


## ARTIGO ORIGINAL


### Tradução e validação da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B\**

#### Translation and validation of the *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B\**

#### HIGHLIGHTS

1. FATCOD-B traduzida, validada e adaptada para português brasileiro.
2. Preparação de médicos e enfermeiros diante da finitude humana.
3. Coeficiente alfa de Cronbach de 0,81; consistência interna alta.
4. Índice de validade de conteúdo superior ao mínimo recomendado.

Thalita Felsky dos Santos <sup>1</sup> 

Maria Helena Lenardt <sup>1</sup> 

Vitor Last Pintarelli <sup>2</sup> 

João Alberto Martins Rodrigues <sup>1</sup> 

Clovis Cechinel <sup>1</sup> 

#### RESUMO

**Objetivo:** Traduzir e adaptar transculturalmente a *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B* para o português brasileiro e avaliar sua validade de conteúdo e consistência interna. **Método:** Estudo metodológico, desenvolvido no formato on-line nos anos 2021 e 2022 com participação de especialistas na temática "morte" e tradutores juramentados do Brasil. Envolveu as etapas: tradução; síntese; retrotradução; revisão por comitê de especialistas; pré-teste e versão final. **Resultados:** Após tradução, verificou-se consistência interna por meio do coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach, o qual totalizou 0,81. O índice de validade de conteúdo geral foi de 88,27, superior ao valor mínimo necessário para sua aceitabilidade. **Conclusão:** A versão brasileira da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B Scale*, apresentou métrica suficiente para ser aplicada no Brasil. A utilização da escala contribuirá com o aumento da visibilidade do tema da morte e da assistência ao paciente moribundo.

**DESCRITORES:** Estudo de Validação; Tradução; Morte; Avaliação em Saúde; Pessoal de Saúde.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C. Tradução e validação da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*. *Cogitare Enferm* [Internet]. Ano [cited "insert year, month and day"];30:e95387. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.95387>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Médica, Curitiba, PR, Brasil

## INTRODUÇÃO

A abordagem sobre a morte é um tabu, considerando-se que falar sobre o tema infere perceber a própria finitude. Todavia, a morte está inserida no cotidiano dos profissionais de saúde, sendo fundamental discutir-se sobre seu processo e preparar-se para lidar com suas nuances<sup>1</sup>.

O cenário mundial aponta que os cursos da área da saúde precisam ampliar a quantidade de disciplinas que ensinam sobre a morte, o luto e a comunicação de notícias difíceis. Por meio da expansão das informações nessas temáticas, o profissional da saúde obterá conhecimentos que ultrapassam o saber técnico-científico<sup>2</sup>.

No Brasil, o ensino na área de saúde é voltado para a cura de doenças. A evolução tecnológica, incorporada à assistência, juntamente com o avanço científico, favoreceram o “ideal” do profissional da saúde de lutar contra a morte<sup>3</sup>, vista como fracasso dos profissionais de saúde, gerando angústia, frustração e impotência<sup>4</sup>. Para o historiador Philippe Ariès, a adequada formação na terminalidade proporciona momentos felizes e dignos nesta última etapa da vida<sup>5</sup>.

A morte pode gerar ansiedade e trauma para aqueles que a vivenciam. O cuidado aos portadores de doenças terminais e a vivência da sua morte são geradores de depressão e *burnout* em enfermeiros<sup>6</sup>. O contato frequente do profissional de saúde com esses pacientes e seus familiares, somado ao déficit de preparo para lidar com esse público, provoca redução na qualidade dos cuidados prestados<sup>7</sup>.

Poucas ferramentas foram desenvolvidas para avaliação de profissionais médicos e enfermeiros em relação aos cuidados de pacientes portadores de doenças terminais. A *Frommelt Attitude Toward Care Of the Dying Scale Form B* (FATCOD-B scale) é utilizada para avaliar o conforto/desconforto de profissionais de saúde no cuidado de pacientes portadores de doenças terminais e é aplicada para testar a efetividade de programas de treinamento de fim de vida<sup>8</sup>.

