

Adaptação transcultural do *Bonn Palliative Care Knowledge Test*: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia

Cross-cultural adaptation of the Bonn Palliative Care Knowledge Test: an instrument to assess knowledge and self-efficacy

Adaptación transcultural del Bonn *Palliative Care Knowledge Test*: un instrumento para evaluar conocimientos y autoeficacia

Jéssica Sponton Moura Minosso*; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins**; Maria Amélia de Campos Oliveira***

Resumo

Enquadramento: Os cuidados paliativos (CP) aumentam a qualidade de vida das pessoas com doença avançada e otimizam o uso dos recursos em saúde. Entretanto, a insuficiência de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre CP pode constituir-se numa barreira para a sua disponibilização. A Enfermagem carece de instrumentos que identifiquem possíveis lacunas neste corpo de conhecimentos, tanto na prática como no ensino de CP.

Objetivos: Promover a adaptação transcultural *Bonner Palliativwissenstest* (BPW) para a avaliação de conhecimentos e crenças de autoeficácia em CP de licenciandos e enfermeiros em Portugal.

Metodologia: Realizou-se um estudo metodológico, composto por 6 etapas, com 60 participantes na fase de pré-teste.

Resultados: Os procedimentos adotados promoveram a consecução das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. O pré-teste confirmou a compreensão e a aceitabilidade da versão elaborada. A média de acertos foi similar à encontrada no estudo original.

Conclusão: A versão portuguesa do BPW apresentou equivalências adequadas ao instrumento original.

Palavras-chave: cuidados paliativos; competência clínica; prática profissional; enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida; educação em enfermagem

Abstract

Background: Palliative care (PC) improves the quality of life of people with advanced disease and optimizes the use of health-related resources. However, health professionals' lack of knowledge about PC may become a barrier to its availability. Nursing requires instruments that can identify possible gaps in this set of knowledge, both in PC practice and teaching.

Objectives: To promote the cross-cultural adaptation of the *Bonner Palliativwissenstest* (BPW) to measure undergraduate students and nurses' knowledge and self-efficacy beliefs about PC in Portugal.

Methodology: A 6-step methodological study was conducted with 60 participants in the pretest stage.

Results: The procedures promoted semantic, idiomatic, cultural, and conceptual equivalences. The pretest confirmed the understanding and acceptability of the elaborated version. The mean score was similar to that found in the original study.

Conclusion: The Portuguese version of the BPW showed an adequate equivalence to the original instrument.

Keywords: palliative care; clinical competence; professional practice; hospice and palliative care nursing; education, nursing

*MSc., Enfermeiro, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 05403-000, São Paulo, Brasil [jessica.minosso@usp.br]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha de dados, tratamento estatístico, análise de dados e discussão, redação do texto. Morada para correspondência: Rua Parque da República, 148 casa 8, 4430-999, Vila Nova de Gaia, Portugal.

**Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [mmartins@esen.pt]. Contribuição no artigo: recolha e análise de dados, redação do texto.

*** Ph.D., Professora Catedrática, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 05403-000, São Paulo, Brasil [macampos@usp.br]. Contribuição no artigo: análise de dados e discussão, redação do texto.

Resumen

Marco contextual: Los cuidados paliativos (CP) aumentan la calidad de vida de las personas con enfermedad avanzada y optimizan el uso de los recursos en la salud. Entretanto, la falta de conocimiento de los profesionales de la salud sobre CP puede significar una barrera para ponerlos a disposición. La enfermería carece de instrumentos que identifiquen posibles lagunas en este cuerpo de conocimientos, tanto en la práctica como en la enseñanza de CP.

Objetivos: Promover la adaptación transcultural del *Bonner Palliativwissenstest* (BPW) para evaluar conocimientos y creencias de autoeficacia en CP de graduandos y enfermeros en Portugal.

Metodología: Se realizó un estudio metodológico, compuesto por 6 etapas, con 60 participantes en la fase de pretest.

Resultados: Los procedimientos adoptados promovieron la consecución de las equivalencias semántica, idiomática, cultural y conceptual. El pretest confirmó la comprensión y la aceptabilidad de la versión elaborada. La media de aciertos fue similar a la encontrada en el estudio original.

