

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

TALITA PRADO SIMÃO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ANGÚSTIA
ESPIRITUAL EM PACIENTES COM CÂNCER**

Alfenas/MG

2013

TALITA PRADO SIMÃO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ANGÚSTIA
ESPIRITUAL EM PACIENTES COM CÂNCER**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas.

Linha de Pesquisa: O Processo do Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Hollanda Iunes.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Érika de Cássia L. Chaves.

Alfenas/MG

2013

Simão, Talita Prado.

Adaptação transcultural e validação da escala de angústia espiritual em pacientes com câncer / Talita Prado Simão. - 2013. 93 f. -

Orientadora: Denise Hollanda Iunes.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.

Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Espiritualidade. 3. Neoplasias. 4. Estudos de Validação. I. Iunes, Denise Hollanda. II. Título.

CDD: 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



TALITA PRADO SIMÃO

“ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL
EM PACIENTES COM CÂNCER”

A Banca examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 14/03/2013

Prof(a). Dr(a). Denise Hollanda Lunes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG

Assinatura:

Prof(a). Dr(a). Denismar Alves Nogueira
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG

Assinatura:

Prof(a). Dr(a). Emília Campos de Carvalho
Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Assinatura:

DEDICATÓRIA

*Primeiramente a Deus, meu protetor e guia inseparável, a quem devo a
graça da vida e dessa brilhante conquista.*

*Aos meus Pais eternos lutadores, que com amor, confiança incondicional,
acreditaram que eu seria capaz e que por muitas vezes renunciaram aos seus
sonhos para realizar os meus.*

*Ao Júnior, meu companheiro de todas as horas com quem compartilho as
minhas aflições e vitórias.*

*Aos meus irmãos (a) e cunhado (a) que sempre me encorajam, por todo
apoio a mim dispensado, cuja torcida foram fundamentais para o meu sucesso.*

*Aos meus sobrinhos (as) que são as pequeninas que tornaram esta
caminhada mais amena.*

*Aos meus amigos, com os quais compartilhei descobertas, conquistas e alegrias
e por dividirmos momentos que guardarei para sempre.*

*As docentes Denise Hollanda Junes e Erika de Cássia Lopes Chaves
por mostrar novos caminhos e repartir seus conhecimentos.*

*Enfim a todos que torceram por mim, em especial a Vô Delfina, a tia
Nadir e o meu amigo Anderson que junto de Deus me iluminaram.*

AGRADECIMENTOS

Este momento ímpar de minha trajetória só foi possível graças a todas as pessoas que compartilharam momentos de minha vida, proporcionando contribuições que fortaleceram a minha caminhada. Ao longo destes últimos anos aprendi que são essas relações que estabeleço que me fazem ser quem eu sou: um ser em processo de transformação. Por isso, a cada pessoa expresse a minha eterna gratidão:

Aos professoras Denise Hollanda Junes e Erika de Cássia Lopes Chaves, que foram amigas e orientadoras, agradeço de modo especial. Obrigada por me aceitar como orientanda e acreditar no meu potencial. Considero-me privilegiada por ter convivido com vocês nesta caminhada e espero que nosso vínculo perdure por muito tempo.

Aos professores Clícia Valim Cortes Gradim, Denismar Alves Nogueira, Eliza Maria Resende Dazio, Fábio de Souza Terra Marcos Roberto de Faria e Maria Betânia Tinti Andrade pelas valiosas sugestões que enriqueceram o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos professores Leonardo César Carvalho e Ana Francisca de Oliveira, pela colaboração compartilhada nesse estudo.

*A professora Dr^a. Emília Campos de Carvalho pela gentileza,
disponibilidade e valiosas contribuições proporcionadas por meio do seu
grandioso conhecimento.*

*A Elciane Aparecida Cordeiro da Silva e Sueten Alves pelo auxílio
na etapa de coleta dos dados.*

*Aos meus amigos da primeira turma de Pós-graduação em Enfermagem
com quem dividi os desafios e descobertas vivenciados ao longo desses anos
possibilitando que esses fossem amenizados.*

*A Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
por oferecer o seu espaço, o qual auxilia na construção do conhecimento de
vários profissionais da área da saúde, contribuindo para que o sofrimento tanto
físico quanto espiritual dos pacientes seja amenizado.*

*A equipe de funcionários do setor de oncologia pelo acolhimento
proporcionado durante a etapa de coleta dos dados.*

*Aos participantes deste estudo, meu muito obrigado por compartilharem seus
sentimentos em um momento tão delicado, onde a dor e a tristeza muitas vezes
se fazia presente.*

*Ao meu "irmão" Adriano pelo apoio e por sempre me amparar durante a
jornada de aprendizagem.*

ACAPES, que financiou meus estudos.

*Enfim, a todas as pessoas que acreditaram e torceram por mim, meu sincero
agradecimento.*

RESUMO

A angústia espiritual é um fenômeno subjetivo e foco de atenção do enfermeiro, que pode ser presenciado quando o ser humano está vivenciando algum momento conflituoso na sua vida, geralmente perante uma enfermidade, como o câncer. A relação entre a presença do câncer e o fenômeno de angústia espiritual é algo que merece atenção, visto que a junção dos dois pode comprometer ainda mais o estado de saúde. Assim, buscam-se ferramentas que sejam capazes de identificar e, se possível, mensurar esse fenômeno. Entretanto, a literatura brasileira não apresenta nenhum instrumento padronizado que seja capaz de avaliá-lo. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo realizar a tradução, a adaptação transcultural e avaliar as qualidades psicométricas de uma Escala de Angústia Espiritual que se mostra presente na literatura no idioma inglês. Esse processo foi realizado seguindo as etapas de traduções, a síntese dessas traduções; as retrotraduções; a avaliação de equivalência cultural; a revisão por um comitê de juízes; o pré-teste; os testes de confiabilidade e a validade. Uma vez obtida a versão final da escala de angústia espiritual no idioma português, foi realizado o pré-teste e o teste de confiabilidade inter e intraexaminador com 20 pacientes diagnosticados de câncer em tratamento na Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas. Para a avaliação da validade, foi utilizada a Escala de Bem-Estar Espiritual que foram aplicadas concomitantemente em 150 pacientes da mesma população. A análise de confiabilidade da escala foi realizada por meio dos coeficientes estatísticos de Kappa e Alfa de Cronbach e a de validade pela análise fatorial e coeficiente de correlação de *Spearman*. A análise intra e interexaminador foi considerada satisfatória, uma vez que mais da metade dos itens tiveram valores de Kappa acima de 0,75. Na análise de consistência interna utilizando o Alfa de Cronbach e na análise fatorial, apenas o domínio três "Relação com Deus" apresentou valores discrepantes em ambas as análises. Entretanto, esse fato não trouxe prejuízos ao estudo, visto que a escala no geral e três dos quatro domínios presentes na mesma, apresentaram parâmetros significativos e corresponderam à proposta da escala original. Como a angústia espiritual é um diagnóstico de enfermagem difícil de lidar na prática clínica por apresentar características definidoras complexas e subjetivas, além de ser extremamente pessoal e dinâmico. A utilização da Escala de Angústia Espiritual, adaptada e validada neste estudo no contexto brasileiro, poderá facilitar o processo de raciocínio clínico e atenderá à necessidade espiritual dessa população. Além disso, permitirá a identificação desse diagnóstico, uma vez que demonstrou ser um instrumento confiável, válido e eficiente, capaz de avaliar o fenômeno que se propõe a mensurar (angústia espiritual).

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

ABSTRACT

The spiritual distress is a subjective phenomenon and focus from nurse of attention who can be seen when the human being is experiencing sometime confrontational in their life, usually before an illness, as the cancer. The relationship between the presence of cancer and the phenomenon of spiritual distress is something that deserves attention, since the joining of the two can further compromise the health. So, search for tools that are able to identify and, if possible, measure this phenomenon. However, Brazilian literature presents no standardized instrument that is able to evaluate it. Thereby, the present study aimed to perform the translation, cultural adaptation and evaluate the psychometric properties of a Spiritual Distress Scale that if shows present literature in the English language. This process was carried out following the steps of translation, the synthesis of these translations; the back-translations; the cultural equivalence evaluation; the review by a committee of judges; the pretest; the tests of reliability and the validity. Once you get to the final version of the scale of spiritual distress in Portuguese, was performed pre-test and reliability test inter-and intra-examiner with 20 patients diagnosed if cancer in treatment in Holy House of Charity Our Lady of Perpetual Help of Alfenas. To evaluation the validity, was used the Scale Wellness Spiritual that were applied concomitantly in 150 patients from the same population. The reliability analysis of the scale was performed using the coefficient statistical Kappa and Alpha Cronbach and of validity by factor analysis and Spearman correlation coefficient. The analysis of intra and interexaminer was considered satisfactory, since more than half of the items had Kappa values above 0.75. In the analysis of internal consistency using Cronbach's alpha and factor analysis, only the domain three "Relationship with God" presented values discrepant in both the analyzes. However, this fact brought no harm to study, since the scale overall and three of the four domains present in the same showed significant parameters and corresponded to the proposed of original scale. As the spiritual distress is a nursing diagnosis difficult to cope with in practice by presenting complex and subjective defining characteristics, besides being extremely personal and dynamic. The use of Spiritual Distress Scale, adapted and validated in this study in the Brazilian context, can facilitate the process of clinical reasoning and answer the spiritual needs of this population. It will also enable the identification of this diagnosis, since proved to be a instrument reliable, valid and efficient, able to evaluate the phenomenon that purport to measure (spiritual distress).

