língua materna a do instrumento eleito e com amplo domínio do idioma alvo. Isso se justifica devido ao fato de que um indivíduo nativo do idioma de origem, muito provavelmente conseguirá realizar essa tarefa considerando a essência do que representam os elementos que compõem o instrumento, levando em conta a vivência no país de origem, pois os resultados diferem muito quando essa tarefa é realizada por um indivíduo que não tenha essa característica. Importante destacar que nessa etapa, nenhum dos indivíduos deverão ter acesso a versão original do instrumento; também não é aconselhado que tenham conhecimento com o construto a ser explorado.

A quarta etapa, conhecida como Comitê de Especialistas, diz respeito a análise das equivalências semânticas conferindo se os itens traduzidos do idioma originário para o idioma alvo preservam o mesmo sentido e/ou significado dos elementos da versão original; culturais investigando a coerência entre o conteúdo do instrumento e as vivências da população-alvo, averiguando também se os itens que compõem o instrumento se adequam a cultura para qual será aplicado; idiomáticas dizem respeito às expressões de difícil tradução, como coloquialismos ou dialetos próprios do país de origem, e, às equivalências conceituais que avaliam se há alterações entre termos que podem apresentar significados diferentes mesmo que sejam de escritas semelhantes, como palavras homônimas.

Nesta etapa, faz-se necessário compor um Comitê de Especialistas Multidisciplinar que irá avaliar as equivalências previamente citadas. Em conjunto, todos os membros que compõem o Comitê de Especialistas irão discutir e resolver as divergências identificadas garantindo, assim, que todos os elementos que compõem o instrumento a ser adaptado permaneçam equivalentes para a cultura alvo. Desse modo, o Comitê de Especialistas, em consenso, irá elaborar uma versão para o país alvo, que é conhecida como versão pré-final.

A quinta etapa, nomeada de Pré-teste possibilita avaliar o instrumento por parte da população alvo a qual o instrumento destina-se. Beaton e colaboradores⁹⁰ sugerem que uma amostra entre 30 a 40 indivíduos seja suficiente para avaliar a clareza e a adequação cultural dos elementos que compõem o instrumento. É uma etapa de testagem do instrumento em que os participantes também podem contribuir com sugestões de modificações com a finalidade de melhorá-lo.

De posse dos resultados obtidos no Pré-teste, os pesquisadores precisam tomar decisões com base na análise das respostas. Se esta etapa não alcançou bons resultados no que

se refere à compreensão e adequação cultural dos itens, então deve-se realizar ajustes e efetuar uma nova testagem e assim sucessivamente, até que se alcance o ponto de corte previamente adotado pelos pesquisadores, pois não existe um consenso na literatura acerca deste ponto de corte.

2.3 FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE COM BASE NA ESTRUTURA INTERNA

As etapas para apresentar evidências de validade de um instrumento são variadas, entretanto, não há consenso na literatura no que se refere à natureza e a quantidade de evidências que um instrumento deve apresentar para ser considerado válido. Borsa e colaboradores,⁸⁹ afirmam que os escores de um instrumento devem apresentar múltiplas evidências de validade, pois uma única evidência não garante a plausibilidade de um instrumento.

Assim, a busca das fontes de evidências de validade é composta por etapas complexas, envolvendo métodos qualitativos e quantitativos com o emprego das análises estatísticas para a obtenção das propriedades psicométricas objetivando o refinamento do instrumento.^{89,93}

Entende-se por validade como “o grau em que a teoria e os achados empíricos de um teste psicológico se sustentam em sólidas evidências científicas”.⁹⁴ A validade tem dependência direta do construto que está sendo medido⁹⁵ sendo, portanto, considerada um parâmetro contínuo essencial para reunir fontes de evidências de validade (e não diferentes tipos de validade) para que se possa fazer qualquer inferência com base nos resultados de um teste.⁹⁶

Isto posto, é possível avaliar a estrutura interna de um instrumento por meio da análise das propriedades psicométricas com emprego de algumas modelagens estatísticas como a Teoria Clássica dos Testes (TCT)⁹⁷ e a Teoria da Generalizabilidade (TG).^{98,99}

2.3.1 Teoria Clássica dos Testes (TCT)

Amplamente empregada em estudos que envolvem estudos psicométricos, a TCT é uma teoria que define a base conceitual da confiabilidade, descreve métodos para alcançá-la, e tem fortes implicações na qualidade de estudos com parâmetros psicométricos.¹⁰⁰ De acordo com a TCT, os escores observados são compostos por dois componentes: os escores verdadeiros e os erros de medida.¹⁰¹ Entretanto, não informa potenciais fontes de erro, pois não diferencia os efeitos de múltiplas fontes já que todas estão reunidas em um único “erro de medida”,

tampouco apresenta bases para avaliar a importância relativa das várias fontes de erro de medida, como itens e observadores.¹⁰²

Além disso, por meio da TCT é possível identificar a estrutura do instrumento com o emprego da Análise Fatorial, para decisões feitas com base nos resultados obtidos em uma pesquisa que empregou um instrumento de medida.¹⁰³ A TCT tem por objetivo a resposta final de um teste, isto é, as habilidades de um indivíduo podem ser medidas pela soma das respostas fornecidas a um conjunto de itens.^{103,104} Em suma, a TCT, através de análises estatísticas controla e/ou avalia a dimensão dos erros, os quais são devidos ao que não se explica como, por exemplo, local, os avaliadores, os sujeitos e até mesmo o próprio instrumento.¹⁰⁵

2.3.2 Teoria da Generalizabilidade (TG)

Considerada uma extensão da TCT, a TG afirma que várias fontes influenciam para o erro de medida, permitindo avaliar, simultaneamente, em uma única análise as múltiplas fontes de variância, assim como suas interações específicas (facetas), fornecendo estimativas da magnitude dessas fontes nas pontuações possibilitando investigar quais elementos estão se comportando como fontes de erro, prevendo o grau de validade interna e externa do estudo.^{98,99,106}

À luz da TG, os itens que compõem um domínio fazem parte de um compilado de itens que pertencem a um “universo” ilimitado de itens admissíveis acerca do referido domínio.¹⁰⁷ O foco está no tamanho relativo dos componentes da variância para diferentes facetas e de suas interações.¹⁰⁸ Também, tem a possibilidade de identificar o que está contribuindo para o erro, aprimorando os processos de medida para alcançar níveis específicos de confiabilidade em estudos futuros.¹⁰⁹

Com a abordagem da Teoria da Generalizabilidade, dois diferentes tipos de estudo são executados: o estudo de generalizabilidade (Estudo G), para analisar a partição das variâncias, com o objetivo de auxiliar na obtenção do resumo desses resultados e compreender como se deu a interação dos efeitos principais.¹¹⁰ Com base nos resultados desta parte do estudo é possível estimar os componentes de variância e seus efeitos analisados, ou seja, os componentes de cada uma das facetas inseridas no estudo e as interações entre elas; e o estudo de decisões (Estudo D) que, com base nos resultados do Estudo G, obtém-se informações necessárias para tomada de decisões em relação à extrapolação do QoC para o uso no Brasil.⁹⁸

A TG emprega terminologias próprias: o termo “faceta” é análogo a ‘fator’ na ANOVA; desenho observacional, os quais são “desenho cruzado” e “desenho aninhado”.¹¹¹ O primeiro assume que cada nível da faceta é combinado com cada nível da outra faceta, por exemplo, todas as “pessoas” responderam todos “itens”, desse modo, esse desenho é simbolizado como $[p \times i]$ – o operador “ \times ” é entendido como “cruzado com”. O segundo pressupõe que cada nível de uma faceta está associado a apenas um nível da outra faceta e como exemplo, “todas as pessoas” responderam todos os “itens” em diferentes “hospitais”, assim, o desenho é simbolizado $[p : i]$ – o operador “ $:$ ” é entendido como “aninhado entre”.^{109,111} O emprego desses desenhos é justificado para que todos os componentes de variância possam ser estimados.¹¹²

Quanto ao número de desenhos, cita-se como exemplo o desenho cruzado de uma faceta $[p \times i]$ – pessoas cruzadas com itens; desenho aninhado duas facetas $[(p : h) \times i]$, pessoas aninhadas entre hospitais cruzados com itens.^{98,99}

2.3.3 Validade de Conteúdo

Antes de submeter o instrumento a um estudo mais amplo, Lynn¹¹³ sugere que seja conduzida a validade de conteúdo, considerada fundamental referente ao refinamento do instrumento, tendo como objetivo avaliar a clareza, adequação cultural e representatividade dos itens que compõem o instrumento, bem como do instrumento como um todo (instruções, opções de respostas, *layout*).

Apesar de Boateng e colaboradores,¹¹⁴ afirmarem que a validade de conteúdo deve ser conduzida por um Painel de Juízes Especialistas combinado com uma pequena amostra da população alvo, essa etapa comumente é conduzida com a participação do Painel de Juízes Especialistas.^{101,115} Estes são selecionados a partir de sólido domínio sobre construto a ser explorado por meio do instrumento.¹¹⁶

Não há um consenso na literatura quanto ao número de participantes nesta etapa, porém Lynn¹¹³ recomenda um mínimo de cinco indivíduos. De acordo com Hyrkäs e colaboradores,¹¹⁷ o percentual de concordância deve ser de pelo menos 80% entre os juízes.

2.3.4 Confiabilidade

Confiabilidade, Precisão e Fidedignidade são termos equivalentes. Os termos inferem que um instrumento é considerado confiável se ele apresenta desempenho consistente.¹⁰⁰ Reflete na qualidade dos padrões de respostas que irão gerar os escores do teste, indicando o quanto estão livres de erros.¹¹⁸ Podem estar pautados ao método da coleta, ao ambiente, ao examinador que aplica o teste e até mesmo ao respondente.^{93,118} São empregados para investigar erros que podem influenciar os escores em muitos contextos,¹¹⁸ para avaliar a calibração de avaliadores^{119,120} e consistência interna de itens que compõem um instrumento.¹²¹

Quanto aos indicadores de confiabilidade, o Coeficiente Alfa de Cronbach representado por α ¹²² ainda é o estimador mundialmente mais utilizado em estudos psicométricos à luz da Teoria Clássica dos Testes (TCT). Possibilita avaliar a consistência interna dos itens de um instrumento¹²³ e seu índice varia de 0 a 1, sendo o valor 0,70 o mínimo aceitável.¹²¹

Há também dois indicadores de confiabilidade que são obtidos por meio da Teoria da Generalizabilidade: os Coeficiente de G, os quais são o Coeficiente de Generalizabilidade representado por $E\rho^2$ e o Coeficiente de Dependabilidade (tradução livre) representado por ϕ . O primeiro representa o quão generalizável o instrumento é para a amostra e a diferencia, levando em conta a diferenciação relativa entre os elementos do objeto de estudo, em uma determinada amostra. O segundo tem mais contribuições para a variância, pois leva em conta não só as interações (como é o caso de $E\rho^2$), mas também considera a dificuldade dos itens. Por esta razão, o valor de ϕ tende a ser menor quando comparado ao valor de $E\rho^2$, pois trata-se de um coeficiente mais conservador representando, portanto, o quão generalizável o instrumento é para as amostras diferentes em outros contextos. Seu índice segue a mesma lógica do Coeficiente Alfa, variando de 0 a 1 tendo o valor de 0,70 como aceitável.^{102,111,112,124}

2.3.5 Análise Fatorial

Para avaliar a estrutura interna de um instrumento, recorre-se a alguns testes estatísticos, como a análise fatorial que se divide em: análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC).^{125,126}

Definida como um agregado de técnicas multivariadas, a AFE auxilia o pesquisador a avaliar em um conjunto de dados como as variáveis observadas se agrupam, identificar as

variáveis latentes – conhecidas como dimensões e/ou fatores, além de compreender suas características.¹²⁷⁻¹²⁹ Ainda que pesquisadores tenham algumas ideias sobre a estrutura de um instrumento, o emprego da AFE é amplamente utilizado como busca das fontes de evidências de validade.¹³⁰

Na AFC, o modelo estrutural do instrumento já é identificado, logo, testa hipóteses baseadas em teorias e/ou em resultados de pesquisas empíricas, em relação à um modelo fatorial identificado.¹³¹ Confirma se um instrumento possui uma estrutura significativa e consistente, além de conduzir a uma melhor compreensão do fenômeno ao qual se pretende medir.¹³² Envolve buscar fontes de evidências de validade mais sólidas, envolvendo recursos técnicos para avaliar a plausibilidade do modelo proposto, avaliado através da medida de invariância, por exemplo.^{133,134}

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Este é um estudo metodológico de delineamento transversal que descreve o processo de tradução, adaptação cultural e evidências de validade de um instrumento. Antes de iniciar a pesquisa foi enviado, via correio eletrônico, o pedido de autorização para Dr. Jared Randall Curtis, um dos autores do instrumento, que assegurou a não existência da tradução em português brasileiro do instrumento e concedeu sua anuência para uso no Brasil nas versões para pacientes e para familiares de pacientes internados (Anexo A). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos institucional e aprovado sob o protocolo nº 938.326 (Anexo B) e seguiu todos os preceitos éticos. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A – C).

3.2 TAMANHO AMOSTRAL

O tamanho da amostra para a etapa do pré-teste foi definido de acordo com os pressupostos de Beaton e colaboradores⁹⁰ que propõe uma amostra entre 30 a 40 indivíduos, e, a seleção da amostra foi por conveniência. Terwee e colaboradores¹³⁵ orientam para que pelo menos 5 indivíduos sejam necessários para compor o painel de juízes especialistas para a etapa da validade de conteúdo e esta amostra foi intencional. A literatura científica não apresenta um consenso em relação ao tamanho mínimo da amostra para executar a análise fatorial,¹²⁷ pois o resultado satisfatório não depende unicamente do tamanho amostral, mas conforme a qualidade do instrumento.¹³⁶ Portanto, optou-se pelo que recomenda Hair e colaboradores,¹²¹ uma amostra de pelo menos 5 a 10 indivíduos por item a ser avaliado. E, para o emprego da Teoria da Generalizabilidade, uma amostra de 50 a 100 indivíduos é o que Atilgan¹³⁷ sugere para conduzir as análises com robustez. Para esta etapa do estudo, a seleção da amostra foi por conveniência.

3.3 PARTICIPANTES POR ETAPA DO ESTUDO E SEU RECRUTAMENTO

3.3.1 Adaptação cultural do QoC para familiares

Familiares de pacientes internados em CI por pelo menos 24 horas, com idade igual ou superior a 18 anos, brasileiros, de ambos os sexos. A coleta desses dados foi realizada antes ou após a visita do familiar ao ente querido internado, no local definido pelo participante ou na sala de espera da dos seguintes hospitais: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), Hospital Nereu Ramos (HNR), Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ) e Instituto de Cardiologia de São José (ICSJ). A pesquisadora FDC abordou cada participante pessoalmente e explicou detalhadamente os objetivos do estudo, depois convidou-os para participar do estudo.

3.3.2 Treinamento para coleta de dados

QoC pode ser administrado por apenas uma pessoa, no entanto, com objetivo de aplicar o instrumento de forma mais homogênea e alcançar a confiabilidade entre os avaliadores, um treinamento foi realizado para que o avaliador se familiarizasse com o instrumento e pudesse aplicá-lo adequadamente e com qualidade, foi realizado um treinamento com duração média de 10 horas e em cinco momentos: o primeiro a explicação teórica de como o avaliador deveria abordar o participante, assim como aplicar o instrumento; segundo e terceiro momento a aplicação do instrumento com um intervalo de 15 dias, para dois pacientes padronizados e facilitado por um observador especialista; quarto momento a comparação e discussão dos escores, suas diferenças e razões, de forma que fossem resolvidas em conjunto. Todas essas etapas de treinamento foram realizadas no Laboratório de Habilidades de Comunicação, situado no HU/UFSC. O quinto e último momento, a aplicação do instrumento para uma população de pacientes reais com SIDA, com uma ou mais comorbidades de difícil tratamento e em cuidados paliativos que estavam internados na ala de doenças infecto-parasitárias (DIP) do HNR.

3.3.3 Fontes de evidências de validade do QoC para familiares de pacientes internados

Foram selecionados para compor o painel de juízes especialistas, profissionais médicos de ambos os sexos e com experiência mínima de 5 anos em doenças crônicas. O convite foi feito de duas formas: via e-mail e pessoalmente. A coleta dos dados foi realizada pessoalmente no HU em local/sala definido pelo participante. Foram excluídos aqueles

profissionais que não tinham tido vivência clínica com doenças crônicas, e aqueles que não dispunham de tempo necessário para participar do estudo.

Os familiares de pacientes incluídos neste estudo tiveram como critério de inclusão: ser brasileiro, de ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, ter um ente querido internado por pelo menos 24 horas, internado em CI não necessariamente em cuidados paliativos; em CP com doença oncológica sem perspectivas de cura e em situação de cuidados paliativos e ter participado do boletim médico.

A coleta dos dados desta etapa ocorreu em local reservado quando a instituição dispunha, ou no quarto do paciente quando solicitado pelo familiar ou em outro local definido pelo participante.

3.3.4 Fontes de evidências de validade do QoC para pacientes internados

Foram elegíveis para esta etapa do estudo, pacientes brasileiros, de ambos os sexos, com idade igual ou maior a 18 anos, internados em CI por no mínimo 24 horas, pacientes que estavam em CP com insuficiência renal crônica atendida na unidade de diálise do HU, pacientes com SIDA com uma ou mais comorbidades de difícil tratamento internados na DIP do HNR e pacientes com neoplasia maligna sem perspectiva de cura internados na unidade de CP do CEPON.

Foram excluídos os indivíduos que sentissem desconforto ao responder o questionário, estivesse sob medicação sedativa que pudesse alterar seu estado de consciência, apresentassem transtorno psiquiátrico, neurológico, deficiência auditiva, ou outras condições que impedissem uma comunicação mínima adequada.

3.4 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QOC PARA FAMILIARES

3.4.1 Tradução

O instrumento original em inglês do QoC foi traduzido para a língua portuguesa por dois tradutores brasileiros e com fluência na língua inglesa. O primeiro tradutor tinha conhecimento na área da saúde e foi orientado sobre o conceito a ser examinado pelo instrumento. Já o segundo tradutor, não conhecia os objetivos do trabalho e não tinha nenhuma

formação ou conhecimento na área da saúde e de forma independente elaboraram duas versões traduzidas denominadas T1 e T2. Esta etapa ocorreu de forma virtual, via correio eletrônico.

3.4.2 Síntese das traduções

No bloco didático do HU sala 67, reuniram-se um tradutor que participou da tradução inicial, uma médica intensivista bilíngue e as pesquisadoras principais do estudo para comparar as traduções T1 e T2 com a versão original. As divergências observadas no processo das traduções foram resolvidas e após chegarem a um consenso, realizaram uma síntese das duas traduções em uma única versão em língua portuguesa denominada T1, 2.