Conclusión: La versión portuguesa del BPW presentó equivalencias adecuadas al instrumento original.

Palabras clave: cuidados paliativos; competencia clínica; práctica profesional; enfermería de cuidados paliativos al final de la vida; educación en enfermería

Recebido para publicação: 15.11.16

Aceite para publicação: 17.01.17

Introdução

O aumento da expectativa de vida é uma das maiores conquistas da humanidade e, simultaneamente, uma grande ameaça à estabilidade económica e social no próximo século. De maneira geral, os sistemas de saúde estão pouco preparados para disponibilizar cuidados adequados a pessoas com doenças crónicas e suas complicações (Prince et al., 2015).

Estima-se que nos países desenvolvidos cerca de 75% das pessoas morrerá como consequência da progressão das doenças crónicas. Por essa razão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a incorporação de estratégias de *coping* à cronicidade nos sistemas de saúde (Tripodoro et al., 2016; World Health Organization [WHO], 2015).

Os cuidados paliativos (CP) apresentam-se como uma estratégia eficaz nos casos de doença avançada, promovendo alívio do sofrimento, aumento da qualidade de vida e utilização otimizada dos recursos em saúde (Seow et al., 2014). É notório o aumento da sua importância e expansão ao redor do mundo, como uma resposta indispensável aos sintomas físicos e às questões psicossociais não atendidas que acompanham o portador de doenças crónicas até o final da sua vida (Burlá & Py, 2014).

Uma das grandes barreiras para a disponibilização deste tipo de cuidado é a falta de formação apropriada por parte dos profissionais de saúde, que têm pouco conhecimento sobre CP. É facto conhecido a falta de incorporação de conteúdos sobre CP nos currículos das licenciaturas da área da saúde (Al Qadire, 2014; WHO, 2015). Particularmente nos cursos de enfermagem foram identificadas lacunas em tópicos como a gestão da dor e outros sintomas, uso de opioides e outros medicamentos específicos, bem como o controlo dos seus efeitos laterais (Prem et al., 2012). Na verdade, há um conjunto de saberes específicos inerentes ao tratamento adequado das pessoas em CP que desafia até mesmo os parâmetros estabelecidos na prática baseada em evidências. A heterogeneidade da população, os objetivos singulares de um tratamento cujo foco não é a cura, a trajetória particular das doenças crónicas, dos seus desfechos e a natureza holística dos CP tornam os ensaios clínicos randomizados muitas vezes inaplicáveis ou inadequados, tanto por razões práticas quanto éticas (Visser, Hadley, &

Wee, 2015).

A implementação de serviços de CP é complexa dadas as características das pessoas com doenças avançadas que em geral têm múltiplos sintomas, necessidades de intervenção de várias especialidades e de apoio extensivo aos cuidadores e famílias. O desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes dos profissionais têm sido apontadas como facilitadores desse processo (van Riet Paap et al., 2014). Neste contexto, a autoeficácia também assume um papel relevante, sendo uma das crenças que determina o comportamento do indivíduo, uma vez que está na origem das ações que se desenvolvem para atingir determinado objectivo (Laochite, Costa Filho, Matos, & Sachimbombo, 2016).

Assim, considerando a carência de um instrumento que auxilie na avaliação das competências e da formação de enfermeiros para a prestação de CP, este estudo teve como objetivo a adaptação transcultural do *Bonn Palliative Care Knowledge Test* para a utilização entre licenciandos e enfermeiros em Portugal.

Enquadramento

A necessidade de avaliação de conhecimentos de estudantes e profissionais de enfermagem sobre os CP deu origem a alguns instrumentos. Um dos mais utilizados é o *Palliative Care Quiz for Nursing* (PCQN), fiável e de fácil administração, mas cujo desenvolvimento remonta ao final dos anos 90, não contemplando assim as atuais diretrizes preconizadas pela OMS (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996). Em 2009, investigadores japoneses desenvolveram o *Palliative Care Knowledge Test* (PCKT; Nakazawa et al., 2009), cuja validade foi comprovada numa grande amostra de enfermeiros. Este instrumento, entretanto, não inclui a avaliação de aspetos psicossociais relacionados ao cuidado com a pessoa em CP.

