

# Tradução e adaptação transcultural do instrumento “*Spiritual Assessment Scale*” no Brasil<sup>#</sup>

## Translation and cross-cultural validation of the instrument “*Spiritual Assessment Scale*” in Brazil

Elizangela Oliveira Freitas\*

Margarida Maria da Silva Vieira\*\*

Miriam Harumi Tsunemi\*\*\*

Leocir Pessini\*\*\*\*

Grazia Maria Guerra\*\*\*\*\*

401

Artigo Original • Original Paper  
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(4):401-410

### Resumo

Considera-se a espiritualidade parte integrante da assistência de enfermagem. Este estudo objetivou realizar a adaptação transcultural do instrumento “*Spiritual Assessment Scale*” (SAS) para o Brasil. Foi desenvolvido um instrumento específico para a adaptação transcultural baseado nos estudos de Lynn (escala de Likert). A primeira etapa consistiu na aplicação do instrumento desenvolvido pelos autores para avaliação da SAS com 6 *experts* da área de Espiritualidade e Enfermagem e com 11 pacientes da unidade de clínica médica, para avaliação do instrumento SAS com 21 questões. Após a realização de testes estatísticos, as questões estavam adequadas para a aplicação na pesquisa, como demonstrado pelo coeficiente alfa de Cronbach, que indicou uma confiabilidade aceitável do instrumento. Pode-se afirmar que em ambos os grupos (*expert* e pacientes) a consistência interna foi elevada, mantendo as características da escala original, após as etapas de tradução e adaptação para o Brasil.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Espiritualidade. Estudos de Validação.

### Abstract

Spirituality is considered an integrant part of nursing care. This study aimed to perform a cross-cultural adaptation of the “*Spiritual Assessment Scale*” (SAS) to Brazil. A specific instrument for cross-cultural adaptation based on Lynn’s studies (Likert scale) was developed. The first step consisted in the application of the instrument developed by the authors to assess the SAS by 6 “*experts*” in the area of Spirituality and Nursing and with 11 patients from the clinical medical unit to review the SAS instrument with 21 questions. After conducting statistical tests, the questions were considered appropriate for use in the research as demonstrated by Cronbach’s alpha, which indicated an acceptable reliability of the instrument. It can be stated that in both groups (*experts* and patients) internal consistency was high, the characteristics of the original scale were preserved even after the stages of translation and adaptation to Brazil.

**Keywords:** Nursing. Spirituality. Validation Studies.

# Baseado na dissertação “Freitas EO. O olhar do enfermeiro à luz da espiritualidade e na qualidade de vida do paciente oncológico: uma reflexão bioética. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012”. Pesquisa financiada pela Agência FAPESP; n. do processo: 11/51986-8.

\* Enfermeira pela EEUSP. Mestranda do Programa de Bioética do Centro Universitário São Camilo. Enfermeira do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. E-mail: eliza.of@uol.com.br

\*\* Enfermeira. Professora Associada da Universidade Católica Portuguesa-UCP, Cidade do Porto, Portugal. E-mail: mmvieira@porto.ucp.pt

\*\*\* Estadística. Doutora pelo Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Bioestatística da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP, Botucatu-SP, Brasil. E-mail: mtsunemi@ibb.unesp.br

\*\*\*\* Teólogo. Doutor em Teologia Moral / Bioética. Pós-graduado em Clinical Pastoral Education and Bioethics pelo St. Luke’s Medical Center, Milwaukee, EUA. Docente do programa *stricto sensu* de Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: pessini@saocamilo-sp.br

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Ciência pela Fisiopatologia Experimental da FMUSP. Coordenadora do programa de Mestrado Profissional do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil. Enfermeira pesquisadora do Laboratório de Investigação Clínica da Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas – FMUSP, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: grazia.guerra@hotmail.com

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

## INTRODUÇÃO

Segundo autores<sup>1,2,3</sup> definiram a espiritualidade sendo mais ampla e pessoal que a religiosidade, ela está relacionada a um conjunto de valores pessoais, harmoniza, produz interação com os outros, estimula um interesse pelos outros e por si, promove uma unidade com a vida, com a natureza e o universo<sup>4</sup>.

Outros autores<sup>5,6</sup> publicaram diferenciação dos conceitos de espiritualidade e religiosidade, embora sejam muitas vezes usados como sinônimos. A espiritualidade incorpora valores de uma pessoa, suas atitudes, seus rituais e inclui as práticas religiosas, sendo incorporada em sistemas organizados de fé ou religiões, envolve cuidar do espírito humano, objetiva alcançar um estado de plenitude. É uma conexão consigo mesmo, com os outros, com a natureza, com Deus ou as forças da vida, sendo uma tentativa de entender o significado e o propósito da vida<sup>6,7</sup>.

