



Quality of Communication Questionnaire para pacientes com DPOC em cuidados paliativos: tradução e adaptação cultural para uso no Brasil

Flávia Del Castanhel¹, Suely Grosseman²

1. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – PPGCM – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC) Brasil.
2. Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC) Brasil.

Recebido: 4 julho 2016.

Aprovado: 4 maio 2017.

Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – PPGCM – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC) Brasil.

RESUMO

Objetivo: Realizar a tradução para a língua portuguesa e a adaptação cultural para uso no Brasil do *Quality of Communication Questionnaire* (QOC) para pacientes com DPOC em cuidados paliativos. **Métodos:** Após a aprovação do autor do questionário e do comitê de ética da instituição, a versão original do QOC com 13 itens foi traduzida, de forma independente, por dois tradutores brasileiros com fluência na língua inglesa. Uma síntese das duas traduções foi realizada por uma médica bilingue e os dois tradutores, que chegaram a um consenso, gerando uma versão na língua portuguesa. Essa versão foi retraduzida por dois tradutores nativos de países de língua inglesa com fluência na língua portuguesa. Para resolver quaisquer discrepâncias, um comitê de especialistas comparou a versão original com todas as versões produzidas e, assim, obteve-se a versão pré-final do QOC. O pré-teste foi aplicado em 32 pacientes internados em UTIs de três hospitais públicos da grande Florianópolis (SC) para avaliar a clareza e a aceitabilidade cultural da versão pré-final do QOC. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de $48,5 \pm 18,8$ anos. A maioria dos itens foi bem compreendida e aceita, recebendo pontuações ≥ 8 . Um item, sobre morte, suscitou dificuldades na compreensão dos participantes do pré-teste. Ao submeter a retradução ao autor do QOC, ele solicitou alterações em dois itens, que foram acatadas. Após essas alterações, a versão final foi aprovada. **Conclusões:** A tradução e a adaptação cultural do QOC para uso no Brasil foi concluída com sucesso.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica; Inquéritos e questionários; Comunicação; Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

A importância da comunicação médico-paciente já está bem estabelecida^(1,2) e tem sido comprovada em diversos estudos que demonstram sua associação com desfechos positivos na saúde do paciente.⁽³⁻⁵⁾ Entre esses estão a melhor resposta ao tratamento, a maior facilidade na tomada de decisões,⁽⁶⁾ o maior bem-estar emocional do paciente e, conseqüentemente, sua maior satisfação com a atenção recebida.^(7,8)

Estudos mostram, entretanto, que a qualidade atual dessa comunicação tem sido deficiente,⁽⁹⁾ e que os médicos, muitas vezes, desconhecem as preferências de seus pacientes.^(9,10) Um estudo realizado na Alemanha,⁽¹¹⁾ com pacientes com esclerose múltipla, e outro na Austrália,⁽¹²⁾ com pacientes com carcinoma ductal in situ, constataram que muitos dos pacientes estavam insatisfeitos com a comunicação dos médicos e sentiam necessidade de mais informações sobre a evolução de sua doença.

Um estudo em oito países da Europa,⁽¹³⁾ investigando as características esperadas de um bom médico intensivista por pacientes internados em UTI e por seus familiares, constatou que essas características envolviam conhecimentos e habilidades médicas, seguidas por suas habilidades de comunicação.

No Brasil, a maior parte dos estudos sobre a comunicação com profissionais da saúde tem sido em relação à comunicação paciente e equipe de enfermagem.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ Na área médica, encontramos apenas um estudo descritivo⁽¹⁸⁾ cujo objetivo foi avaliar a opinião de familiares de pacientes em situação terminal de vida e internados em UTI em relação à ortotanásia, considerando as preferências dos pacientes e a satisfação da comunicação pela equipe médica. O estudo revelou que 53,3% desses pacientes discutiam com suas famílias suas perspectivas de cuidados de final de vida, mas não com seus médicos.

