

Adaptação transcultural para o português do *End of Life Comfort Questionnaire – Patient*

Cross-cultural adaptation of the *End of Life Comfort Questionnaire-Patient* to Brazilian Portuguese

Adaptación transcultural al portugués del *End of Life Comfort Questionnaire – Patient*

Liana Amorim Corrêa Trotte^I; Claudia Feio da Maia Lima^{II}; Tamires Luciana do Nascimento Pena^{III};
Antônio Milton Oliveira Ferreira^{IV}; Célia Pereira Caldas^V

RESUMO: O objetivo foi validar para o português, falado no Brasil, a escala *End of life Comfort Questionnaire-Patient*. A validação constituiu-se de tradução, síntese, retrotradução, revisão por comitê de especialistas, pré-teste e verificação das propriedades psicométricas. Utilizou-se W de Kendall para comparação entre os avaliadores. A versão final adaptada com 28 questões foi aplicada a pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento no ambulatório de um hospital especializado em cardiologia. Adaptou-se o número de itens da Escala de Likert de 6 para 5, e adequou-se uma palavra no item 24. Encontrou-se valor do W de Kendall < 0,5 em um item da confiabilidade intra-avaliador e cinco no teste-reteste. Avaliaram-se 67 pacientes, idade de 55±11, 60% sexo masculino. A média da soma de acertos foi de 96 (Kendall 0.99). Em conclusão, o questionário foi validado para uso no Brasil.

Palavras-Chave: Insuficiência cardíaca; cuidados paliativos; estudos de validação; enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to validate the *End of life Comfort Questionnaire-Patient* to Brazilian Portuguese. Validation consisted of the following steps: translation, synthesis, back-translation, review by experts' committee, pre-test, and verification of psychometric features. Kendall's W test was used for inter-rater comparison. The final version, adapted with 28 questions, was applied to heart failure patients assisted at the outpatient clinic of a cardiology hospital. The number of Likert Scale items was adapted from six to five, and one word in item 24 was adjusted. A Kendall's W score < 0.5 was found for one intra-rater reliability item and five items on the test-retest. Assessments were conducted on a total of 67 patients, aged 55±11 years; 60% were male. The average sum of correct answers was 96 (Kendall 0.99). In conclusion, the questionnaire was validated for utilization in Brazil.

Keywords: Heart failure; palliative care; validation studies; nursing.

RESUMEN: El objetivo fue validar para el portugués brasileño la escala *End of Life Comfort Questionnaire – Patient*. El proceso consistió de traducción, síntesis, traducción inversa, revisión por comité de especialistas, pre-test y verificación de propiedades psicométricas. Se utilizó W de Kendall para comparaciones entre evaluadores. La versión final adaptada, con 28 preguntas, se aplicó a pacientes con insuficiencia cardíaca bajo seguimiento en el ambulatorio de un hospital especializado en cardiología. Se adaptó el número de ítems de la Escala de Likert de 6 a 5, se adecuó una palabra en el ítem 24. Se halló valor de W de Kendall < 0,5 en un ítem de confiabilidad intra-evaluador y cinco en el test – re-test. Fueron evaluados 67 pacientes, edad de 55±11, 60% del sexo masculino. La media de la cantidad de aciertos fue de 96 (Kendall 0,99). En conclusión, el cuestionario fue validado para Brasil.

Palabras Clave: Insuficiencia cardíaca; cuidados paliativos; estudios de validación; enfermería.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome que acomete 10 indivíduos, em cada 1000, após os 65 anos de idade nos Estados Unidos da América (USA)¹. Ela é considerada a via final de todas as doenças cardíacas e estima-se que será a primeira causa mortis no mundo em torno de 2025.

No ano de 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no SUS, com 1.156.136 hospitalizações. A IC é a causa

mais frequente de internação por doença cardiovascular².

Na IC, o curso da doença e a morte são caracterizados pela dificuldade de controle dos sintomas e altos níveis de depressão. Embora tenha havido progresso no tratamento da IC, a doença permanece como uma das principais causas de hospitalização em vários países e está associada a elevados custos para a saúde e, particularmente, piora na qualidade de vida³.

^IEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lianacorrea@ymail.com

^{II}Enfermeira. Doutoranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: claudiafeiolima@yahoo.com.br

^{III}Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: tamirespenna@bol.com.br

^{IV}Enfermeiro. Especialista em Gerontologia pela Faculdade Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: milton.enf@gmail.com

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Departamento de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cepcaldas@gmail.com

As pessoas com IC deparam-se com limitações acerca do autocuidado, determinadas por limitações físicas progressivas, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional, além de situações outras, decorrentes da cronicidade da doença.