Pela complexidade do conceito de espiritualidade, a sua mensuração também não é simples. O intuito da criação da escala foi de mensurar o bem-estar espiritual, definido<sup>7</sup> como a percepção de como as crenças religiosas / espirituais do indivíduo permite que ele se sinta bem, sendo um componente passível de avaliação.

Inicialmente, foi desenvolvida uma escala em inglês, a *Spiritual Well Being Scale*, sendo adaptada, validada para a língua inglesa, na qual definiu-se o bem-estar espiritual como a sensação de bem-estar que é experimentado quando encontramos um propósito que justifique nosso comprometimento com um significado único para a vida<sup>8,9</sup>.

A espiritualidade também pode ser a base para deliberar a ação profissional do enfermeiro, promovendo a interação efetiva, além de aproximar os vínculos e o sentimento de segurança dos pacientes e familiares em relação aos cuidados de enfermagem.

Foi definida a espiritualidade e sua relação com a saúde sendo um paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária<sup>3</sup>. Os profissionais de saúde, como parceiros do sofrimento humano, enfrentam desafios para promover uma assistência de alta qualidade, sem se esquecer do lado humano do cuidar<sup>10</sup>. O cuidar ao paciente diante do sofrimento exige mais do que conhecimento técnico-científico; requer a compreensão da equipe e das necessidades de individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana,

contribuindo com o processo de humanização dos cuidados clínicos<sup>11</sup>.

Abordar as necessidades espirituais do paciente pode melhorar a recuperação da doença, reconhecendo e apoiando as necessidades espirituais. Além disso, muitas fontes de cuidado espiritual (por exemplo, os capelães) estão disponíveis aos profissionais de saúde para enfrentar as necessidades espirituais dos pacientes<sup>8</sup>.

A visão do homem para os profissionais da saúde não mais pode ser descolada de seus valores e crenças. Deve-se enxergá-lo como um todo à luz dos aspectos psicoespiritual-social e biológico. O ser humano deve ser assistido de forma global. Para tanto, devido à necessidade de discutir a espiritualidade como parte integrante da assistência de enfermagem ao paciente, nesse estudo objetivou-se validar um instrumento que pudesse contribuir para as ações na prática da Enfermagem para o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem e o desenvolvimento de intervenções adequadas.

O objetivo do trabalho foi realizar a tradução e a adaptação transcultural do instrumento de espiritualidade "*Spiritual Assessment Scale*" para o Brasil.

## MÉTODO

### Local de estudo

O estudo foi realizado em instituição hospitalar privada, localizada no bairro da Pompeia, na zona oeste da cidade de São Paulo. As unidades da coleta de dados localizam-se na Unidade de Clínica Médica, onde havia pacientes com diagnóstico de doenças crônico-degenerativas diversas.

### Casuística

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Inicialmente, foi realizada a aplicação do instrumento de adaptação transcultural baseado em publicações<sup>12</sup> com *experts* e, posteriormente, com 11 pacientes hospitalizados na unidade de clínica médica. Essa amostra é de conveniência, sequencial, não probabilística.

Na primeira etapa, foram selecionados seis *experts*, por meio de busca na plataforma Lattes, utilizando os descritores "espiritualidade" e "enfermagem". Depois, foram lidos e selecionados os currículos Lattes pertinentes, de acordo com os critérios elegíveis de inclusão para o estudo, que formaram

um comitê de *experts*, crucial para a realização de equivalência transcultural. Para a composição do comitê, foram adotados pelos autores deste estudo os critérios elegíveis baseados em publicações<sup>13</sup> de validação do diagnóstico de enfermagem. Utilizou-se como referencial teórico a definição de *expert* e os critérios de inclusão baseados na declaração da *American Nurses Association*, que considera *expert* um profissional qualificado com o título de mestre na área de Enfermagem. A amostra foi selecionada conforme a adesão dos respondentes ao estudo.

### **Critérios de inclusão e exclusão para a seleção do paciente**

#### **Critérios de inclusão**

Ter idade igual ou superior a 18 anos; estar consciente, orientado, em condições clínicas de manter um diálogo e efetiva interação.

#### **Critério de exclusão**

Ser declarado ateu na ficha de identificação do Hospital ou se autodeclarado (Exigência do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-CoEP).