Key words: Nursing. Spirituality. Neoplasm. Validation Studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resultado dos itens que não apresentaram semelhança nas traduções do idioma inglês para o português. Minas Gerais, 2013.....	56
Tabela 2 -	Itens modificados pelo grupo de juízes. Minas Gerais, 2013.....	57
Tabela 3 -	Resultado das retrotraduções. Minas Gerais, 2013.....	57
Tabela 4 -	Porcentagem dos itens com mais de 15% “não aplicável”. Minas Gerais, 2013. (n=20).....	58
Tabela 5 -	Resultado da avaliação de equivalência. Minas Gerais, 2013....	58
Tabela 6 -	Perfil dos participantes. Minas Gerais, 2013. (n=150).....	60
Tabela 7 -	Resultado da análise de concordância interexaminador da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013. (n=20).....	62
Tabela 8 -	Resultado da análise de concordância intraexaminador da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013. (n=20).....	62
Tabela 9 -	Alfa de Cronbach dos domínios da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.....	63
Tabela 10 -	Valores de média, de desvio padrão e de limites de escore da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.....	63
Tabela 11 -	Cargas fatoriais da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.....	64
Tabela 12 -	Resultado do teste de Normalidade de <i>Shapiro-Wilk</i> . Minas Gerais 2013.....	65

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

EBE	- Escala de Bem-estar Espiritual
GRS	- Gerência Regional de Saúde
NANDA-I	- North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	- Nursing Interventions Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SDS	- Escala de Angústia Espiritual
SPSS	- Statistical Package for Social Science
TCL	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	A ESPIRITUALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE.....	19
3.2	RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE COM A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM.....	21
3.3	ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	26
3.4	SPIRITUAL DISTRESS SCALE.....	28
3.5	ANGÚSTIA ESPIRITUAL E O CÂNCER.....	29
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	33
4.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS.....	33
4.1.1	Tradução.....	34
4.1.2	Síntese das traduções.....	35
4.1.3	Retrotradução (<i>Back-translation</i>).....	35
4.1.4	Avaliação da equivalência cultural.....	35
4.1.5	Revisão por Comitê de Juízes.....	36
4.1.6	Pré-teste.....	37
4.2	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDAS PSICOMÉTRICAS DE UM INSTRUMENTO APÓS SUA TRADUÇÃO.....	37
4.2.1	Confiabilidade de um instrumento de medida.....	38
4.2.2	Validade de um instrumento de medida.....	40
4.2.2.1	Validade de Face.....	40
4.2.2.2	Validade de Conteúdo.....	41
4.2.2.3	Validade de Critério.....	41
4.2.2.4	Validade de Construto.....	41
4.2.2.5	Validade Discriminante.....	42

4.2.3	Análise Fatorial.....	43
5	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	45
5.1	ADAPTAÇÃO DA <i>SPIRITUAL DISTRESS SCALE</i> (SDS) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA.....	45
5.1.1	Tradução.....	45
5.1.2	Síntese das traduções.....	46
5.1.3	Retrotradução (<i>Back-translation</i>).....	46
5.1.4	Avaliação da equivalência cultural.....	46
5.1.5	Avaliação por Juízes.....	47
5.1.6	Pré-teste da Escala de Angústia Espiritual.....	47
5.2	Avaliação das propriedades de medida psicométrica da versão final da SDS.....	50
5.2.1	Confiabilidade e Validade.....	50
5.3	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	50
5.3.1	Local do estudo.....	50
5.3.2	Sujeitos da pesquisa.....	51
5.3.3	Coleta de dados.....	52
5.3.4	Instrumentos de coleta de dados.....	52
5.3.5	Aspectos éticos.....	53
5.4	TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	54
5.4.1	Análise de Confiabilidade.....	54
5.4.2	Análise da Validade.....	55
6	RESULTADOS.....	56
6.1	TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA.....	56
6.1.1	Tradução.....	56
6.1.2	Retrotradução (<i>Back-translation</i>).....	57
6.1.3	Avaliação da equivalência cultural.....	57
6.1.4	Avaliação por Juízes.....	58
6.1.5	Pré-teste da Escala de Angústia Espiritual.....	59
6.2	AValiação DA CONFIABILIDADE DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	59
6.2.1	Caracterização da amostra.....	59

6.2.2	Análise interexaminador.....	61
6.2.3	Análise Intraexaminador.....	62
6.2.4	Análise de consistência interna da escala (Alfa de Cronbach).....	62
6.3	RESULTADO DO ESCORE DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	63
6.4	ANÁLISE FATORIAL DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	64
6.5	ANÁLISE DA VALIDADE DIVERGENTE.....	64
7	DISCUSSÃO.....	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	83
	ANEXOS.....	86

1 INTRODUÇÃO

A importância e a contribuição da espiritualidade após o diagnóstico de uma doença grave, como o câncer, surgem da constatação de que a descoberta da enfermidade, bem como a convivência com as diversas formas de tratamento e suas complicações produz modificações abruptas na vida do indivíduo, levando-o a vivenciar momentos de interiorização dessa nova circunstância. Na maioria das vezes, a assistência ao indivíduo com câncer é limitada à recuperação da saúde física e mental e nenhuma ou pouca atenção é direcionada à saúde espiritual.

A espiritualidade, de acordo com Guerrero et al. (2011, p.54), é compreendida como algo que propicia sentido à vida e “está relacionada a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão com os outros; estimula um interesse pelos outros e por si; uma unidade com a vida, a natureza e o universo”. Sendo assim, é considerado um fator ímpar na vida do ser humano e incluí-la na prática de cuidado ao paciente com câncer é um aspecto indispensável para sua reabilitação.

O diagnóstico de câncer causa um forte impacto na vida das pessoas, assim como advém sentimentos de incertezas e de preocupações quanto à perspectiva em relação ao seu futuro. Esses são alguns desafios que acontecem nesse período, uma vez que acarreta o medo de mutilações, de modificações na imagem corporal, de tratamento doloroso e de perdas em decorrência da doença (CARVALHO, 2002). Além disso, é uma enfermidade estigmatizada e temida pela população em decorrência do sofrimento que proporciona ao paciente e a sua família, portanto seu diagnóstico pode trazer consequências desafiadoras às dimensões física, emocional e espiritual do indivíduo (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2007).

Embora atualmente existam inúmeras formas de tratamento, o câncer ainda é considerado uma doença incurável que evidencia a proximidade com a morte (GUERRERO et al., 2011). De acordo com Ku, Kuo e Yao (2010), é devido a esse sentimento de proximidade com a morte que a maioria dos pacientes, ao receberem o diagnóstico, necessita de cuidados espirituais. Nessa fase, é importante que as pessoas próximas a esses, inclusive os profissionais de saúde, dentre eles, a equipe de enfermagem, cuja proximidade ao paciente é maior, estejam aptas a desenvolver esse cuidado.

Chung, Wong e Chan (2007) em seu estudo, afirmam que a integração dos enfermeiros com o cuidado espiritual é um fato que está positivamente correlacionado com sua compreensão e com práticas de cuidado espiritual.

Sendo assim, é imprescindível que haja diálogo entre os profissionais da saúde e os pacientes com câncer, no intuito de que estes exponham sua opinião acerca de suas crenças, aumentando a conscientização sobre sua própria espiritualidade, capacitando-os a encontrar um propósito e um significado único durante a doença (BALDACCHINO, 2006; PESUT; THORNE, 2007). Assim, a enfermagem, ao prestar assistência espiritual ao paciente oncológico, deve sempre atender-se as necessidades espirituais do mesmo, visto que o fortalecimento da crença espiritual e religiosa auxilia a encontrar significado e mantém o sentido de esperança (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2007).

Muitas vezes, a reflexão sobre a existência e o significado da vida, comum entre pessoas com câncer, gera um sofrimento que, quando direcionado à dimensão espiritual, pode resultar em uma angústia espiritual que é vivenciada de uma maneira diferenciada pelos indivíduos.