A enfermagem é, portanto, confrontada com um número crescente de pessoas com IC próximas ao fim da vida, sendo evidente a necessidade de aprimorar o controle dos sintomas e redimensionar a qualidade de vida destes indivíduos, com aplicação dos princípios do cuidado paliativo.

Nessa perspectiva, este estudo teve como finalidade validar para o português, falado no Brasil, a escala End of life Comfort Questionnaire – Patient (questionário de conforto com relação ao planejamento para o final da vida).

REVISÃO DE LITERATURA

Os cuidados paliativos apresentam-se como uma filosofia de cuidados, cujas medidas promovem a melhoria das condições globais de vida dos indivíduos no processo de enfrentamento ao fim da vida⁴, sendo a promoção do conforto e o alívio do sofrimento imprescindível ao cuidado holístico de enfermagem.

Para promover o conforto é necessário ter conhecimento das necessidades humanas básicas, a fim de favorecer o alívio, a serenidade e a transcendência, baseados em quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)⁵. Conforto é um resultado específico, sensível às mudanças ao longo do tempo. Qualquer intervenção de enfermagem holística aplicada, consistentemente, aumenta o conforto ao longo do tempo. O conforto total é maior do que a soma de suas partes⁶.

Em artigo de revisão da literatura, acerca da avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos, foi pontuado a importância do uso de escalas padronizadas e validadas para diferentes culturas, no intuito de identificar as demandas e implementação de atenção mais adequada no campo dos cuidados paliativos⁷.

O uso de instrumentos e questionários de avaliação é um importante recurso para pesquisas e uso na prática clínica, pois possibilitam mensurações dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem e possíveis mudanças de atitudes dos indivíduos⁸. Tais recursos também são uma forma de conhecer suas necessidades e as condições para implementação de um processo de tratamento mais próximo da realidade do indivíduo acometido pela IC avançada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de validação de instrumento, parte da tese de doutorado da autora Liana Trotte. A Dra. Katherine Kolcaba^{5,6} Professora

Emérita da Faculdade de Enfermagem, da Universidade de Akron, nos Estados Unidos da América (USA) concedeu a sua permissão para a adaptação do End of life Comfort Questionnaire-Patient, por solicitação da referida pesquisadora.

O questionário trata da avaliação do conforto de pacientes ao final da vida, com 28 itens, de múltipla escolha, caracterizado por perguntas afirmativas e negativas, sem apresentação de categorias. Utiliza como medida de avaliação a Escala de Likert, com variação de 1 a 6.

A pesquisa foi realizada no ambulatório de IC de um hospital de grande porte, especializado em cardiologia, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, com aprovação do seu Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 0348/29-08-2011, entre os meses de outubro e dezembro de 2011.

Os critérios de inclusão da pesquisa envolveram: ter IC crônica de qualquer etiologia em classe funcional da NYHA II-IV; ambos os sexos com idade > 18 anos; ter condições de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); com capacidade cognitiva preservada.

O trabalho foi desenvolvido em duas fases: realização das etapas de determinação das equivalências conceitual, de itens e semântica, e avaliação da confiabilidade.

Na primeira etapa do trabalho, dentro da abordagem universalista⁹, foram aplicadas estratégias no sentido de se buscarem as equivalências conceitual, de itens e semântica^{10,11}. Durante a avaliação da equivalência conceitual e de itens, foram realizadas discussões com enfermeiras, para avaliar se os constructos do questionário original eram relevantes e pertinentes à realidade da população brasileira.

O instrumento original foi submetido à tradução para o português em duas versões independentes, realizadas por dois brasileiros fluentes nos dois idiomas. As versões em português foram retro traduzidas para o inglês por outros dois profissionais independentes (um inglês e um brasileiro), os quais não tiveram acesso ao instrumento original. O quinto avaliador, brasileiro, elaborou a versão síntese, com base na comparação entre a entrevista original, as traduções e retro traduções, sem ter tido qualquer contato com os profissionais das etapas anteriores. Salienta-se que todos os tradutores utilizados eram tradutores juramentados no Brasil.

Um grupo de enfermeiras, com amplo conhecimento em IC, teoria do conforto e língua inglesa, analisou a versão-síntese. O objetivo dessa etapa foi de melhor adequar as questões à população-alvo, mas sem alterar o significado geral de cada pergunta do instrumento.