Para avaliar a qualidade da comunicação médico-paciente em cuidados paliativos, Curtis et al.⁽¹⁹⁾ desenvolveram o *Quality of Communication Questionnaire* (QOC) a partir de estudos qualitativos que envolveram grupos focais, com a participação de pacientes com AIDS e médicos com expertise nessa doença. Esse instrumento foi validado em uma coorte também com pacientes com AIDS e seus médicos,⁽²⁰⁾ e, em 2002,⁽²¹⁾ foi adaptado a partir de estudos qualitativos com a participação de grupos focais que envolveram pacientes com AIDS, câncer e DPOC. Em 2006,⁽²²⁾ foi realizada a análise dos componentes principais do QOC, sendo identificadas duas subescalas que apresentaram boa consistência interna para a comunicação geral ($\alpha = 0,91$) e para a

Endereço para correspondência:

Flávia Del Castanhel. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, UFSC, Campus Universitário, Trindade, CEP 88040-970, Florianópolis, SC, Brasil.

Tel./Fax: 55 48 37219100. E-mail: flaviadelcastanhel@gmail.com

Apoio financeiro: Flávia Del Castanhel é bolsista do programa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

comunicação em situações de término de vida ($\alpha = 0,79$); a validade de conteúdo apresentou associações significativas ($p < 0,01$).

O QOC foi utilizado nos EUA em pacientes com DPOC em cuidados paliativos^(21,22) e também em estudos com uma variedade de pacientes com diferentes condições clínicas. Na Alemanha, foi utilizado para avaliar a comunicação do médico com pacientes com esclerose múltipla⁽¹¹⁾; nos EUA⁽²³⁻²⁵⁾ e no Canadá,⁽²⁶⁾ com pacientes gravemente enfermos com chance de mortalidade igual ou maior que 50%; e, na Holanda, em pacientes com insuficiência renal em fase terminal e em diálise,⁽²⁷⁾ bem como naqueles com DPOC em estágio avançado, doença cardíaca crônica e doença renal crônica.⁽²⁸⁾

A necessidade de estudos no Brasil para avaliar a comunicação médico-paciente com um instrumento confiável e válido, não só em pacientes em cuidados paliativos e em situação de término de vida, mas também naqueles em cuidados intensivos, nos levou a consultar o autor do questionário quanto à possibilidade de sua tradução e adaptação cultural em pacientes admitidos em UTI. Após sua concordância, desenvolvemos então o presente estudo, cujo objetivo foi realizar a tradução do QOC para a língua portuguesa e sua adaptação cultural para uso no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo para a tradução e a adaptação cultural de um instrumento que avalia a comunicação entre médicos e pacientes com DPOC em cuidados paliativos.

O QOC é um questionário composto por 13 itens e que engloba dois domínios: habilidades de comunicação geral (itens 1 a 6) e habilidades de comunicação sobre término de vida (itens 7 a 13), com pontuações que variam de 0 a 10, sendo 0 (*o pior que poderia imaginar*) e 10 (*o melhor que poderia imaginar*). Há também duas opções de respostas adicionais: uma indicando que o médico não realizou tal comunicação (*não fez*) e outra para quando o paciente fica em dúvida sobre como avaliar um item (*não sabe*).

O autor do instrumento concedeu permissão via correio eletrônico para a tradução, adaptação cultural e validação do QOC para uso no Brasil. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo nº 938.326, e o estudo obedeceu a todos os preceitos éticos.

As etapas do processo de tradução e adaptação cultural do QOC seguiram a metodologia proposta por Beaton et al.⁽²⁹⁾ Inicialmente, foi realizada a tradução da versão original do QOC por dois tradutores brasileiros e com fluência na língua inglesa: o primeiro tradutor estava ciente sobre o conceito a ser examinado pelo questionário, e o segundo tradutor não tinha ciência e nenhuma formação na área da saúde; de forma independente, elaboraram a tradução do QOC (T1 e T2). Posteriormente, os dois tradutores e uma médica bilingue reuniram-se, compararam as traduções com

a versão original, resolveram todas as discrepâncias observadas no processo de tradução e, após chegarem a um consenso, realizaram uma síntese das traduções na versão em língua portuguesa (T12).