### **Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos experts**

#### **Critérios de inclusão**

Grau de doutor, mestre e/ou especialista; ou dois anos de experiência em enfermagem e espiritualidade; ou pesquisas conduzidas sobre espiritualidade e enfermagem; ou artigos publicados em espiritualidade e enfermagem; ou conferências proferidas e cursos ministrados sobre espiritualidade e enfermagem.

#### **Critério de exclusão**

Ter outra formação que não seja na área da enfermagem.

### **Instrumento para coleta de dados**

#### **Instrumento para avaliação do bem estar espiritual – escala do estudo**

O instrumento do estudo foi idealizado para medir o "bem-estar espiritual" do paciente com doença crônico-degenerativa. É composto de 21 questões, organizadas e distribuídas em três subescalas: fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual, cada uma composta de sete questões. A escala foi desenvolvida para ser utilizada por enfermeiros no contexto da sua prática clínica diária, bem como para ser empregada como instrumento de pesquisa. É uma ferramenta que oferece aos enfermeiros / pesquisa-

dores uma visão ampla de crenças de um paciente. Cada questão apresenta uma escala tipo Likert, com possibilidades de respostas com as seguintes categorias: concorda totalmente (CT); concorda (C); indeciso – I; discorda (D); discorda totalmente (DT). Cada questão foi organizada visando facilitar a sua administração, para que o paciente possa responder ao pesquisador.

O instrumento original foi proposto<sup>14</sup> no idioma inglês, e foi traduzido pela primeira vez para o português de Portugal baseado em estudos<sup>15</sup>. Segundo a autora que traduziu da língua inglesa para a língua portuguesa, a escala em questão promove maior viabilidade de transposição da problemática da espiritualidade para o campo profissional da Enfermagem.

### **Descrição do instrumento utilizado para a adaptação transcultural**

Para a adaptação transcultural, os pesquisadores desenvolveram um instrumento específico, modificado a partir da escala traduzida para o português<sup>12</sup>, utilizado por pacientes e *experts* no processo. Esse instrumento foi idealizado para avaliar a compreensão (equivalência semântica e idiomática) das 21 questões da escala<sup>14</sup>, quanto ao entendimento do enunciado, e também apresentaram-se de 21 questões, sendo que cada uma foi avaliada de acordo com variação de resposta de uma escala de Likert (1 a 4), composta pelas seguintes categorias: 1 - não está compreensível; 2 - a questão tem necessidade de mudança para se tornar compreensível; 3 - compreensível, mas precisa de pequenas alterações; e 4 - muito compreensível. As críticas e sugestões dos especialistas e pacientes foram anotadas e discutidas pelos pesquisadores.

### **Procedimento para coleta de dados**

#### **Operacionalização da coleta dos dados referente à adaptação transcultural**

Das diferentes formas de adaptação transcultural na literatura, optou-se por se seguir um modelo<sup>3</sup>. Em estudo publicado anteriormente<sup>15</sup>, foi realizada a adaptação cultural da escala em questão pela primeira vez com a tradução e retrotradução do idioma inglês para o português de Portugal do instrumento original<sup>14</sup>. Para a validação transcultural da escala no Brasil, foi realizado o mesmo procedimento para o português do Brasil, por meio de dois tradutores,

sendo um tradutor para cada etapa, sendo que um traduziu inicialmente do inglês para o português – possuía domínio do inglês e o idioma português como primeira língua –. Já o segundo verteu do português para o inglês, sendo que esse possuía como primeiro idioma o inglês. As traduções foram comparadas, para que levantassem os pontos de reflexão ou pontos com discrepâncias. Houve concordância entre as traduções no presente estudo.

Essa versão inicial da escala do consenso dos tradutores foi para análise e ajustes dos *experts*, na qual utilizaram do instrumento para adaptação transcultural<sup>12</sup> para facilitar a análise da equivalência semântica e idiomática. Paralelamente, os pesquisadores cumpriram a segunda etapa e submeteram esse mesmo instrumento a 11 pacientes internados na Unidade de clínica médica do hospital. As análises dos *experts* e dos pacientes serviu para consolidar todas as versões traduzidas dos questionários e desenvolver o que seria considerado a versão pré-final do questionário para testes em campo. As decisões feitas pelos *experts* e pacientes para se atingir equivalência foram baseadas em quatro métodos: equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência experiencial e equivalência conceitual.