Esta versão-síntese foi aplicada em uma fase de pré-teste a 15 pacientes do ambulatório de IC da instituição de saúde supracitada. No estudo piloto, adquiriu-se o máximo de informações sobre a compreensão dos pacientes referente aos itens questionados.

Discutiram-se as questões, novamente, com o grupo de especialistas, sendo realizadas poucas alterações na forma das questões, para melhor entendimento da população alvo.

Foi utilizado o *software* Raosoft® para realizar o cálculo da amostra. Levou-se em conta que a população do estudo foi de aproximadamente 300 indivíduos. Considerou-se que haveria uma distribuição normal na amostra e que 70% desta teriam um bom nível de conforto. Optou-se por aceitar uma margem de erro de 10% e um intervalo de confiança de 95%, obtendo, portanto, um total de 64 pacientes para atingir a meta do estudo.

Na segunda etapa do trabalho, o questionário foi aplicado em 67 pacientes. Apesar de ser autopreenchível, optou-se pela aplicação da entrevista face a face, pelo baixo índice de escolaridade dos sujeitos da pesquisa. O intervalo de tempo decorrido entre o teste e o reteste foi de uma semana, com aceitação final de 34 pacientes.

Para avaliação da confiabilidade intra-avaliador, foi treinada uma auxiliar de pesquisa, que obteve domínio sobre a padronização da aplicação, a codificação e o preenchimento das respostas. Para contemplar este item, foram realizadas comparações entre os questionários obtidos pela pesquisadora principal e pela auxiliar.

Já a confiabilidade teste-reteste foi realizada pela pesquisadora principal, que empregou o questionário com uma semana de intervalo entre as aplicações.

As informações geradas foram codificadas e armazenadas em um banco de dados. A análise foi realizada no programa *Stata* v.12 (*Stata Corp College Station, Texas - USA / 2011*). A estatística descritiva visou caracterizar a amostra e, para a definição de confiabilidade, foram avaliados a consistência interna inter-avaliador e o teste-reteste. O *W* de Kendall (coeficiente de Kendall de concordância)¹² que é um teste estatístico não paramétrico foi utilizado como medida estatística. Ele é considerado uma normalização da estatística do teste de Friedman e pode ser usado para avaliar acordo entre avaliadores. A variação do *W* de Kendall ocorre entre 0 (nenhum contrato) a 1 (totalmente de acordo).

As variáveis categóricas foram expressas como percentual ou valor absoluto; as contínuas como média \pm desvio padrão, ou medianas e percentis 25 e 75, conforme seguisse ou não distribuição normal.

RESULTADOS

Verificou-se a necessidade de adaptar o número de opções de respostas da Escala de Likert original, de 6 para 5 números, dando a eles uma classificação que facilitasse o entendimento de seus significados. A outra modificação ocorrida foi a adequação de palavra na frase do item 24.

Em relação à confiabilidade intra-avaliador, apenas no item 1 foi observado valor de Kendall <

0.5 (0.4740), segundo a Tabela 1. No teste-reteste houve 5 itens, em que o valor de Kendall < 0.5 (item 1: 0.3911; item 5: 0.4983; item 7: 0.4235; item 25: 0.4416; item 26: 0.4655).

O instrumento foi aplicado a uma amostra de 67 pacientes, que alcançaram a média de idade de 55 ± 11 , maioria do sexo masculino e, no momento da entrevista, 61% estavam em classe funcional II da New York Heart Association (NYHA). Outras características são demonstradas na Tabela 2.

De acordo com a autora do questionário, quanto maior o valor da soma das respostas, maior o estado de conforto. Existem sentenças positivas e negativas; para efeito de cálculo, as sentenças negativas tem seu valor invertido. Ao considerar a versão brasileira do questionário com 28 sentenças e uma escala de Likert de 1 a 5, como opções de resposta, o maior conforto a ser alcançado será o valor = 140 e menor o valor = 28. Nos questionários aplicados, foram atingidos valores de respostas variando entre 60 e 121, com média de 96, de acordo com a Tabela 3.

Avaliou-se a confiabilidade entre os padrões de respostas dos sujeitos, que demonstrou um *W* de Kendall de 0.99, quando comparadas às somas entre o avaliador principal e o auxiliar, já entre o avaliador principal e o reteste foi de 0.9452.

DISCUSSÃO

Após a aplicação do questionário na fase de pré-teste, apenas foi necessária a modificação da questão 24 para adequação do sentido da frase na língua portuguesa. Fez-se um ajuste em uma das palavras (Não tenho muitas opções sobre cuidados no fim da vida), com troca da preposição sobre cuidados por de cuidados.