Na Alemanha, em 2011, investigadores elaboraram uma escala para a aferição de conhecimentos sobre CP e as crenças de autoeficácia de profissionais de saúde, denominado *Bonn Palliative Care Knowledge Test*, selecionada para este estudo. Trata-se de um instrumento originalmente desenvolvido para o uso em lares e unidades de cuidados continuados (*nursing homes*), que incorpora as mudanças recentes nas diretrizes adotadas em CP pela OMS (Pfister et al., 2011).

No processo de adaptação para o português do *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (*Bonner Palliativwissenstest* - BPW) foi utilizada a versão em inglês do instrumento, elaborada pelos próprios autores, apenas com as questões validadas no estudo original. Contém 23 itens que analisam o conhecimento sobre CP, abordando tópicos como dor e controlo de sintomas, conhecimento geral sobre o tema e atitudes sobre a morte e o morrer. Além disso, inclui 15 questões de avaliação de autoeficácia na prestação de CP. A escala é do tipo *Likert* e as possíveis respostas incluem “correto”, “bastante correto”, “pouco correto” ou “incorreto”. A sua validade e confiabilidade já foram confirmadas, com valores de *alfa* de Cronbach de 0,71 para os itens sobre conhecimento e de 0,86 para os de avaliação da autoeficácia (Pfister et al., 2011).

A necessidade de adaptação de um instrumento proveniente de outro contexto linguístico e cultural é amplamente reconhecida. O processo vai muito além da simples tradução e geralmente envolve diversas etapas tendo como objetivo eliminar vieses nos estudos e garantir a fiabilidade dos resultados (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010).

Questão de Investigação

Diante da necessidade de avaliação de saberes referentes aos CP e sua prestação, o presente estudo foi desenvolvido para responder à seguinte questão: a versão portuguesa do BPW apresenta equivalências adequadas ao instrumento original, sendo viável para a avaliação dos conhecimentos e crenças de autoeficácia de estudantes e profissionais de enfermagem no contexto português?

Metodologia

Realizou-se um estudo metodológico, fundamentado em referencial teórico para adaptações transculturais (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000), com as seguintes fases: tradução, síntese, retroversão, revisão por comité de especialistas, pré-teste e submissão da tradução aos investigadores que desenvolveram o instrumento. Utilizou-se a versão em inglês do BPW (Pfister et al., 2013), elaborada pelos autores do instrumento original, após consulta a especialis-

tas na adaptação de instrumentos. Os autores da BPW autorizaram e acompanharam o processo de adaptação transcultural.

Tradução

Dois tradutores independentes, que possuíam o português como língua materna elaboraram duas versões do instrumento original, identificadas como T1 e T2. Relatórios sobre a tradução efetuada, com comentários sobre facilidades ou dificuldades encontradas e justificação para as escolhas adotadas, foram solicitados aos tradutores. Nunca foi estabelecido contacto entre os tradutores, nem lhes foi facultado acesso à versão concomitante.

Síntese das traduções

Utilizando os documentos elaborados pelos tradutores e a versão original do instrumento, os investigadores desenvolveram uma síntese das traduções apresentadas, denominada T-12. O processo foi cuidadosamente registado num relatório com observações sobre os itens que geraram discordâncias e as respetivas soluções.

Retroversão

A partir da síntese das traduções (T-12), dois tradutores independentes que possuíam o inglês como língua materna retraduziram o instrumento para o idioma de origem, gerando as versões RT1 e RT2. Nenhum possuía conhecimento sobre os conceitos explorados no BPW, o instrumento original ou as versões elaboradas anteriormente.

Comité de especialistas

O comité de especialistas foi composto por enfermeiros generalistas, enfermeiros especializados em CP e professores de cursos de licenciatura e pós-graduação em enfermagem, configurando um grupo de sete profissionais bilingues (inglês/português). Foram disponibilizadas todas as versões do instrumento (T1, T2, T-12, RT1 e RT2) e relatórios. O comité analisou os documentos e elaborou a versão pré-final do BPW em português europeu, procurando resguardar a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual em relação ao instrumento original.