3.4.3 Retrotradução

Dois tradutores nativos em país de língua inglesa e com fluência na língua portuguesa, sem conhecimentos na área da saúde, nem ciência dos conceitos explorados no instrumento e totalmente cegados à versão original, produziram, a partir da versão T1,2 duas versões retrotraduzidas denominadas RT1 e RT2. Etapa que aconteceu de forma virtual enviada via e-mail.

3.4.4 Comitê de Especialistas

Um Comitê de Especialistas foi composto por seis membros bilíngues dentre os quais participaram três médicos, dois tradutores independentes e uma profissional em metodologia com experiência em tradução e adaptação de instrumentos. Nesta etapa, não foi possível reunir todos os integrantes do Comitê em um só dia e hora. Então, cada membro recebeu um formulário elaborado a partir do instrumento original, entregue em mãos pela pesquisadora FDC, a fim de analisar todas as partes que compõem o instrumento. Foi revisado item a item comparando o instrumento original com as versões produzidas (T1, T2, T1,2, RT1 e RT2), com o objetivo de resolver quaisquer divergências e assegurar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural. Todos os envolvidos nesta parte do estudo devolveram o formulário respondido com suas contribuições. Assim, a versão pré-final foi elaborada com base nas contribuições dadas pelo comitê de especialistas para ser submetida ao pré-teste.

3.4.5 Pré-teste

Um formulário foi elaborado baseado na versão pré-final do QoC contendo questões com a finalidade compreender o grau de entendimento acerca da clareza e avaliar a adequação cultural dos itens que compõem o instrumento, além disso, o formulário contava com um espaço reservado a fim de os participantes colaborarem com sugestões, identificar dúvidas e/ou dificuldades relativas ao entendimento dos elementos que compõem o instrumento. Esse formulário foi aplicado a 30 familiares de pacientes internados em CI.

3.5 FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DAS VERSÕES DO QOC

As fontes de evidências de validade foram obtidas por meio da Teoria Clássica dos Testes e da Teoria da Generalizabilidade, seguindo o padrão *COnsensus-based Standards for the Selection of Health Measurement INstruments* (COSMIN),¹³⁸ para certificar a qualidade metodológica deste estudo.

3.5.1 Validade de conteúdo

Com base nos resultados obtidos no pré-teste, um formulário foi elaborado, o qual continha questões para avaliar a clareza, adequação cultural e representatividade dos elementos que compõem o QoC. Também havia um espaço reservado para sugestões para melhoria do instrumento, caso o participante julgasse necessário. Este formulário foi enviado por e-mail, suas respostas avaliadas pelas autoras deste estudo e em um consenso elaboraram a versão final do QoC para familiares de pacientes internados. Esta versão foi traduzida para o inglês por um tradutor com o inglês sendo sua língua materna, e posteriormente, enviada por e-mail para o autor do instrumento, que aprovou sem ressalvas (Anexo C).

3.5.2 Confiabilidade

A confiabilidade do QoC foi avaliada por meio dos indicadores de confiabilidade avaliados através do Coeficiente Alfa de Cronbach (α) e dos Coeficientes de G, os quais são Coeficiente $E\rho^2$ para decisões relativas e o Coeficiente ϕ para decisões absolutas (Shavelson &

Webb, 1991). Os dados foram reagrupados por ordem de hospital, assim como indicava a quantidade de pacientes que estavam em cuidados intensivos e em paliativos, logo, todas as entidades patológicas foram levadas em consideração.

Para ambas as amostras – pacientes e familiares – dois desenhos foram empregados nesse estudo: desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$] (pessoa cruzada com itens) e desenho aninhado de duas facetas [$(p:h) \times i$] (pessoa aninhada entre hospital cruzado com itens).

De posse dos resultados do estudo, os valores de $E\rho^2$ e ϕ foram extrapolados para diferentes tamanhos de amostra com o intuito de estimar um número mínimo de questionários aplicados com a finalidade de garantir uma confiabilidade aceitável em estudos futuros.

3.5.3 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A AFE foi conduzida após verificar a fatorabilidade da matriz analisada por meio dos testes: Kaiser-Meier-Olkin (KMO) para avaliar a adequação da amostra, em que o valor da medida para o teste geral, bem como para cada variável individual deve exceder 0,50; e esfericidade de Bartlett que deve apresentar valor de $p \leq 0,05$ confirmando que não se trata de uma matriz de identidade.¹²⁶

A retenção dos fatores foi analisada com o uso da análise paralela (AP) por meio da simulação Monte-Carlo¹³⁹ com 500 reamostragens auxiliado pela visualização do gráfico *Scree Plot*.¹⁴⁰ A AP foi executada como se a autora não soubesse as variáveis latentes e as relações destas com as variáveis observadas, para não introduzir vieses que resultassem em superestimação ou subestimação dos fatores, retendo apenas o número de fatores que realmente têm explicação lógica.¹⁴¹ Foi definida a melhor precisão para estabelecer o número de fatores a serem retidos, os autovalores dos dados reais com os autovalores dos dados aleatórios, diminuindo a probabilidade de retenção do fator de confusão.¹⁴²

Por existir forte fundamentação teórica de que os fatores são correlacionados, a AFE foi executada em rotação oblíqua (*Direct Oblimin*) empregando o estimador *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS), apropriado para correlação policórica.¹⁴³ As estimativas padronizadas do instrumento foram obtidas mediante a análise das cargas fatoriais, tendo de 0,30 a 0,40 como valores mínimos para interpretação da estrutura do instrumento.¹²¹

A plausibilidade do modelo final foi testada via índices de qualidade de ajuste os quais foram: índice de ajuste absoluto avaliado pela razão qui-quadrado (χ^2) pelos graus de liberdade (χ^2/gl) que deve apresentar valores ≤ 3 ; índice parcimonioso *root mean square error of*

approximation (RMSEA) valores aceitáveis $\leq 0,08$ com intervalo de confiança de 90%, por fim, os índices de ajustes incrementais *Tucker-Lewis index* (TLI) e *comparative fit index* (CFI) valores admissíveis a partir de $\geq 0,90$, considerando-se ótimo ajuste valores $\geq 0,95$.^{121,132,144}

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos em planilhas Excel®, com dupla digitação para assegurar que possíveis erros fossem corrigidos, garantindo a qualidade no registro dos dados para obtenção de informações válidas. A análise do perfil sociodemográfico dos pacientes e dos familiares, do pré-teste e dos escores do QoC foi executada com estatística descritiva, medidas de frequência e tendência central. A comparação entre grupos foi executada com o emprego dos testes *t* de *Student* e Mann-Whitney e para o uso adequado destes testes, a normalidade dos dados foi verificada com o uso do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Para o intervalo de confiança de 95% foi empregada a técnica de *bootstrap* para obtenção desses valores com maior acurácia¹⁴⁵ refletindo em um nível de significância de $p < 0,05$.

A concordância entre-avaliadores foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassa (CCI). A validade de conteúdo foi analisada por meio da porcentagem de concordância proposta. As fontes de evidências de validade do QoC foram analisadas com emprego da Teoria Clássica dos Testes e da Teoria da Generalizabilidade.

Para executar a análise paralela foi empregado o programa FACTOR versão 10.10.03,¹⁴⁶ e para as demais análises, a linguagem R de programação versão 4.0.1.¹⁴⁷

4 RESULTADOS

A coleta dos dados deste estudo ocorreu no período de 2017 e 2019 e as visitas nos cinco hospitais foram realizadas todos entre 11 e 17 horas e/ou entre 18 e 21 horas, de domingo a quinta-feira. As entrevistas duraram muito tempo, pois os pacientes e os familiares queriam falar sobre suas vidas, percepções e desejos, e a pesquisadora FDC os ouvia e anotava seus comentários. Em especial foram anotados os comentários referentes a vontade do participante em discutir com os médicos questões sobre cuidados paliativos.

4.1 CONCORDANCIA ENTRE AVALIADORES

Participaram desta etapa do estudo, quatro estudantes do sexo feminino, com média de idade de 32,5 anos (DP=9,8), uma (25%) cursava graduação em medicina e três (75%) pós-graduação *stricto sensu*. Cada estudante aplicou o QoC para cinco pacientes que estavam com SIDA e em cuidados paliativos. A coleta desses dados foi feita ao lado do leito do paciente totalizando 20 questionários aplicados.

O resultado do CCI o qual foi de 0,98 (IC 95% 0,95 – 0,99) e demonstrou excelente confiabilidade, deixando evidente a calibração entre as avaliadoras.

4.2 VERSÃO DO QOC PARA FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS

4.2.1 Tradução e adaptação cultural

Durante o processo de tradução e retrotradução do QoC para a versão portuguesa brasileira, poucas mudanças foram realizadas em seus itens. Para tornar possível a inclusão de problemas de saúde de todas as áreas da medicina, o enunciado do instrumento original que era relativo a “problemas pulmonares” e, com prévia autorização do autor, foi alterado para “problemas de saúde”. O valor mínimo para a clareza foi 9,60 (DP=0,26) e para adequação para cultura brasileira foi 9,74 (DP=0,19), não sendo necessário modificar nenhum item. Todos os entes queridos dos familiares que participaram desta etapa estavam internados na UCI (100,0%).

A média da idade dos 30 participantes do pré-teste foi 45,1 (DP=11,4). Mais detalhes sobre as características sociodemográficas dos familiares estão expostos na Tabela 1. A Tabela

2 mostra a avaliação dos itens pelos participantes, em relação à clareza e adequação cultural. Não houve diferença estatística entre homens e mulheres no que se refere aos escores ($p = 0,97$). Todos os itens foram bem compreendidos e bem avaliados quanto à adequação cultural com uma pequena consideração em relação ao item 9 “*Falar sobre quanto tempo seu ente querido tem de vida*”, que foi revisada não havendo necessidade de excluir nenhum item.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 30 familiares com entes queridos internados em cuidados intensivos que participaram da fase da adaptação cultural do *Quality of Communication Questionnaire*.

Características	Familiares (n=30) n (%)
Mulheres	20,0 (66,7)
Homens	10,0 (33,3)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	1,0 (3,3)
Ensino fundamental completo	15,0 (50,0)
Ensino médio incompleto	2,0 (6,7)
Ensino médio completo	8,0 (26,7)
Ensino superior incompleto	2,0 (6,7)
Ensino superior completo	2,0 (6,7)
Estado civil	
Solteiro(a)	5,0 (16,7)
Casado sou em união estável	13,0 (43,3)
União estável	10,0 (33,3)
Viúvo(a)	2,0 (6,7)
Parentesco com o paciente	
Cônjuge	9,0 (30,0)
Irmãos	8,0 (26,7)
Filhos	9,0 (30,0)
Pais	2,0 (6,7)
Tio	1,0 (3,3)
Neto	1,0 (3,3)

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: n = número; % = porcentagem.

Tabela 2 – Clareza e adequação cultural de cada item na versão em português do *Quality of Communication Questionnaire* para uso no Brasil, segundo os 30 familiares que participaram do estudo.

Itens	Clareza Média (DP)	Adequação cultural Média (DP)
1. Usar palavras que o (a) senhor (a) consiga compreender	10,0 (0,0)	10 (0,0)
2. Olhar em seus olhos	9,9 (0,4)	9,9 (0,4)
3. Responder todas as dúvidas sobre a doença de seu ente querido	10,0 (0,0)	10,0 (0,0)
4. Ouvir o que o (a) senhor (a) tem a dizer	10 (0,2)	10 (0,2)
5. Preocupar-se com o (a) senhor (a) como pessoa	9,8 (0,6)	9,8 (0,6)
6. Dar atenção plena ao (a) senhor (a)	10 (0,0)	10 (0,0)
7. Falar sobre seus sentimentos se acaso seu ente querido piorar	9,8 (0,5)	9,8 (0,5)
8. Dar detalhes sobre a condição de seu ente querido, se acaso ele vier a piorar	9,5 (1,0)	9,5 (1,0)
9. Falar sobre quanto tempo seu ente querido tem de vida.	8,2 (1,8)	8,2 (1,8)
10. Falar sobre como o morrer poderia ser	10 (0,0)	10 (0,0)
11. Envolver o (a) senhor (a) nas discussões do tratamento para o cuidado de seu ente querido	10 (0,2)	10 (0,2)
12. Perguntar sobre coisas importantes da vida de seu ente querido	9,6 (0,9)	9,6 (0,9)
13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas	10 (0,2)	10 (0,2)

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: DP = desvio padrão.

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO MÉDICA PELOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM CI E CP

Cento e noventa e oito familiares participaram desta etapa do estudo, estando 93 de seus entes queridos internados em CI (47,0%) e 105 em CP (53,0%), com o tempo médio de internação de 10,3 dias (DP=11,1). A média da idade dos familiares com entes queridos em CI foi de 47,1 anos (DP=11,8) e a com entes queridos em CP foi de 46,4 (DP=14,7). Na Tabela 3 podem ser vistos outros dados do perfil dos familiares.

A Tabela 4 exibe a média e a mediana dos escores nos itens do QoC para familiares e em suas subescalas. Não houve diferença estatisticamente significativa por sexo [$t(196) = 0,246$; $p = 0,81$], nem entre o grupo CI e CP ($U 4679,5$; $z = -0,505$; $p = 0,61$).

Tabela 3 – Perfil dos 198 participantes que responderam aos itens da versão brasileira do QoC adaptado para familiares de pacientes internados.

Características	n (%)
Sexo	
Masculino	60,0 (30,3)
Feminino	138,0 (69,7)
Estado civil	
Solteiro (a)	40,0 (20,2)
Casado ou em União Estável	145,0 (73,2)
Viúvo (a)	10,0 (5,1)
Divorciado (a)	3,0 (1,5)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	34,0 (17,2)
Ensino fundamental completo	45,0 (22,7)
Ensino médio incompleto	19,0 (9,6)
Ensino médio completo	53,0 (26,8)
Ensino superior incompleto	19,0 (9,6)
Ensino superior completo	22,0 (14,1)
Grau de parentesco com o paciente	
Cônjuge	55,0 (27,8)
Irmãos	35,0 (17,7)
Filhos	61,0 (30,8)
Pais	20,0 (10,1)
Tios	10,0 (5,1)
Avós	4,0 (2,0)
Netos	7,0 (3,5)
Amigos	6,0 (3,0)

Fonte: da autora, 2021.

Abreviações: n = número; % = porcentagem.

Tabela 4 – Escores da versão brasileira do QoC para familiares respondida pelos 198 familiares de pacientes internados em CI e CP.

"Ao falar com o (a) médico (a) questões importantes como o seu ente querido ficar mais doente o quanto ele/ela é bom em:"	Local de internação					
	CI (n=93) ^a		CP (n=105) ^{b,c}		Total (n=198)	
	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)
1. Usar palavras que você consiga compreender.	8,7 (1,7)	10,0 (8,0 – 10,0)	9,1 (1,4)	10,0 (8,0 – 10,0)	8,9 (1,5)	10,0 (8,0 – 10,0)
2. Olhar em seus olhos.	9,4 (1,1)	10,0 (9,0 – 10,0)	9,2 (1,6)	10,0 (8,5 – 10,0)	9,3 (1,4)	10,0 (9,0 – 10,0)
3. Responder todas as dúvidas sobre a doença de seu ente querido.	8,6 (1,7)	9,0 (7,5 – 10,0)	8,6 (2,4)	10,0 (8,0 – 10,0)	8,6 (2,1)	10,0 (8,0 – 10,0)
4. Ouvir o que você tem a dizer.	8,7 (1,7)	10,0 (8,0 – 10,0)	9,2 (1,5)	10,0 (9,0 – 10,0)	9,0 (1,6)	10,0 (8,0 – 10,0)
5. Preocupar-se com você como pessoa.	9,2 (1,5)	10,0 (9,0 – 10,0)	8,8 (2,2)	10,0 (8,0 – 10,0)	9,0 (1,9)	10,0 (8,0 – 10,0)
6. Dar atenção plena você.	9,2 (1,3)	10,0 (8,0 – 10,0)	8,8 (2,0)	10,0 (8,0 – 10,0)	9,0 (1,7)	10,0 (8,0 – 10,0)
7. Falar sobre seus sentimentos se acaso seu ente querido piorar.	1,1 (2,9)	0,0 (0,0 – 0,0)	3,4 (4,5)	0,0 (0,0 – 10,0)	2,3 (4,0)	0,0 (0,0 – 3,0)
8. Dar detalhes sobre a condição de seu ente querido, se acaso ele vier a piorar.	7,7 (3,4)	10,0 (6,0 – 10,0)	6,3 (4,3)	8,0 (0,0 – 10,0)	6,9 (3,9)	9,0 (5,0 – 10,0)
9. Falar sobre quanto tempo seu ente querido tem de vida.	3,3 (4,7)	0,0 (0,0 – 10,0)	3,3 (4,6)	0,0 (0,0 – 10,0)	3,3 (4,6)	0,0 (0,0 – 10,0)
10. Falar sobre como o morrer poderia ser.	2,1 (4,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	1,8 (3,8)	0,0 (0,0 – 0,0)	1,9 (3,9)	0,0 (0,0 – 0,0)

11. Envolver o você nas discussões do tratamento para o cuidado de seu ente querido.	1,8 (3,7)	0,0 (0,0 – 0,0)	2,6 (4,2)	0,0 (0,0 – 8,0)	2,2 (4,0)	0,0 (0,0 – 0,7)
12. Perguntar sobre coisas importantes da vida de seu ente querido.	1,5 (3,4)	0,0 (0,0 – 0,0)	3,1 (4,6)	0,0 (0,0 – 10,0)	2,4 (4,2)	0,0 (0,0 – 3,2)
13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.	2,7 (4,4)	0,0 (0,0 – 9,0)	2,5 (4,3)	0,0 (0,0 – 4,0)	2,5 (4,3)	0,0 (0,0 – 8,0)
QoC para familiares	5,7 (1,2)	5,4 (4,8 – 6,8)	5,9 (2,0)	5,7 (4,5 – 7,4)	5,8 (1,7)	5,5 (4,6 – 6,9)
Subescala de comunicação geral	9,0 (1,2)	8,7 (9,3 – 9,8)	8,9 (1,5)	9,7 (8,3 – 10,0)	9,0(1,3)	9,5 (8,5 – 10,0)
Subescala de comunicação em cuidados paliativos	2,9 (2,0)	2,9 (1,4 – 2,3)	3,3 (2,9)	2,9 (0,7 – 5,7)	3,1(2,5)	2,9 (1,1 – 4,3)

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC = *Quality of Communication Questionnaire*; CI = cuidados intensivos; CP = cuidados paliativos; n: número; DP = desvio padrão; P₂₅₋₇₅ = percentil 25 e 75.