A FATCOD-B scale foi desenvolvida pela enfermeira Katherine Helen Murray Frommelt em 1989. É utilizada para avaliar as atitudes de enfermeiros, e outros profissionais de saúde, quanto ao cuidado de pacientes portadores de doenças terminais e suas famílias. É composta por 30 itens do tipo *Likert* com opções de respostas: “*Strongly Disagree, Disagree, Uncertain, Agree e Strongly Agree*”. Os itens 1, 2, 4, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 e 30 são assertivas positivas (varia de 1 para “*Strongly Disagree*” a 5 para “*Strongly Agree*”), as demais são negativas (varia de 1 para “*Strongly Agree*” a 5 para “*Strongly Disagree*”). Assim, a pontuação total varia de 30 a 150, sendo que os escores mais altos refletem atitudes mais positivas<sup>9-11</sup>.

A FATCOD-B scale originalmente está escrita em inglês e, para ser utilizada no Brasil, é necessária a tradução, adaptação e validação transcultural a nível nacional e, neste estudo, realizaram-se esses processos<sup>12</sup>.

O objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente a *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B* para o português brasileiro e avaliar sua validade de conteúdo e a consistência interna.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico para validação semântica e adaptação cultural da *FATCOD-B scale*, conduzido nos anos de 2021 e 2022. Os estudos metodológicos focam no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas ou estratégias metodológicas<sup>13</sup>.

Estabeleceram-se critérios de inclusão para os participantes do estudo. Tradutor 1 (TRAD 1): idade igual ou superior a 18 anos; ser profissional da área da saúde e apresentar conhecimento sobre o construto avaliado; ter o idioma português brasileiro como língua materna e ser fluente no idioma inglês. Tradutor (TRAD 2): idade igual ou superior a 18 anos; ser profissional de área distinta da saúde (tradutor ingênuo); não ter conhecimento sobre o construto avaliado, de modo a refletir a linguagem não acadêmica; ter o idioma português brasileiro como língua materna e ser fluente no idioma inglês. Para os retrotradutores 1 e 2 (RET 1 e RET 2) definiu-se como critério de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos; idioma inglês como língua materna e ser fluente no idioma português brasileiro.

Estruturou-se o estudo nas seguintes etapas: tradução (I), síntese (II), retrotradução (III), revisão por comitê de especialistas (IV), pré-teste (V) e versão final (VI)<sup>14-15</sup>.

Iniciou-se a coleta de dados com a tradução da *FATCOD-B scale* realizada pelos tradutores, que geraram as versões traduzidas T1 e T2. Na síntese, os TRAD 1 e 2 formularam a versão T 1-2, conforme as etapas descritas a seguir.

Dois tradutores atuaram na etapa I. Ambos trabalharam de forma independente e traduziram a escala para o português do Brasil. A tradução do TRAD 1 foi denominada T1, enquanto a tradução do TRAD 2 foi denominada T2. O processo de tradução ocorreu exclusivamente de forma on-line havendo comunicação entre os tradutores e autores através de e-mail e telefones celulares.

Na etapa II, os tradutores realizaram reunião on-line, tendo os pesquisadores como observadores. Discutiram-se as 30 questões da *FATCOD-B scale* e, após consenso, formularam a versão síntese denominada T1-2.

Na etapa III, houve a participação de retrotradutores norte-americanos (RET 1 e RET 2). Ambos receberam a versão T1-2 e formularam, individualmente, as versões retrotraduzidas para o inglês denominadas RT1 (formulada por RET 1) e RT2 (formulada por RET 2).

Na etapa IV, revisão por comitê de especialistas, participaram um profissional de enfermagem, pesquisador da temática da morte, um profissional de enfermagem com expertise na tradução e validação transcultural de escalas, um médico com especialidade em cuidados paliativos, TRAD 1, TRAD 2, RET 1, RET 2, um profissional formado em letras português-inglês, tradutor 3 (TRAD 3) substituto do TRAD 2 (não pôde continuar sua participação por problemas pessoais). Os participantes receberam a versão original da *FATCOD-B scale*, T1, T2, T1-2, RT1 e RT2, além dos relatórios da T1, T2, T1-2, RT1 e RT2, nos quais houve explicações acerca dos processos de tradução, retrotradução e síntese, bem como justificativa da escolha dos vocabulários presentes nas etapas mencionadas previamente.