Com relação à escala de medida utilizada, houve a mudança da quantidade de itens de escolha (6 para 5), para dar melhor clareza para os sujeitos da pesquisa e, também, para facilitar a nomeação de cada item (1-discordo plenamente; 2-discordo; 3-nem concordo e nem discordo; 4-concordo; 5-concordo plenamente).

O instrumento utilizado nesta pesquisa emergiu da versão disponibilizada no site, da própria Katherine Kolcaba (www.thecomfortline.com). A autora informou, por e-mail, que esta versão derivou de um modelo mais completo que foi testado por quatro especialistas¹³, não havendo, até o momento, nenhuma nova versão.

Quanto à confiabilidade intra-avaliador, observou-se que ao comparar a média das somas dos questionários aplicados, o *W* de Kendall foi de 0.99, o que demonstra alta concordância entre os mesmos. Na avaliação das sentenças, separadamente, houve apenas um item (1) que apresentou o *W* de Kendall < 0.5 (0.4740). Portanto, devido à alta concordância verificada, acredita-se que este valor não foi significativo.

TABELA 1: Índice de confiabilidade inter-avaliador e teste e reteste. Rio de Janeiro, 2012.

Sentenças	Confiabilidade intravaliador (Kendall's)	Confiabilidade Teste-Retest (Kendall's)
1. Existem pessoas com posso contar se necessário.	0.4740	0.3911
2. Não quero pensar sobre planejamento para cuidados no final da vida.	0.7247	0.7222
3. Meu estado de saúde me deixa deprimido (a).	0.8395	0.7972
4. Eu me sinto confiante.	0.7400	0.6338
5. Neste momento acho que minha vida vale a pena.	0.6650	0.4983
6. Eu me sinto animado por saber que sou amado (a).	0.7397	0.6517
7. Confio em meu médico/minha médica para tomar as melhores decisões.	0.6430	0.4235
8. Ninguém me entende.	0.7862	0.6972
9. Minha ansiedade é difícil de suportar.	0.8484	0.8190
10. Sinto medo quando fico sozinho (a).	0.7375	0.6419
11. Meu corpo está leve, em tensões neste momento.	0.7306	0.5802
12. Eu me sinto agitado (a) neste momento.	0.5883	0.5195
13. Não me sinto saudável neste momento.	0.8413	0.6238
14. Dizer o que quero que façam comigo no fim da vida, me dá medo.	0.7866	0.7600
15. Tenho medo do que está por vir.	0.8438	0.6894
16. Estou muito cansado (a).	0.8594	0.7782
17. Estou satisfeito (a).	0.7836	0.6924
18. Eu me sinto dependente de outras pessoas para tomar decisões por mim.	0.8190	0.7782
19. Minha fé me ajuda a ser forte.	0.7031	0.5748
20. Eu me sinto fora de controle.	0.5980	0.5430
21. Passei por mudanças que me fazem sentir inquieto (a).	0.7569	0.6791
22. Minha família está a par de meus desejos com relação aos meus cuidados no fim da minha vida.	0.7696	0.7652
23. Preciso me informar melhor sobre minha saúde.	0.7946	0.7324
24. Não tenho muitas opções de cuidados no fim da vida.	0.7659	0.6927
25. É bom ter informações sobre cuidados no fim da vida.	0.5116	0.4416
26. Eu me sinto em paz.	0.6348	0.4655
27. Estou deprimido (a).	0.7884	0.6592
28. Descubri um sentido para minha vida.	0.8072	0.6684

TABELA 2: Características dos sujeitos da pesquisa. Rio de Janeiro, 2012.

Características	Valores
Idade, anos	55±11(*)
Masculino	20 (60)(**)
Feminino	27 (40)(**)
Escolaridade, anos	5±3,5(*)
Classe Funcional (NYHA)	
II	41 (61)(**)
III	26 (39)(**)
Etiologia da Insuficiência Cardíaca	
Indefinida	24 (36)(**)
Isquêmica	17 (25)(**)
Chagas	10 (15)(**)
Miocardite	9 (13)(**)
Alcoólica	7 (11)(**)
Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo	32±10(*)

Variáveis expressas em (*)média ± desvio padrão; (**) f (%).

TABELA 3: Média da pontuação total dos questionários. Rio de Janeiro, 2012.