As críticas e sugestões dos especialistas e dos pacientes foram anotadas e discutidas pelos pesquisadores que tinham experiência na área temática e não houve a necessidade de alteração decorrente da análise de compreensão. Para a interpretação da compreensão das questões foram adotados critérios<sup>12</sup>, caso todos os especialistas e pacientes estejam de acordo com a compreensão de cada questão. Para tanto foi considerado válido o Índice de Validação Transcultural (IVT = 1) quando todos estiverem de acordo. A constatação de  $IVT \leq 0,75$  implicava a revisão automática da questão, pois significava que ao menos um dos especialistas ou sujeitos (pacientes) não havia avaliado como compreensível pelo menos uma das questões analisadas, não sendo necessária nesse estudo a revisão dos itens. Para esse estudo, foi adotado um desenho inovador para a adaptação transcultural, no que se refere à equivalência semântica e idiomática do instrumento<sup>12</sup>, pois a literatura não dispunha de elementos que pudessem medir adequadamente as respostas dadas ao instrumento desenvolvido pelos pesquisadores. Portanto, esta pesquisa está sendo uma contribuição original para a ciência da enfermagem.

## **Análise estatística**

Os dados foram armazenados em planilha Excel for Windows® e analisados em programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – Versão 18.0). O método da análise descritiva foi feito pela frequência das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas. Para a adaptação transcultural da "Escala de Bem-Estar Espiritual", ela foi parametrizada por meio do instrumento de adaptação transcultural<sup>15</sup>, e foram realizadas análises da consistência interna e comparação das respostas com teste binominal e teste Gama. As medidas de confiabilidade e a consistência interna do instrumento de adaptação transcultural<sup>15</sup> foram obtidas pelo Teste da Estatística Alfa de Cronbach. Os dados foram demonstrados em valores absolutos e em porcentagem, em forma de tabelas, sendo considerado o nível de significância de  $p < 0,05$ .

## **Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (CoEP) sob o Protocolo de Pesquisa n. CoEP 65/11, sendo realizada a coleta de dados após sua aprovação.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização das variáveis socioeducacional e demográficas dos pacientes da clínica médica e dos experts**

Com relação às características socioeducacionais e sociodemográficas dos *experts*, notou-se que 83,3% eram do gênero feminino; 50% tinham *stricto sensu* (especificamente mestrado); o tempo de formação dos *experts* foi de  $15,3 \pm 13$  anos. Entre os pacientes da clínica médica ( $n = 11$ ), notou-se que 54,5% eram do gênero feminino; 63,6%, católicos; 27,2%, aposentados; 72,7%, internados por infecção; 54,5% tinham o 2º grau completo; a média de idade foi de  $49,6 \pm 18$  anos; e o tempo de internação foi de  $8,3 \pm 6$  dias.

### **Análise estatística para a adaptação transcultural**

As técnicas estatísticas empregadas neste estudo são não paramétricas, por isso o poder estatístico é menor do que os paramétricos. Esses testes são adequados para este estudo, pois as variáveis são

categoricas, ou seja, medidas qualitativas ordinais. Foram aplicados testes estatísticos do Instrumento adaptado de validação transcultural<sup>12</sup>, que facilitaram a análise de compreensão da SAS (*Spiritual Assessment Scale*); foi realizada a distribuição da frequência (valores absolutos e porcentagem) das respostas dos *experts* para cada questão, sendo possível analisar a distribuição das respostas. No geral, houve uma baixa porcentagem de respostas "não está compreensível", indício de que as questões estavam adequadas para a aplicação na pesquisa. Com relação à frequência das respostas dos pacientes da clínica médica nas 21 questões, o comportamento de distribuição para cada questão foi semelhante aos *experts*. Houve novamente uma baixa porcentagem de respostas "não está compreensível".

Em seguida, foi realizada a distribuição binomial das categorias de respostas em duas categorias, de acordo com os dados apresentados na Tabela 1. Os valores são referentes à distribuição nessas

duas categorias de respostas para ambos os grupos (pacientes e *experts*) nas 21 questões. Aplicou-se o teste binomial, para verificar se a compreensão de cada questão tinha significância estatística quando estava associada às categorias de respostas: 1 - "A questão é compreensível, mas precisa de pequenas alterações / muito compreensível", ou quando comparada às outras possíveis opções de resposta; 2 - "não compreensível e necessidade de mudança para se tornar compreensível". Para a verificação da predominância da característica de interesse, adotou-se a referência de  $p < 0,05$  e analisou-se a proporção das pessoas que acreditavam que o questionário era compreensível. Nos casos em que houve uma maior proporção de respostas "compreensível e muito compreensível", os valores foram menores de 0,05 ( $p$ -valor está destacado em negrito). Observou-se que somente nas questões 3, 12 e 18, não foi possível determinar se há uma proporção maior de respostas positivas.