Nota: ^a itens respondidos “não fez”: item 7 (n = 81); item 8 (n = 12); item 9 (n = 61); item 10 (n = 72); item 11 (n = 74); item 12 (n = 76); e item 13 (n = 67);

^b Item respondido “não sei”: item 5 (n = 2), e foi substituído pela mediana do escore total do indivíduo;

^c itens respondidos “não fez”: item 3 (n = 3); item 5 (n = 2); item 6 (n = 1); item 7 (n = 65); item 8 (n = 29); item 9 (n = 67); item 10 (n = 84); item 11 (n = 75); item 12 (n = 71); e item 13 (n = 78).

4.4 FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO QoC PARA FAMILIARES

4.4.1 Validade de conteúdo e elaboração da versão final do QoC

Entre os 11 profissionais médicos que fizeram parte do painel de juízes especialistas, seis eram do sexo feminino (54,5%) e cinco do masculino (45,5%), sendo a mediana da idade de 38 anos (P₃₅₋₄₅) e a mediana para tempo de atuação profissional foi 9 anos (P₉₋₂₁). Estes participantes trabalharam na validade de conteúdo do QoC para pacientes – em estudo anterior (CASTANHEL; GROSSEMAN, 2017) – e para familiares. O percentual de concordância entre os juízes especialistas foi de 98% quanto à clareza de cada item do QoC, de 94% em relação à adequação cultural de cada item e 97% no que diz respeito à representatividade de cada item para seu respectivo domínio (comunicação geral e comunicação sobre cuidados paliativos). O Quadro 1 mostra a comparação das versões: original, traduzida para o inglês após adaptação aos familiares (enviada ao autor) e final.

Quadro 1 – Comparação entre as versões: original, traduzida para o inglês após ser adaptada aos familiares e final do QoC em língua portuguesa falada no Brasil.

Versão original	Versão traduzida para o inglês após adaptação aos familiares^a	Versão final em língua portuguesa falada no Brasil
Enunciate: When talking with Doctor about important issues like becoming very ill, how good is he/she at:	Enunciate: When talking with Doctor important issues, such as your loved one become more ill, how much he/she is good in:	Enunciado: Ao falar com o(a) médico(a) sobre questões importantes como seu ente querido ficar muito doente, o quanto ele(a) é bom / boa em:
1.Using words you understand.	1. Using words that you can understand.	1. Usar palavras que o (a) senhor (a) consiga compreender.
2. Looking you in eye.	2. Looking you in your eyes.	2. Olhar em seus olhos.
3. Answering all questions about illness.	3. Answer all questions about the illness of your loved one.	3. Responder todas as dúvidas sobre a doença de seu ente querido.
4. Listening to what you have to say.	4. Listening to what you have to say.	4. Ouvir o que o (a) senhor (a) tem a dizer.
5. Caring about you as a person.	5. Caring about you as a person.	5. Preocupar-se com o (a) senhor (a) como pessoa.
6. Giving full attention.	6. Giving you full attention.	6. Dar atenção plena ao (a) senhor (a).
7. Talking about your feelings about getting sicker.	7. Talking about your feelings if your loved one gets sicker.	7. Falar sobre seus sentimentos se acaso seu ente querido piorar.
8. Talking about details if you got sicker.	8. Giving details about your loved one's condition if he/she gets sicker.	8. Dar detalhes sobre a condição de seu ente querido, se acaso ele vier a piorar.
9. Talking about how long you have to live.	9. Talking about how long your loved one might have to live.	9. Falar sobre quanto tempo seu ente querido tem de vida.
10. Talking about what dying might be like.	10. Talking about how the dying might be.	10. Falar sobre como o morrer poderia ser.
11. Involving you in treatment discussions about your care.	11. Involving you in discussions about the treatment to your loved one.	11. Envolver o (a) senhor (a) nas discussões do tratamento para o cuidado de seu ente querido.
12. Asking you about important things in life.	12. Asking about important things in life of your loved one.	12. Perguntar sobre coisas importantes da vida de seu ente querido.
13. Asking about spiritual, religious beliefs.	13. Asking you about spiritual and religious beliefs.	13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.

Fonte: da autora, 2021.

Nota: ^a Versão final do QoC aprovada pelo autor do instrumento.

4.4.2 Confiabilidade segundo a TCT

O Coeficiente alfa (α) de Cronbach do QoC para familiares foi $\alpha = 0,88$ (IC95%: 0,85 – 0,90) computado para a subescala de comunicação geral e $\alpha = 0,72$ (IC95%: 0,65 – 0,77) para a subescala comunicação sobre terminalidade de vida. Entre familiares com entes queridos internados em CI $\alpha = 0,86$ (IC95%: 0,81 – 0,90) para comunicação geral e $\alpha = 0,53$ (IC95%: 0,37 – 0,66) para comunicação sobre terminalidade de vida e, entre familiares com entes queridos internados em CP $\alpha = 0,88$ (IC95%: 0,84 – 0,91) para a comunicação geral e $\alpha = 0,80$ (IC95%: 0,73 – 0,85) para comunicação sobre terminalidade de vida.

4.4.3 Confiabilidade de acordo com a TG

Os resultados das análises do desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$] estão apresentados na Tabela 5. Os resultados da análise que envolveu o desenho aninhado de duas facetas [$(p : h) \times i$] estão ilustrados na Tabela 6. Estas análises foram conduzidas para o total de familiares participantes, para o grupo de familiares com seus entes queridos em cuidados intensivos e paliativos.

Tabela 5 – Resultados da análise que envolveu desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$] para familiares de pacientes internados.

TOTAL DE PACIENTES						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
	ESTUDO G					
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas (p)</i>	2,112	9,9	1,593	52,1	4,557	22,6
<i>Itens (i)</i>	10,732	50,2	0,042	1,4	2,973	14,7
<i>Residual</i>	8,549	40,0	1,424	46,5	12,655	62,7
	ESTUDO D					
<i>Pessoas (p)</i>	2,112	58,7	1,593	86,7	4,557	67,1
<i>Itens (i)</i>	0,826	23,0	0,007	0,4	0,425	6,3
<i>Residual</i>	0,658	18,3	0,237	12,9	1,808	26,6
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,76	$E\rho^2$	0,87	$E\rho^2$	0,72
	ϕ	0,59	ϕ	0,87	ϕ	0,67
CUIDADOS INTENSIVOS						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
	ESTUDO G					
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas (p)</i>	0,963	4,5	1,163	48,3	0,53	0,53
<i>Itens (i)</i>	12,410	57,9	0,106	4,4	0,45	0,45
<i>Residual</i>	8,064	37,6	1,138	47,3	0,53	0,53
	ESTUDO D					
<i>Pessoas (p)</i>	0,963	38,0	1,163	84,9	2,071	45,2
<i>Itens (i)</i>	0,955	37,6	0,018	1,3	0,690	15,1
<i>Residual</i>	0,620	24,4	0,190	13,8	1,817	39,7
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,61	$E\rho^2$	0,86	$E\rho^2$	0,53
	ϕ	0,38	ϕ	0,85	ϕ	0,45
CUIDADOS PALIATIVOS						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	

ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas (p)</i>	3,161	14,8	2,000	54,6	6,831	32,9
<i>Itens (i)</i>	9,591	44,9	0,041	1,1	1,956	9,4
<i>Residual</i>	8,632	40,4	1,621	44,3	11,967	57,7
ESTUDO D						
<i>Pessoas (p)</i>	3,161	69,3	2,000	87,8	6,831	77,4
<i>Itens (i)</i>	0,738	16,2	0,007	0,3	0,279	3,2
<i>Residual</i>	0,664	14,6	0,270	11,9	1,710	19,4
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,83	$E\rho^2$	0,88	$E\rho^2$	0,80
	ϕ	0,69	ϕ	0,88	ϕ	0,77

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: σ^2 = variância, % = porcentagem da variância.

Tabela 6 – Resultados da análise que envolveu desenho aninhado de duas facetas [(*p* : *h*) x *i*] para familiares de pacientes internados.

TOTAL DE PACIENTES						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas:Hospitais</i>	2,080	9,4	1,586	51,5	4,516	21,3
<i>Itens:Hospitais</i>	0,470	2,1	0,043	1,4	0,821	3,9
<i>Itens</i>	11,362	51,2	0,045	1,5	3,683	17,4
<i>Hospitais</i>	0,055	0,2	0,014	0,5	0,075	0,4
<i>Residual</i>	8,227	37,1	1,390	45,2	12,082	57,1
ESTUDO D						
<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,002	0,0	0,002	2,5	0,005	0,1
<i>Itens:Hospitais</i>	0,094	0,8	0,009	13,3	0,164	4,2
<i>Itens</i>	11,362	98,7	0,045	69,0	3,683	93,8
<i>Hospitais</i>	0,011	0,1	0,003	4,4	0,015	0,4
<i>Residual</i>	0,042	0,4	0,007	10,8	0,061	1,6
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,99	$E\rho^2$	0,74	$E\rho^2$	0,94
	ϕ	0,99	ϕ	0,69	ϕ	0,94
CUIDADOS INTENSIVOS						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,816	3,8	1,087	44,8	1,814	9,2
<i>Itens:Hospitais</i>	0,422	2,0	0,021	0,9	0,695	3,5
<i>Itens</i>	12,286	57,3	0,096	4,0	4,739	24,0
<i>Hospitais</i>	0,167	0,8	0,098	4,0	0,303	1,5
<i>Residual</i>	7,758	36,2	1,123	46,3	12,215	61,8
ESTUDO D						
<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,002	0,0	0,003	2,1	0,005	0,1
<i>Itens:Hospitais</i>	0,106	0,8	0,005	3,7	0,174	3,4

<i>Itens</i>	12,286	98,1	0,096	68,3	4,739	92,5
<i>Hospitais</i>	0,042	0,3	0,025	17,4	0,076	1,5
<i>Residual</i>	0,002	0,0	0,012	8,6	0,131	2,6
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,98	$E\rho^2$	0,85	$E\rho^2$	0,94
	ϕ	0,98	ϕ	0,68	ϕ	0,93

CUIDADOS PALIATIVOS

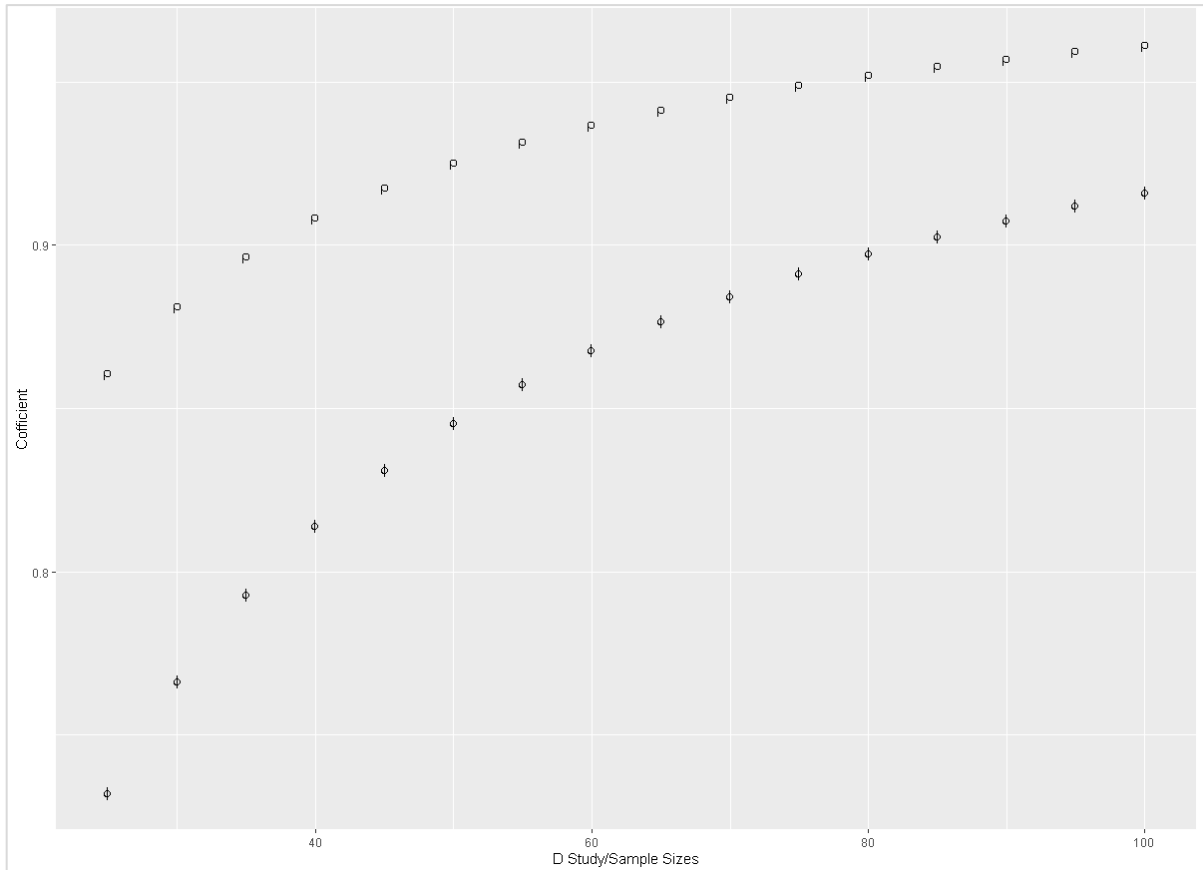
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
	ESTUDO G					
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas:Hospitais</i>	3,122	14,7	1,941	53,3	6,575	31,6
<i>Itens:Hospitais</i>	0,542	2,6	0,017	0,5	0,892	4,3
<i>Itens</i>	9,408	44,4	0,028	0,8	0,295	1,4
<i>Hospitais</i>	0,030	0,1	0,039	1,1	1,836	8,8
<i>Residual</i>	8,071	38,1	1,941	44,4	6,575	53,8
	ESTUDO D					
<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,030	0,3	0,003	4,7	0,009	0,4
<i>Itens:Hospitais</i>	0,042	0,4	0,003	4,3	0,127	6,0
<i>Itens</i>	9,408	98,4	0,005	7,3	0,042	2,0
<i>Hospitais</i>	0,002	0,0	0,039	60,0	1,836	86,6
<i>Residual</i>	0,077	0,8	0,003	23,7	0,009	5,0
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,99	$E\rho^2$	0,68	$E\rho^2$	0,89
	ϕ	0,98	ϕ	0,60	ϕ	0,86

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: σ^2 = variância, % = porcentagem da variância.

Observando a Figura 1, nota-se que seriam necessários 40 participantes para alcançar um valor acima de 0,90 para Coeficiente G $E\rho^2$ e aproximadamente 85 participantes para obter esse mesmo valor para o Coeficiente G ϕ .

Figura 1 – Coeficientes G para um desenho cruzado de uma faceta para maximizar a confiabilidade do QoC em estudos futuros com familiares de pacientes internados.

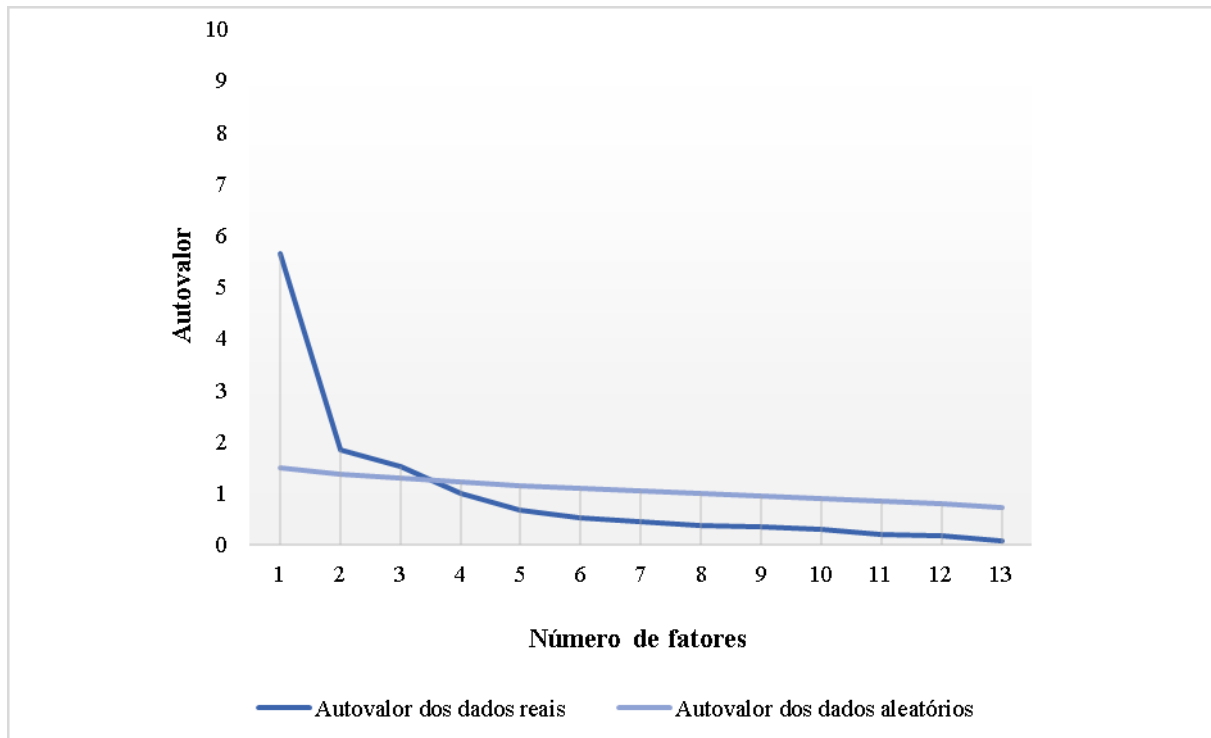


Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC = *Quality of Communication Questionnaire*; ρ e ϕ = Coeficientes G.