Pesquisadores	Média	Desvio-Padrão
Avaliador principal	95.5077	±11.5409
Avaliador auxiliar	95.3940	±11.3260
Reteste	96.3823	±10.0635

Na confiabilidade teste-reteste, o W de Kendall para a soma dos instrumentos aplicados foi de 0.9452. Ao verificar as sentenças em cinco itens (1; 5; 7; 25 e 26) ficou evidenciado que os índices de concordância eram < 0.5 (0.3911; 0.4983; 0.4235; 0.4416; 0.4655), respectivamente. Porém, os valores não foram considerados importantes, pois se sabe que o estado de conforto relacionado a itens específicos são variáveis, considerando a individualidade e subjetividade de cada sujeito. Como a média da soma de itens do questionário

no reteste se mostrou semelhante à aplicação inicial (96.3823 ± 10.0635 x 95.5077 ± 11.5409), acreditase que os valores não interferiram na validação do instrumento.

Em recente trabalho de revisão de literatura sobre instrumentos, que avaliavam qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos⁷, verificou-se a existência de 13 que avaliavam este quesito. Nenhum específico para enfermagem, já que o constructo não é algo de avaliação exclusiva de enfermeiros. Também foi identificada a necessidade de validação ou criação de instrumentos para a realidade brasileira.

A opção dos autores por realizar a validação deste instrumento corrobora a ideia de que, para a enfermagem se estabelecer e promover ciência faz-se necessário tornar a linguagem utilizada pela categoria profissional, direta e instituída na cultura. As teorias de enfermagem (constructos teóricos) podem exercer esse papel, através de elementos fundamentais que visam definir, caracterizar, compreender e explicar, de maneira inter-relacionada, os fenômenos de interesse para a profissão.

Teorias existem para desafiar práticas existentes, gerar novas abordagens para o exercício profissional e reorganizar a estrutura de regras e princípios. Ademais, teorias servem para melhorar a prática acadêmica e assistencial da enfermagem¹⁴. Elas determinam, potencialmente, inovações, evoluções e/ou revoluções no saber e no fazer da enfermagem¹⁵, de forma criativa e reflexiva, com ruptura do tradicional cumprimento de tarefas ao ato médico.

Como, até o momento, poucos são os instrumentos que visam avaliar processos no âmbito dos cuidados paliativos, este questionário torna-se um elemento importante para a prática de enfermagem, já que deriva de uma teoria de enfermagem e, sustenta a práxis da profissão.

Considera-se a limitação deste estudo o fato de a presente validação ter sido realizada com uma população específica e em um único cenário. Sabe-se que quanto maior o número de indivíduos envolvidos em processos semelhantes, maior a probabilidade de o instrumento ser generalizado em grandes proporções. Outra limitação a ser descrita é o fato de o instrumento, apesar de ser autopreenchível, ter sido aplicado em entrevista face a face, devido à baixa escolaridade encontrada na amostra pesquisada.

CONCLUSÃO

Considera-se que *End of life Comfort Questionnaire - Patient* foi adaptado e validado para a língua portuguesa brasileira, indicando ser uma ferramenta adequada para utilização na população estudada. Sugere-se que o mesmo seja replicado para outros grupos de pacientes, nas demais regiões do Brasil, no intuito de melhor adequação à realidade do país.

REFERÊNCIAS

1. Lloyd Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Heart disease and stroke statistics-2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009; 119:e21-e81.
2. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(1 supl.1):1-71.
3. Barretto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid M O, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na Internet] 2008 [citado em 10 abr 2013]. 91:335-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001700009&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001700009>.
4. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. 2nd ed. Geneva (SZ): World Health Organization; 2002.
5. Kolcaba K. Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nurs Outlook*. 2001; 49(2):86-92.
6. Kolcaba K. *Comfort Theory and practice: a vision for holistic care and research*. New York: Springer Publishing Company; 2003.
7. Correia FR, De Carlo MMR. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [periódico na Internet] 2012 [citado em 10 abr 2014]. 20:401-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200025&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Torres HC, Virginia AH, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005; 39:906-11.
9. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998; 7:323-35.
10. Lima DA, Lourenço RA. Adaptação para o Português da seção A do Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - Revised Version (CAMDEX-R) para o diagnóstico de demência. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:1345-54.
11. Sanchez MAS, Lourenço RA. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:1455-65.
12. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. New York: John Wiley & Sons; 1971.
13. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001; 18:170-80.
14. Garcia TR, Nóbrega MML. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57:228-32.
15. Barbro W, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *J Adv Nur*. 2003; 42:118-24.