Após análise de todos os documentos, os membros do comitê de especialistas formularam uma versão da *FATCOD-B scale* que foi aplicada na etapa V.

Na etapa V, participaram 75 médicos e 12 enfermeiros associados à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Os participantes receberam um convite do mailing da SBGG que continha o *link* do *Google forms* com o questionário sociodemográfico e o da *FATCOD-B scale* para serem respondidos.

Para o tamanho da amostra, o referencial de Beaton et al. (2000) sugere entre 30 e 40 participantes. Neste estudo, optou-se pelo uso de um método de amostragem probabilística, obtendo-se o número de 75 médicos e 12 enfermeiros na etapa do pré-teste. A amostragem estratificada foi utilizada, visto que a população de interesse se subdividiu em grupos. Segundo Manzato e Santos (2012), quando a amostragem não leva em consideração a existência desses subgrupos podem-se produzir resultados que estejam influenciados pelo desbalanceamento da amostra<sup>16</sup>.

O questionário sociodemográfico foi ajustado a partir do criado por Frommelt, composto pelas variáveis sexo, idade, religião, profissão, questões sobre educação prévia sobre o morrer e a morte, experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais, experiência prévia com a perda e experiência presente quanto à morte de um ente querido. Os ajustes realizados ocorreram para que o questionário fosse mais adequado à realidade brasileira. No Brasil, existem diversas denominações religiosas. Assim sendo, optou-se por acrescentar "espírita", "afro-brasileira", "agnóstica" e "ateu". Houve, também, modificações na formação profissional, já que no Brasil não há *High School Equivalency* ou *High School Diploma*, por exemplo. Optou-se por manter "residência", "mestrado" e "doutorado" no questionamento de outras formações.

Na etapa VI, foi finalizada a versão brasileira da *FATCOD-B scale* (*FATCOD-B-B*) (APÊNDICE) pelos pesquisadores após a verificação da validação e consistência interna.

Os contatos com os participantes foram realizados por meio de e-mail e três reuniões on-line com participação da pesquisadora principal como observadora. A primeira ocorreu entre o TRAD 1 e 2, sendo discutidos os 30 itens traduzidos da *FATCOD-B scale*, chegando-se a um consenso sobre a versão síntese. Na segunda, entre os membros do comitê, avaliaram-se as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Na terceira reunião, a versão pré-teste da escala foi aprovada pelo comitê.

Para a análise de dados, organizaram-se as respostas dos participantes do pré-teste no *Software Microsoft® Excel*. Foram avaliadas as características dos participantes com técnicas de estatística descritiva, sendo calculadas as respostas considerando a frequência, os percentuais e os intervalos de confiança para proporção.

Para cada questão da *FATCOD-B scale*, foram calculados os índices de validade de conteúdo (IVC) com a finalidade de averiguar se o conteúdo do instrumento foi um bom reflexo do construto<sup>17</sup>. Quanto à consistência interna, utilizou-se o alfa de *Cronbach*, que fornece esta medida em um único teste<sup>18</sup>.

Calcularam-se as médias de concordância e os desvios-padrões presentes em todas as questões da *FATCOD-B scale* e apresentadas as métricas gerais para as questões. As análises foram realizadas utilizando-se a linguagem de programação R.4.1.2 e R.4.2.2, com auxílio de profissional estatístico.

Para a realização da tradução, validação e adaptação transcultural da *FATCOD-B scale* para a língua portuguesa do Brasil foi obtida a autorização da autora da escala. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer número 5.339.069.

## RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 que 57,4% dos participantes têm até 45 anos de idade, 66,7% são mulheres, 55,2% católicos e 73,6% apontam a crença religiosa como geradora de alguma influência na atitude sobre a morte.

Dos respondentes, 31% participaram de algum curso sobre o morrer e a morte, 96,6% cuidaram de pacientes portadores de doenças terminais e seus familiares e 33,3% tiveram experiência prévia com perda envolvendo seus próprios familiares. A perda de uma pessoa que não era da família foi vivenciada por 39,1%, destacando-se que 83,9% não estavam lidando com perda no momento da pesquisa e 6,9% estavam vivenciando a morte de um ente querido.