Pré-teste

O referencial teórico adotado (Beaton et al., 2000) recomenda a realização do pré-teste com 30 a 40 pessoas provenientes da população-alvo.

Considerando-se os objetivos do estudo, o pré-teste foi executado com 30 enfermeiros e 30 estudantes de licenciatura em enfermagem, reunidos mediante amostragem por conveniência. Todas as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida em Portugal foram respeitadas. A Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto autorizou a participação dos estudantes no pré-teste. Foi obtido consentimento informado dos participantes do estudo.

A versão portuguesa do BPW, juntamente aos documentos gerados no processo de adaptação transcultural, foi encaminhada aos autores do instrumento original.

Resultados

Na etapa da tradução, não foram identificadas

diferenças semânticas importantes entre as versões apresentadas. Um dos tradutores optou por utilizar a terminologia médica mais frequentemente, ao considerar o público-alvo do instrumento. Como exemplo, podemos citar a mudança da expressão *boca seca* para *xerostomia*.

Ao realizar a síntese das traduções, as investigadoras concordaram com a tradução efetuada para a maior parte dos itens, tendo realizado apenas alterações menores como mudança na ordem das frases, simplificação dos termos utilizados e adequação ao padrão de instrumentos utilizados na área da saúde.

Uma mudança importante a ser relatada foi a substituição do termo *residentes* para *pacientes*, de maneira a aumentar espectro de aplicação do instrumento além da utilização em lares ou unidades de cuidados continuados (Tabela 1). Tal alteração não originou comentários ou observações dos autores do instrumento.

Tabela 1

Principais diferenças entre a versão original e a síntese das traduções para português do BPW. Porto, 2015

BPW original	Síntese das traduções
Management with an opioid patch is adequate for residents in the final phase of life suffering from pain.	A gestão da dor com adesivo transdérmico opioide é adequada para pacientes em fase terminal que sentem dor.
Residents with life threatening illness should always be told the truth to allow them to prepare for death.	Os pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida devem ser sempre informados da verdade, para que possam preparar-se para a morte.
Corridor neighbors should not be informed about the death of a resident to avoid unrest.	Os pacientes dos quartos adjacentes não devem ser informados sobre a morte de um doente, para evitar inquietações.
Visible rituals and farewell ceremonies should be avoided when a resident has died to prevent unrest.	Quando morre um paciente, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitados para evitar perturbações
The caregiver's own feelings (for example disgust) can be shown in the care of residents.	Os sentimentos do prestador de cuidados (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante a prestação de cuidados aos pacientes.
Identifying the complex needs of a dying resident and reacting appropriately.	Identificar as complexas necessidades de um paciente em final de vida e reagir de forma adequada.
Performing adequate mouth care for dying residents.	Prestar os cuidados à boca, adequados a pacientes em fim de vida.
Identifying specific psychological problems of residents.	Identificar problemas psicológicos específicos dos pacientes.

A etapa da retroversão não gerou diferenças significativas entre as versões elaboradas, ve-

rificando-se a similaridade com o instrumento original, exceto em uma das questões (Tabela 2).

Tabela 2

Principais diferenças entre as retroversões e o instrumento original. Porto, 2015

RT1	RT2	BPW original
Adjuvant therapies (such as physiotherapy) are important for treating pain.	Adjuvant treatments (such as physical therapy) are important to treat pain.	Adjuvant therapies (for example physiotherapy) are important for pain management.
Palliative care involves constant emotional closeness.	Palliative care implies constant emotional closeness.	Palliative care calls for constant emotional closeness.
Patients with life-threatening illnesses should always be told the truth, so they can prepare themselves for death.	Patients with illnesses that threaten their lives should always be told the truth, so they can prepare themselves for death.	Residents with life threatening illness should always be told the truth to allow them to prepare for death.
The treatment's medical aspects always take precedence in palliative care.	The treatment's medical aspects always take priority in palliative care.	Medical aspects of treatment always have priority in palliative care.
Establish relationships of empathy with the patient and his/her family and related needs.	Establish empathic relationships with the patient and his/her family and associated needs.	Empathizing with different life situations, family constellations, and associated needs of patients and reacting appropriately.