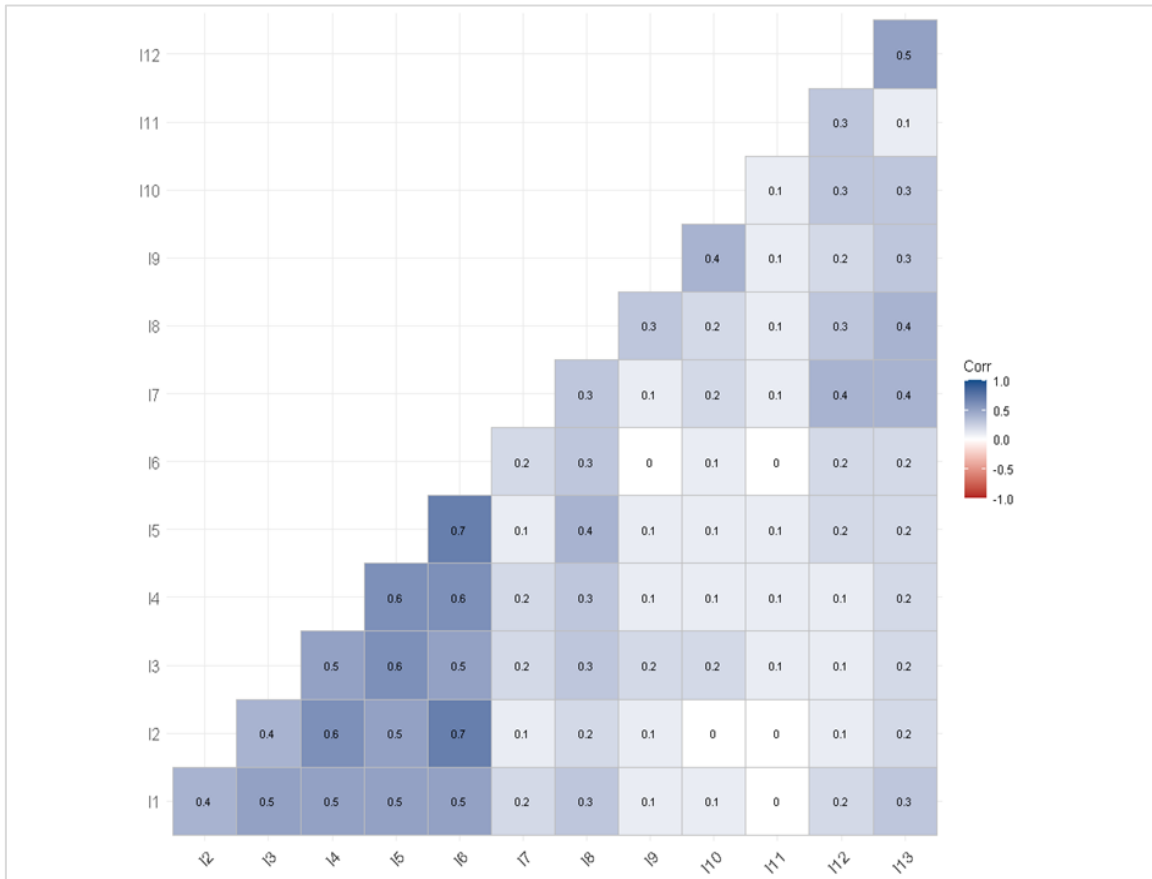
4.4.4 Análise Fatorial Exploratória

A fatorabilidade da matriz foi favorável, de acordo com os resultados dos testes de esfericidade de Bartlett foi de $894,0 - gl = 78$; $p < 0,001$ e $KMO = 0,84$ (IC95%: 0,83 – 0,88). A análise paralela confirmou a estrutura de dois fatores que explicam 62,55% do total da variância – no *Scree Plot* que está apresentado na Figura 2, observa-se apenas 2 fatores com autovalor dos dados reais maior que o autovalor dos dados aleatórios. Estes fatores apresentaram correlação moderada e positiva entre si $r = 0,42$ e a matriz de correlação está apresentada na Figura 3.

Figura 2 – *Scree Plot* do conjunto de dados do total de familiares de pacientes internados.

Fonte: da autora, 2021.

Figura 3 – Matriz de correlação^a para o conjunto de dados do total de familiares de pacientes internados.



Fonte: da autora, 2021.

Nota: ^a Correlação policórica com estimador *Diagonal Weighted Least Squares* (DWLS).

As cargas fatoriais, que apresentaram valores acima de 0,30 do QoC para familiares por local de internação do paciente são dispostas na Tabela 7. Destaca-se nesta tabela que um item (11) não alcançou carga fatorial com valor mínimo preestabelecido quando analisado para o grupo CI, este item apresentou carga fatorial de 0,22.

Tabela 7 – Solução fatorial do QoC para familiares de pacientes internados.

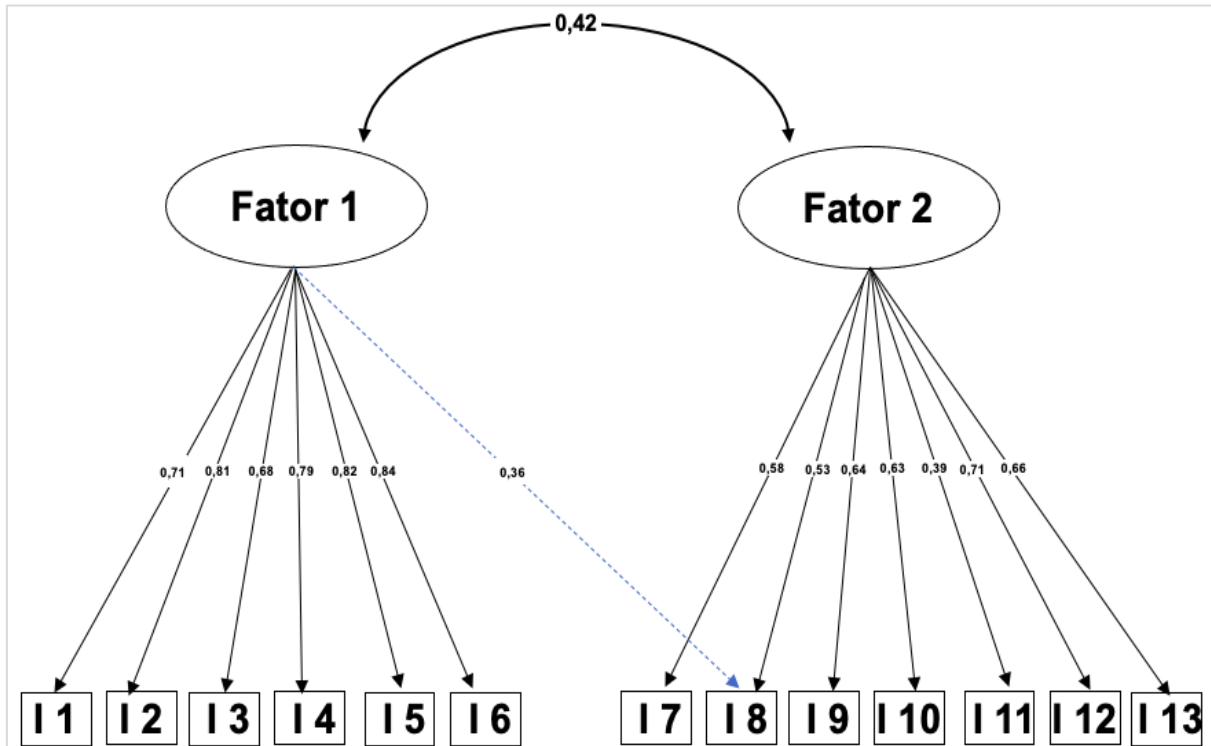
Itens	Local da internação dos pacientes ^a			
	CI		CP	
	F1	F2	F1	F2
1	0,70		0,76	
2	0,84		0,78	
3	0,61		0,72	
4	0,82		0,82	
5	0,72		0,86	
6	0,91		0,80	
7		0,47		0,64
8		0,54	0,38	0,59
9		0,49		0,73
10		0,37		0,76
11	-	-		0,43
12		0,63		0,75
13		0,74		0,69

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC = *Quality of Communication Questionnaire*; CI = cuidados intensivos; CP = cuidados paliativos; F1 = Fator 1; F2 = Fator 2.

A Figura 4 mostra a estrutura fatorial com as cargas fatoriais do modelo avaliado e considerado plausível segundo resultados dos índices de qualidade de ajuste para o total de participantes: χ^2 / gl foi de 2,18, RMSEA de 0,07 (IC90%: 0,06 – 0,08), TLI de 0,95 (IC95%: 0,92 – 0,97) e CFI foi de 0,96 (IC95%: 0,94 – 0,98). Apenas um item (8) apresentou padrão de carga cruzada acima de 0,30 entre os fatores no grupo CP, contudo, este item se manifestou mais fortemente no Fator 2. A versão para familiares de pacientes internados adaptada para o uso no Brasil e com evidências de validade está disponível no Apêndice D.

Figura 4 – Modelo fatorial simples do QoC proposto para o conjunto de dados do total de familiares de pacientes internados



Fonte: da autora, 2021.

Abreviatura: QoC = *Quality of Communication Questionnaire*.

Nota: setas contínuas indicam as cargas fatoriais; seta tracejada representa padrão de carga cruzada acima de 0,30.

4.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO MÉDICA PELOS PACIENTES INTERNADOS EM UCI E EM CUIDADOS PALIATIVOS

Participaram desta etapa, 253 pacientes, destes, 103 (40,6%) estavam internados em CI e 150 (59,4%) em acompanhamento paliativo divididos em 3 grupos: 50 internados em CP do CEPON, 50 na DIP do HNR e 50 na UTD do HU. O tempo de internação para pacientes internados em CI foi de 9,39 (DP=10,7) dias e para pacientes em CP foi de 7,53 (10,3) dias. O perfil completo desses participantes pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 – Perfil dos 253 pacientes e que participaram da etapa da evidência de validade do QoC.

Características	n (%)^a
Sexo	
Masculino	144 (56,9)
Feminino	109 (43,1)
Estado civil	
Solteiros	99 (39,1)
Casado sou em união estável	113 (44,7)
Divorciados	23 (9,1)
Viúvos	18 (7,1)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	44 (17,4)
Ensino fundamental completo	77 (30,4)
Ensino médio incompleto	36 (14,2)
Ensino médio completo	40 (15,8)
Ensino superior incompleto	34 (13,4)
Ensino superior completo	22 (8,7)
Principais causas da internação em CI	
Cardiovascular	27 (26,2)
Gastroenterologia	14 (13,6)
Neurologia	5 (4,9)
Pneumologia	26 (25,2)
Sepse	5 (4,9)
Nephrologia	5 (4,9)
Trauma	8 (7,7)
Outras	13 (12,6)
Principais causas para CP^a	
Doença neoplásica	50 (33,3)
Doença renal crônica	50 (33,3)
Síndrome da imunodeficiência Adquirida	50 (33,3)

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC = *Quality of Communication Questionnaire* ; n = número; % = porcentagem; CI = cuidados intensivos; CP = cuidados paliativos.

Nota: ^a Porcentagens nem sempre totalizam 100% devido ao arredondamento para uma casa decimal.

Na Tabela 9 estão apresentados os escores médios dos itens que compõem o QoC, bem como de suas subescalas, descritos para todos os pacientes e por local de internação. Não houve diferença significativa entre os participantes homens [M = 5,53 (DP = 1,65)] e mulheres [M = 5,49 (DP = 1,65)], $t(251) = 0,191$; $p = 0,858$.

Tabela 9 – Escores dos itens que compõem o QoC, versão brasileira, respondidos por 253 pacientes internados.

"Ao falar com o (a) médico (a) questões importantes como você ficar mais doente, o quanto ele/ela é bom em:"	Local de internação					
	CI (n=103) ^{b, c}		CP (n=150) ^{d, e}		Total (n=253)	
	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)
1. Usar palavras que você consiga compreender.	8,1 (2,1)	8,0 (7,0-10,0)	8,8 (1,9)	10,0 (8,0-10,0)	8,5 (2,0)	10,0 (8,0-10,0)
2. Olhar em seus olhos.	9,0 (1,3)	10,0 (8,0-10,0)	9,0 (1,9)	10,0 (9,0-10,0)	9,0 (1,7)	10,0 (8,0-10,0)
3. Responder todas as dúvidas sobre a sua doença.	8,1 (2,2)	8,0 (7,0-10,0)	8,8 (2,4)	10,0 (9,0-10,0)	8,5 (2,4)	10,0 (8,0-10,0)
4. Ouvir o que você tem a dizer.	8,5 (1,8)	9,0 (7,0-10,0)	9,2 (1,8)	10,0 (9,0-10,0)	8,9 (1,8)	10,0 (8,0-10,0)
5. Preocupar-se com você como pessoa.	9,1 (1,9)	10,0 (9,0-10,0)	8,6 (2,6)	10,0 (8,0-10,0)	8,8 (2,3)	10,0 (8,0-10,0)
6. Dar atenção plena você.	8,8 (1,6)	10,0 (8,0-10,0)	9,0 (1,9)	10,0 (8,8-10,0)	8,9 (1,8)	10,0 (8,0-10,0)
7. Falar sobre seus sentimentos você piorar.	1,2 (3,1)	0,0 (0,0-0,0)	3,7 (4,6)	0,0 (0,0-10,0)	2,7 (4,2)	0,0 (0,0-7,5)
8. Dar detalhes sobre a sua condição, se acaso você piorar.	5,1 (4,2)	7,0 (0,0-9,0)	5,6 (4,6)	8,0 (0,0-10,0)	5,4 (4,4)	7,0 (0,0-10,0)
9. Falar sobre quanto tempo você tem de vida.	1,3 (3,3)	0,0 (0,0-0,0)	2,0 (3,9)	0,0 (0,0-0,0)	1,7 (3,7)	0,0 (0,0-0,0)
10. Falar sobre como o morrer poderia ser.	2,1 (4,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,7 (2,5)	0,0 (0,0-0,0)	1,2 (3,3)	0,0 (0,0-0,0)
11. Envolver você nas discussões do tratamento para seu o cuidado.	1,6 (3,6)	0,0 (0,0-0,0)	3,6 (4,6)	0,0 (0,0-10,0)	2,8 (4,3)	0,0 (0,0-8,0)
12. Perguntar sobre coisas importantes na sua vida.	2,0 (3,7)	0,0 (0,0-0,0)	4,2 (4,7)	0,0 (0,0-10,0)	3,3 (4,5)	0,0 (0,0-9,0)

13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.	1,7 (3,7)	0,0 (0,0-0,0)	2,0 (4,0)	0,0 (0,0-0,0)	1,9 (3,9)	0,0 (0,0-0,0)
QoC para pacientes	5,1 (1,3) ^f	5,1 (4,3-5,8)	5,8 (1,8) ^f	5,5 (4,6-6,9)	5,5 (1,6) ^f	5,4 (4,4-6,6)
Subescala de comunicação geral	8,6 (1,4)	8,8 (7,8-9,7)	8,9 (1,6)	9,7 (8,6-10,0)	8,8 (1,5) ^f	9,3 (8,2-10,0)
Subescala de comunicação em cuidados paliativos	2,1 (1,8)	1,4 (0,9-2,9)	3,1 (2,5)	2,9 (1,1-4,6)	2,7 (2,3) ^f	2,3 (1,0-4,3)

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC = *Quality of Communication Questionnaire*; n = número; % = porcentagem, CI = cuidados intensivos; CP = cuidados paliativos.

Nota: ^b Itens Respondidos "não fez": item 3 (n = 3); item 5 (n = 1); item 7 (n = 89); item 8 (n = 38); item 9 (n = 89); item 10 (n = 81); item 11 (n = 86); item 12 (n = 80) e item 13 (n = 85).

^c Item 5 teve 8 respostas "não sei", substituídas pela mediana dos escores do indivíduo.

^d Itens Respondidos "não fez": item 2 (n = 1); item 3 (n = 6); item 4 (n = 1); item 5 (n = 8); item 6 (n = 2); item 7 (n = 87); item 8 (n = 57); item 9 (n = 117); item 10 (n = 140); item 11 (n = 91); item 12 (n = 83) e item 13 (n = 120).

^e Item 5 apresentou 6 respostas "não sei" substituídas pela mediana dos escores do indivíduo.

^f variáveis com distribuição não normal.

4.6 FONTES DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO QOC PARA PACIENTES

4.6.1 Confiabilidade com abordagem TCT

O Coeficiente alfa (α) de Cronbach calculado para o total de pacientes foi $\alpha = 0,87$ (IC95%: 0,82 – 0,90) para subescala de comunicação geral e $\alpha = 0,65$ (IC95%: 0,56 – 0,71) para subescala de comunicação sobre terminalidade de vida. As subescalas quando avaliada para os participantes em CI, o valor foi $\alpha = 0,84$ (IC95%: 0,76 – 0,89) para comunicação geral e $\alpha = 0,51$ (IC95%: 0,32 – 0,63) para comunicação sobre terminalidade de vida e, quando avaliada para pacientes em CP, o valor para a comunicação geral foi $\alpha = 0,88$ (IC95%: 0,84 – 0,91) e para comunicação sobre terminalidade de vida $\alpha = 0,71$ (IC95%: 0,73 – 0,85).

4.6.2 Confiabilidade de acordo com a TG

A Tabela 10 ilustra os resultados das análises do desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$]. Na Tabela 11 estão dispostos os resultados da análise que envolveu o desenho aninhado de duas facetas [$(p : h) \times i$] e os resultados estão ilustrados na Tabela 12. Estas análises foram conduzidas para o total de pacientes participantes, para o grupo de pacientes em cuidados intensivos e paliativos.

Tabela 10 – Resultado de um desenho cruzado de uma faceta [$p \times i$] para pacientes internados.

TOTAL DE PACIENTES						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas (p)</i>	2,083	9,7	1,912	48,3	3,670	19,3
<i>Itens (i)</i>	10,421	48,6	0,046	1,2	1,902	10,0
<i>Residual</i>	8,951	41,7	2,000	50,5	13,469	70,7
ESTUDO D						
<i>Pessoas (p)</i>	2,083	58,3	1,912	84,9	3,670	62,6
<i>Itens (i)</i>	0,802	22,4	0,008	0,3	0,272	4,6
<i>Residual</i>	0,689	19,3	0,333	14,8	1,924	32,8
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,75	$E\rho^2$	0,85	$E\rho^2$	0,65
	ϕ	0,58	ϕ	0,85	ϕ	0,63
CUIDADOS INTENSIVOS						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas (p)</i>	1,409	6,7	1,250	38,4	2,468	14,0
<i>Itens (i)</i>	11,143	53,4	0,286	8,8	2,032	11,6
<i>Residual</i>	8,329	39,9	1,721	52,8	13,072	74,4
ESTUDO D						
<i>Pessoas (p)</i>	1,409	48,5	1,250	78,9	2,468	53,4
<i>Itens (i)</i>	0,857	29,5	0,048	3,0	0,290	6,3
<i>Residual</i>	0,641	22,0	0,287	18,1	1,867	40,4
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,69	$E\rho^2$	0,82	$E\rho^2$	0,57
	ϕ	0,49	ϕ	0,79	ϕ	0,53
CUIDADOS PALIATIVOS						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	

ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas (p)</i>	2,540	11,6	2,383	53,5	4,540	22,6
<i>Itens (i)</i>	10,402	47,6	0,022	0,5	2,646	13,2
<i>Residual</i>	8,902	40,8	0,342	46,0	12,909	64,2
ESTUDO D						
<i>Pessoas (p)</i>	2,540	63,1	2,383	87,3	4,540	67,1
<i>Itens (i)</i>	0,800	19,9	0,004	0,1	0,378	5,6
<i>Residual</i>	0,685	17,0	0,342	12,5	1,844	27,3
Coeficientes G						
	$E\rho^2$	0,79	$E\rho^2$	0,87	$E\rho^2$	0,71
	ϕ	0,63	ϕ	0,87	ϕ	0,67

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: σ^2 – variância, % – porcentagem da variância.