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas de médicos e enfermeiros associados à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, participantes do pré-teste. Curitiba, PR, Brasil, 2024

(continua)

Característica	n <sup>†</sup>	% (IC95%) <sup>‡</sup>
<b>1. Idade</b>		
23-27 anos	1	1,1 (0,2; 6,2)
28-35 anos	19	18,4 (11,6; 27,8)
36-45 anos	39	37,9 (28,5; 48,4)
46-55 anos	20	17,2 (10,7; 26,5)
56-59 anos	7	8,0 (4,0; 15,7)
60 anos ou mais	15	17,2 (10,7; 26,5)
<b>2. Sexo</b>		
Feminino	72	66,7 (56,2; 75,7)
Masculino	29	33,3 (24,3; 43,8)
<b>3. Religião</b>		
Afro-brasileira	2	2,3 (0,6; 8,0)
Agnóstico	10	10,3 (5,5; 18,5)
Ateu	7	4,6 (1,8; 11,2)
Católica	52	55,2 (44,7; 65,2)
Espírita	11	9,2 (4,7; 17,1)
Protestante	14	5,7 (2,5; 12,8)
Outras	5	12,6 (7,2; 21,2)
<b>4. Minha crença religiosa e a influência nas atitudes em relação ao morrer e à morte</b>		
Não influencia	20	21,8 (15,2; 33,0)
Gera pouca influência	23	23,0 (16,2; 34,3)
Gera uma forte influência	51	50,6 (42,4; 63,4)
Não responderam	7	6,9

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas de médicos e enfermeiros associados à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, participantes do pré-teste. Curitiba, PR, Brasil, 2024 (conclusão)

Característica	n <sup>†</sup>	% (IC95%) <sup>‡</sup>
<b>5. Minha ausência de crença religiosa e a influência nas atitudes em relação ao morrer e à morte</b>		
Não influencia	23	23,0 (52,9; 84,7)
Gera pouca influência	8	5,7 (7,9; 35,6)
Gera uma forte influência	3	3,4 (3,7; 27,2)
Não responderam	67	66,3
<b>6. Profissão</b>		
Enfermeiro	12	13,8 (8,1; 22,6)
Médico	75	86,2 (77,4; 91,9)
<b>7. Formação</b>		
Residência	45	50,6 (50,3; 72,4)
Mestrado	21	16,1 (12,1; 30,4)
Doutorado	15	14,9 (11,0; 28,8)
Não Responderam	20	19,8
<b>8. Educação prévia sobre o morrer e a morte</b>		
Eu fiz um curso	27	31,0 (22,3; 41,4)
Não fiz um curso específico, mas o assunto foi abordado em outros cursos.	57	65,5 (55,1; 74,7)
Nenhuma informação prévia sobre o morrer e a morte foram apresentadas.	3	3,4 (1,2; 9,7)
<b>9. Experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais:</b>		
Cuidei de doentes terminais e seus familiares, previamente.	84	96,6 (90,3; 98,8)
Não tive experiências prévias.	3	3,4 (1,2; 9,7)
<b>10. Experiência prévia com a perda de alguém próximo a mim:</b>		
Familiares próximos	29	33,3 (24,3; 43,8)
Não tenho experiência prévia	24	27,6 (19,3; 37,8)
Outro significativo	34	39,1 (29,5; 49,6)
<b>11. Experiência presente:</b>		
Atualmente tenho um ente querido em estado terminal (expectativa de vida de um ano ou menos).	8	9,2 (4,7; 17,1)
Estou presenciando antecipadamente a morte de um ente querido.	6	6,9 (3,2; 14,2)
Não estou lidando com nenhuma perda iminente, neste momento.	73	83,9 (74,8; 90,2)

<sup>†</sup> = número de pacientes; <sup>‡</sup> = porcentagem de pacientes (Intervalo de confiança 95%);

Fonte: Os autores (2024)

Na Tabela 2 verifica-se o coeficiente de confiabilidade alfa de *Cronbach* mínimo que, considerando todos os itens, totalizou 0,81. Igualmente, observam-se as médias de concordância entre os avaliadores, calculadas por meio do índice de validade de conteúdo e os desvios-padrões de todas as questões da *FATCOD-B scale*. Os dois itens com médias de concordância mais elevadas foram as questões “os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida” (4,71) e “as famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida” (4,67). O IVC geral da pesquisa foi de 88,27, sendo esse índice de validade de conteúdo superior ao valor mínimo necessário para sua aceitabilidade.