**Tabela 1.** Distribuição das 2 categorias de respostas para ambos os grupos, segundo teste binomial. São Paulo-SP, 2012

Questões	Categorias	Nº	Proporção Observada	p-valor
<b>Questão 1.</b> Há um Ser Supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas.	*1	17	1,00	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	0	0,00	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 2.</b> Eu estou em paz com Deus.	*1	17	1,00	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	0	0,00	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 3.</b> Confio que Deus olha por mim.	*1	11	0,65	0,332
	**2	6	0,35	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 4.</b> Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais.	*1	17	1,00	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	0	0,00	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 5.</b> Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida.	*1	17	1,00	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	0	0,00	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 6.</b> Creio que Deus cuidará do futuro.	*1	17	1,00	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	0	0,00	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 7.</b> As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.	*1	13	0,76	<b>0,049</b>
	**2	4	0,24	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 8.</b> Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.	*1	16	0,94	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	1	0,06	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 9.</b> Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.	*1	16	0,94	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	1	0,06	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 10.</b> Encontro mais satisfação em atividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros.	*1	14	0,82	0,013
	**2	3	0,18	
	Total	17	1,00	

**Tabela 1.** Distribuição das 2 categorias de respostas para ambos os grupos, segundo teste binomial. São Paulo-SP, 2012 (continuação)

Questões	Categorias	Nº	Proporção Observada	p-valor
<b>Questão 11.</b> Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.	*1	17	1,00	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	0	0,00	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 12.</b> Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo.	*1	12	0,71	0,143
	**2	5	0,29	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 13.</b> A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal.	*1	16	0,94	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	1	0,06	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 14.</b> Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus.	*1	15	0,88	<b>0,002</b>
	**2	2	0,12	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 15.</b> Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais.	*1	16	0,94	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	1	0,06	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 16.</b> Sinto-me "longe" de Deus.	*1	14	0,82	<b>0,013</b>
	**2	3	0,18	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 17.</b> Tenho medo que Deus possa não tomar conta das minhas necessidades.	*1	14	0,82	<b>0,013</b>
	**2	3	0,18	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 18.</b> Fiz algumas coisas que temo Deus não possa perdoar-me.	*1	12	0,71	0,143
	**2	5	0,29	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 19.</b> Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que "coisas más" me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto.	*1	13	0,76	<b>0,049</b>
	**2	4	0,24	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 20.</b> Sinto que perdi o amor de Deus.	*1	16	0,94	<b>&lt; 0,001</b>
	**2	1	0,06	
	Total	17	1,00	
<b>Questão 21.</b> Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.	*1	13	0,76	<b>0,049</b>
	**2	4	0,24	
	Total	17	1,00	

\* 1 - compreensível, mas precisa de pequenas alterações ou muito compreensível.

\*\* 2 - não está compreensível ou a questão tem necessidade de mudança para se tornar compreensível.

O teste Gama é utilizado para análise de associação entre variáveis qualitativas ordinais. Normalmente, é utilizado para quantificar notas ou opiniões e deve ser utilizado quando há duas características mensuradas no mesmo indivíduo para analisar a relação entre elas. Para tanto, verificou-se a existência de concordância entre as respostas das questões entre todos os indivíduos da pesquisa (Tabela 2). Houve uma concordância significativa entre as respostas obtidas pelos *experts* e pacientes com relação à categoria de resposta "muito compreensível". As duplas de questões que

apresentaram concordância entre os indivíduos que obtiveram significância estatística ( $p < 0,05$ ) foram as seguintes: 1 e 16 ( $p = 0,04$ ), 3 e 8 ( $p = 0,002$ ), 3 e 12 ( $p = 0,004$ ), 5 e 10 ( $p = 0,017$ ), 6 e 17 ( $p = 0,017$ ), 7 e 12 ( $p = 0,004$ ), 8 e 12 ( $p = 0,032$ ), 9 e 16 ( $p = 0,031$ ), 12 e 21 ( $p = 0,025$ ), 15 e 18 ( $p = 0,044$ ), 16 e 18 ( $p = 0,021$ ), 17 e 18 ( $p = 0,024$ ), 18 e 19 ( $p = 0,001$ ), 18 e 21 ( $p = 0,018$ ), 19 e 21 ( $p = 0,028$ ). Não houve informação na linha referente à questão 4, pois a resposta dos entrevistados foram a mesma ("muito compreensível"). Desse modo, não houve como discriminar essa questão por meio da concordância.