Na revisão pelo comité de especialistas, cada item foi analisado e diversas mudanças foram propostas pelos participantes. As decisões foram tomadas por consenso, procurando obter os diversos tipos de equivalência recomendados pelo referencial teórico adotado (Beaton et al., 2000), consolidando assim a versão pré-final. À semelhança do ocorrido na etapa de síntese, os elementos do comité preferiram a utilização do termo *pessoa* ou *paciente* em substituição ao termo *residente*.

A versão resultante foi aplicada a uma amostra de enfermeiros e de estudantes de enfermagem, composta por 30 participantes de cada grupo. Utilizou-se também um questionário para a ob-

tenção da caracterização sociodemográfica das amostras.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (88,33%), com média de idade de 26,8 anos ($DP = 8,454$). Revelam já ter vivenciado o processo de morte/morrer de familiares (86,7%), não possuir formação específica em CP (90%), consideraram-se inaptos para a prestação de CP (76,7%) e atribuíram importância à incorporação de conteúdos sobre CP no currículo da licenciatura (100%). As principais diferenças encontradas entre estudantes e profissionais foram em relação à experiência com pessoas em CP e à aptidão para a prestação de CP. As características detalhadas das amostras estão ilustradas na Tabela 3.

Tabela 3

Características sociodemográficas das amostras. Porto, 2015

Características	Estudantes n(%)	Profissionais n(%)
Sexo		
Feminino	29(96,7)	24(80)
Masculino	1(3,3)	6(20)
Idade (em anos)		
Média	20,72	32,67
Mediana	20,00	29,50
Desvio padrão	1,623	8,239
Mínimo	20	23
Máximo	28	56

Estado Civil		
Solteiro	28(93,3)	14(46,7)
Casado	2(6,7)	12(40,0)
União de facto	-	4(13,3)
Já vivenciou o processo de morrer/morte de familiares próximos?		
Sim	26(86,7)	26(86,7)
Não	4(13,3)	4(13,3)
Tem experiência com pacientes paliativos?		
Sim	3(10)	23(76,7)
Não	27(90)	7(23,3)
Tem formação específica em CP?		
Sim	-	6(20)
Não	30(100)	24(80)
Considera a área dos CP com conhecimentos específicos para a Enfermagem?		
Sim	28(93,3)	26(86,7)
Não	1(3,3)	-
Não tenho opinião formada	1(3,3)	3(10)
Não respondeu	-	1(3,3)
Considera-se apto para prestar cuidados aos pacientes em CP?		
Sim	7	12(40)
Não	1(3,3)	17(56,7)
Não respondeu	29(96,7)	1(3,3)
Considera importante incorporação de conteúdos sobre CP no currículo de licenciatura?		
Sim	30(100)	30(100)
Não	-	-
Gostaria de trabalhar em serviços de CP?		
Sim	19(63,3)	17(56,7)
Não	11(36,7)	13(43,3)

Nenhum dos respondentes manifestou dificuldades no preenchimento do instrumento. Foram feitos comentários sobre o grande número de itens que o compõem e o tempo

consumido para respondê-los. A duração média para preenchimento foi de 10 minutos. A versão final do BPW em português encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4
Versão portuguesa do BPW. Porto, 2015

BPW (<i>Bonn Palliative Care Knowledge Test</i>)	Correto	Razoavelmente Correto	Pouco Correto	Incorreto
Secção 1 - Conhecimentos				
1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A obstipação deve ser aceite como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As competências de comunicação podem ser aprendidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 2 – Avaliação da autoeficácia

	Correto	Razoavelmente Correto	Pouco Correto	Incorreto
Penso que sou capaz de...				
1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Organizar o contacto com um serviço de CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os resultados da avaliação de conhecimentos e de autoeficácia da amostra através do BPW estão demonstrados nas Tabelas 5 e 6, respetivamente. De acordo com os autores do instrumento, os itens 1-4, 6-10, 12, 14 e 16-20 devem ser considerados pouco corretos ou incorretos, e os res-

tantes (5,11,13,15,21-23) corretos ou razoavelmente corretos (Pfister et al., 2013). A média de acertos foi apenas ligeiramente diferente entre os grupos de estudantes e profissionais participantes do pré-teste. Já em relação à autoeficácia, a diferença foi mais acentuada.