**Tabela 2** –Índice de Validade de Conteúdo; Coeficiente alfa de *Cronbach*; Média e Desvio- Padrão de concordância para as questões da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024

(continua)

Questão	IVC <sup>†</sup>	Alfa <sup>‡</sup>	Média	DP§
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.	91,95	0,81	4,48	0,80
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	93,1	0,81	4,39	0,81
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.	86,21	0,81	3,97	1,05
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	96,55	0,81	4,59	0,56
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida	94,25	0,80	4,16	0,82
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.	94,25	0,82	4,28	0,98
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	74,71	0,80	3,67	1,20
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	77,01	0,80	3,79	1,28
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.	94,25	0,81	4,36	0,88
10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.	89,66	0,81	1,67	0,66
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	100	0,81	4,36	0,59
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	68,97	0,82	2,07	0,97
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.	94,25	0,80	4,21	0,90
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.	97,70	0,81	4,30	0,76

**Tabela 2** –Índice de Validade de Conteúdo; Coeficiente alfa de Cronbach; Média e Desvio- Padrão de concordância para as questões da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024

(continua)

Questão	IVC <sup>†</sup>	Alfa <sup>‡</sup>	Média	DP§
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	96,55	0,80	4,29	0,70
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.	96,55	0,81	4,67	0,64
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	100	0,81	4,30	0,63
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	82,76	0,81	4,28	0,91
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	96,55	0,81	4,08	0,65
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	66,67	0,82	3,71	1,13
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	88,51	0,81	4,40	0,77
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	98,85	0,81	4,71	0,48
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	93,10	0,81	4,53	0,74
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	78,16	0,82	3,95	1,07
25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	80,46	0,80	4,18	1,25
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.	77,01	0,81	3,71	1,28
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	86,21	0,81	4,36	0,71
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.	93,10	0,81	4,33	0,97
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	65,52	0,82	3,11	1,26

**Tabela 2** –Índice de Validade de Conteúdo; Coeficiente alfa de Cronbach; Média e Desvio- Padrão de concordância para as questões da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024 (conclusão)

Questão	IVC <sup>†</sup>	Alfa <sup>‡</sup>	Média	DP§
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	95,40	0,81	4,39	0,58

† = Índice de Validade de Conteúdo; ‡ = Coeficiente Alfa de Cronbach; § = Desvio-Padrão

Fonte: Os autores (2024)

Na Tabela 3 aponta-se a soma das médias da FATCOD-B que foi de 121 pontos, com desvio-padrão de 0,68 pontos.

**Tabela 3** – Métrica geral das questões da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024

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

Fonte: Os autores (2024)

## DISCUSSÃO

Foram realizadas as traduções da escala original do idioma de origem para o idioma-alvo. Ambas apresentaram conteúdo semelhante, apesar de pequenas variações na escolha do vocabulário e estruturação das frases referentes a cada tradutor.

Na etapa de síntese as versões traduzidas foram comparadas e as divergências foram ajustadas. Os tradutores discutiram as opções mais adequadas para cada item traduzido, a fim de formular uma versão síntese única, conforme preconizado por autores da área<sup>19</sup>.

De acordo com recomendações metodológicas, as versões retrotraduzidas, foram semelhantes entre si, apesar de variações no vocabulário e estruturação das frases. Ademais, comparou-se a versão original da escala às traduções resultantes no intuito de se certificar que as versões traduzidas fossem adequadas<sup>20</sup>.

Ao longo das análises, todas as questões da FATCOD-B foram verificadas quanto às equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais e sugestões de melhorias foram realizadas. Algumas palavras e/ou frases geraram maior discussão. Na questão *"Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person"* traduzida para *"O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida"*. Questionou-se a palavra *"addiction"* inúmeras vezes. De acordo com as diretrizes de validação de conteúdo, os especialistas escolheram *"vício"* em detrimento à *"adição"* após observarem que a palavra *"vício"* é entendida por uma criança de 12 anos<sup>17</sup>.