Dois tradutores nascidos em países de língua inglesa com fluência na língua portuguesa, sem qualquer formação na área da saúde, sem ciência dos conceitos explorados no questionário e sem acesso à versão original, trabalharam a partir da versão T12 e produziram duas versões retraduzidas (RT1 e RT2) de forma independente. Com o objetivo de assegurar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural entre todas as versões produzidas (T1, T2, T12, RT1 e RT2), um comitê de especialistas foi composto por duas médicas intensivistas bilingues, os dois tradutores que participaram da elaboração das versões T1 e RT1, uma professora de língua portuguesa e uma professora de metodologia, os quais revisaram cada item do instrumento traduzido gerando então a versão pré-final do instrumento. Essa versão pré-final foi utilizada no pré-teste.

Segundo Beaton et al.,⁽²⁹⁾ o pré-teste deve ser aplicado em 30-40 participantes. Em nosso estudo, a amostra foi de conveniência, com pacientes internados em UTI. Os critérios de inclusão foram: estar internado em UTI por mais de 24 h, ter idade superior a 18 anos e estar acordado e lúcido. Foram excluídos pacientes que estivessem em coma, que apresentassem distúrbio neurológico ou psiquiátrico, surdez ou qualquer outra condição que impedisse uma comunicação mínima adequada, bem como pacientes em uso de medicamentos que afetassem seu nível de consciência.

A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2015 em horários previamente combinados junto às chefias das UTIs. A decisão de realizar o estudo com pacientes que não estavam em situação de término de vida levou em consideração que sua inclusão possibilitaria também futuros estudos em pacientes com doenças graves em cuidados intensivos. O autor da escala original foi consultado quanto a esta possibilidade e concedeu sua autorização para o estudo com esses pacientes.

Após a explicação dos objetivos do estudo e de seus preceitos éticos, os pacientes foram convidados para participar da avaliação da clareza e da adequação cultural do instrumento. Aqueles que aceitaram participar do estudo receberam o termo de consentimento livre e esclarecido e o assinaram após sua leitura. Participaram do estudo 32 pacientes internados em UTIs de três hospitais públicos da grande Florianópolis (SC), no sul do Brasil.

A clareza e a adequação cultural de todas as partes que compõem o questionário (instruções, itens e opções de resposta) foram avaliadas de acordo com o proposto por Melo⁽³⁰⁾ em uma escala que vai de 1 a 10, em que 1 representa "nada claro/adequado" e 10 representa "totalmente claro/adequado", sendo considerado satisfatório o item que recebesse uma nota igual ou superior a 8. Quando o item não era considerado claro ou culturalmente inaceitável, solicitava-se ao paciente

sua sugestão para que o instrumento pudesse ficar mais compreensível e aceitável culturalmente.

Após essa etapa, foi realizada a análise das respostas e das sugestões fornecidas pelos pacientes, e um comitê revisor, composto por três médicas, duas enfermeiras e uma fisioterapeuta, todas profissionais que atuam em UTIs, realizaram ajustes e elaboraram a versão final, a qual foi retraduzida e enviada ao autor do instrumento. O resumo das fases do presente estudo pode ser visualizado na Figura 1.

A análise estatística foi descritiva, com medidas de frequência e de tendência central. Foi utilizado o teste t de Student para comparar variáveis contínuas entre grupos e o teste do qui-quadrado para comparar variáveis categóricas. Para a inserção dos dados e análises estatísticas foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS Statistics, versão 19.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).

RESULTADOS

Dos 32 participantes, 21 eram do sexo masculino (65,6%) e 11 do sexo feminino (34,4%). A faixa etária variou de 18 a 82 anos, sendo a média de idade = $48,5 \pm 18,8$ anos. Quanto à escolaridade, 10 (31,3%) tinham ensino fundamental incompleto; 5 (15,6%)

tinham ensino fundamental completo; 4 tinham (12,5%) ensino médio incompleto; e 11 (40,6%) tinham ensino médio completo. A média de tempo de internação foi de $4,8 \pm 4,1$ dias. As causas da internação na UTI foram clínicas, em 16 pacientes (50%) e cirúrgicas, em 16 (50%; Tabela 1).