A compreensão do que vem a ser a angústia espiritual, está diretamente relacionada com alguns fatores presentes na espiritualidade, além de incluir outros aspectos específicos, que, segundo Chaves et al. (2008, p. 5), são os construtos de “distúrbio no senso de significado e propósito na vida, na habilidade de conexão e na capacidade de transcendência”, os quais acarretarão detrimento ou ameaça à integridade espiritual da pessoa.

Desde 1980, com a proposta da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*) do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual”, a enfermagem passou a ter uma terminologia própria para reconhecer a resposta do paciente a conflitos pessoais voltados à espiritualidade. Porém, sua utilização na prática é limitada, devido à complexidade do significado de angústia espiritual e à dificuldade do enfermeiro em reconhecer os sinais sugestivos que a caracterizam, decorrente de suas restrições em relação a esse aspecto do conhecimento (CHAVES, 2008).

Além da dificuldade de reconhecer o fenômeno no ambiente clínico, a implementação do cuidado espiritual também está atrelada à falta de instrumentos padronizados, por meio dos quais seja possível avaliar a angústia espiritual, que é

caracterizada como algo subjetivo e extremamente pessoal (CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010; VILLAGOMEZA, 2005).

A limitação oriunda da subjetividade e da pessoalidade referente à angústia espiritual parece estar associada à falta de estudos e ou de pesquisas relacionados com os meios, pelos quais seja possível avaliar esse fenômeno. Entretanto, a espiritualidade também apresenta um significado subjetivo, abstrato e, mesmo recebendo pouco consenso da literatura, estão sendo propostos instrumentos de avaliação psicométricas que permitam reconhecê-la e avaliá-la.

Os instrumentos direcionados à dimensão espiritual do indivíduo foram construídos em diferentes culturas. Contudo, é possível destacar aqueles que passaram pelo processo de adaptação e de validação para a cultura brasileira: a Escala de Pinto e Pais Ribeiro, construída por Pinto e Pais Ribeiro (2007), validada por Chaves (2008); a Escala de Bem estar-espiritual desenvolvida por Paloutzian e Ellison (1982), adaptada e validada por Marques, Sarriera e Dell’Aglío (2009); a Escala de Coping Religioso-Espiritual elaborada por Pargament, Koenig e Perez (2000) adaptada e validada por Panzini e Bandeira (2005). No entanto, possuem como foco respectivamente, avaliar a espiritualidade em si, o bem-estar espiritual e o enfrentamento religioso e espiritual.

Sendo assim, percebe-se que tais instrumentos fazem uma avaliação genérica e avaliam de forma global a espiritualidade, o que torna necessário um enfoque mais específico ao fenômeno de angústia espiritual de modo que possam contribuir para identificação de características próprias dessa definição.

De acordo com Kawa et al. (2003); Ku, Kuo e Yao (2010); Ferrell e Coyle (2008) e Villagomez (2005), pode-se observar a existência de uma relação considerável entre vivenciar o câncer e a presença da angústia espiritual. Um dos motivos pelos quais isso pode acontecer deve-se ao fato de que o diagnóstico de câncer, por si só, produz um forte impacto na vida do indivíduo assim como seu tratamento é permeado de eventos estressores (FORNAZARI; FERREIRA, 2010). Portanto a presença de angústia espiritual pode vir a agravar os sintomas físicos e emocionais do indivíduo e contribuir para que a capacidade de enfrentar a doença apresente-se diminuída (GRANT et al., 2004). Assim, é importante a procura por meios que permitam compreender e analisar o comprometimento da dimensão espiritual desse indivíduo ao enfrentar a doença.

No entanto, pela ausência de instrumentos direcionados especificamente ao fenômeno de angústia espiritual, Chaves et al. (2011e) utilizaram escalas que abordam a espiritualidade acrescida de outros métodos, para identificar na prática a presença ou a ausência desse fenômeno. Tal fato pode interferir na precisão do processo de identificação do fenômeno de interesse. Além disso, Fehring (1994) ressalta a importância de se utilizar instrumentos que avaliem especificamente o fenômeno que está sendo investigado, a fim de que estes ofereçam precisão no processo de investigação.

Ku, Kuo e Yao (2010) propuseram e validaram um instrumento que avalia a angústia espiritual e complementaram que estabelecer uma escala de angústia espiritual para pacientes com câncer é importante para que se tenha um meio pelo qual seja possível verificar e orientar a saúde espiritual nos diferentes estágios da doença. Porém, sua utilização é restrita à cultura oriental, por falta de medidas psicométricas analisadas em outras culturas, tais como no Brasil.

Desse modo, é importante a tradução, a adaptação transcultural e a validação de um instrumento para sua utilização no Brasil que mensure domínios relacionados à angústia espiritual. A identificação e a avaliação desse fenômeno na prática possibilita que o mesmo seja utilizado de forma confiável por profissionais de saúde, os quais terão um instrumento para auxiliar a detecção desse fenômeno. Além de colaborar no restabelecimento do bem-estar espiritual dos pacientes com câncer, bem como possibilitar o investimento em novas pesquisas utilizando esse instrumento em populações diferentes.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a tradução, a adaptação transcultural e avaliar as qualidades psicométricas da *Spiritual Distress Scale* proposta por Ku; Kuo e Yao (2010) .

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir e adaptar para a população brasileira a versão original da *Spiritual Distress Scale*;
- Avaliar a confiabilidade da versão traduzida e adaptada da escala;
- Validar a versão traduzida e adaptada da escala correlacionando seus resultados com a Escala de Bem-estar Espiritual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ESPIRITUALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE

A espiritualidade é um termo que está atrelado à condição humana, mas foi somente em 1999 que a Assembleia Mundial de Saúde considerou a resolução que define a saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, embora desde 1983 a questão sobre essa dimensão tem sido amplamente discutida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Gunderson (2000) confirma que, além do fator espiritual, a saúde também é determinada pela interação entre os fatores físico, mental e social.

Em decorrência das inúmeras contribuições que a espiritualidade proporciona à vida e ao bem-estar do indivíduo, estudos estão despertando interesse em melhor compreendê-la. Além disso, os fatores que podem advir da sua relação com a saúde também instiga pesquisadores, os quais buscam compreender as inúmeras contribuições que esta proporciona ao processo saúde-doença (GUERRERO et al., 2011), bem como, sua influência na saúde física, mental e social (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; BALBONI et al., 2011). Desse modo, a dimensão espiritual ganha seu espaço e vem se tornando cada vez mais alvo de pesquisas. Entretanto, o conceito usado para definir o que vem a ser a espiritualidade ainda é interpretado de diferentes formas.

Saad, Masiero e Battistella (2001, p.108) referem-se à espiritualidade, como uma “propensão humana de encontrar um significado para a vida, por meio de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal”. Os autores afirmam a existência de uma relação entre espiritualidade e religiosidade, porém ambas não são sinônimos, uma vez que espiritualidade envolve um conceito mais amplo que a religião.

Assim, a diferença entre ambas é compreendida pelo fato de que a religiosidade envolve a prática de um grupo em compartilhar um sistema de culto e doutrina, e assim, apresentam características peculiares, tais como comportamento,

doutrina e valores específicos. Enquanto, a espiritualidade é um sentimento individual que incita um interesse pelos outros e por si mesmo, capaz de possibilitar que sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade sejam suportadas (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Volcan et al. (2003, p. 441), refere-se a espiritualidade como um “conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido”, envolve questões relacionadas com o significado e com o sentido da vida, e reafirma que esta não se limita a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.

A espiritualidade, enfim, é capaz de produzir “sentidos e valores, como amor, sabedoria, honestidade, compaixão, moralidade” e reflete no modo de ser da pessoa, enquanto que a religiosidade é expressa no comportamento (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010, p.115). Outra característica importante da espiritualidade é sua atuação como fator de proteção, em questões médicas e em problemas da área psicológica, bem como em circunstâncias relacionadas ao campo da educação, conforme evidências presentes na literatura (SOUSA et al., 2001).

Guimarães e Avezum (2007, p. 93) complementam que há influência da espiritualidade sobre a saúde física, em que esta é considerada como “possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e de eventual redução de óbito ou de impacto de diversas doenças”.

Desse modo, a espiritualidade passou a ter um enfoque especial sobre a saúde do indivíduo, por isso buscaram-se meios de analisá-la. Assim, Anderson, Anderson e Felsenthal (1993) referem que, para maximizar a eficácia terapêutica do paciente, as expressões relacionadas à sua espiritualidade devem ser triadas e respeitadas pelo médico. Esse profissional e todos os demais que participam do processo de recuperação da saúde precisam estar comprometidos com o que é melhor para o paciente, por isso devem atentar-se à dimensão espiritual, quando o mesmo considera essa questão relevante (POST; PUCHALSKI; LARSON, 2000).