Com a versão pré-teste avaliou-se a compreensão e a aceitabilidade da escala. Essa versão foi considerada adequada por contemplar população oriunda de diversas

localidades do país, refletindo a existência de múltiplos aspectos culturais, profissionais e relativos à formação acadêmica dos entrevistados, em concordância com outros estudos de tradução e adaptação transcultural de escalas<sup>21-22</sup>.

Verificou-se a consistência interna do pré-teste por meio do coeficiente alfa de Cronbach e, considerando todos os itens da escala, o valor obtido evidenciou a qualidade e confiança no resultado das questões da escala<sup>13,18,23</sup>. Do mesmo modo, o índice de validade de conteúdo, obteve valor geral superior ao mínimo recomendado para sua aceitabilidade<sup>17</sup>.

Os profissionais com idade  $\leq 45$  anos, apresentaram opiniões mais formadas sobre o fato de amenizar o assunto da morte diante de um paciente terminal e quanto a sentir vontade de fugir no momento da morte do paciente. Esses resultados são discordantes de estudo que aplicou a FATCOD-B em enfermeiros chilenos, o qual mostrou que quanto maior a idade mais positivas são as atitudes dos profissionais frente a pacientes terminais<sup>24</sup>.

A religião mostrou-se como um dos fatores associados às atitudes de médicos e enfermeiros a respeito da morte. Dependendo da questão da escala, há modificações de resposta comparando-se o grupo de cristãos, não cristãos e sem religião, enquanto em outros questionamentos a religião não interferiu no resultado. Destaca-se que a religião pode afetar a tomada de decisão nos cuidados de fim de vida<sup>25</sup>.

Médicos e enfermeiros associados à SBGG tiveram atitudes positivas diante da morte e do morrer, tendo em vista que o escore da FATCOD-B-B foi de  $121 \pm 0,68$ . Esse escore foi maior que o obtido em estudo conduzido na Itália ( $115,20 \pm 7,86$ )<sup>26</sup>, e menor que o escore de estudo realizado na Suécia ( $125,5 \pm 8,2$ )<sup>27</sup>.

No presente estudo a experiência da perda promoveu mudanças nas atitudes de médicos e enfermeiros diante de seus pacientes terminais, divergindo de estudo conduzido na Itália, Espanha e Inglaterra, no qual as respostas da FATCOD-B scale não foram influenciadas pelo luto pessoal<sup>28</sup>.

A importância desta pesquisa vai além de traduzir, adaptar e validar a FATCOD-B scale para o português do Brasil, já que a escala pode auxiliar os profissionais de saúde a lidarem com situações de terminalidade. A escala poderá ser aplicada para identificar profissionais com maior aptidão para o trabalho com a terminalidade e avaliar as atitudes profissionais antes e depois de treinamentos sobre fim de vida.

A FATCOD-B-B será útil na estruturação de disciplinas sobre a temática do morrer e da morte. O preparo profissional pode reduzir a síndrome de *burnout*, a ansiedade e a depressão dos profissionais que lidam com o fim de vida. Dessa forma, a sociedade se beneficia com a melhor qualificação profissional, e o conseqüente tratamento mais habilitado.

Alguns inconvenientes ocorreram ao longo desta pesquisa, como as dificuldades para encontrar retrotradutores que participassem da etapa de comitê de especialistas e profissionais de saúde que tivessem em seus Currículos Lattes a proficiência em inglês. Houve limitada participação de médicos e enfermeiros na etapa do pré-teste, *on-line*, com a conseqüente perda numérica de participantes.

## CONCLUSÃO

A partir da metodologia e resultados apresentados, pode-se concluir que a FATCOD-B scale foi traduzida, validada e adaptada transculturalmente para o português brasileiro, além de apresentar alta validade de conteúdo e consistência interna.

Mudanças na qualidade de ensino sobre a morte e o morrer devem ser incentivadas. Para isso, é necessário que sejam realizados planejamentos estratégicos e treinamentos dos profissionais de saúde. A utilização da FATCOD-B-B é recomendada na formação continuada a respeito dessas temáticas, nos serviços de saúde.