**Tabela 2.** Concordância das respostas entre todos os indivíduos a partir do teste Gama. São Paulo-SP, 2012

Q	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21
Q1	,321	,122	-	,090	,819	,155	,206	,052	,171	,163	,539	,163	,131	,739	<b>,004</b>	,484	,109	,788	,494	,478
Q2		,521	-	,340	,278	,289	,321	,321	,720	,374	,501	,272	,340	,340	,309	,285	,284	,281	,374	,281
Q3			-	<b>,034</b>	,521	,306	<b>,002</b>	,788	,252	,576	<b>,004</b>	,472	,061	,223	,368	,723	,839	1,000	,109	,161
Q4			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Q5					,873	,341	,090	,090	<b>,017</b>	,196	,702	,196	,128	,473	,695	,844	,905	,905	,369	,695
Q6						,667	,753	1,000	,804	,555	1,000	,518	,067	,934	,384	<b>,017</b>	,952	,299	,601	,558
Q7							,143	,143	,660	,722	<b>,004</b>	,109	,900	,795	,093	,455	,704	,486	,259	,407
Q8								,052	,842	,163	<b>,032</b>	,163	,689	,090	,362	,365	,436	,197	,163	,484
Q9									,706	,085	,663	,527	,857	,794	<b>,031</b>	,596	,660	,771	,163	,755
Q10										,711	,708	,711	,187	,330	,917	,575	,923	,392	,295	,957
Q11											,829	,334	,424	,402	,142	,839	,824	,915	,253	,142
Q12												,581	,927	,806	,125	,254	,772	,886	,777	<b>,025</b>
Q13													,456	,428	,142	,587	,165	,146	,253	,520
Q14														,645	,197	,794	,056	,073	,196	,225
Q15															,198	,167	<b>,044</b>	,320	,097	,628
Q16																,114	<b>,021</b>	,226	,112	,113
Q17																	<b>,024</b>	,281	,082	,133
Q18																		<b>,001</b>	,101	<b>,018</b>
Q19																			,540	<b>,028</b>
Q20																				,441

Foi realizada a análise da consistência interna do questionário pelo teste de alfa de Cronbach nas 21 questões. Os valores são apresentados em forma de correlação. O alfa de Cronbach analisa a consistência interna das respostas do Instrumento adaptado de

validação transcultural<sup>12</sup>. A Tabela 3 mostra o valor igual a 0,788, que indica uma confiabilidade aceitável (entre 0,7 e 0,8). Nota-se que as questões 5, 6, 8, 9, 10 e 11 são aquelas que, quando retiradas, apresentam os maiores coeficientes de consistência.

**Tabela 3.** Análise da consistência interna do questionário pelo alfa de Cronbach. São Paulo-SP, 2012

Questões	Corrected Item-Total Correlation	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )
Q1	,404	,780
Q2	,210	,788
Q3	,252	,788
Q5	,035	,792
Q6	-,015	,795
Q7	,320	,782
Q8	,068	,794
Q9	-,076	,800
Q10	,068	,795
Q11	-,002	,793
Q12	,484	,770
Q13	,154	,789
Q14	,314	,782
Q15	,480	,771
Q16	,683	,753
Q17	,569	,762
Q18	,735	,747
Q19	,526	,766
Q20	,494	,771
Q21	,683	,752

## DISCUSSÃO

### Caracterização das variáveis socioeducacional e demográficas dos pacientes da clínica médica e dos experts

Inicialmente, para a adaptação transcultural, foi realizada análise estatística que buscou fidelidade e validade do instrumento desenvolvido pelos pesquisadores. Os padrões de validade e confiabilidade do instrumento dependeram da metodologia de coleta. A escolha das pessoas entrevistadas foi de forma aleatória e que representasse a população de interesse. A adaptação transcultural da escala de bem-estar espiritual foi realizada com *experts*; metade possuía formação no *stricto sensu* (mestrado), e observou-se elevado tempo de formação ( $15,3 \pm 13$  anos). Em contrapartida, em estudo para a validação do diagnóstico de enfermagem que realizou a validação clínica do diagnóstico de enfermagem de espiritualidade prejudicada de pacientes com doença renal crônica por *experts*, observou-se distribuição diferenciada para as mesmas variáveis, 45,8% de doutores, seguido de 37,5% de mestres<sup>17</sup>. O tempo de formação profissional dos *experts* apresentou uma média de 21 anos e 47 meses. Logo, as instituições devem fomentar e incentivar o profissional a colaborar com o desenvolvimento do corpo científico de enfermagem, em desenvolver novas técnicas e teorias, como acontece na formação do mestrado profissional.