Diante da importância do assunto, Auguste, Fortin e Barnett (2004) sugerem o aumento no número de escolas médicas que implementem a espiritualidade em seu currículo por meio de cursos oferecidos, com a finalidade de possibilitar aos estudantes a compreensão do impacto da crença espiritual do paciente à saúde, bem como compreender o quanto os sistemas de crenças podem comprometer o

cuidado prestado e, assim, desenvolver habilidades para intervir nesses fatores na prática.

Entretanto, Guimarães e Avezum (2007) ressaltam que comprovar a utilização de aspectos da espiritualidade com suporte terapêutico e comprovar seus efeitos positivos em diversas doenças têm constituído emblemático desafio para a ciência médica, uma vez que as limitações éticas e de método evidenciam a dificuldade em mensurar e em quantificar a contribuição da experiência espiritual por meio dos métodos científicos tradicionais.

No que se refere a instrumentos que possibilitem avaliar a espiritualidade, Saad, Masiero e Battistella (2001) relatam que é preciso que as manifestações socioculturais individuais também sejam consideradas.

Volcan et al. (2003) consideram que um dos aspectos da espiritualidade passíveis de avaliação é a percepção subjetiva de bem-estar que o sujeito tem em relação a sua crença. Os autores complementam que os instrumentos que mensuram o bem-estar foram baseados no conceito de espiritualidade o qual abrange um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e de satisfação de vida) e esclarece que este último não implica qualquer referência a conteúdo especificamente religioso.

A literatura, por meio dos estudos de Mackey e Sparling (2000); Margolis, Kilpatrick e Mooney (2000); Cortez e Teixeira (2010), vem reconhecendo a importante contribuição que a espiritualidade promove na saúde, entretanto ainda é necessário explorar muito mais essa dimensão, bem como suas diferentes faces, lembrando que o envolvimento de diferentes profissionais da saúde, assim como dos enfermeiros, é fundamental ao prestar cuidado ao paciente.

3.2 RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE COM A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que tem sua origem atrelada a uma assistência integral e contextualizada ao paciente, visando um cuidado que considere tanto a dimensão física quanto social, psicológica e espiritual do ser humano, as quais necessitam estar em harmonia no processo de recuperação do

indivíduo, independentemente de sua patologia. Foi assim que a presença marcante de Florence Nightingale, uma das pioneiras na área de enfermagem ganhou seu espaço. Sua opção por ser enfermeira fez com que enfrentasse desafios, entretanto, esses não a impediram de desempenhar a profissão com dedicação, carinho, cuidado, responsabilidade e compromisso, elevando o significado da atividade de enfermagem. Para isso, Florence lutou cerca de cinco décadas pelo reconhecimento da profissão, desempenhando um trabalho de grande prestígio para a atividade de enfermagem (MARTIN, 2003).

Nightingale tinha uma visão do ser humano como um ser físico e espiritual. Assim, compreendia a espiritualidade como “o mais alto nível de consciência humana capaz de cultivar a natureza divina, sendo esta caracterizada pelo amor”, enquanto o corpo físico foi considerado “um instrumento para o espírito realizar sua tarefa no mundo” (PENHA, 2008, p.56). Além disso, apresentava uma concepção clara sobre os significados de espiritualidade e religião, em que o primeiro não era uma construção intelectual baseada em dogmas, mas essencialmente, um fenômeno experiencial (PENHA, 2008). A diferença poderia ser percebida entre dizer Eu sinto a presença divina em minha vida, que poderia ser identificada como uma vivência espiritual, e Eu acredito em Deus, que seria uma expressão religiosa (NIGHTINGALE, 1994).

De acordo com Delgado (2005), Florence estabeleceu com legitimidade a enfermagem como uma prática espiritual, uma vez que a ciência do cuidar constituiria um conjunto de disciplinas centradas no envolvimento e no bem-estar humano, a partir do entendimento de que as ações, a moral, a compaixão e as leis da natureza seriam a expressão espiritual manifestada pelo criador. Desse modo, é possível evidenciar na enfermagem uma forte herança advinda de um vínculo ligado à moralidade e à religiosidade.

No entanto, na primeira metade do século XX, a prática de enfermagem distanciou-se dos valores morais e religiosos, os quais foram herdados do passado e começou a adotar o modelo biomédico, que valoriza o tecnicismo, desaparecendo a vinculação entre o ser humano com o universo, com o ambiente e com o grupo social (TERRA et al., 2006). Além disso, diversos aspectos profissionais da enfermagem, dentre eles, seus valores e o cuidado direto ao paciente, são influenciados pelo desenvolvimento tecnológico.

Entretanto, num dado momento, começam a acontecer mudanças paradigmáticas importantes nas ciências da saúde, como a inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde. Assim, fica estabelecida não apenas uma nova forma de estar no mundo, mas a necessidade de expandir o conhecimento científico, no que tangencia o reconhecimento de necessidades espirituais, tanto dos pacientes quanto da população em geral (PENHA; SILVA, 2012).

A noção holística do cuidado que envolve todas as dimensões do ser humano é o fator que está relacionado ao retorno da espiritualidade e do grande interesse por ela (McSHERRY; CASH, 2004), bem como os grandes esforços para incluir novas abordagens que atendam às competências tecnológicas, que são essenciais à maturidade e à sobrevivência da enfermagem como profissão (WATSON, 2002). Portanto, o processo de retomada dos valores humanos no atendimento associado à importância cultural dos aspectos religiosos como itinerantes no processo de cura/reabilitação de doenças tem sido mecanismo fundamental para a entrada do discurso da espiritualidade no atendimento em saúde (PENHA; SILVA, 2012).

No percurso da história, a enfermagem sempre dependeu de outras ciências sem que houvesse um corpo de conhecimento próprio, o que fomentou o desejo nos enfermeiros de conhecer sua verdadeira natureza e, assim, construir sua identidade (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005). Dessa maneira, a utilização de teorias na enfermagem reflete um movimento da profissão em busca da autonomia e da delimitação de suas ações (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005). A busca pela especificidade resultou na formalização de conceitos e de teorias, os quais constituíram um embasamento para direcionar a enfermagem na busca de seus limites de atuação em relação a outros profissionais (CARRARO; WESTPHALEN, 2001).

Almeida, Lopes e Damasceno (2005, p.203), definem as teorias “como um conjunto de proposições utilizadas para descrever, explicar e prever parte de uma realidade”. Ela consiste na organização de algum fenômeno por meio do qual evidenciam-se os componentes e as características que lhes dão identidade (BARNUM, 1998). Sendo assim, as teorias têm constituído um passo fundamental na compreensão da Enfermagem como práxis, apreendida esta como ação aprofundada pela reflexão, carregada de sentido, projetada, consciente e transformadora da natureza, do homem e da sociedade (LEOPARDI, 1999).

As teorias de enfermagem surgiram no final da década de 1960 e no início da década de 1970 e quase todas reforçam a visão holística do ser humano no que se refere ao cuidar (SÁ; PEREIRA, 2007), ou seja, de alguma forma, apesar da resistência de muitos enfermeiros em reconhecer a espiritualidade como foco de atenção da profissão, as teorias de enfermagem o fizeram ao longo da construção e da organização dessa área de conhecimento.

No Brasil, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, defendida e publicada por Wanda de Aguiar Horta em 1970, coloca a espiritualidade como uma necessidade básica do ser humano a ser contemplada no planejamento da assistência, o que vem sendo enfatizado pelas teóricas de enfermagem como Martha Elizabeth Rogers, Margareth Newman, Rosemary Rizzo Parse e Jean Watson, nas décadas de 1980 e 1990, as quais referem que a espiritualidade humana é uma dimensão essencial do cuidar e do cuidado em enfermagem (HORTA, 1970).

Assim sendo, nos dias atuais, eventos nacionais e internacionais na área de enfermagem abordam a espiritualidade dentre outros temas e, na literatura desde o final do século passado, esta área profissional vem se mostrando pioneira e corajosa em explorar a espiritualidade como preocupação de quem cuida dos seres humanos (SÁ; PEREIRA, 2007).

O processo de enfermagem (PE) também contempla os aspectos espirituais do indivíduo na prestação do cuidado. É uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, baseando em princípios do método científico, que tem como objetivo: identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, de prevenção, de recuperação e de reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Assim sendo, é um modelo de trabalho privativo do processo de trabalho do enfermeiro, o qual possibilita que ações sejam desenvolvidas com a finalidade de modificar o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos, permitindo que se alcancem resultados pelos quais o enfermeiro é o responsável (TRUPPEL et al., 2009).