Na etapa do pré-teste, como pode ser visto na Tabela 2, apenas o item número 10 gerou dificuldade de compreensão e baixa aceitabilidade cultural, com média de $5,59 \pm 3,2$, e houve a necessidade de revisá-lo. Dos 32 participantes dessa etapa, 62,5% pontuaram esse item com nota ≤ 5 , não havendo diferença significativa entre homens e mulheres ($p = 0,27$). O comitê revisor considerou as sugestões expressas pelos participantes do pré-teste e reformulou o item para "*Falar sobre como a morte pode ser*".

A versão final produzida por esse mesmo comitê revisor foi retraduzida e enviada ao autor do instrumento, que questionou dois itens: "*Caring about you as a human being*" e "*Talking about what death might be like*", que sugeriu as seguintes alterações: "*Caring about you as a person*" e "*Talking about how dying might be*". Foi realizada então a alteração nesses dois itens para "*Preocupar-se com você como pessoa*" e "*Falar sobre como morrer poderia ser*".

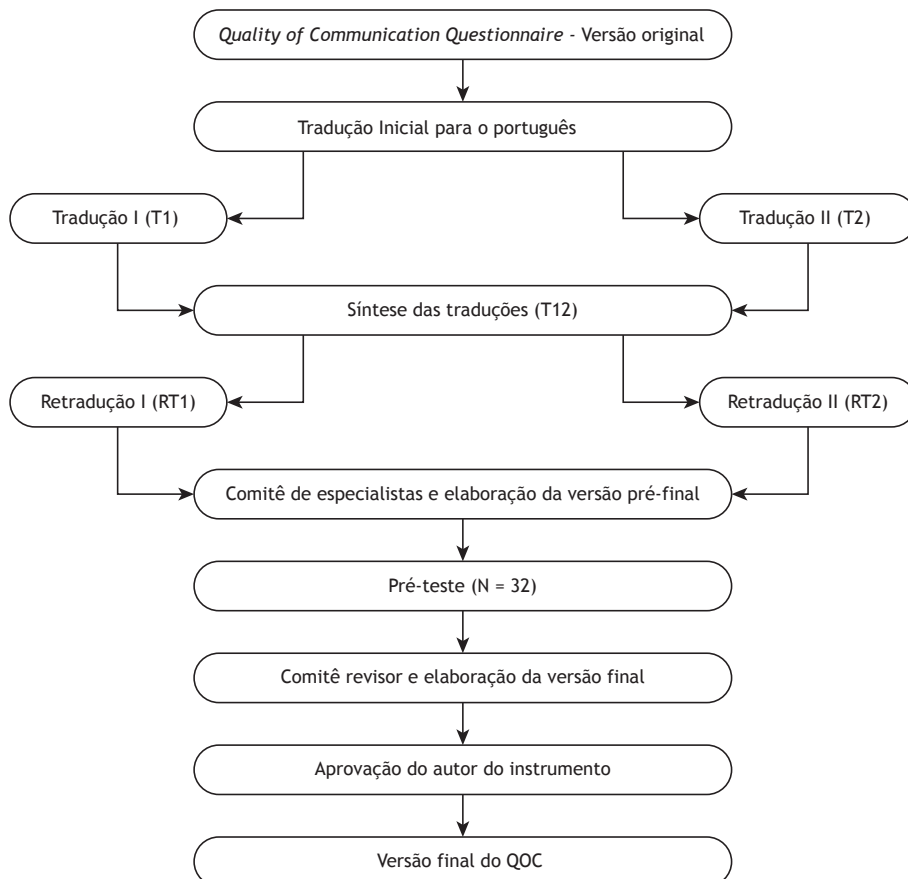


Figura 1. Fluxograma do processo de tradução para a língua portuguesa e adaptação cultural para uso no Brasil do *Quality of Communication Questionnaire* (QOC).