Tabela 11 – Resultado de um desenho aninhado de duas facetas $[(p : h) \times i]$ para pacientes internados.

TOTAL DE PACIENTES						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas:Hospitais</i>	1,973	9,1	2,032	49,3	3,401	18,6
<i>Itens:Hospitais</i>	0,308	1,4	7,544	1,8	0,542	3,0
<i>Itens</i>	10,764	49,8	2,814	0,7	1,647	9,0
<i>Hospitais</i>	0,096	0,4	3,552	0,0	0,151	0,8
<i>Residual</i>	8,465	39,2	1,983	48,1	12,542	68,6
ESTUDO D						
<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,002	0,0	1,607	3,1	0,003	0,1
<i>Itens:Hospitais</i>	0,062	0,6	1,509	28,6	0,108	5,9
<i>Itens</i>	10,764	98,9	2,814	53,4	1,647	89,6
<i>Hospitais</i>	0,019	0,2	7,104	0,0	0,030	1,6
<i>Residual</i>	0,033	0,3	7,837	14,9	0,050	2,7
Coefficientes G						
	$E\rho^2$	0,99	$E\rho^2$	0,55	$E\rho^2$	0,91
	ϕ	0,99	ϕ	0,53	ϕ	0,90
CUIDADOS INTENSIVOS						
	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
ESTUDO G						
Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas:Hospitais</i>	1,138	5,4	1,537	42,9	1,650	10,8
<i>Itens:Hospitais</i>	0,123	0,6	0,095	2,7	0,143	0,9
<i>Itens</i>	12,122	57,7	0,138	3,9	1,713	11,2
<i>Hospitais</i>	0,000	0,0	0,000	0,0	0,013	0,1
<i>Residual</i>	7,638	36,3	1,815	50,6	11,772	77,0
ESTUDO D						
<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,003	0,0	0,004	2,0	0,004	0,2

<i>Itens:Hospitais</i>	0,031	0,3	0,024	12,9	0,036	1,9
<i>Itens</i>	12,122	99,1	0,138	75,4	1,713	91,6
<i>Hospitais</i>	0,000	0,0	0,000	0,0	0,003	0,2
<i>Residual</i>	0,074	0,6	0,018	9,6	0,114	6,1

Coefficientes G

$E\rho^2$	0,99	$E\rho^2$	0,77	$E\rho^2$	0,92
ϕ	0,99	ϕ	0,75	ϕ	0,91

CUIDADOS PALIATIVOS

	Escala Total		1a Subescala		2a Subescala	
--	--------------	--	--------------	--	--------------	--

ESTUDO G

Fontes	σ^2	%	σ^2	%	σ^2	%
<i>Pessoas:Hospitais</i>	2,482	5,4	2,366	53,0	4,473	22,2
<i>Itens:Hospitais</i>	0,082	0,6	0,000	0,0	0,209	1,0
<i>Itens</i>	10,374	57,7	0,022	0,5	2,576	12,8
<i>Hospitais</i>	0,087	0,0	0,026	0,6	0,099	0,5
<i>Residual</i>	8,847	36,3	2,050	45,9	12,769	63,4

ESTUDO D

<i>Pessoas:Hospitais</i>	0,006	0,0	0,005	10,6	0,010	0,4
<i>Itens:Hospitais</i>	0,027	0,3	0,000	0,0	0,070	2,5
<i>Itens</i>	10,374	99,1	0,022	44,7	2,576	92,9
<i>Hospitais</i>	0,029	0,0	0,009	17,2	0,033	1,2
<i>Residual</i>	0,059	0,6	0,014	27,6	0,085	3,1

Coefficientes G

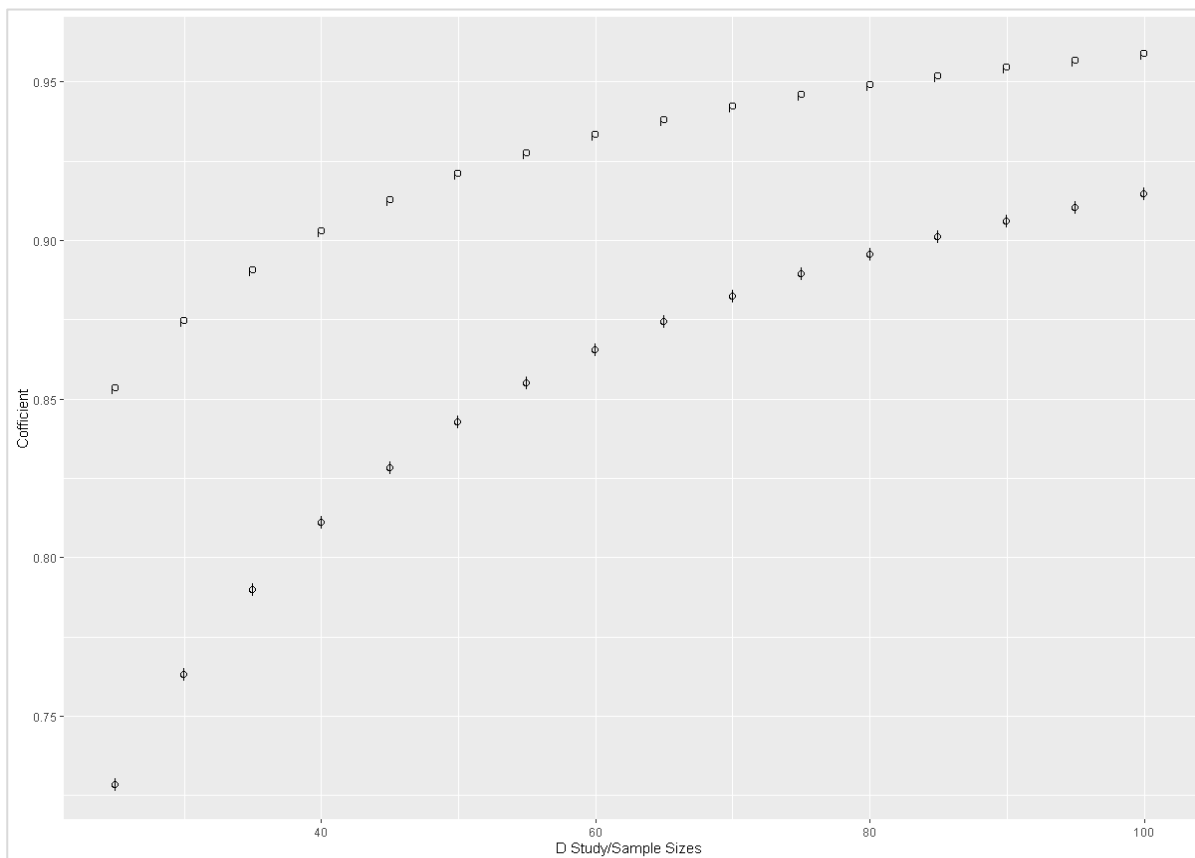
$E\rho^2$	99	$E\rho^2$	0,62	$E\rho^2$	0,94
ϕ	99	ϕ	0,45	ϕ	0,93

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: σ^2 – variância, % – porcentagem da variância.

Examinando a Figura 5, percebe-se que seriam necessários 40 participantes para alcançar um valor acima de 0,90 para Coeficiente G $E\rho^2$, entretanto, para obter esse mesmo valor para o Coeficiente G ϕ seria exigido que a amostra fosse composta em torno de 85 indivíduos.

Figura 5 – Coeficientes G para um desenho cruzado de uma faceta para maximizar a confiabilidade do QoC em estudos futuros com pacientes.



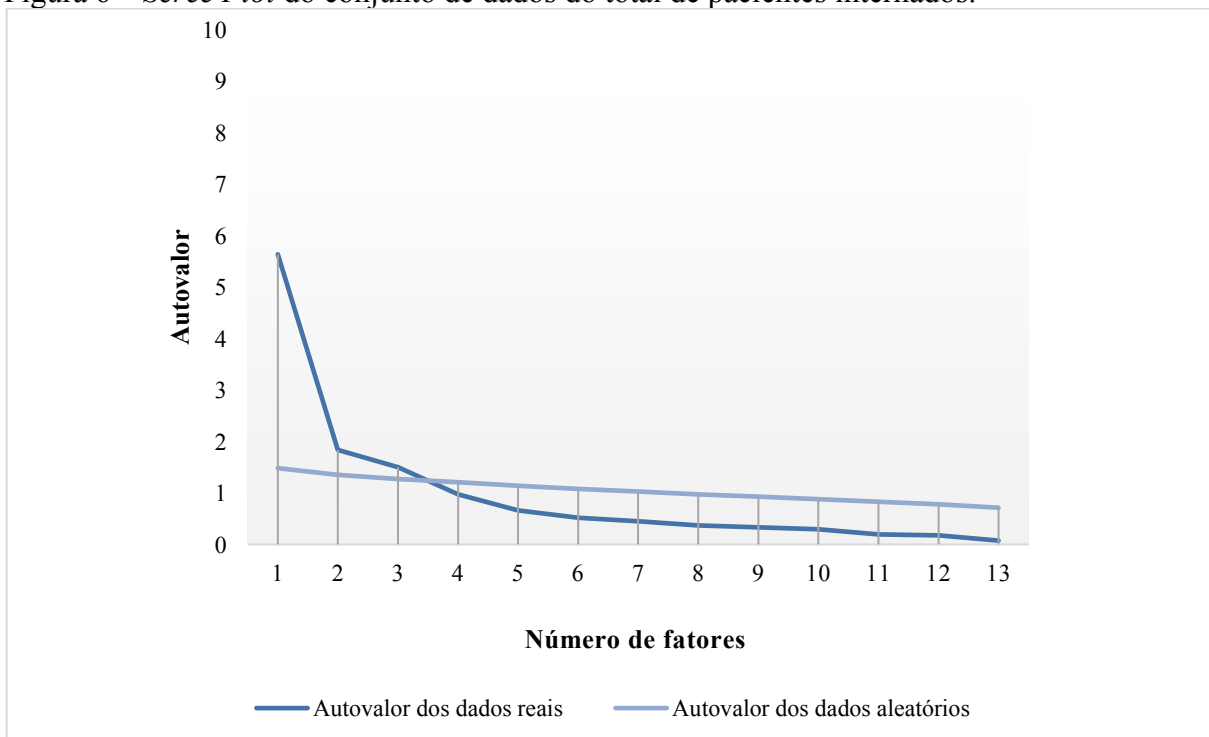
Fonte: da autora, 2021.

Abreviatura: QoC – *Quality of Communication Questionnaire*; ρ e ϕ – Coeficientes G.

4.6.3 Análise Fatorial Exploratória

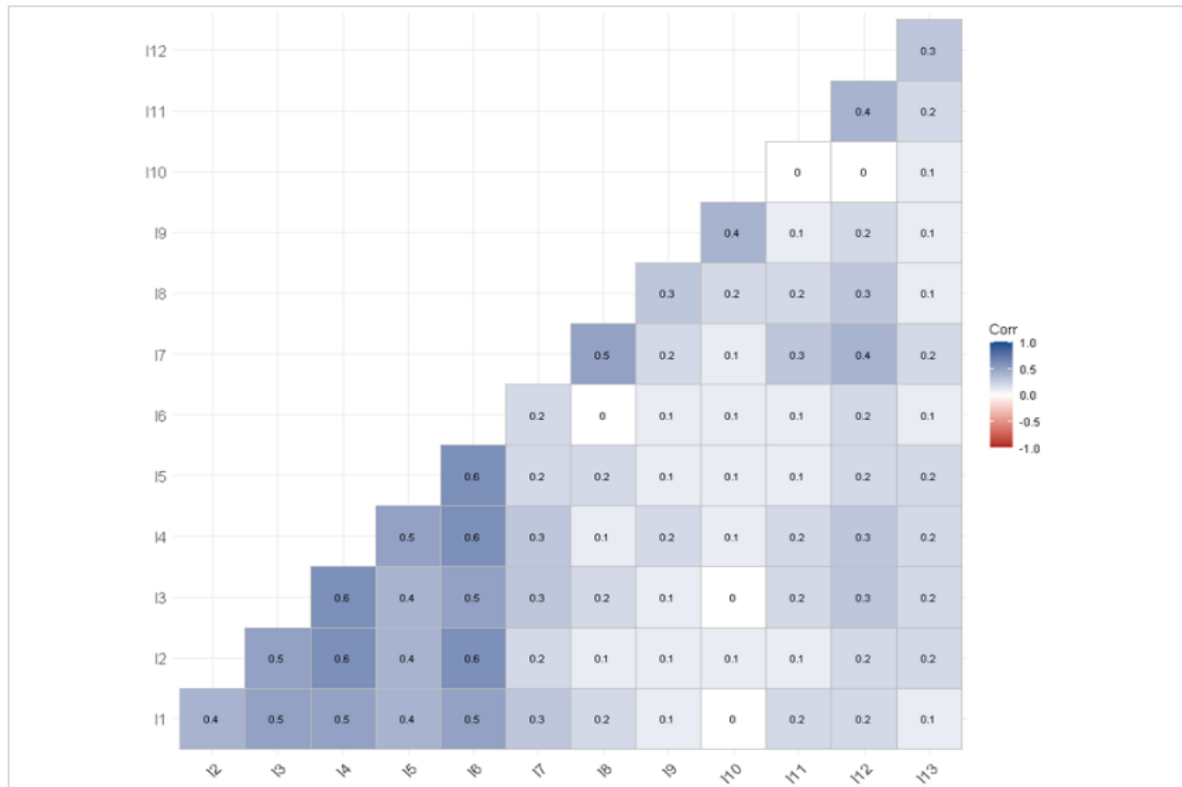
O resultado do teste de KMO foi igual a 0,76 (IC95%: 0,77 – 0,79) e da esfericidade de Bartlett foi de 2098,1; $p < 0,001$). Por meio da análise paralela, dois fatores foram retidos que juntos explicam 59,91% da variância total explicada. A Figura 6 ilustra o *Scree Plot* do conjunto de dados, podendo ser observado que apenas 2 fatores apresentaram autovalor dos dados reais maior que o autovalor dos dados aleatórios. Os fatores mostraram correlação moderada entre si $r = 0,50$ e a matriz de correlação está apresentada na Figura 7.

Figura 6 – *Scree Plot* do conjunto de dados do total de pacientes internados.



Fonte: da autora, 2021.

Figura 7 – Matriz de correlação^a para o conjunto de dados do total de pacientes internados



Fonte: da autora, 2021.

Nota: ^a Correlação policórica com estimador *Diagonal Weighted Least Squares* (DWLS).

Na Tabela 12, estão mostrados os resultados acerca das cargas fatoriais por local de internação. A Figura 8 ilustra a estrutura fatorial com as cargas fatoriais do modelo avaliado para o total de participantes, destaca-se nesta mesma tabela que os itens 8 e 12 apresentaram padrão de carga cruzada acima de 0,30, que, também carregaram melhor no Fator 2. Este modelo mostrado, apresentou índices de qualidade de ajuste muito bons os quais foram RMSEA de 0,07 (IC90%: 0,04 – 0,08), TLI de 0,97 (IC95%: 0,95 – 0,98), CFI de 0,98 (IC95%: 0,97 – 0,99) e a razão de χ^2 / gl de 1,33 – apresentando, portanto, uma estrutura bem definida. A versão para pacientes internados com evidências de validade está disponível no Apêndice E.

Tabela 12 – Solução fatorial do QoC para pacientes internados.

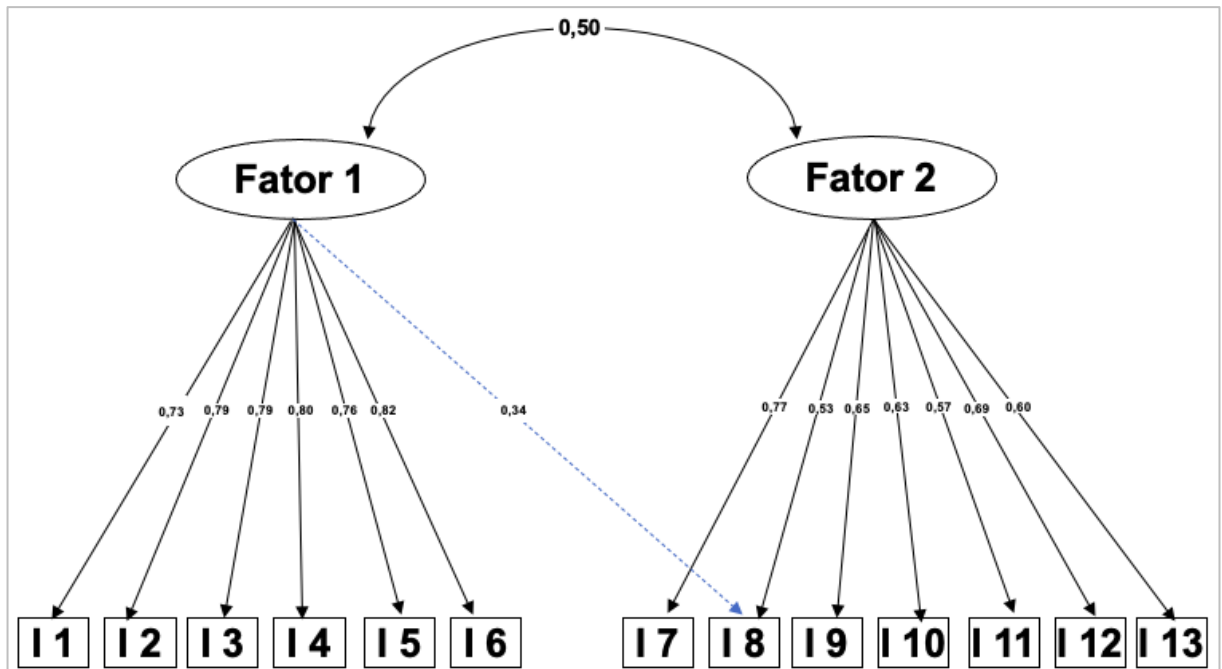
Itens	Unidade de internação			
	CI		CP	
	F1	F2	F1	F2
1	0,64		0,73	
2	0,75		0,75	
3	0,75		0,78	
4	0,75		0,77	
5	0,66		0,80	
6	0,76		0,78	
7		0,86	0,32	0,65
8		0,33	0,43	0,55
9		0,67		0,62
10		0,55	-0,34^a	0,75
11		0,68		0,46
12		0,57	0,43^a	0,68
13		0,57		0,65

Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC: *Quality of Communication Questionnaire*; CI: cuidados intensivos; CP: cuidados paliativos; F1: Fator 1; F2: Fator 2.