Concomitantemente às teorias que servem de guias para a prática de enfermagem, a profissão possui sistemas de classificações que buscam organizar em uma linguagem padronizada os fenômenos de atenção em grupos com base em seu relacionamento. Desse modo, a aproximação da enfermagem com os sistemas

de classificação teve por finalidade distanciá-la dos contextos tecnicistas que a nortearam nas últimas décadas. Sendo assim, buscou-se um referencial centrado no cuidado específico e contextualizado, embasado em novos saberes, valores e conhecimentos (ANTUNES; CHIANCA, 2002).

O sistema de classificação possibilita uniformidade do significado dos termos e o seu uso científico, permitindo que exista a mesma compreensão por parte de todos os profissionais (TRUPPEL et al., 2009). Desse modo, com o intuito de satisfazer a necessidade de padronizar a linguagem na área de enfermagem é que foram desenvolvidos diferentes sistemas de classificação, como, por exemplo, a NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*); a NIC (*Nursing Interventions Classification*); a NOC (*Nursing Outcomes Classification*) entre outras (HERDMAN, 2012; BULECHEK, 2010; SUE, 2010).

Dentre as classificações, a mais conhecida e empregada no Brasil é a classificação taxonômica proposta pela NANDA-I, traduzida e adaptada no país (CARVALHO; CARON-RUFFINO, 2000).

O principal trabalho da NANDA-I é direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos de enfermagem, que, mesmo antes de sua criação, já apresentava uma preocupação estabelecer regras para que diagnósticos fossem incluídos na classificação. Essas regras foram se modificando à medida que o conhecimento a respeito do assunto se desenvolvia. A cada dois anos, a NANDA publica uma atualização dessa classificação. O diagnóstico de enfermagem é considerado como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais; proporciona base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (HERDMAN, 2012).

A espiritualidade é abordada na Taxonomia II da NANDA por meio do **Domínio 10, Princípios de vida**, definido como: Princípios nos quais se baseiam a conduta, o pensamento e o comportamento em relação a atos, costumes ou instituições, considerados verdadeiros ou dotados de valor intrínseco (HERDMAN, 2012).

Portanto, o papel da enfermagem perante a espiritualidade do ser humano é algo que merece muita atenção e não pode ser dissociado na assistência ao indivíduo de que necessita, principalmente quando este pode estar vivenciando um período de desajuste na dimensão espiritual, o qual ocasionará o fenômeno conhecido como angústia espiritual.

3.3 ANGÚSTIA ESPIRITUAL

A angústia espiritual também denominada de sofrimento espiritual é um fenômeno que aos poucos vem sendo explorada por pesquisadores comprometidos com o cuidar holístico ao paciente. Assim como acontece com a conceituação utilizada para a espiritualidade, por se tratar de algo tão abstrato, o fenômeno de angústia espiritual também recebe definições conforme a compreensão de cada estudioso a seu respeito. Dessa forma, Kim et al. (1993) a definem como uma alteração em um princípio considerado vital, o qual integra e transcende a natureza individual, biológica e psicológica.

Angústia espiritual é um diagnóstico de enfermagem apresentado pela NANDA-I (2012) que, apesar de receber atenção deste importante sistema de classificação, ainda é pouco reconhecido na prática, pois se trata de algo subjetivo e muito difícil de lidar. Esse sistema de classificação, na versão de 2012, apreende o fenômeno de angústia espiritual como a “capacidade prejudicada de experienciar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, arte, música, literatura, natureza e/ou um ser maior”. Enquanto que a Associação Norte-americana de diagnóstico de enfermagem (2001) definia a angústia espiritual como uma interrupção no princípio da vida que permeia todo o estar de uma pessoa, integra e transcende a própria natureza biológica e psicossocial.

Villagomez (2005) refere o fenômeno de angústia espiritual como decorrente da deficiência de sete construtos da espiritualidade da pessoa, que são: conexão; significado com a fé e a crença religiosa; sistema de valores; propósito na vida; transcendência e paz; harmonia interior; força interior e energia; além disso, complementam que é um estado de desarmonia. Já Gulanick et al. (2003) a conceituam como uma experiência que a pessoa vivencia de profunda desarmonia na seu sistema de crença ou valor, o que vem a ameaçar o significado da vida. Nota-se que, a angústia espiritual também recebe as denominações de “sofrimento na alma” (QUILLEN, 2007) e de “dor espiritual”, sendo esta compreendida como experiência de conflito e de desarmonia entre as esperanças, os valores e as crenças de uma pessoa bem como a de seu conhecimento existencial sobre a vida (McGRATH, 2002).

Ainda de acordo com Quillen (2007), a angústia espiritual é um fenômeno que não está incluído no aspecto físico do ser humano. Refere-se a algo que também está além do ambiente ou do material (PRONK, 2005), o qual incorpora a qualidade de “transcendência” nos estudos de Pronk (2005) e Smucker (1996). Para Pronk (2005); Heliker (1992) e Pehler (1997), a angústia espiritual é uma resposta pessoal, complexa, difícil de definir e de articular. Prejudica ou ameaça a integridade espiritual da pessoa (VILLAGOMEZA, 2005; BURKHART, SOLARI-TWADELL, 2001; TODRES, CATLIN, THIEL, 2005) e para Villagomez (2005); Smucker (1996); Burkhart, Solari-Twadell (2001) pode contribuir com a perda do sentido da vida.

A angústia espiritual faz-se presente em diversos momentos da vida de um indivíduo quando o mesmo experimenta um transtorno no seu sistema de valores e crenças os quais lhe dão esperança, força e significado à vida (KIM et al. 1993). O enfermeiro, como o profissional que está presente junto ao paciente durante todo o processo de diagnóstico e de tratamento da doença, precisa utilizar métodos confiáveis a fim de identificar as necessidades desse paciente e intervir de forma eficaz no intuito de que a saúde, inclusive a saúde espiritual, seja restabelecida.

Identificar o fenômeno de angústia espiritual não é tarefa fácil, porém ela pode ser perceptível perante a atitude das pessoas, nas relações interpessoais e com o meio ambiente, bem como, por meio da linguagem verbal e da não verbal (PALLARES, 2004). O uso de métodos e de ferramentas confiáveis possibilitará identificar, por meio de uma avaliação, quais são as dimensões da angústia espiritual que estão comprometendo a vida do indivíduo e possibilitará que os profissionais da área da saúde ofereçam uma assistência segura e tenham qualidade em suas ações. Por isso, torna-se importante o investimento em pesquisas que sustentem o conhecimento teórico-conceitual a respeito desse fenômeno e estabeleçam a prática baseada em evidências.

Embora avanços no reconhecimento do papel da espiritualidade na saúde venham acontecendo, ainda há necessidade de se investir em pesquisas que explorem e comprovem a efetividade de intervenções atreladas a fenômenos como angústia espiritual, pois esta pode interferir significativamente no processo de recuperação da saúde do indivíduo.

Por sua vez, são os avanços nas pesquisas sobre espiritualidade que tornarão possível, por meio da prática baseada em evidências (PEDROLO et al., 2009), que os profissionais da área da saúde adotem as melhores condutas frente à

detecção, na prática clínica, de diagnósticos de enfermagem tão subjetivos e complexos, como a angústia espiritual, bem como na implementação da assistência. Entretanto, a utilização de instrumentos de avaliação psicométrica direcionada à angústia espiritual, como a *Spiritual Distress Scale*, seria um meio complementar que facilitaria o processo de identificação do diagnóstico de enfermagem voltado para esse fenômeno. Além disso, pode contribuir para que os profissionais da área da saúde tenham um meio confiável por meio do qual seja possível detectar e intervir diretamente nos aspectos que se apresentem comprometidos.

3.4 SPIRITUAL DISTRESS SCALE

A *Spiritual Distress Scale* foi publicada na língua inglesa por Ku, Kuo e Yao (2010). Seu conteúdo de construção foi desenvolvido no período de 2003-2004, por meio de um estudo qualitativo com entrevistas em 20 pacientes diagnosticados com câncer incurável que estavam hospitalizados em uma unidade oncológica de um centro médico no Sul de Taiwan (KU, 2005). Das respostas obtidas, criou-se a SDS, instrumento autoavaliativo, constituído de 30 itens que englobam quatro domínios: relações consigo mesmo (14 itens); relações com os outros (5 itens); relações com Deus (7 itens) e enfrentando a morte (4 itens). Para responder à escala, os participantes têm a opção de uma escala *Likert* de quatro pontos, em que pontuações mais altas indicam maior nível de angústia espiritual.