Tabela 1. Causas de internação em UTI, por sexo, dos participantes incluídos no processo de tradução para o português e adaptação cultural para o Brasil do *Quality of Communication Questionnaire* (N = 32).

Causas de internação	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Clínicas (n = 16)			
Acidente vascular cerebral	2 (25,0)	-	2 (12,5)
Angina instável	1 (12,5)	-	1 (6,3)
Infarto agudo do miocárdio	-	1 (12,5)	1 (6,3)
DPOC	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (12,5)
Embolia pulmonar	-	1 (12,5)	1 (6,3)
Pneumonia grave	-	1 (12,5)	1 (6,3)
Cirrose hepática	1 (12,5)	-	1 (6,3)
Pancreatite	-	1 (12,5)	1 (6,3)
Sepse	3 (37,5)	2 (25,0)	5 (31,3)
Alergia grave desconhecida	-	1 (12,5)	1 (6,3)
Cirúrgicas (n = 16)			
Politraumatismo	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Troca de válvula aórtica	2 (15,4)	-	2 (12,5)
Ponte de safena	2 (15,4)	-	2 (12,5)
Lobectomia	-	1 (33,3)	1 (6,3)
Pneumectomia	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Colectomia parcial	2 (15,4)	-	2 (12,5)
Hemicolectomia	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Síndrome de Fournier	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Obstrução intestinal	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Transplante de fígado	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Apendicectomia	1 (7,7)	-	1 (6,3)
Descolamento prematuro de placenta	-	1 (33,3)	1 (6,3)
Complicações pós-parto e histerectomia	-	1 (33,3)	1 (6,3)

Tabela 2. Resultados da clareza e adequação cultural dos itens do *Quality of Communication Questionnaire* segundo os 32 participantes incluídos no estudo.^a

Número	Itens	Clareza	Adequação cultural
1	Usar palavras que você consiga compreender	9,94 ± 0,25	9,94 ± 0,25
2	Olhar em seus olhos	9,88 ± 0,42	9,88 ± 0,42
3	Responder a todas as suas dúvidas sobre sua doença	9,81 ± 0,64	9,81 ± 0,64
4	Ouvir o que você tem a dizer	9,94 ± 0,25	9,94 ± 0,25
5	Preocupar-se com você como ser humano	9,91 ± 0,30	9,91 ± 0,30
6	Dar atenção plena a você	9,88 ± 0,42	9,88 ± 0,42
7	Falar sobre os seus sentimentos se acaso você piorar	9,72 ± 0,58	9,72 ± 0,58
8	Falar sobre detalhes se acaso você piorar	9,56 ± 1,01	9,56 ± 1,01
9	Falar sobre quanto tempo você tem de vida	9,78 ± 0,49	9,78 ± 0,49
10	Falar sobre como pode ser o processo do morrer	5,59 ± 3,16	5,59 ± 3,16
11	Envolver você nas discussões do tratamento para seu cuidado	9,34 ± 1,56	9,34 ± 1,56
12	Perguntar sobre coisas importantes na sua vida	9,75 ± 0,67	9,75 ± 0,67
13	Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas	9,69 ± 1,03	9,69 ± 1,03

^aValores expressos em média ± dp.

No enunciado do questionário, houve alteração quanto à característica da doença, objetivando ampliar a aplicação do instrumento aos mais diversos tipos de condições clínicas. Dessa forma, com a anuência do autor do instrumento original, o enunciado original, que se referia apenas ao médico que cuidava "dos problemas respiratórios" do paciente, foi alterado

para abranger outras patologias, substituindo-se os problemas respiratórios por "médico que cuida de seu problema de saúde"; ou seja, o enunciado "We would like to know, in as much detail as possible, how good the doctor taking care of your lung/respiratory problems is at talking with you about your illness. [...]" foi modificado para "We would like to know, in

as much detail as possible, how good the doctor who takes care of your health problems is at talking with you about your illness [...].”