Nota: ^a padrão de carga cruzada acima de 0,30.

Figura 8 – Modelo fatorial simples do QoC proposto para o conjunto de dados do total de pacientes internados.



Fonte: da autora, 2021.

Abreviaturas: QoC = *Quality of Communication Questionnaire*.

Nota: setas contínuas indicam as cargas fatoriais; setas tracejadas representam padrão de carga cruzada acima de 0,30.

5 DISCUSSÃO

Este estudo adaptou culturalmente a versão do QoC para familiares de pacientes internados e examinou as fontes de evidências de validade para esta versão e para a versão brasileira, previamente adaptada,⁸³ para pacientes internados. No que se refere à versão QoC para familiares, os itens foram considerados claros e culturalmente apropriados pelos familiares na fase pré-teste e igualmente pelo painel de juízes especialistas, que também avaliaram o construto adaptado na etapa de validade do conteúdo.

Quanto a avaliação da comunicação médica tanto na percepção pacientes quanto de seus familiares, as médias dos itens que compõem o QoC computadas para todos os conjuntos de dados variaram, respectivamente de 5,5 a 5,9 e 5,1 a 5,8. Já quando avaliadas as subescalas, os itens que compõem a subescala 1 (Comunicação geral) as médias ficaram entre 8,6 e 9,7 para pacientes e 8,7 a 9,7 para familiares. Os itens que compõem a subescala 2 (Comunicação sobre cuidados paliativos) as médias apresentaram valores extremamente baixos, os quais foram 1,4 a 3,1 para pacientes e 2,9 a 3,3 para familiares. Esses valores, independentemente do local de internação, foram devido à alta frequência de respostas para a opção “*não fez*”. Conforme metodologia dos autores,⁸⁷ para esta opção de resposta o valor imputado é zero.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos em relação à subescala 2. Jo e colaboradores,¹⁴⁸ constataram a variação de 0,6 a 5,8 na média dos itens que compõem essa subescala entre pacientes internados em CI e Elgenberg e colaboradores, constataram variação entre 1,5 e 5,5 na média destes itens em pacientes em cuidados paliativos.⁶⁸ Hanson e colaboradores,⁴¹ em pesquisa com o uso do QoC com familiares de pacientes com demência avançada, ainda que um estudo de intervenção, não obtiveram valores superiores 3,9. Assim como em nosso estudo, Janssen e colaboradores,^{81,149} que conduziram dois estudos com o uso do QoC, ressaltaram que os escores baixos nesta subescala foram ocasionados pela opção “*não fez*” por muitos pacientes.

Portanto, infere-se que, independentemente da cultura, temas importantes sobre a cuidados paliativos não têm sido abordados na comunicação entre médico e paciente.

No que se refere à consistência interna do QoC, a versão brasileira para o total de pacientes mostrou valor de $\alpha = 0,80$, bem acima do valor encontrado pelos autores do instrumento, que foi de $\alpha = 0,55$ com pacientes em cuidados paliativos.⁶⁸ No entanto, as subescalas apresentaram valores abaixo do encontrado pelos autores, que em seu estudo

mostraram valores de $\alpha = 0,91$ para a subescala 1 e $\alpha = 0,79$ para a subescala 2, enquanto nossos achados foram $\alpha = 0,87$ e $\alpha = 0,65$ respectivamente.

A versão brasileira para o total de familiares apresentou $\alpha = 0,82$, um pouco abaixo comparado com o que Jo e colaboradores encontraram em seu estudo na Coreia $\alpha = 0,87$. Contudo eles não avaliaram as subescalas separadamente.¹⁴⁸ Nossos achados sugerem boa consistência interna também para a subescala 1 $\alpha = 0,88$ e para a subescala 2 $\alpha = 0,72$.

As duas versões – pacientes e familiares – quando submetidas a análise com a abordagem da TG apresentaram altos valores para os Coeficientes G. Entretanto, esperava-se que a maior fonte de variância fosse atribuída a “pessoas” já que estas têm natural variabilidade entre si, porém os resultados conduzidos com os dois desenhos – cruzado de uma faceta e aninhado de duas facetas – mostraram elevada fonte de variância para a faceta “itens”.

Quando avaliado para pacientes esses valores foram para desenho cruzado 48,6% e para desenho aninhado 49,8%, já para familiares os valores foram 50,2% para desenho cruzado e 51,2% para desenho aninhado. Esses resultados mostram uma inconsistência entre os itens e uma possível explicação para este resultado seria itens disfuncionais inseridos no instrumento.

Neste estudo, analisamos quantos questionários seriam necessários para alcançar valores de Ep^2 e ϕ pelo menos de 0,90 se houvesse a possibilidade de identificar os médicos a que se referem os pacientes e seus familiares, considerando que haveria sobreposição médico-paciente-família, o que não ocorreu no presente estudo. De posse dos resultados, observou-se que para maximizar a confiabilidade da versão do QoC para pacientes, uma amostra de 40 e 85 participantes seria necessária para alcançar Ep^2 e ϕ de 0,90, respectivamente. Do mesmo modo, para familiares o mesmo tamanho amostral – 40 e 85 indivíduos – para obter valores um pouco acima de 0,90 para Ep^2 e ϕ , nesta ordem.

Sobre a dimensionalidade, a análise paralela confirmou a retenção de 2 fatores para as duas versões do QoC, assemelhando-se com o instrumento original.

Quanto ao padrão de cargas cruzadas, entre o total de pacientes dois itens (8) “*Dar detalhes sobre a sua condição se acaso você piorar*” e (12) “*Perguntar sobre coisas importantes na sua vida*” apresentaram este padrão. Vale ressaltar que, a carga fatorial negativa apresentada no item 8, indica sentido oposto ao construto, além disso, ainda que limítrofe, carregou melhor na subescala 2, o item 12, no entanto, carregou positivamente nas duas subescalas, contudo, mais fortemente também na subescala 2.

Entre o total de familiares participantes, apenas um item (8) “*Dar detalhes sobre a sua condição se acaso você piorar*” apresentou padrão de carga cruzada maior que 0,30, mas, seu carregamento também foi mais forte na subescala 2.

O modelo proposto considerando o total de participantes – pacientes e familiares – apresentou altos índices de qualidade de ajuste, portanto, um modelo bem definido com fortes fontes de evidências de validade.

Este estudo teve algumas limitações. Primeira, a inclusão de pacientes que estavam internados em CI. Porém, a decisão por esta foi decorrente da existência de estudos com o QoC com pacientes internados nesse cenário. Considerou-se que incluir ambos os cenários de internação possibilitariam fazer comparações entre eles. Segunda, a não avaliação da estabilidade do QoC por teste-reteste. Entretanto, entre pacientes graves e/ou em cuidados paliativos, deveria ser considerado prioritariamente o quanto isso poderia causar-lhes desconforto. Terceiro, a não identificação do médico avaliado o que impactou nas análises envolvendo a Teoria da Generalizabilidade. Todavia, julgou-se que muitos indivíduos iriam negar a participação, tendo em vista a insegurança em termos de identificar o médico por sentirem de certa forma ameaçados e talvez amedrontados por refletir no tratamento. Quarta, a inclusão apenas de instituições públicas, uma vez que é provável que o padrão de comportamento do médico da rede privada seja diferente, para melhor.

Como ponto forte, este foi o primeiro estudo com objetivo de disponibilizar um instrumento com a capacidade de avaliar a comunicação médico-paciente-família. Com uma aplicação prática e imediata, possibilita o uso do QoC em sua totalidade ou isoladamente para avaliar a comunicação geral ou comunicação sobre cuidados paliativos. E com base nos resultados, identificar quais aspectos estão sendo efetivos e o que pode ser melhorado nestes contextos.

Estudos futuros precisam ser conduzidos para realizar análise fatorial confirmatória. Também, usando-se a Teoria da Generalizabilidade conduzir novas análises com a inclusão do médico que fez a comunicação como uma das variáveis, podendo propiciar a análise do efeito da interação entre os itens da escala, os participantes, os coletores de dados e os médicos.

6 CONCLUSÃO

O *Quality of Communication Questionnaire* (QoC) é um instrumento com a capacidade de avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e médico-família. Composto por 13 itens que engloba duas subescalas, uma sobre comunicação geral e outra, comunicação sobre cuidados paliativos. Com ambas as versões adaptadas culturalmente para o uso no Brasil, o QoC apresentou fortes fontes de evidências de validade que, gerou dados confiáveis sobre a comunicação com a abordagem da TCT, porém quando avaliada à luz da TG a escala não se mostrou confiável devido a não identificação do médico.

Recomenda-se que estudos futuros envolvendo a Análise Fatorial Confirmatória por meio da TCT e com a possibilidade da identificação do médico, para que o instrumento possa ser avaliado também com a abordagem da TG.

REFERENCIAS

1. Albahri AH, Abushibs AS, Abushibs NS. Barriers to effective communication between family physicians and patients in walk-in centre setting in Dubai : a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1-13.
2. Sanders JJ, Curtis JR, Tulskey JA. Achieving Goal-Concordant Care: A Conceptual Model and Approach to Measuring Serious Illness Communication and Its Impact. *J Palliat Med.* 2018;21:17-27. doi:10.1089/jpm.2017.0459
3. Ferrell BR, Buller H. Palliative Care Communication: On Deeper Reflection. *J Palliat Med.* 2020;23(3):304-305. doi:10.1089/jpm.2019.0636
4. Karlsten MW, Ølnes MA, Heyn LG. Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nurs Crit Care.* 2018;24(3):115-131. doi:doi:10.1111/nicc.12377
5. D'Agostino TA, Atkinson TM, Latella LE, et al. Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2017;100(7):1247-1257. doi:10.1016/j.pec.2017.02.016
6. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, et al. Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2017;3(1):92-100. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4373
7. Riedl D, Schübler G. The influence of doctor-patient communication on health outcomes: A systematic review. *Z Psychosom Med Psychother.* 2017;63(2):131-150. doi:10.13109/zptm.2017.63.2.131
8. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):76-84. doi:10.3399/bjgp13X660814
9. Curtis JR, Ciechanowski PS, Downey L, et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemp Clin Trials.* 2012;33(6):1-21. doi:10.1016/j.cct.2012.06.010.Development
10. Visser M, Deliens L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: A systematic review. *Crit Care.* 2014;18(6):1-19. doi:10.1186/s13054-014-0604-z
11. Ma C, Riehm LE, Bernacki R, Paladino J, You JJ. Quality of clinicians' conversations with patients and families before and after implementation of the Serious Illness Care Program in a hospital setting: a retrospective chart review study. *C Open.* 2020;8(2):E448-E454. doi:10.9778/cmajo.20190193
12. You JJ, Dodek P, Lamontagne F, et al. What really matters in end-of-life discussions? Perspectives of patients in hospital with serious illness and their families. *Can Med Assoc J.* 2014;186(18):679-687.
13. O'Connor M, Watts KJ, Kilburn WD, et al. A Qualitative Exploration of Seriously Ill Patients' Experiences of Goals of Care Discussions in Australian Hospital Settings. *J Gen Intern Med.* 2020;35(12):3572-3580. doi:10.1007/s11606-020-06233-y
14. Hickman RL, Daly BJ, Lee E. Decisional conflict and regret: Consequences of surrogate decision making for the chronically critically ill. *Appl Nurs Res.* 2012;25(4):271-275. doi:10.1016/j.apnr.2011.03.003
15. Trees AR, Ohs JE, Murray MC. behavioral sciences Family Communication about End-of-Life Decisions and the Enactment of the Decision-Maker Role. *Behav Sci.* 2017;7(36):1-13. doi:10.3390/bs7020036
16. Morgan DJ, Scherer LD, Korenstein D. Improving Physician Communication about

- Treatment Decisions: Reconsideration of “risks vs Benefits.” *JAMA - J Am Med Assoc.* 2020;324(10):937-938. doi:10.1001/jama.2020.0354
17. Mousavinejad S, Kiani M, Bazmi S. Reviewing the Status of Professional Commitment Principles in the Physician-Patient Communication Models. *Int J Med Toxicol Forensic Med.* 2019;9(4):181-190. doi:10.32598/ijmtfm.v9i4.26133
 18. Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU: A systematic review. *Chest.* 2015;147(1):82-93. doi:10.1378/chest.14-1098
 19. Canale S Del, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med.* 2012;87(9):1243-1249. doi:10.1097/ACM.0b013e3182628fbf
 20. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;4:CD003267. doi:10.1002/14651858.CD003267
 21. Haverfield MC, Tierney A, Schwartz R, et al. Can Patient–Provider Interpersonal Interventions Achieve the Quadruple Aim of Healthcare? A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2020;35(7):2107-2117. doi:10.1007/s11606-019-05525-2
 22. Werbrouck A, Swinnen E, Kerckhofs E, Buyl R, Beckwée D, Wit L De. How to empower patients? A systematic review and meta-analysis. *Transl Behav Med.* 2018;8(5):660-674. doi:0.1093/tbm/iby064
 23. Olsson MM, Windsor C, Chambers S, Green TL. A Scoping Review of End-of-Life Communication in International Palliative Care Guidelines for Acute Care Settings. *J Pain Symptom Manage.* Published online 2020. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.11.032
 24. Scholz B, Goncharov L, Emmerich N, et al. Clinicians’ accounts of communication with patients in end-of-life care contexts: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2020;103(10):1913-1921. doi:10.1016/j.pec.2020.06.033
 25. Lippe M, Stanley A, Ricamato A, Halli-Tierney A, McKinney R. Exploring End-of-Life Care Team Communication: An Interprofessional Simulation Study. *Am J Hosp Palliat Med.* 2020;37(1):65-71. doi:10.1177/1049909119865862
 26. Mack JW, Jacobson J, Frank D, et al. Evaluation of Patient and Family Outpatient Complaints as a Strategy to Prioritize Efforts to Improve Cancer Care Delivery. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017;43(10):498-507. doi:10.1016/j.jcjq.2017.04.008
 27. Amati M, Grignoli N, Rubinelli S, Amann J, Zanini C. The role of hope for health professionals in rehabilitation: A qualitative study on unfavorable prognosis communication. *PLoS One.* 2019;14(10):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0224394
 28. Sagara Y, Mori M, Yamamoto S, et al. Current Status of Advance Care Planning and End-of-life Communication for Patients with Advanced and Metastatic Breast Cancer. *Oncologist.* Published online 2020:1-8. doi:10.1002/onco.13640
 29. Mccue JD. The Naturalness of Dying. *JAMA J Am Med Assoc.* 1995;273(13):1039-1043. doi:10.1001/jama.1995.03530130022021
 30. Connors AF. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously III Hospitalized Patients. *Jama.* 1995;274(20):1591. doi:10.1001/jama.1995.03530200027032
 31. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. *The Importance Of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19).* Vol 346.; 2020. doi:10.1056/NEJMsa012528
 32. Leung DYP, Chan HYL, Yau SZM, Chiu PKC, Tang FWK, Kwan JSK. A video-

- supported nurse-led advance care planning on end-of-life decision-making among frail older patients: Protocol for a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2019;75(6):1360-1369. doi:10.1111/jan.13959
33. Walker RM, Schonwetter RS, Kramer DR, Robinson BE. Living wills and resuscitation preferences in an elderly population. *Arch Intern Med*. 1995;155(2):171-175.
 34. Kurin M, Mirarchi F. The living will: Patients should be informed of the risks. *J Healthc Risk Manag*. Published online 2021:1-9. doi:10.1002/jhrm.21459
 35. Pope TM. Video Advance Directives: Growth and Benefits of Audiovisual Recording. *SMU L Rev*. 2020;73(1):163.
 36. Eisendrath SJ, Jonsen AR. The Living Will. Help or Hindrance? *JAMA*. 1983;249(15):2054-2058. doi:10.1001/jama.1983.03330390058032
 37. Hite CA. The do-not-resuscitate decision: The context, process, and consequences of DNR orders. *Death Stud*. 2010;24(4):307-323. doi:10.1080/074811800200478
 38. Cox CE, Jones DM, Reagan W, et al. Palliative care planner: A pilot study to evaluate acceptability and usability of an electronic health records system-integrated, needs-targeted app platform. *Ann Am Thorac Soc*. 2018;15(1):59-68. doi:10.1513/AnnalsATS.201706-500OC
 39. Friedman J, Friedman SH, Collin M, Martin RJ. Staff perceptions of challenging parent – staff interactions and beneficial strategies in the Neonatal Intensive Care Unit. *Acta Paediatrica*. Published online 2018:33-39. doi:10.1111/apa.14025
 40. Alnasser YS, Bin Nafisah HM, Almubarak ZA, Aleisa LA, El Sarrag AI, Babiker AM. Communication skills between physicians' insights and parents' perceptions in a teaching hospital in KSA. *J Taibah Univ Med Sci*. 2017;12(1):34-40. doi:10.1016/j.jtumed.2016.09.002
 41. Hanson LC, Zimmerman S, Song M-K, et al. Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2017;177(1):24-31. doi:10.1038/s41395-018-0061-4.
 42. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:987-994. doi:10.1164/rccm.200409-1295OC
 43. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in Critical Care: Family Rounds in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2010;19(5):421-430. doi:10.4037/ajcc2010656.Communication
 44. Newcomb AB, Allred C, Grove C, et al. Surgeon Communication and Family Understanding of Patient Prognosis in Critically Ill Surgical Patients: A Qualitative Investigation Informs Resident Training. *J Surg Educ*. Published online 2019:1-15. doi:10.1016/j.jsurg.2019.05.017
 45. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128. doi:10.1097/CCM.0000000000002169
 46. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Hear Lung*. 1979;8(2):332-339.
 47. Curtis JR, White DB. Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest*. 2008;134(4):835-843. doi:10.1378/chest.08-0235.Practical
 48. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000;28(8):3044-3049.
 49. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the

- intensive care unit: Opportunities for improvement. *Crit Care Med.* 2001;29(2):26-33.
50. Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, Warrillow S, Berney S. Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: A systematic review. *Crit Care Med.* 2015;43(5):1112-1120. doi:10.1097/CCM.0000000000000865
 51. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* Published online 2007. doi:10.1056/NEJMoa063446
 52. Hickey M. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Hear Lung J Crit Care.* 1990;19(14):401-415.
 53. Midega TD, Oliveira HSB de, Fumis RRL. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público e fatores correlacionados. *Rev Bras Ter intensiva.* 2019;31(2):147-155. doi:10.5935/0103-507X.20190024
 54. Bute JJ, Petronio S, Torke AM. Surrogate Decision Makers and Proxy Ownership: Challenges of Privacy Management in Health Care Decision Making. *Health Commun.* 2015;30(8):799-809. doi:10.1080/10410236.2014.900528
 55. A. Canga, Esandi N. La familia como objeto de cuidado hacia un enfoque integrador. *An Sist Sanit.* 2016;39(6):319-322.
 56. Au SS, Ordons ALR des, Ali AA, Soo A, Stelfox HT. Communication with patients' families in the intensive care unit: A point prevalence study. *J Crit Care.* 2019;54:235-238. doi:10.1016/j.jcrc.2019.08.031
 57. Jo M, Song MK, Knafl GJ, Beeber L, Yoo YS, Van Riper M. Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2019;95:34-39. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.020
 58. Kokorelias KM, Gignac MAM, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1-11. doi:10.1186/s12913-019-4394-5
 59. Franco CAGDS, Franco RS, Lopes JMC, Severo M, Ferreira MA. Clinical communication skills and professionalism education are required from the beginning of medical training - A point of view of family physicians. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):1-13. doi:10.1186/s12909-018-1141-2
 60. Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, et al. Decision-making in the ICU : perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med.* 2003;29:75-82. doi:10.1007/s00134-002-1569-y
 61. Midega TD, Oliveira HSB de, Fumis RRL. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2019;31(2):147-155. doi:10.5935/0103-507x.20190024
 62. Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU : evidence-based strategies for improvement. *Curr Opin Crit Care.* 2009;15:569-577. doi:10.1097/MCC.0b013e328332f524
 63. Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B, et al. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Crit Care Med.* Published online 2012. doi:10.1097/CCM.0b013e3182451c70
 64. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns.* 2007;67:333-342. doi:10.1016/j.pec.2007.05.005
 65. Cegala DJ, Coleman MT, Turner JW. The Development and Partial Assessment of the Medical Communication Competence Scale. *Health Commun.* 1998;10(3):261-288.