A utilização da FATCOD-B-B promoverá o aumento da visibilidade do tema da morte e da assistência ao paciente moribundo; auxiliará os profissionais da saúde a entenderem seus sentimentos e as dificuldades relacionadas a esses atendimentos e contribuirá para a melhoria na qualidade do atendimento a esses pacientes.

## AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Meireles AA, Amaral CD, de Souza VB, da Silva SG. On death and dying: perceptions of medical students in Northern Brazil. Rev Bras Educ Médica [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];46(2):e057. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210081>
2. Pereira EA, Rangel AB, Giffoni JC. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma Escola de Medicina de Goiás. Rev Bras Educ Médica [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 24];43(4):65-71. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180116>
3. de Andrade PC, Gomes AM, Spezani RS, Nogueira VP, Barbosa DJ, Bernardes MM, et al. Representação social da morte para estudantes de Enfermagem. Cogitare Enferm [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 22];26:e71628. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71628>
4. Melo VL, Maia CQ, Alkmim EM, Ravasio AP, Donadeli RL, de Paula LO, et al. Death and dying in Brazilian medical training: an integrative review. Rev Bioét [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];30(2):300-17. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526EN>
5. Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. 1. ed. Nova Fronteira; 2021. 180 p.
6. Attafuah PY, Iddrisu I, Ninon A, Sarfo JO, Nyonator DE, Adjei CA, et al. Attitudes of nurses towards patients at the end of their life: using FATCOD-B in the Ghanaian context. European Researcher [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];13(1):4-10. Available from: <https://doi.org/10.13187/er.2022.1.4>
7. Chen X, Zhang Y, Arber A, Huo X, Liu J, Sun C, et al. The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. BMC Palliat Care [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];21:56. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00953-0>

8. Molinengo G, Loera B, Miniotti M, Leombruni P. Shortening the Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD-B): a brief 9-item version for medical education and practice. *J Cancer Educ* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];37:1736–42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02020-3>
9. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 1991 [cited 2024 Feb 24];8(5):37-43. Available from: <https://doi.org/10.1177/104990919100800509>
10. Frommelt KH. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2003 [cited 2022 Dec 22];20(1):13-22. Available from: <https://doi.org/10.1177/104990910302000108>
11. Paul SS, Renu G, Thampi P. Creating a positive attitude toward dying patients among nursing students: is the current curriculum adequate? *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 22];25(1):142-6. Available from: <https://jpalliativecare.com/creating-a-positive-attitude-toward-dying-patients-among-nursing-students-is-the-current-curriculum-adequate/>
12. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publ Mex* [Internet]. 2013 [cited 2024 Feb 24];55(1):57-66. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es)
13. Polit DF, Beck VT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem, avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Artmed Editora; 2018. 456 p.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*[Internet]. 2000 [cited 2024 Feb 24];25(24):3186-91. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
15. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz BM, contributors. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures [Internet]. Illinois, EUA: Institute for Work & Health; 2007 [cited 2024 Feb 24]; Available from: [https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
16. Manzato AJ, Santos AB. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa [Internet]. São Paulo: São Paulo, Brasil: Departamento de Ciência de Computação e Estatística -IBILCE, UNESP; 2012 [cited 2024 Feb 24]. 17 p. Available from: [https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:gjH8qv2uJwJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:gjH8qv2uJwJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5)
17. Yusoff MS. ABC of content validation and content validity index calculation. *Educ Med J* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 25];11(2):49-54. Available from: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
18. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* [Internet]. 1951 [cited 2024 Feb 25];16(3):297-334. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
19. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2012 [cited 2024 Feb 25];22(53):423-32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
20. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 24];26(1):50-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-57>
21. Guimarães RP, Alves DP, Silva GB, Bittar ST, Ono NK, Honda E, et al. Translation and cultural adaptation of the Harris Hip Score into portuguese. *Acta Ortop Bras* [Internet]. 2010 [cited 2024 Feb 24];18(3):142-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522010000300005>