Segundo Ku, Kuo e Yao (2010), a primeira subescala da SDS é semelhante à escala de bem-estar existencial, proveniente da escala de bem-estar, de Paloutzian e Ellison, enquanto a terceira subescala é comparável à escala de bem-estar religioso também derivada da escala de bem-estar de Paloutzian e Ellison e de três escalas de orações. Já a primeira e a terceira subescala da SDS, apresentam semelhança com a escala de índice de bem-estar espiritual de Moberg, com a escala de bem-estar espiritual de Jarel e com o índice de necessidades espirituais de Hermann. Além disso, a escala de necessidades espirituais de Yong é semelhante à primeira, terceira e quarta subescala da SDS e a quarta subescala especificamente é semelhante à escala de aceitação de morte de Chiu. Os autores ainda ressaltam que apenas a segunda subescala da SDS é única entre as escalas

espirituais revista pela literatura, que media as relações com os outros. Para a espiritualidade, a relação com os outros é importante, pois, por meio da interação com pessoas, pacientes com câncer podem identificar sua própria existência e se veem como pessoas únicas, de valor para os outros.

Na validação da escala SDS, os dados foram coletados quando os participantes foram admitidos na unidade de oncologia, entre agosto 2004 e julho de 2005 em que se obteve uma amostra de 85 clientes com câncer. A SDS foi administrada pela enfermeira pesquisadora tanto para os participantes que poderiam completá-la por conta própria, quanto para os que necessitavam de ajuda para preenchê-la. A validade de conteúdo foi obtida pelo índice de validade de conteúdo que apresentou valores que variaram de 0,79 a 0,89, referentes aos quatro domínios da escala e de 0,83 na escala de forma global. A análise de consistência interna, verificada por meio do *Alpha de Cronbach*, apresentou valores de 0,90 a 0,95 quando analisados os domínios e de 0,95, ao analisar todos os itens da escala. Na análise fatorial, as correlações item-total de quatro subescalas foram todos acima de 0,30 com os níveis significativos de $p < 0,001$, as quais mostraram que cada item foi correlacionado com sua subescala significativamente. Assim, o conteúdo criado pela escala foi considerado adequado, uma vez que apresentou bons parâmetros, bem como garantiu a sua aplicação a pacientes com câncer, como forma de avaliar a angústia espiritual e contribuir para a contínua formação de enfermeiros que saibam cuidar além da patologia que os clientes apresentam (KU; KUO; YAO, 2010). Por isso, a SDS foi considerada uma escala aceitável por profissionais de enfermagem que prestam assistência paliativa e cuidam de pacientes com câncer.

A literatura ainda não apresenta estudos sobre a SDS em outros idiomas, sendo assim, a sua utilização é limitada a apenas uma cultura.

3.5 ANGÚSTIA ESPIRITUAL E O CÂNCER

O câncer é um termo utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações (BRASIL, 2009). Constitui-se de um grupo de doenças distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos (SMELTZER; BARE, 2005). Em

decorrência do aumento da expectativa de vida da população, vem ganhando grande importância no perfil de morbi-mortalidade no Brasil, sendo assim considerada como a segunda causa de morte na população, desde o ano de 2003 e, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), representaram quase 17% dos óbitos notificados em 2007 (BRASIL, 2009 e 2011).

De tal modo, o câncer, nas últimas décadas, obteve uma maior dimensão, tornando-se um evidente problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2011). Devido a esse crescente aumento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, são esperados 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer, sendo que o maior efeito desse aumento irá acontecer em países de baixa e média renda (BRASIL, 2011). De acordo com os dados do Inca, as estimativas para o Brasil, no ano de 2012, também válidas para o ano de 2013, apontam para a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, sendo que as maiores incidências são esperadas nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2011).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), câncer é um processo patológico que se inicia, quando uma célula normal é transformada por mutação genética do DNA celular, resultando na criação de uma célula anormal que começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente que a circunda. Em estágios avançados, passam pelo processo de metástase (câncer disseminado para outras partes do corpo), em que adquirem características invasivas, conseqüentemente, passam a infiltrar os tecidos vizinhos por onde ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos que os transportam até outras áreas do corpo (SMELTZER; BARE, 2005).

O convívio com o câncer gera modificações que afetam não só o bem-estar dos pacientes, mas geram conflitos existenciais, que podem provocar angústia espiritual, que, por sua vez, agravam os sintomas físicos e emocionais e a capacidade de enfrentar a doença (GRANT et al., 2004; O'NEILL; KENNY, 1998). Além disso, podem interferir no modo de viver das pessoas, uma vez que podem acometer o indivíduo que é chefe da família sendo este o responsável pela única fonte de renda do lar, ou então fazer com que filhos sejam impossibilitados de viver dentro dos padrões esperados para a sua idade, ao terem que exercer atividades de cuidado da família, quando o pai adoece em decorrência do tratamento do tumor maligno (BRASIL, 2011).

Desse modo, os pacientes e os familiares, diante da desesperança e do sofrimento causado pelo diagnóstico da doença, buscam na espiritualidade e na religiosidade um sentido positivo ou negativo para as novas experiências (KOENIG, 2001). Todavia, estudos levam a acreditar que a espiritualidade seja um excelente fator para o ajustamento psicossocial, promovendo a esperança, diminuindo a ansiedade, a depressão e restabelecendo a saúde (LANDIS, 1996; SIMONI; COOPERMAN, 2000; WALTON, 1999).

A espiritualidade pode ser de particular importância para pessoas com diagnóstico de câncer, pois há momentos em que a enfermidade leva o paciente a pensar que está prestes a morrer e, conseqüentemente, vê suas forças se esgotando, enquanto que a natureza imprevisível da doença pode limitar a utilidade das estratégias de enfrentamento (HILTON, 1989). Nesse momento, o paciente presencia o sentimento de angústia espiritual, em que se sente abandonado pelo poder divino, atribuindo a causa da doença a uma punição decorrente de algum pecado passado e/ou questiona o porquê está vivenciando tal situação. De acordo com Chaves (2008), os pacientes também vivenciam esse sentimento quando expressam falta de esperança, de amor, de coragem, de serenidade, de raiva, de desespero, de sentimento de alienação e isolamento, de alteração de comportamento: choro, não se interessam pela natureza, sentem-se incapazes de experimentar o estado anterior de criatividade e se recusam a se integrar com pessoas significativas, sendo estas as características definidoras presentes no diagnóstico de angústia espiritual.

Cruz (1994) refere que a espiritualidade é uma dimensão humana na qual existem fenômenos, como a angústia espiritual, que cabe à enfermeira diagnosticar e tratar, de forma independente. Entretanto, quando há intervenção no sentimento de angústia espiritual, a sensação de bem-estar espiritual é que será restabelecida, e esta irá estimular a esperança e fornecer significado frente ao câncer que é caracterizado pelos momentos de incerteza (FERRELL, 1996).

Teixeira e Lefèvre (2007) realizaram um estudo qualitativo com uma amostra não aleatória constituída por 10 enfermeiras atuantes em oncologia e que trabalhavam com pacientes idosos, o qual objetivou identificar o significado da fé religiosa no trabalho das enfermeiras e o significado atribuído pelas enfermeiras à fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer. Por meio desse estudo, os autores salientam quão importante é, para o estado de espírito do

paciente idoso com câncer, a integração deste com alguém superior que se faz presente em sua vida, bem como com seus amigos e parentes, entretanto, apontam Deus como fator diferencial para ultrapassar a fase da doença com mais segurança. Assim, os autores complementam que, por meio do discurso do sujeito coletivo, enfermeiras destacaram que o ser humano em situações de perigo tende a buscar mais pelo divino, sendo este o diferencial para ultrapassar a fase da doença com mais segurança e ressaltam que essa situação, frequentemente ocorre, quando o paciente enfrenta resultados desagradáveis que poderão mudar o destino da sua vida. As enfermeiras também relatam que conhecer o diagnóstico e estar ciente da enfermidade é um ponto considerado relevante na reabilitação dos pacientes, visto que os pacientes que têm clareza dessa situação são mais pacíficos, alimentam-se mais, há menos revolta e procuram caminhar com Deus sem exigir sua cura. Quando isso não ocorre, o paciente se revolta consigo mesmo e com aqueles que o rodeiam, recusa a alimentação e vai se debilitando (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2007)

Assim, fica evidente que o ser humano necessita ter o seu lado espiritual fortalecido por meio da confiança em algo divino, do carinho e da atenção que seus amigos e familiares proporcionam no momento em que estão vivenciando uma enfermidade considerada grave.