- doi:10.1207/s15327027hc1003_5
66. Torke AM, Monahan P, Callahan CM, et al. Validation of the Family Inpatient Communication Survey. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(1):96-108. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.08.010
 67. Barańska I, Kijowska V, Engels Y, et al. Perception of the Quality of Communication With Physicians Among Relatives of Dying Residents of Long-term Care Facilities in 6 European Countries: PACE Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;21(3):331-337. doi:10.1016/j.jamda.2019.05.003
 68. Engelberg R, Downey L, Curtis JR. Psychometric Characteristics of a Quality of Communication Questionnaire Assessing Communication about End-of-Life Care. *J Palliat Med.* 2006;9(5):1086-1098. doi:10.1089/jpm.2006.9.1086
 69. Curtis JR, Patrick DL. Barriers to communication about end-of-life care in AIDS patients. *J Gen Intern Med.* 1997;12(12):736-741. doi:10.1046/j.1525-1497.1997.07158.x
 70. Curtis JR, Patrick DL, Caldwell E, Greenlee H, Collier AC. The quality of patient-doctor communication about end-of-life care: A study of patients with advanced AIDS and their primary care clinicians. *Aids.* 1999;13(9):1123-1131. doi:10.1097/00002030-199906180-00017
 71. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Patients' perspectives on physician skill in end-of-life care: Differences between patients with COPD, Cancer, and AIDS. *Chest.* 2002;122(1):356-362. doi:10.1378/chest.122.1.356
 72. Brasil. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018 - Imprensa Nacional. *Diário Of Da União.* Published online 2018;4. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
 73. Buecken R, Galushko M, Golla H, et al. Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: How do patients want to communicate about end-of-life issues? *Patient Educ Couns.* 2012;88(2):318-324. doi:10.1016/j.pec.2012.03.010
 74. Kirchhoff KT, Hammes BJ, Kehl KA, Briggs LA, Brown RL. Effect of a Disease-Specific Planning Intervention on Surrogate Understanding of Patient Goals for Future Medical Treatment. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(7):1233-1240. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02760.x
 75. White DB, Angus DC, Shields AM, et al. A randomized trial of a family-support intervention in intensive care units. *N Engl J Med.* 2018;378(25):2365-2375. doi:10.1056/NEJMoal802637
 76. Majesko A, Hong SY, Weissfeld L, White DB. Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker. *Crit Care Med.* 2012;40(8):2281-2286. doi:10.1097/CCM.0b013e3182533317. Identifying
 77. Smith-Howell ER, Hickman SE, Meghani SH, Perkins SM, Rawl SM. End-of-life decision making and communication of bereaved family members of African Americans with serious illness. *J Palliat Med.* 2016;19(2):174-182. doi:10.1089/jpm.2015.0314
 78. Toles M, Song M-K, Lin F-C, Hanson LC. Perceptions of family decision-makers of nursing home residents with advanced dementia regarding the quality of communication around end-of-life care. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(10):879-883. doi:10.1016/j.jamda.2018.05.015
 79. Abdul-Razzak A, Sherifali D, You J, Simon J, Brazil K. 'Talk to me': A mixed methods study on preferred physician behaviours during end-of-life communication from the patient perspective. *Heal Expect.* 2016;19(4):883-896. doi:10.1111/hex.12384
 80. Chuang E, Fiter RJ, Sanon OC, et al. Race and Ethnicity and Satisfaction With

- Communication in the Intensive Care Unit. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020;37(10):823-829. doi:10.1177/1049909120916126
81. Janssen DJA, Spruit MA, Schols JMGA, Van Der Sande FM, Frenken LA, Wouters EFM. Insight into advance care planning for patients on dialysis. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(1):104-113. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.01.010
 82. Au DH, Udris EM, Engelberg RA, et al. A randomized trial to improve communication about end-of-life care among patients with COPD. *Chest*. 2012;141(3):726-735. doi:10.1378/chest.11-0362
 83. Castanhel F Del, Grosseman S. Quality of Communication Questionnaire for COPD patients receiving palliative care: translation and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2017;43(5):357-362. doi:10.1590/S1806-37562016000000199
 84. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern Med*. 2001;161(6):868-874. doi:10.1001/archinte.161.6.868
 85. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding physicians' skills at providing end-of-life care: Perspectives of patients, families, and health care workers. *J Gen Intern Med*. 2001;16(1):41-49. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.00333.x
 86. Wenrich MD, Curtis JR, Ambrozy DA, Carline JD, Shannon SE, Ramsey PG. Dying patients' need for emotional support and personalized care from physicians: Perspectives of patients with terminal illness, families, and health care providers. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(3):236-246. doi:10.1016/S0885-3924(02)00694-2
 87. Engelberg R, Downey L, Curtis JR. Psychometric characteristics of a quality of communication questionnaire assessing communication about end-of-life care. *J Palliat Med*. 2006;9(5):1086-1098. doi:10.1089/jpm.2006.9.1086
 88. Schlindwein-zanini R, Cruz RM. Psicometria e Neuropsicologia: interrelações na construção e adaptação de instrumentos de medida. *Psicol Argumento*. 2018;36(91):49-69.
 89. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*. 2012;22(53):423-432.
 90. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-3191.
 91. Mookink LB, Prinsen CA, Patrick D, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments. *Dep Epidemiol Biostat Amsterdam Public Heal Res Inst Amsterdam Univ Med Centers, Locat VUmc*. 2019;(July):1-32. www.cosmin.nl
 92. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997;6(3):237-247. doi:10.1023/A:1026410721664
 93. Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I. Fundamentos de Mensuração em Saúde Mental. In: *Instrumentos de Avaliação Em Saúde Mental*. Artmed; 2016:524.
 94. American Educational Research Association, American Psychological Association, and Education NC on M in E. *Standards for Educational and Psychological Test and Manuals*. 3rd ed. American Educational Research Association; 1999.
 95. Werlang BSG, Nunes CHS da S, Borges VR. Evidências de validade com base na estrutura interna no Teste dos Contos de Fadas. *Psico-USF*. 2014;19(1):107-118.

- doi:10.1590/s1413-82712014000100011
96. Messick S. Test Validity and the Ethics of Assessment. *Am Psy*. 1979;35(11):1012-1027.
 97. Pasquali L, Primi R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item –TRI. *Avaliação Psicológica*. 2003;2(2):99-110. doi:10.22347/2175-2753v1i2.38
 98. Shavelson RJ, Webb NM. *Generalizability Theory: A Primer.*; 1991. doi:10.1016/0886-1633(93)90019-1
 99. Brennan RL. *Generalizability Theory: Statistics for Social Science and Public Policy*. Vol 30.; 2001.
 100. DeVellis RF. Classical test theory. *Med Care*. 2006;44(11 SUPPL. 3):50-59. doi:10.1097/01.mlr.0000245426.10853.30
 101. Furr R michael, Bacharach VR. *Psychometrics: An Itrroduction*. 2nd ed. SAGE Publications, Inc.; 2013.
 102. Webb NM, Rowley GL, Shavelson RJ. Using Generalizability Theory in Counseling and Development. *Meas Eval Couns Dev*. 1988;21(2):81-90. doi:10.1080/07481756.1988.12022886
 103. Raykov T, Marcoulides GA. On the Relationship Between Classical Test Theory and Item Response Theory: From One to the Other and Back. *Educ Psychol Meas*. 2016;76(2):325-338. doi:10.1177/0013164415576958
 104. Sartes LMA, de Souza-Formigoni MLO. Avanços na psicometria: Da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. *Psicol Reflex e Crit*. 2013;26(2):241-250. doi:10.1590/S0102-79722013000200004
 105. Pasquali L. Psicometria. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2009;43(spe):992-999. doi:10.1590/s0080-62342009000500002
 106. Valaste M, Vehkalahti K, Tarkkonen L. Generalizability: reliability or validity. In: *New Trends in Psychometrics*. ; 2008:1-6.
 107. Chiu CW-T. *Scoring Performance Assessments Based on Judgements.*; 2001. doi:10.1007/978-94-010-0650-7
 108. Briesch AM, Swaminathan H, Welsh M, Chafouleas SM. Generalizability theory: A practical guide to study design, implementation, and interpretation. *J Sch Psychol*. 2014;52(1):13-35. doi:10.1016/j.jsp.2013.11.008
 109. Cardinet J, Johnson S, Pini G. *Applying Generalizability Theory Using Edug.*; 2010.
 110. Shavelson RJ, Webb NM, Rowley GL. Generalizability Theory. *Am Psychol*. 1989;44(6):922-932. doi:10.1037/0003-066X.44.6.922
 111. Taşdelen Teker G. Coping with Unbalanced Designs of Generalizability Theory: G String V. *Int J Assess Tools Educ*. 2019;6(5):57-69. doi:10.21449/ijate.658747
 112. Cronbach LJ, Gleser GC, Nanda H, Rajaratnam N. The Dependability of Behavioral Measurements: Theory of Generalizability for Scores and Profiles. In: *New York: Wiley*. ; 1972:54-56. doi:10.2307/2286194
 113. Mary R. Lynn. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-386. <http://ijoh.tums.ac.ir/index.php/ijoh/article/view/26>
 114. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Heal*. 2018;6(June):1-18. doi:10.3389/fpubh.2018.00149
 115. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr clínica*. 1998;25(5):206-213.
 116. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su Utilización. *Av en Medición*. 2008;6:27-36.
 117. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical

- supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(6):619-625. doi:10.1016/S0020-7489(03)00036-1
118. Anastasi A, Urbina S. *Fundamentos Da Testagem Psicológica.* 7a ed. Artmed; 2007.
 119. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* 1979;86(2):420-428. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420
 120. Fleiss JL, Cohen J. The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas.* 1973;33(3):613-619. doi:10.1177/001316447303300309
 121. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective.* 7th ed. (Upper Saddle River N., ed.). Pearson Education; 2009.
 122. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16(3):297-334.
 123. Miller MB. Coefficient alpha: A basic introduction from the perspectives of classical test theory and structural equation modeling. *Struct Equ Model A Multidiscip J.* 1995;2(3):255-273. doi:10.1080/10705519509540013
 124. Brennan RL. Generalizability Theory. *Educ Meas Issues Pract.* 1992;11(4):27-34. doi:10.1111/j.1745-3992.1992.tb00260.x
 125. Brown T a. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research.*; 2006.
 126. Watkins MW. Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *J Black Psychol.* 2018;44(3):219-246. doi:10.1177/0095798418771807
 127. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica.* 2012;11(2):213-228.
 128. Mvududu NH, Sink CA. Factor Analysis in Counseling Research and Practice. *Couns Outcome Res Eval.* 2013;4(2):75-98. doi:10.1177/2150137813494766
 129. Barendse MT, Oort FJ, Timmerman ME. Using Exploratory Factor Analysis to Determine the Dimensionality of Discrete Responses. *Struct Equ Model.* 2015;22(1):87-101. doi:10.1080/10705511.2014.934850
 130. Osborne JW, Fitzpatrick DC. Replication analysis in exploratory factor analysis: What it is and: Why it makes your analysis better. *Pract Assessment, Res Eval.* 2012;17(15):1-8.
 131. Jöreskog KG. A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika.* 1969;34(2):183-202. doi:10.1007/BF02289343
 132. Floyd FJ, Widaman KF. Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychol Assess.* 1995;7(3):286-299.
 133. van de Schoot R, Lugtig P, Hox J. A checklist for testing measurement invariance. *Eur J Dev Psychol.* 2012;9(4):486-492. doi:10.1080/17405629.2012.686740
 134. Steenkamp JBEM, Baumgartner H. Assessing measurement invariance in cross-national consumer research. *J Consum Res.* 1998;25(1):78-90. doi:10.1086/209528
 135. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
 136. MacCallum RC, Tucker LR. Representing sources of error in the common-factor model: Implications for theory and practice. *Psychol Bull.* 1991;109(3):502-511. doi:10.1037/0033-2909.109.3.502
 137. Atilgan H. Sample Size for Estimation of G and Phi Coefficients in Generalizability Theory. *Eurasian J Educ Res.* 2013;51:215-228.
 138. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, de Vet HCW, Terwee CB. The COnsensus-based standards for the selection of health measurement INstruments (COSMIN) and

- how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian J Phys Ther.* 2016;20(2):105-113. doi:10.1590/bjpt-rbf.2014.0143
139. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika.* 1965;30(2):179-185. doi:10.1007/BF02289447
 140. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate Behav Res.* 1966;1(2):245-276. doi:10.1207/s15327906mbr0102_10
 141. Dinno A. Exploring the sensitivity of Horn's parallel Analysis to the distributional form of random data. *Multivariate Behav Res.* 2009;44:362-388. doi:10.1080/00273170902938969
 142. Humphreys LG, Montanelli RG. An investigation of the parallel analysis criterion for determining the number of common factors. *Multivariate Behav Res.* 1975;10:193-205. doi:10.1207/s15327906mbr1002_5
 143. Muthén BO, du Toit SH., Spisic D. Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes. Unpublished technical report. Published online 1997:1-49.
 144. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling.* 3th ed. (Kenny DA, Little TD, eds.). Guilford Press; 2010.
 145. Efron B. Better bootstrap confidence intervals. *J Am Stat Assoc.* 1987;82(397):171-185. doi:10.1080/01621459.1987.10478410
 146. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods.* 2006;38(1):88-91. doi:10.3758/BF03192753
 147. R Core Team. A Language and Environment for Statistical Computing. *R Found Stat Comput.* Published online 2018.
 148. Jo M, Song MK, Van Riper M, Yoo YS, Knafl GJ, Beeber L. Translation and cultural adaptation of the quality of communication questionnaire for ICU family members in Korea. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 2017;46(6):458-463. doi:10.1016/j.hrtlng.2017.08.002
 149. Janssen DJA, Spruit MA, Schols JMGA, Wouters EFM. A call for high-quality advance care planning in outpatients with severe COPD or chronic heart failure. *Chest.* 2011;139(5):1081-1088. doi:10.1378/chest.10-1753

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais médicos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Flávia Del Castanhel, Profa. Dra. Suely Grosseman Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, convidamos você para participar do projeto de pesquisa intitulado: “Validação do *Quality of Communication Questionnaire* com uso da Teoria da Generalizabilidade”.

O objetivo desta pesquisa é realizar a validação do questionário *Quality of Communication Questionnaire* (QOC) para pacientes brasileiros e seus familiares. Este questionário foi desenvolvido para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e posteriormente adaptado para avaliar também a qualidade da comunicação médico-família.

A justificativa deste estudo é disponibilizar um instrumento válido e confiável para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e médico-família para que estratégias sejam criadas visando à promoção da comunicação. Isto permitiria aos médicos a oportunidade de melhorá-la, quando necessário.

Nesta pesquisa, os dados serão coletados por meio de uma simulação clínica com a participação de pacientes simulados e terá uma duração média de 10 minutos. Para a simulação clínica da consulta haverá orientação geral sobre a temática na qual os participantes receberão informações sobre o caso clínico que será simulado. Salientamos que nesta etapa, suas habilidades de comunicação não estarão sendo avaliadas. O desenvolvimento da simulação clínica será realizado no Laboratório de Habilidades de Comunicação localizado no Hospital Universitário da UFSC e registrado em áudio e vídeo para posterior análise.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de sanar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com alguns dos pesquisadores Flávia Del Castanhel pelo telefone 48-984671068 e e-mail flaviadelcastanhel@gmail.com, Suely Grosseman pelo telefone 48-999609721 e e-mail sgrosseman@gmail.com, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho telefone 48-37219150 e-mail

oliveirafilho.gr@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, 48-37216094 e e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

É garantido o sigilo das informações coletadas, que ficarão num banco de dados no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica (NEPEME), localizado no Departamento de Pediatria HU-UFSC, com senha acessível apenas à pesquisadora e orientadora deste projeto. Sua participação na pesquisa não acarretará ônus financeiro e não implicará em remuneração, porém, se acaso você sofrer algum dano resultante de sua participação neste estudo como, por exemplo, dano moral, você tem direito a indenização por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nesta pesquisa. A pesquisa não apresenta risco de danos físicos. Tendo em vista que sua participação é voluntária, caso você se sinta desconfortável no momento da simulação clínica como, por exemplo, tempo gasto durante a representação, você tem resguardado o direito desistir de sua participação e ainda caso necessite será oferecida, de forma totalmente gratuita, assistência integral e imediata suporte médico, psicológico ou de outros profissionais, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

O benefício da pesquisa será conhecer como está o processo de comunicação entre médicos e pacientes, visando promovê-la, bem como fomentar a realização de estudos futuros e, conseqüentemente, da qualidade da atenção aos pacientes e seus familiares. Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de tese, artigo científico, pôster ou apresentação oral em eventos científicos, mantendo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes. Você também poderá manter-se atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que eles forem do conhecimento das pesquisadoras.