Com relação aos pacientes da clínica médica ( $n = 11$ ), sua maioria pertencia ao gênero feminino, se declararam católicas, aposentadas, possuíam o 2º grau completo e tinham idade média de  $49,6 \pm 18$  anos. Em outro estudo, os sujeitos que participaram eram renais crônicos. A maioria pertencia ao gênero feminino ( $n = 61$ ), 63 eram casados e 95 se declararam católicos<sup>17</sup>. Os dados do estudo em questão apontam para uma forte influência da religião católica, tendo ainda a influência da colonização portuguesa. Essa pequena amostra de indivíduos traduz fortemente a característica cultural da população brasileira, sendo que essa permitiu a realização de uma incontestável adaptação transcultural.

### Análise estatística para a adaptação transcultural

De acordo com os resultados da pesquisa, observou-se a distribuição da frequência (valores absolutos e percentagem) das respostas dos *experts* e

dos pacientes da clínica média. Em geral, as questões receberam em sua totalidade respostas "muito compreensível / compreensível". Notou-se que o comportamento de distribuição para cada questão foi semelhante entre os *experts* e pacientes de clínica médica.

Destaca-se o teste de coeficiente alfa de Cronbach, pelo qual buscou-se realizar a validade de construção e a consistência das internas respostas do Instrumento para a adaptação transcultural<sup>12</sup>, sobre uma medida não observável (equivalência semântica e idiomática), acrescentando que obteve-se o valor igual a 0,788, que indica uma medida de concordância entre quesitos (fé, prática religiosa e paz espiritual), com confiabilidade aceitável (entre 0,7 e 0,8).

Em outro estudo<sup>18</sup>, foi analisada a fidelidade de um instrumento de 21 itens para avaliação de comportamento, a partir da análise da consistência interna da escala. O valor para o coeficiente alfa de Cronbach foi 0,779, o que indica uma boa homogeneidade e consistência dos itens, pois esses valores se situaram acima do critério estabelecido (critério mínimo = 0,70) para escalas contendo mais de dez itens, tal como sugerido por autores<sup>19,20</sup>. Em comparação com outro estudo<sup>15</sup>, a fidelidade da escala foi estimada segundo a consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach, sendo que o valor foi de 0,92. Faz-se uma reflexão, na atualidade das pesquisas científicas no que diz respeito às validações transculturais, se tem buscado instrumentos confiáveis, compreensíveis e de fácil aplicabilidade em diferentes culturas, com o objetivo de instrumentalizar a assistência de enfermagem. Justifica-se a existência de pesquisa sobre o desenvolvimento de escalas na área da espiritualidade, pelo valor em si atribuído pela sociedade a ela, uma vez que, segundo publicação<sup>21</sup>, foi construída nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico. Os profissionais de saúde que trabalham diariamente com o ser humano fragilizado pela doença, muitas vezes sem perspectiva de cura, com alguma frequência estarão frente a situações dilemáticas.

Na área da enfermagem, existem teorias que embasaram a necessidade de se abordar a espiritualidade, como pode-se destacar a Teoria



Transpessoal<sup>22</sup>, mas faz-se necessária a ressalva pela importância da aplicabilidade na prática clínica do enfermeiro. Essa teoria também foi chamada de Teoria do Cuidado Humano, porque está centrada no conceito de cuidado em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para a transcendência do corpo físico. Ela traz a abertura e a atenção da espiritualidade e as dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado com a sua própria alma e do ser que está sendo cuidado<sup>16</sup>. Pode-se destacar que, nessa teoria, os valores humanos foram enfatizados por meio dos fatores de cuidado, na formação de um sistema humanista-altruísta, na fé-esperança e no cultivo da sensibilidade ao outro, os quais eram empregados no cotidiano do processo de cuidar e se estabelecem nas relações de intersubjetividade entre enfermeiro e paciente<sup>23</sup>.