22. Polesello GC, Godoy GF, Trindade CAD, Queiroz MCD, Honda E, Ono NK. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do quadril MHOT. *Acta Ortopédica Bras* [Internet]. 2012 [cited 2024 Feb 24];20(2):88–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522012000200006>
23. Freitas ALP, Rodrigues SG. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: *Anais 12th Simpósio de Engenharia de Produção* [Internet]; 2005. Bauru, SP: UNESP; 2005 [cited 2024 Feb 25]. Available from: [https://www.simpep.feb.unesp.br/anais\\_simpep\\_aux.php?e=12](https://www.simpep.feb.unesp.br/anais_simpep_aux.php?e=12)
24. Espinoza-Venegas M, Luengo-Machuca L, Sanhueza-Alvarado O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan* [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 22];16(4):430-46. Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>
25. Muliira JK, Lazarus ER, Mirafuentes EC. A multi-country comparative study on palliative care knowledge and attitudes toward end-of-life care among undergraduate nursing students. *J Canc Educ* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 25];38:837-44. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13187-022-02193-5>
26. Leombruni P, Miniotti M, Zizzi F, Sica C, Bovero A, Castelli L, et al. Attitudes of medical students toward the care of the dying in relation to personality traits: harm avoidance and self-directedness make a difference. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2015 [cited 2022 Dec 22];32(8):824-8. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909114542101>
27. Henoch I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Johansson Sundler A, et al. The Swedish version of the Frommelt attitude toward care of the dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2024 Feb 25];37(1):E1-11. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318279106b>
28. Ferri P, Di Lorenzo R, Stifani S, Morotti E, Vagnini M, Jiménez Herrera MF, et al. Nursing student attitudes toward dying patient care: a European multicenter cross-sectional study. *Acta Biomed* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 25];92(Suppl 2):e2021018. Available from: <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11403>

## APÊNDICE

### VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B SCALE (FATCOD-B-B)

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

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

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

Discordo totalmente    Discordo    Não concordo nem discordo    Concordo    Concordo totalmente

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

**Translation and validation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B\*****ABSTRACT**

**Objective:** To translate and cross-culturally adapt the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B into Brazilian Portuguese and to assess its content validity and internal consistency. **Method:** A methodological study developed in online format during 2021 and 2022 with participation of experts in the topic of "death" and sworn translators from Brazil. It involved the following stages: Translation; Synthesis; Back-translation; Review by an experts' committee; Pre-test; and Final version. **Results:** After the translation process, internal consistency was verified using Cronbach's alpha reliability coefficient, which reached 0.81. The overall Content Validity Index was 88.27, higher than the minimum required for acceptability. **Conclusion:** The Brazilian version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B Scale presented sufficient metrics to be applied in Brazil. Use of the scale will contribute to increasing visibility regarding the issue of death and assistance to dying patients.

**Descriptors:** Validation Study; Translation; Death; Health Assessment; Health Personnel.

**Traducción y validación de la Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B\*****RESUMEN:**

**Objetivo:** Traducir y adaptar transculturalmente la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B* al portugués brasileño y evaluar su validez de contenido y consistencia interna. **Método:** Estudio metodológico, desarrollado en formato online durante 2021 y 2022 con la participación de especialistas en el tema de la "muerte" y traductores públicos de Brasil. Implicó las siguientes etapas: traducción; síntesis; retrotraducción; revisión por comité de expertos; prueba piloto y versión final. **Resultados:** Luego de la traducción, se verificó la consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0,81. El índice de validez de contenido general fue de 88,27, superior al valor mínimo requerido para su aceptabilidad. **Conclusión:** La versión brasileña de la escala *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B* presentó métricas suficientes para ser aplicada en Brasil. El uso de la escala contribuirá a aumentar la visibilidad de la cuestión de la muerte y la asistencia a los pacientes moribundos.

**Descriptor:** Estudio de Validación; Traducción; Muerte; Evaluación de salud; Personal de salud.

\***Artigo extraído da dissertação do mestrado:** "Tradução, validação e adaptação transcultural da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B para o português brasileiro", Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Recibido em: 04/05/2024

Aprovado em: 06/01/2025

Editora associada: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

**Autor correspondiente:**

João Alberto Martins Rodrigues

Universidade Federal do Paraná

Av. Pref. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, 3º andar – Jardim Botânico

morgadinho70@hotmail.com

**Autor Correspondente:**

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C.** Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).