Assim, foi elaborada a versão traduzida para a língua portuguesa adaptada para o uso no Brasil e intitulada como Questionário sobre a Qualidade da Comunicação, que está apresentado no Quadro 1.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi a tradução para a língua portuguesa e a adaptação cultural do QOC para uso no Brasil. Todas as etapas desse processo foram concluídas com sucesso, e a versão do instrumento poderá ser utilizada, especialmente após sua validação.

No presente estudo, o QOC revelou-se de fácil compreensão, com exceção de apenas um item relativo ao processo de morrer. Como a aplicação da versão

pré-final foi realizada em pacientes internados em cuidados intensivos, essa pode ter sido uma das razões para a menor compreensão do item. Outra possibilidade, que não exclui a anterior, é que, no Brasil, os médicos não têm o hábito de discutir a possibilidade de morrer com os pacientes. Isso só poderá ser esclarecido na continuidade de nosso estudo para validar o QOC em pacientes em cuidados intensivos e em pacientes em cuidados paliativos e em término de vida.

O QOC foi desenvolvido para avaliar a qualidade da comunicação entre médicos e pacientes em cuidados paliativos e em término de vida. Porém, por englobar dois domínios ou subescalas (comunicação geral e comunicação sobre término de vida), alguns estudos têm utilizado apenas uma de suas subescalas. A subescala sobre comunicação geral foi utilizada em um estudo nos EUA,⁽²³⁾ e a subescala sobre comunicação sobre término de vida foi utilizada em estudos na Alemanha⁽¹¹⁾ e na Holanda.⁽²⁸⁾

Quadro 1. Versão do *Quality of Communication Questionnaire* traduzido para a língua portuguesa e adaptado culturalmente para uso no Brasil.

Questionário sobre a Qualidade da Comunicação Versão administrada pelo entrevistador													
Gostariamos de saber, o mais detalhadamente possível, o quanto o médico que cuida dos seus problemas de saúde é bom em falar com você sobre a sua doença e os tipos de cuidados que você gostaria de receber se ficasse pior ou doente demais para responder por si mesmo. 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). Usando a seguinte escala, em que “0” é o pior que você poderia imaginar e “10” o melhor que você poderia imaginar, por favor, circule o melhor número para cada questão.													
<i>Entrevistador: usar a resposta 888 quando o médico não fez Vire o cartão de escala de respostas e leia as opções de resposta</i>													
Ao falar com o(a) médico(a) _____ sobre questões importantes como você ficar muito doente, o quanto ele(a) é bom / boa em:													
	O pior que eu poderia imaginar					O melhor que eu poderia imaginar					Não fez	Não sabe	
1. Usar palavras que você consiga compreender.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
2. Olhar em seus olhos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
3. Responder todas as dúvidas sobre sua doença.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
4. Ouvir o que você tem a dizer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
5. Preocupar-se com você como pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
6. Dar atenção plena a você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
7. Falar sobre seus sentimentos se acaso você piorar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
8. Dar detalhes da sua condição se acaso você piorar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
9. Falar sobre quanto tempo você tem de vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
10. Falar sobre como o morrer poderia ser.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
11. Envolver você nas discussões do tratamento para o seu cuidado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
12. Perguntar sobre coisas importantes em sua vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999

A razão de se traduzir e adaptar o QOC decorre do fato de que esse instrumento tem propriedades psicométricas consistentes, que possibilitam a realização de futuros estudos, e permite sua comparação internacionalmente. Portanto, espera-se que a tradução e a adaptação cultural do QOC para uso no Brasil, assim como sua futura validação para analisar suas propriedades psicométricas, possibilitem a realização de estudos brasileiros sobre a qualidade da comunicação entre médicos e pacientes em cuidados paliativos ou com doenças graves em diversas áreas da medicina, possibilitando sua comparação com estudos

internacionais. Na área de pneumologia, para a qual o instrumento foi adaptado em 2002,⁽²¹⁾ o processo de tradução e adaptação cultural do COQ, e sua posterior validação, propiciarão seu uso em pacientes com DPOC em cuidados paliativos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Jared Randall Curtis e sua equipe a autorização para a tradução e adaptação cultural do QOC para uso no Brasil, assim como aos pacientes que aceitaram participar do estudo.