Os pesquisadores comprometem-se a seguir os preceitos éticos e tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, designando um número para sua identificação no banco de dados, de forma a manter o anonimato, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias rubricadas em todas as páginas e assinadas ao seu término pelo participante e também pelo pesquisador responsável. Uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável em local apenas acessível aos pesquisadores, e a outra será fornecida a você.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____, declaro que concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto de pesquisa “**Validação do *Quality of Communication Questionnaire* com uso da Teoria da Generalizabilidade**”, após estar devidamente informado sobre os objetivos do estudo e os termos de minha participação.

Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável do projeto, sendo que uma das cópias se destina a mim (participante) e a outra aos pesquisadores.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida das finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto, acima citados, dos quais ficarei com os contatos.

Florianópolis, de de 201...

Assinatura do participante

MSc. Flávia Del Castanhel
Pesquisadora

Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de
Oliveira Filho Coorientador

Profa. Dra. Suelly Grosseman
Orientadora

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para familiares de pacientes internados.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Flávia Del Castanhel, Profa. Dra. Suely Grosseman Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, convidamos você para participar do projeto de pesquisa intitulado: **“Validação do *Quality of Communication Questionnaire* com uso da Teoria da Generalizabilidade”**.

O objetivo desta pesquisa é realizar a validação do questionário *Quality of Communication Questionnaire* (QoC) para pacientes brasileiros e seus familiares. Este questionário foi desenvolvido para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e posteriormente adaptado para avaliar também a qualidade da comunicação médico-família.

A justificativa deste estudo é disponibilizar um instrumento válido e confiável para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e médico-família para que estratégias sejam criadas visando à promoção da comunicação. Isto permitiria aos médicos a oportunidade de melhorá-la, quando necessário.

Nesta pesquisa, os dados serão coletados aplicando-se o questionário acima citado que contém 13 perguntas com respostas que variam de 0 a 10 em relação à comunicação do médico com o paciente e à comunicação médico-família, sendo 0 (o pior que poderia imaginar) e 10 (o melhor que poderia imaginar) e três questões adicionais sendo duas com respostas *nada importante e muito importante* e uma resposta aberta e terá uma duração média de 10 minutos. As perguntas não são relativas à a doença de seu ente querido. A intenção é aplicar este questionário para pacientes internados na clínica médica, na UTI ou na enfermaria do hospital independente da causa da internação, para identificar se o instrumento é apropriado para avaliar a comunicação entre médico e paciente no Brasil.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de sanar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com alguns dos pesquisadores Flávia Del Castanhel pelo telefone 48-984671068 e e-mail flaviadelcastanhel@gmail.com, Suely Grosseman pelo telefone 48-999609721 e e-mail

sgrosseman@gmail.com, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho telefone 48-37219150 e-mail oliveirafilho.gr@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, 48-37216094 e e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

É garantido o sigilo das informações coletadas, que ficarão num banco de dados no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica (NEPEME), localizado no Departamento de Pediatria HU-UFSC, com senha acessível apenas à pesquisadora e orientadora deste projeto. Sua participação na pesquisa não acarretará ônus financeiro e não implicará em remuneração, entretanto, se por ventura você sofrer algum dano resultante de sua participação neste estudo como, por exemplo, dano moral, você tem direito a indenização por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nesta pesquisa. A pesquisa não apresenta risco de danos físicos. No entanto, devido à sobrecarga ao representar seu ente querido, caso você sinta desconforto emocional como, por exemplo, ansiedade, dor de cabeça ou tempo gasto ao responder às questões, fique à vontade para desistir de sua participação e se relevante será oferecido, de forma totalmente gratuita, suporte médico, psicológico ou ambos.

O benefício da pesquisa será conhecer como está o processo de comunicação entre médicos e pacientes, visando promovê-la, bem como fomentar a realização de estudos futuros e, conseqüentemente, da qualidade da atenção aos pacientes e seus familiares. Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de tese, artigo científico, pôster ou apresentação oral em eventos científicos, mantendo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes. Você também poderá manter-se atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que eles forem do conhecimento das pesquisadoras.

Os pesquisadores comprometem-se a seguir os preceitos éticos e tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, designando um número para sua identificação no banco de dados, de forma a manter o anonimato, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias rubricadas em todas as páginas e assinadas ao seu término pelo participante e também pelo pesquisador responsável. Uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável em local apenas acessível aos pesquisadores, e a outra será fornecida a você.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____, declaro que concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto de pesquisa “**Validação do Quality of Communication Questionnaire com uso da Teoria da Generalizabilidade**”, após estar devidamente informado sobre os objetivos do estudo e os termos de minha participação.

Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável do projeto, sendo que uma das cópias se destina a mim (participante) e a outra aos pesquisadores.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida das finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto, acima citados, dos quais ficarei com os contatos.

Florianópolis, de de 201...

Assinatura do participante

MSc. Flávia Del Castanhel
Pesquisadora

Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de
Oliveira Filho Coorientador

Profa. Dra. Suely Grosseman
Orientadora

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes internados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Flávia Del Castanhel, Profa. Dra. Suely Grosseman Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, convidamos você para participar do projeto de pesquisa intitulado: “**Validação do *Quality of Communication Questionnaire* com uso da Teoria da Generalizabilidade**”.

O objetivo desta pesquisa é realizar a validação do questionário *Quality of Communication Questionnaire* (QoC) para pacientes brasileiros e seus familiares. Este questionário foi desenvolvido para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e posteriormente adaptado para avaliar também a qualidade da comunicação médico-família.

A justificativa deste estudo é disponibilizar um instrumento válido e confiável para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente e médico-família para que estratégias sejam criadas visando à promoção da comunicação. Isto permitiria aos médicos a oportunidade de melhorá-la, quando necessário.

Nesta pesquisa, os dados serão coletados aplicando-se o questionário acima citado que contém 13 perguntas com respostas que variam de 0 a 10 em relação à comunicação do médico com o paciente e à comunicação médico-família, sendo 0 (o pior que poderia imaginar) e 10 (o melhor que poderia imaginar) e três questões adicionais sendo duas com respostas *nada importante e muito importante* e uma resposta aberta e terá uma duração média de 10 minutos. As perguntas não são relativas à sua doença. A intenção é aplicar este questionário para pacientes internados na clínica médica, na UTI ou na enfermaria do hospital independente da causa da internação, para identificar se o instrumento é apropriado para avaliar a comunicação entre médico e paciente no Brasil.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de sanar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com alguns dos pesquisadores Flávia Del Castanhel pelo telefone 48-984671068 e e-mail flaviadelcastanhel@gmail.com, Suely Grosseman pelo telefone 48-999609721 e e-mail

sgrosseman@gmail.com, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho telefone 48-37219150 e-mail oliveirafilho.gr@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, 48-37216094 e e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

É garantido o sigilo das informações coletadas, que ficarão num banco de dados no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Médica (NEPEME), localizado no Departamento de Pediatria HU-UFSC, com senha acessível apenas à pesquisadora e orientadora deste projeto. Sua participação na pesquisa não acarretará ônus financeiro e não implicará em remuneração, contudo, se por ventura você sofrer algum dano resultante de sua participação neste estudo como, por exemplo, dano físico ou moral, você tem direito a indenização por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nesta pesquisa. A pesquisa não apresenta risco de danos físicos. Entretanto, caso você se sinta desconfortável como, por exemplo, cansaço, dor de intensidade significativa, tristeza ou depressão, você tem o direito de desistir de sua participação, sendo garantido que isto não representará nenhum prejuízo e se relevante será proporcionada a você assistência médica, psicológica ou ambas e de forma totalmente gratuita.

O benefício da pesquisa será conhecer como está o processo de comunicação entre médicos e pacientes, visando promovê-la, bem como fomentar a realização de estudos futuros e, conseqüentemente, da qualidade da atenção aos pacientes e seus familiares. Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de tese, artigo científico, pôster ou apresentação oral em eventos científicos, mantendo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes. Você também poderá manter-se atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que eles forem do conhecimento das pesquisadoras.

Os pesquisadores comprometem-se a seguir os preceitos éticos e tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, designando um número para sua identificação no banco de dados, de forma a manter o anonimato, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias rubricadas em todas as páginas e assinadas ao seu término pelo participante e também pelo pesquisador responsável. Uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável em local apenas acessível aos pesquisadores, e a outra será fornecida a você.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____, declaro que concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto de pesquisa “**Validação do Quality of Communication Questionnaire com uso da Teoria da Generalizabilidade**”, após estar devidamente informado sobre os objetivos do estudo e os termos de minha participação.

Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável do projeto, sendo que uma das cópias se destina a mim (participante) e a outra aos pesquisadores.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida das finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto, acima citados, dos quais ficarei com os contatos.

Florianópolis, de de 201...

Assinatura do participante

MSc. Flávia Del Castanhel
Pesquisadora

Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de
Oliveira Filho Coorientador

Profª. Dra. Suely Grosseman
Orientadora

APÊNDICE D – Versão do QoC para familiares de pacientes internados adaptada e com evidências de validade para o uso no Brasil.

Gostaríamos de saber, o mais detalhadamente possível, o quanto o médico que cuida dos seus problemas de saúde é bom em falar com o (a) senhor (a) sobre a sua doença e os tipos de cuidados que o (a) senhor (a) gostaria de receber se ficasse pior ou doente demais para responder por si mesmo (a). Sabemos que muitas pessoas têm grande admiração por seus médicos. Para nos ajudar a melhorar a comunicação entre médicos e pacientes, por favor, seja crítico (a).

Ao falar com o (a) médico (a).....[por favor, preencha o nome do médico (a) no espaço anterior] questões importantes como você ficar mais doente, o quanto ele/ela é bom em:

1. Usar palavras que o (a) senhor (a) consiga compreender.

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

2. Olhar em seus olhos.

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

3. Responder todas as dúvidas sobre a doença de seu ente querido.

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

4. Ouvir o que o (a) senhor (a) tem a dizer.

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

5. Preocupar-se com o (a) senhor (a) como pessoa.

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

5. Preocupar-se com o (a) senhor (a) como pessoa.

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

6. Dar atenção plena ao (a) senhor (a).

O pior que eu poderia imaginar								O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

7. Falar sobre seus sentimentos se acaso seu ente querido piorar.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
8. Dar detalhes sobre a condição de seu ente querido, se acaso ele vier a piorar.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
9. Falar sobre quanto tempo seu ente querido tem de vida.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
10. Falar sobre como o morrer poderia ser.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
11. Envolver o (a) senhor (a) nas discussões do tratamento para o cuidado de seu ente querido.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
12. Perguntar sobre coisas importantes da vida de seu ente querido.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.
- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----|-----|-----|
| O pior que eu | | | | | | | O melhor que eu | | | | Não | Não |
| poderia imaginar | | | | | | | poderia imaginar | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |

APÊNDICE E – Versão do QoC pacientes internados com evidências de validade para o uso no Brasil.

Gostaríamos de saber, o mais detalhadamente possível, o quanto o médico que cuida dos seus problemas de saúde é bom em falar com o (a) senhor (a) sobre a sua doença e os tipos de cuidados que o (a) senhor (a) gostaria de receber se ficasse pior ou doente demais para responder por si mesmo (a). Sabemos que muitas pessoas têm grande admiração por seus médicos. Para nos ajudar a melhorar a comunicação entre médicos e pacientes, por favor, seja crítico (a).

Ao falar com o (a) médico (a).....[por favor, preencha o nome do médico (a) no espaço anterior] questões importantes como você ficar mais doente, o quanto ele/ela é bom em:

1. Usar palavras que o (a) senhor (a) consiga compreender.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

2. Olhar em seus olhos.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

3. Responder todas as suas dúvidas sobre sua doença.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

4. Ouvir o que o (a) senhor (a) tem a dizer.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

5. Preocupar-se com o (a) senhor (a) como pessoa.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

6. Dar atenção plena ao (a) senhor (a).

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

7. Falar sobre seus sentimentos, se acaso o (a) senhor (a) piorar.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

8. Dar detalhes sobre a sua condição, se acaso o (a) senhor (a) vier a piorar.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

9. Falar sobre quanto tempo o (a) senhor (a) tem de vida.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

10. Falar sobre como o morrer poderia ser.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

11. Envolver o (a) senhor (a) nas discussões do tratamento para seu o cuidado.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

12. Perguntar sobre coisas importantes na sua vida.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.

O pior que eu poderia imaginar							O melhor que eu poderia imaginar			Não fez	Não sabe	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

ANEXO A – Autorização para o uso do QoC para adaptação transcultural e evidências de validade para o uso no Brasil

From: Suely Grosseman [mailto:sgrosseman@gmail.com]

Sent: Wednesday, July 30, 2014 12:57 PM

To: jrc@u.washington.edu

Subject: asking permission to translate QOC into Portuguese (both the original and the adapted version for family members) and use it in Brazil

Dear Prof. Curtis,

My name is Suely Grosseman and I am Professor of Pediatrics at the Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina) - Brazil.

I am developing a research about relatives-physician communication in the Intensive Care Unit. As I read your paper in collaboration with Profs Engelberg, Nielsen and Patrick "Patient-physician communication about end-of-life for patients with severe COPD", I found the QOC very appropriate to assess the physician-patient communication. We also found its adapted version for relatives-physician by Majesko and cols in the paper "Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker.

So, I would like to ask your permission to use the adapted version of QOC. If you give this permission, I'd like to know if it has been already validated into Portuguese. If not, we would translate it into Portuguese and validate it here in Brazil.

Thank you so much for your attention,

Kind regards,

Suely Grosseman, MD, PhD
Head of the Pediatric Department
Universidade Federal de Santa Catarina

2014-07-30 20:22 GMT-03:00 Dr Randy Curtis <jrc@u.washington.edu>:

Dear Dr. Grosseman

You are welcome to use the QOC. We have not translated it into Portuguese. I'm attaching a more recent article on the QOC.

Randy Curtis

J. Randall Curtis, MD, MPH

Professor of Medicine

A. Bruce Montgomery - American Lung Association Endowed Chair in Pulmonary and Critical Care Medicine Director, UW Palliative Care Center of Excellence Section Head, Pulmonary and Critical Care Medicine Harborview Medical Center University of Washington, Box 359762

325 Ninth Avenue

Seattle, WA 98104

Email: jrc@u.washington.edu

Phone: (206) 744-3356

Fax: (206) 744-8584

<http://www.uwpalliativecarecenter.com>

<http://depts.washington.edu/eolcare>

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP – UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do Quality of Communication Questionnaire para pacientes e seus familiares com base na Teoria da Generalizabilidade

Pesquisador: Suely Grosseman

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77721917.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.537.091

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão como resposta às pendências de um projeto de pesquisa vinculado ao programa de pós-graduação em ciências médicas da UFSC sob orientação da Profa Dra Suely Grosseman e Orientação do Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho. Pretendem entrevistar cerca de 300 pessoas entre pacientes e familiares sobre

a qualidade da comunicação médico-paciente-família no processo de validação do instrumento Quality of Communication Questionnaire (QOC) com uso da Teoria da Generalizabilidade sendo um Estudo metodológico, transversal e com abordagem quantitativa. Os dados serão coletados em cinco instituições hospitalares - Hospital Universitário - UFSC, Centro de pesquisa oncológicas, Hospital Nereu Ramos, Instituto de Cardiologia e Hospital Regional Homero de Miranda Gomes. Em cada uma destas instituições contam com um pesquisador cadastrado no Formulário da Plataforma Brasil. Além disso participaram no treinamento dos coletadores atores que atuaram em uma atividade de simulação clínica junto aos treinandos para a coleta.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar, o Quality of Communication Questionnaire (QOC) para pacientes brasileiros e seus familiares com uso da Teoria da Generalizabilidade.

Objetivo Secundário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.537.091

Analisar as propriedades psicométricas do QOC; Analisar o processo da comunicação médico-paciente família após a validação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não apresenta risco de danos físicos. Entretanto, caso você sinta desconforto emocional fique à vontade para desistir de sua participação. Foram incluídos riscos e desconfortos adequados a cada um dos participantes do estudo.

Benefícios:

O benefício da pesquisa será conhecer como está o processo de comunicação entre médicos e pacientes, visando promovê-la, bem como fomentar a realização de estudos futuros e, conseqüentemente, da qualidade da atenção aos pacientes e seus familiares

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores revisaram as ponderações do parecer anterior e realizaram as readequações, atendendo a Resolução 466/2012 e demais recomendações quanto aos colaboradores que participaram do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLEs reajustados de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1003189.pdf	11/01/2018 16:16:20		Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.pdf	11/01/2018 16:15:36	Flavia Del Castanhel	Aceito
Outros	Declaracao_Colaboradores.pdf	11/01/2018 16:15:19	Flavia Del Castanhel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Medico_modificado.pdf	11/01/2018 16:13:02	Flavia Del Castanhel	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Têndade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.537.091

Justificativa de Ausência	TCLE_Medico_modificado.pdf	11/01/2018 16:13:02	Flavia Del Castanhel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Paciente_modificado.pdf	11/01/2018 16:12:26	Flavia Del Castanhel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familia.pdf	11/01/2018 16:11:32	Flavia Del Castanhel	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	11/01/2018 16:10:35	Flavia Del Castanhel	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	27/09/2017 17:42:27	Flavia Del Castanhel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	24/09/2017 23:01:20	Flavia Del Castanhel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaRegional.pdf	24/09/2017 22:57:22	Flavia Del Castanhel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaNereu.pdf	24/09/2017 22:57:01	Flavia Del Castanhel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaI.pdf	24/09/2017 22:56:42	Flavia Del Castanhel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaHU.pdf	24/09/2017 22:56:30	Flavia Del Castanhel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaCepon.pdf	24/09/2017 22:56:14	Flavia Del Castanhel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2018

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: oep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.537.091

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C – Aprovação do autor da versão QoC traduzida e adaptada para familiares



back-translated version to approve - QOC Caixa de entrada x

Flavia Castanhel <flaviadelcastanhel@gmail.com>
para Randall ▾

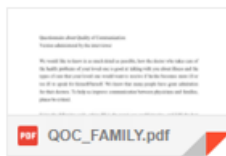
Dear Randall,

The back-translated version is attached for your check. Let us know if you approve it and if we can finalize the analysis of the psychometric properties of the QOC. I hope that you are well as possible in this difficult time.

With my best regards,

Flávia Castanhel

Federal University of Santa Catarina - Brazil



J. Randall Curtis <jrc@uw.edu>
para mim ▾

inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#)

Flavia -

This looks correct. You can proceed.

Be well!!!!

Randy

J. Randall Curtis, MD, MPH

Professor of Medicine

Director, Cambia Palliative Care Center of Excellence at UW Medicine

A. Bruce Montgomery - American Lung Association Endowed Chair in Pulmonary and Critical Care Medicine

Harborview Medical Center, University of Washington

325 Ninth Avenue, Box 359762

Seattle, WA 98104