O indivíduo torna-se mais propício a experimentar a angústia espiritual ao vivenciar um momento de dor, e, na maioria dos relatos, isso acontece perante a descoberta do diagnóstico de uma doença, principalmente de uma doença grave como o câncer (KAWA et al., 2003). A presença desse fenômeno compromete a vida de cada pessoa de forma específica, o que proporciona uma resposta individual ao vivenciá-lo e pode ser acentuado pelas circunstâncias de vida difícil, em decorrência das exigências e dos desafios vivenciados no processo adoecimento, em especial, ao ser submetidos a tratamentos complexos e dolorosos decorrentes do câncer (McGRATH, 2002).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para que os resultados de estudos realizados em diferentes países possam ser comparados, é importante o desenvolvimento de instrumentos de medidas, como por exemplo, escala e questionários confiáveis e padronizados que permitam avaliar diferentes fenômenos. No entanto, para que esses instrumentos de pesquisa possam ser utilizados em diferentes culturas e por diferentes pesquisadores, é importante a realização dos procedimentos padronizados de tradução e de adaptação transcultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; CAMPANA; TAVARES, 2009).

Entretanto, para que isso aconteça, o instrumento não pode ser simplesmente traduzido. É necessário todo um processo padronizado pela literatura de tradução, de adaptação transcultural e de avaliação das propriedades psicométricas, para que, então, o instrumento possa ser utilizado em um idioma específico (FALCÃO, 1999; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), após uma pesquisa bibliográfica com trabalhos cujo enfoque era a tradução e a adaptação de instrumentos de medida, criaram um guia com a finalidade de padronizar os procedimentos de tradução e de adaptação transcultural e manter a validade do instrumento. Quatro etapas foram descritas por esses autores, como parte do processo de tradução e de adaptação transcultural: tradução, retrotradução, revisão por um comitê de juízes e pré-teste. Apesar de a investigação ter sido voltada para instrumentos que mensuravam fenômenos nas áreas de psicologia, sociologia e de qualidade de vida, as propostas desses autores têm sido consideradas nos processos de traduções e de adaptações transculturais de diversos instrumentos que abordam as mais variadas questões relacionadas com esse contexto (MENEZES, 1998; SILVA; THULER, 2008). Diante dos fatos, Beaton et al. (2002) confirmam a importância de se utilizar todas as etapas descritas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e complementam que, entre as fases de tradução e retrotradução, há uma etapa também importante que é a síntese das traduções. Além disso, Ciconelli e colaboradores (1999) referenciam,

em seu estudo, uma avaliação de equivalência cultural após a etapa de retrotradução e antes da reunião por um comitê de juízes.

A adaptação de um instrumento possibilita que um mesmo fenômeno seja medido de modo semelhante em diferentes culturas, bem como produzir um novo instrumento equivalente e adaptado para outra cultura (QUEIJO, 2002). A comparação cultural permite que, após a realização de uma análise do fenômeno que está sendo investigado, as diferenças específicas existentes entre as culturas sejam reconhecidas e, posteriormente, modificadas. Para isso, é imprescindível que as fases de adaptação do instrumento, assim como a análise de sua equivalência em ambas as culturas, sejam realizadas de maneira apropriada.

Desse modo, a adaptação transcultural, de acordo com Nusbaum et al. (2001), McDowell e Newel (1996), é um método indispensável para as pesquisas em diferentes culturas.

4.1.1 Tradução

A tradução, a primeira etapa a ser realizada neste processo, consiste na tradução para o idioma no qual o pesquisador pretende desenvolver o estudo.

Nessa fase, é preciso que a tradução seja realizada por dois tradutores, de preferência juramentados, para se ter maior confiabilidade no processo. Ambos devem ser nativos da língua para o qual o instrumento está sendo traduzido e esses devem ter domínio semântico, conceitual e cultural do idioma original do instrumento, bem como conhecer os objetivos do estudo (BEATON et al., 2002). Essa etapa tem por finalidade detectar erros e possíveis divergências que podem acontecer entre as traduções e contribuir para que se tenha uma concordância das análises (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BOWLING, 1997; KIMURA, 1999; DUARTE, 2001). É preciso ter todo um cuidado com a nova versão do instrumento para que os itens traduzidos não percam o sentido original e, assim, se conserve a finalidade para a qual o instrumento foi criado.

4.1.2 Síntese das traduções

Beaton e colaboradores (2002) propuseram que, entre as fases de tradução e retrotradução, a etapa de síntese das traduções deve ser realizada para se obter uma única versão decorrente do consenso entre as duas versões já traduzidas. Para isso, uma terceira pessoa, “juiz neutro”, é solicitada e as divergências existentes são discutidas e anotadas.

4.1.3 Retrotradução (*Back-translation*)

A tradução de volta para o idioma original de construção do instrumento (retrotradução ou *back-translation*) consiste em reverter o instrumento já traduzido para a língua em que o instrumento foi criado. É realizada de modo independente pelos tradutores a fim de que possíveis falhas sejam detectadas.

Campana e Tavares (2009) ressaltam que nessa etapa, é preciso escolher dois tradutores também juramentados, ambos devem ser nativos do país do instrumento original, trabalhar com uma única versão e não ter conhecimento do instrumento original, bem como do assunto abordado nele. Assim, busca-se verificar se a versão traduzida reflete os mesmos conceitos presentes no instrumento original, de maneira a assegurar a consistência da tradução.

Desse modo, pretende-se constatar se ainda há falhas nos procedimentos realizados para que os mesmos possam ser revistos.

4.1.4 Avaliação da equivalência cultural

A proposta de Ciconelli et al. (1999), na etapa de avaliação da equivalência cultural, é de previamente identificar itens do instrumento que não sejam compreensíveis ou executadas regularmente na população em estudo, sendo consideradas culturalmente inapropriadas.

Para a realização dessa etapa, o instrumento deve ser aplicado em grupo de 20 participantes. Cada item do instrumento, após suas opções *Likert* de respostas, terá o acréscimo de uma opção descrita como “não-aplicável”. Desse modo, as questões que tiverem uma pontuação acima de 15% nesta opção serão selecionadas e, posteriormente, avaliadas por um comitê de peritos, que também irão analisar outras equivalências pertinentes. Após as modificações, a versão única obtida será novamente aplicada a outro grupo de 20 participantes “pré-teste”, sendo sua equivalência cultural testada novamente. Assim, esta etapa será repetida até que nenhum item tenha mais que 15% de opção “não-aplicável” pelos participantes.

4.1.5 Revisão por Comitê de Juízes

Nesta etapa de revisão por comitê de juízes, as duas traduções iniciais, a versão única obtida pelo juiz de síntese e as duas traduções finais, bem como todas as observações realizadas durante as etapas pelos tradutores, pelo juiz de síntese e pelos retrotradutores, são submetidas a um comitê de peritos, com a finalidade de se produzir uma versão final de todas as versões existentes, devendo ser compreensíveis por qualquer pessoa com um menor grau de entendimento (BEATON et al., 2002).

O comitê de juízes deve ser de preferência composto por especialistas bilíngues, que tenham conhecimento na área do instrumento a ser adaptado bem como da finalidade que o instrumento pretende medir, ter domínio dos conceitos presentes nele e representar as diferentes áreas do conhecimento (QUEIJO, 2002)

Segundo Beaton et al. (2002), o formato do questionário, assim como de seus itens, pode ser modificado, desde que o instrumento original e o traduzido mantenham entre si as equivalências descritas a seguir:

- Equivalência semântica: busca-se manter semelhança de significados entre os itens do instrumento original e do traduzido;
- Equivalência experimental ou cultural: procura-se detectar se algum item do instrumento possui termos relacionados à cultura na qual o instrumento foi construído, para que os mesmos possam ser modificados ou excluídos, desde que o sentido proposto seja mantido;

- Equivalência idiomática: possibilita que alguns termos, traduzidos com expressões idiomáticas ou coloquiais, sejam substituídas por outra que seja compreensível na cultura a que o instrumento está sendo adaptado;
- Equivalência conceitual: busca encontrar um conceito em comum para que as pessoas de diferentes culturas compreendam o que o fenômeno realmente pretende medir.

4.1.6 Pré-teste

A fase do pré-teste é realizada para se avaliar a equivalência das versões original e final do instrumento. No entanto, antes de aplicar o instrumento em toda a população do estudo, a versão final obtida do instrumento, primeiramente é aplicada em uma determinada população para verificar a compreensão deste frente ao instrumento. Assim, é possível avaliar a validade aparente ou de face do instrumento.

Após a aplicação, os sujeitos que responderam à avaliação podem expor suas dificuldades, suas dúvidas e sugerir termos que sejam mais compreensíveis para a sua realidade e, caso o instrumento necessite de alguma adaptação, este é novamente revisado por um Comitê de Peritos e um novo teste é realizado. O processo é repetido até que se obtenha uma versão considerada satisfatória (BEATON et al., 2002).