A busca da dimensão interior do ser humano, em sua essência, é a espiritualidade, que, quando visa ao bem-estar do outro em sua alteridade, exerce a ética. Sem a ética, os valores morais, como compaixão, solidariedade, compreensão e justiça desaparecem e perdem-se os limites de distinguir o que é certo e o que é errado. São esses valores que inspiram o modo de ser e de agir, tornando nossa conduta profícua e sábia, portanto ética<sup>24</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante do objetivo proposto referente à adaptação transcultural do instrumento de "Bem-Estar Espiritual" realizada com 6 "experts" na área de Espiritualidade e Enfermagem, com 11 pacientes de clínica médica, concluiu-se:

Quanto à distribuição das categorias de respostas dos pacientes da clínica médica nas 21 questões para a frequência (valores absolutos e percentagem) das respostas, o comportamento

de distribuição para cada questão foi semelhante aos *experts*.

Referente à distribuição em duas categorias de respostas para ambos os grupos (pacientes e *experts*) nas 21 questões, a proporção de respostas "compreensível e muito compreensível", observou-se que apenas nas questões 3, 12 e 18, devido ao  $p > 0,05$ , observou-se que não foi possível determinar se há uma proporção maior de respostas positivas por meio do teste binomial.

Com relação à concordância entre as respostas obtidas pelos *experts* e pacientes quanto à categoria de resposta "muito compreensível", observou-se significância estatística por meio do Teste Gama.

Com relação à consistência interna, verificou-se por meio do teste alpha de Cronbach o valor igual a 0,788, que indica uma confiabilidade aceitável.

Pode-se afirmar que, em ambos os grupos (*experts* e pacientes), a consistência interna foi elevada, mantendo as características e equivalência necessárias para a adaptação transcultural da escala original, o que demonstrou a efetividade da utilização da escala no Brasil.

A limitação do estudo foi quanto ao baixo número de publicações na literatura da aplicação da escala *Spiritual Assessment Scale* em outras populações com doenças crônico-degenerativas, abrindo, assim, a possibilidade de realização de novos estudos com diferentes populações.

Utilizou-se para a validação da escala para o português do Brasil um instrumento inovador, que permitiu comprovar pelos testes estatísticos que há a possibilidade da realização de generalizações da escala na utilização em outros estudos. A partir dos resultados obtidos, procurou-se fomentar novos estudos sobre a aplicabilidade da escala *Spiritual Assessment Scale* traduzida e adaptada para o Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Bruscatin C. Família e religião. In: Cervený CMO. Família, comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 163-86.
2. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Evidence-based Spirituality. *Acta Fisiátrica*. 2001;8(3):107-12.
3. Guimarães H, Avezum A. Impact of spirituality on physical health. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34:88-94.
4. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2011 Fev;64(1):53-9.
5. Burkhardt MA, Nagi-Jacobson MG. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice*. 1989;3(3):18-26. [PubMed: 2768352]
6. Mcsherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: Implications for nursing practice. *Issues Clin Nursing*. 2004;13:934-41.
7. Volcan SPL, Mari JJ, Horta B. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):440-5.
8. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D, editors. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Nova York: John Wiley and Sons; 1982. p. 224-35.
9. Marques LF, Sarriera JC, Dell'aglio DD. Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Aval Psicol*. 2009;8:179-86.
10. Santana JCB, et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. *Rev Bioethikos*. 2009;3(1):77-86.
11. Selli L, Alves JS. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Rev Bioethikos*. 2007;1(1):43-52.
12. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
13. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987 Nov;16(6).
14. O'Brien ME. *Spirituality in nursing: standing on holy ground*. Sudbury (MA): Jones and Bartlett; 1999.
15. Rego ACC. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cad Saúde*. 2008;1(1):199-204.
16. Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*. 1989;(30):662-80.
17. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validation of the nursing diagnosis Spiritual Anguish: analysis by experts. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):264-70.
18. Lima LA, Gonçalves S, Lovisi G, Pereira BB. Transcultural validation of the Social Behaviour Schedule (SBS). *Rev Psiquiatr Clín*. 2003;30(4):126-38.
19. Gulliksen H. *Theory of mental test*. New York: John Wiley; 1950.
20. Martinez AR. *Psicometria: teoria de los testes psicológicos y educativos*. Madrid: Editorial Sintesis; 1995.
21. Pinto C, Ribeiro JLP. Development of a Scale for the Assessment of Spirituality in Health Settings. *Arq Med*. 2007;21(2).
22. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors / caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(1):129-35.
23. Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Taking care of the caregiver: perceptions and conceptions of nursing AIDS concerning care for oneself. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(1):15-25.
24. Cortella MS, Betto F. *Sobre a esperança: diálogo*. São Paulo: Papirus; 2007.