Tabela 5

Resultados da avaliação de conhecimentos da amostra para pré-teste. Porto, 2015

Secção 1 - Conhecimentos	Respostas corretas	
	Estudantes (%)	Profissionais (%)
1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	63,3	70
2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides	60	56,7
3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	50	36,7
4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida	30	50
5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor	80	80
6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra	3,3	23,3
7. A obstipação deve ser aceite como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante	43,3	60
8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante	20	20
9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências	73,3	53,3
10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida	26,7	33,3

11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga	56,7	53,3
12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer	13,3	20
13. Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida	66,7	80
14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte	43,3	23,3
15. As competências de comunicação podem ser aprendidas	100	100
16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações	43,3	33,3
17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP	86,7	76,7
18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações	93,3	86,7
19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.	60	66,7
20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides	60	83,3
21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	13,3	16,7
22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa	63,3	70
23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer	60	86,7
Média de acertos	57,78	61,11

Tabela 6
Avaliação de autoeficácia da amostra do pré-teste. Porto, 2015

Secção 2 - Autoeficácia	Consideram-se capazes	
	Estudantes (%)	Profissionais (%)
1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP	83,3	86,67
2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas	60	90
3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde	60	83,33
4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP	63,3	83,33
5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP	46,65	83,33
6. Organizar o contacto com um serviço de CP	36,66	76,67
7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros	40	83,33
8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada	50	76,67
9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP	70	70
10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte	26,67	70
11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida	76,67	90
12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos	76,67	90

13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP	56,66	83,33
14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida	60	70
15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir	76,67	93,33
Média de respostas consonantes	56,67	80,95

Discussão

Estudos têm comprovado a existência de certo déficit de conhecimentos sobre CP entre profissionais da área de saúde (Prem et al., 2012), o que traz alerta sobre a necessidade de aprimoramento do ensino de CP nos cursos de licenciatura.

O BPW pode tornar-se uma ferramenta importante para avaliar o nível de conhecimento de profissionais e estudantes, destacando áreas específicas para a prática e ensino, tanto em estabelecimentos de saúde quanto nas universidades. Além disso, também afere a autoeficácia, conceito que se tem demonstrado importante na medida em que se reflete no comportamento do indivíduo (Iaochite et al., 2016). Tendo sido desenvolvido para o contexto alemão, foi necessário que passasse por processo de adaptação transcultural. Tal processo tem por objetivo obter a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre versões de instrumentos de medida utilizados em idiomas e contextos culturais diversos (Beaton et al., 2000).

Uma das alterações mais importantes do processo de adaptação foi a ampliação do uso, para além dos lares e unidades de cuidados continuados, em outras instituições e contextos de atenção à saúde.

Na fase do pré-teste, o levantamento de dados sociodemográficos confirmou os resultados de alguns estudos, como a falta de incorporação de conteúdos sobre CP nos cursos de saúde, apesar da importância que lhes foi atribuída por alunos e ex-alunos (Mutto, Cantoni, Rabhansl, & Villar, 2012).

Destacou-se também a alta proporção de respondentes que se consideraram inaptos para a prestação de CP, em consonância com os dados encontrados em outros estudos (Henderson, Rowe, Watson, & Hitchen-Holmes, 2016).

Os resultados obtidos pelo pré-teste confirmaram um nível de conhecimentos (57-62%) semelhante ao encontrado pelos autores do instrumento e em estudos idênticos (Kassa, Murugan, Zewdu, Hailu, & Woldeyohannes, 2014; Pfister et al., 2013), considerado baixo em relação aos obtidos pelos *experts* no estudo de validação (média de 77,8%). Já em relação à autoeficácia, a diferença mais acentuada entre os grupos de estudantes (56,67%) e profissionais (80,65%) não reflete os resultados do estudo dos autores do instrumento (Pfister et al., 2013) em que os anos de experiência apresentaram correlação negativa com o *score* de autoeficácia. Pesquisas com maior amostragem e testes estatísticos serão realizados no futuro para a elucidação/confirmação dos dados obtidos.