REFERÊNCIAS

- Grossemann S, Stoll C. O Ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):301-8. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300004>
- Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Sholl I. Measurement of physician-patient communication—a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(12): e112637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637>
- Claramita M, Utarini A, Soebono H, Van Dalen J, Van der Vleuten C. Doctor-patient communication in a Southeast Asian setting: the conflict between ideal and reality. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2011;16(1):69-80. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9242-7>
- Ting X, Yong B, Yin L, Mi T. Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Educ Couns*. 2016;99(3):384-69. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.019>
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
- Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JC, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>
- Moritz RD. How to improve the communication and to prevent the conflicts at terminality situations in Intensive Care Unit [Article in Portuguese]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):485-9.
- Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Medical specialist's patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care*. 2007;45(4):330-9. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000250482.07970.5f>
- Curtis JR, Ciechanowski PS, Downey L, Gold J, Nielsen EL, Shannon SE, et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemp Clin Trials*. 2012;33(6):1245-54. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2012.06.010>
- 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):604. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0604-z>
- Buecken R, Galushko M, Golla H, Strupp J, Hahn M, Ernstmann N, 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):318-24. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.010>
- De Morgan S, Redman S, D'Este C, Rogers K. Knowledge, satisfaction with information, decisional conflict and psychological morbidity amongst women diagnosed with ductal carcinoma in situ (DCIS). *Patient Educ Couns*. 2011;84(1):62-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.002>
- CoBaTrICE Collaboration. The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: a European survey. *Intensive Care Med*. 2007;33(11):1913-20. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0799-4>
- Rennó CS, Campos CJ. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. *Rev Mineira Enferm*. 2014;18(1):106-15. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140009>
- Rodrigues MV, Ferreira ED, Menezes TM. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(1):86-91.
- de Araújo MM, da Silva MJ. Communication with patients in palliative care: favoring cheerfulness and optimism [Article in Portuguese]. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):668-74.
- Razera AP, Braga EM. The importance of communication during the postoperative recovery period. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):630-5.
- Santos MF, Bassit DP. End of life in intensive care: family members' acceptance of orthotanasia. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(4):448-54. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000400009>
- Curtis JR, Patrick DL. Barriers to communication about end-of-life care in AIDS patients. *J Gen Intern Med*. 1997;12(12):736-41. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07158.x>
- 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):1123-31. <https://doi.org/10.1097/00002030-199906180-00017>
- 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):356-62. <https://doi.org/10.1378/chest.122.1.356>
- Engelberg R, Downey L, Curtis JR. Psychometric characteristics of a quality of communication questionnaire assessing communication about end-of-life care. *J Palliative Med*. 2006;9(5):1086-98. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1086>
- Slatore CG, Cecere LM, Reinke LF, Ganzini L, Udris EM, Moss BR, et al. Patient-clinician communication: associations with important health outcomes among veterans with COPD. *Chest*. 2010;138(3):628-34. <https://doi.org/10.1378/chest.09-2328>
- Dickson RP, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Curtis JR. Internal medicine trainee self-assessments of end-of-life communication skills do not predict assessments of patients, families, or clinician-evaluators. *J Palliat Med*. 2012;15(4):418-26. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0386>
- 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):174-82. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0314>
- 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. *Health Expect*. 2016;19(4):883-96. <https://doi.org/10.1111/hex.12384>
- Janssen DJ, Spruit MA, Schols JM, van der Sande FM, Frenken LA, Wouters EF. Insight into advance care planning for patients on dialysis. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(1):104-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.01.010>
- Houben CH, Spruit MA, Schols JM, Wouters EF, Janssen DJ. Patient-Clinician Communication About End-of-Life Care in Patients With Advanced Chronic Organ Failure During One Year. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(6):1109-15. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.12.008>
- 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):3186-91. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Melo SIL. Coeficiente de atrito: um sistema de avaliação. [thesis]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1994.