Conclusão

A versão final em português do instrumento *Bonn Palliative Care Knowledge Test* apresentou equivalências adequadas ao instrumento original, como constatado pelos procedimentos adotados. As adequações realizadas produziram um instrumento viável para a utilização no contexto português. Outros estudos serão desenvolvidos para a consecução de evidências de validade da versão portuguesa do BPW.

Referências bibliográficas

- Al Qadire, M. (2014). Knowledge of palliative care: An online survey. *Nurse Education Today*, 34(5), 714-718. doi:10.1016/j.nedt.2013.08.019
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi:10.1097/00007632-

200012150-00014

- Burlá, C., & Py, L. (2014). Palliative care: Science and protection at the end of life. *Cadernos Saúde Pública*, 30(6), 1139-1141. doi:10.1590/0102-311X-PE020614
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13), 1-10. doi:10.1186/1471-2288-10-13
- Henderson, A., Rowe, J., Watson, K., & Hitchen-Holmes, D. (2016). Graduating nurses' self-efficacy in palliative care practice: An exploratory study. *Nurse Education Today*, 39, 141-146. doi:10.1016/j.nedt.2016.01.005
- Iaochite, R. T., Costa Filho, R. A., Matos, M. M., & Sachimbombo, K. M. (2016). Autoeficácia no campo educacional: Revisão das publicações em periódicos brasileiros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(1), 45-54. doi:10.1590/2175-353920150201922
- Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M., & Woldeyohannes, D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliative Care*, 13(1), 6. doi:10.1186/1472-684x-13-6
- Mutto, E. M., Cantoni, M. N., Rabhansl, M. M., & Villar, M. J. (2012). A perspective of end-of-life care education in undergraduate medical and nursing students in Buenos Aires, Argentina. *Journal of Palliative Medicine*, 15(1), 93-98. doi:10.1089/jpm.2011.0238
- Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, 23(8), 754-766. doi:10.1177/0269216309106871
- Pfister, D., Markett, S., Muller, M., Muller, S., Grutznher, F., Rolke, R., & Radbruch, L. (2013). German nursing home professionals' knowledge and specific self-efficacy related to palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7), 794-798. doi:10.1089/jpm.2012.0586
- Pfister, D., Muller, M., Muller, S., Kern, M., Rolke, R., & Radbruch, L. (2011). Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW). *Schmerz*, 25(6), 643-653. doi:10.1007/s00482-011-1111-7
- Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S. P., Karthikbabu, S., Syed, N., Sisodia, V., & Jaykumar, S. (2012). Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey. *Indian Journal Palliative Care*, 18(2), 122-127. doi:10.4103/0973-1075.100832
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. doi:10.1016/s0140-6736(14)61347-7
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 126-137. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb03106.x
- Seow, H., Brazil, K., Sussman, J., Pereira, J., Marshall, D., Austin, P. C., . . . Barbera, L. (2014). Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: A pooled analysis. *BMJ*, 348, g3496. doi:10.1136/bmj.g3496
- Tripodoro, V. A., Rynkiewicz, M. C., Llanos, V., Padova, S., De Lellis, S., & De Simone, G. (2016). Palliative care needs in advanced chronic illness. *Medicina*, 76(3), 139-147. Recuperado de: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/27295702.pdf>
- van Riet Paap, J., Vernooij-Dassen, M., Brouwer, F., Meiland, F., Iliffe, S., Davies, N., . . . Engels, Y. (2014). Improving the organization of palliative care: Identification of barriers and facilitators in five european countries. *Implementation Science*, 9, 130. doi:10.1186/s13012-014-0130-z
- Visser, C., Hadley, G., & Wee, B. (2015). Reality of evidence-based practice in palliative care. *Cancer Biology & Medicine*, 12(3), 193-200. doi:10.7497/j.issn.2095-3941.2015.0041
- .World Health Organization. (2015). *WHO media centre, fact sheet n°402*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