4.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDAS PSICOMÉTRICAS DE UM INSTRUMENTO APÓS SUA TRADUÇÃO

Após todas as etapas descritas anteriormente serem realizadas, faz-se necessário iniciar a fase de avaliar as propriedades de medidas psicométricas do instrumento em questão. Para isso, é importante delimitar todo o procedimento, como: quais serão os parâmetros que possibilitarão comparar se o instrumento em questão está realmente mensurando o fenômeno que propõe medir; qual será

população utilizada e qual será o método de aplicação do instrumento a fim de se obter êxito também neste processo.

4.2.1 Confiabilidade de um instrumento de medida

A confiabilidade ou a fidedignidade é a capacidade de um instrumento mensurar fielmente o fenômeno proposto. Consiste na primeira e indispensável propriedade que o instrumento deve ter (CAMPANA; TAVARES, 2009; QUEIJO, 2002).

De acordo com Kerlinger (1986), os termos de estabilidade e acurácia são fatores que definem a confiabilidade. Estabilidade refere-se à capacidade de adquirir resultados do instrumento quando este é aplicado nos mesmos sujeitos, pelo mesmo entrevistador em momento diferente - confiabilidade intraexaminador, ou se obtêm dados semelhantes dos mesmos sujeitos quando estes são avaliados por pesquisadores independentes – confiabilidade interexaminador. Enquanto que a acurácia possibilita compreender o grau com que os itens do instrumento mensuram um mesmo conceito. Assim, a confiabilidade definida em termos de acurácia tem a mesma interpretação de consistência interna da medida (McDOWEL; NEVEL, 1996; KERLINGER, 1986).

A confiabilidade medida em termos de acurácia propõe que os itens do instrumento devam estar positivamente relacionados uns com os outros, visto que tem por finalidade medir o mesmo fenômeno (McDOWEL; NEVEL, 1996). Com isso, o coeficiente de consistência interna que é adquirida ao medir a correlação entre os itens expressa a confiabilidade da medida (PEREIRA, 1999).

Entretanto, Lo Biondo-Wood e Haber (2001) complementam que a homogeneidade ocorre quando todas as questões de uma ferramenta medem o mesmo conceito ou característica, e a equivalência é responsável por verificar se a ferramenta produz resultados semelhantes, quando instrumentos paralelos ou equivalentes são utilizados juntos com o instrumento analisado. Ambos são atributos que também devem estar presentes para que um instrumento seja considerado confiável.

O coeficiente de correlação, muitas vezes, é expresso quando há coerência entre escores que são obtidos em dois ou mais momentos independentes de testagem (LO BIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, ao encontrar uma relação significativa entre os itens que correspondem a resultados semelhantes nas diferentes aplicações, tem-se que os dados entre si possuem uma correlação. Desse modo, quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais confiável é o instrumento (LO BIONDO-WOOD; HABER, 2001). De acordo com Monod et al. (2012), um instrumento é considerado confiável quando se obtém um nível de 0,60 ou mais, visto que este é um nível aceitável de confiabilidade. Para Lo Biondo-Wood e Haber (2001), ao se calcular um coeficiente de confiabilidade, o teste usado depende da natureza da ferramenta, e engloba os atributos de estabilidade, de homogeneidade e de equivalência. Sendo assim, há cinco testes principais e reconhecidos:

- Teste-Reteste: ocorre quando um mesmo instrumento é aplicado aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ou mais ocasiões e os escores obtidos nas testagens repetidas são comparados, sendo geralmente expressos por um coeficiente de correlação r de Pearson;
- Forma Paralela ou Alternada: esta é utilizada apenas em duas formas comparáveis do mesmo instrumento. Os mesmos sujeitos são testados dentro de um intervalo específico, porém uma forma diferente do mesmo teste que possui redação diferente das questões, mas contém os mesmos tipos de questões, baseados no mesmo domínio ou conceito, aplicados na segunda testagem;
- Questão de Correlação Total: mede a relação entre cada uma das questões e a escala total; uma correlação para cada aspecto da escala é obtida ao se calcular as questões de correlações totais e as questões que não alcançarem uma alta correlação podem ser excluídas do instrumento;
- Metade Dividida: divide-se a escala em duas metades e faz-se uma comparação. A forma como se dividem as questões são variadas e a metade dividida fornece uma medida de coerência em termos de amostragem do conteúdo. Ambas as metades do teste são supostamente comparadas e um coeficiente de confiabilidade, “fórmula de *Spearman – Brow*”, é calculado. O teste é considerado confiável se os escores para as duas metades são aproximadamente iguais;

- Coeficiente de Kuder-Richardson: é a estimativa da homogeneidade, utilizado em instrumentos que têm respostas dicotômicas. A técnica fornece uma correlação que se baseia na coerência de respostas a todos os itens de uma única forma de teste que é administrado uma única vez;
- *Alpha de Cronbach*: é o teste de coerência interna mais comumente usado. Compara cada questão da escala *Likert* simultaneamente uma com a outra;
- Confiabilidade Interexaminador: dois pesquisadores avaliam os mesmos sujeitos em tempo diferentes após um determinado tempo, mas no mesmo período de dia. Essa confiabilidade tem por finalidade avaliar a confiabilidade ou a coerência do pesquisador e é expressa como uma porcentagem de concordância entre avaliadores.

4.2.2 Validade de um instrumento de medida

A validade possui relação com os atributos de estabilidade, de homogeneidade e de equivalência e pode ser analisada por diferentes procedimentos e testes estatísticos (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Refere-se à capacidade de um instrumento medir com exatidão o fenômeno a ser estudado (CAMPANA; TAVARES, 2009). Pasquali (2003, p.158) complementa que “a validade diz respeito ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade medida dos objetos, e não com a exatidão com que a mensuração é feita”. A literatura propõe diferentes formas de se verificar a validade de um instrumento e algumas delas são expostas a seguir:

4.2.2.1 Validade de Face

A validade de face é uma avaliação subjetiva da integridade da medida que o instrumento almeja mensurar. Realizada isoladamente, não confere valores que possibilitem avaliar as propriedades de medida de um instrumento, portanto não é considerado um critério de avaliação (CAMPANA; TAVARES, 2009).

4.2.2.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo determina a capacidade dos itens em representar, de forma apropriada, as dimensões do fenômeno investigado (CAMPANA; TAVARES, 2009). Representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado construto, em que o universo de conteúdo fornece a estrutura e a base para formular as questões que representarão adequadamente o conteúdo do fenômeno analisado (LO BIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2.2.3 Validade de Critério

A validade de critério descreve a relação com um mesmo conceito ou fenômeno existente entre o construto do instrumento avaliado e outro instrumento presente na literatura, que apresente algum critério confiável, designado “padrão ouro”, ou na falta deste, utiliza-se outro instrumento confiável que seja considerado o melhor disponível (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Essa fase pode ser dividida em validade concorrente que se refere à relação existente entre o grau com que dois questionários são aplicados ao mesmo tempo e na mesma amostra, e validade preditiva a qual constata a efetividade do instrumento em prever um comportamento em uma situação futura (CAMPANA; TAVARES, 2009).

4.2.2.4 Validade de Construto

A preocupação da validade de construto é com a teoria que fundamenta o questionário em estudo. Sua investigação tem como foco não somente validar o teste, mas, sobretudo, a teoria que o sustenta (CAMPANA; TAVARES, 2009). De acordo com Lo Biondo-Wood e Haber (2001), estabelecer essa validade é um processo complexo. Para isso, são discutidos os seguintes elementos:

- Testagem de Hipótese: usa-se uma teoria ou conceito relacionado com o projeto do instrumento de medição, a fim de desenvolver hipóteses relativas ao comportamento do indivíduo;
- Abordagem Analítica de Fator: avalia o grau em que os itens individuais sobre uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões, e assim é possível estabelecer se as questões no instrumento refletem um único construto ou vários;
- Abordagens Convergentes e Divergentes: a validade convergente tem por finalidade buscar na literatura ferramentas que teoricamente mensurem os mesmos construtos analisados e ambos são aplicados nos mesmos sujeitos da pesquisa. A validade é sustentada se as medidas são correlacionadas de forma explícita. A validade divergente usa abordagens de medição que diferem um construto do outro que talvez fossem semelhantes. Às vezes os pesquisadores utilizam instrumentos que mensuram o oposto do construto analisado e a validade da medida é fortalecida se a medida divergente é negativamente relacionada com outras medidas;
- Abordagem de Grupos Contrastados: para efetuar essa abordagem, identifica-se dois grupos de sujeitos que demonstram resultados opostos ao fenômeno mensurado. Assim o instrumento é administrado para ambos os grupos e as diferenças em escores obtidas são analisadas. Se o instrumento apresentar diferenças individuais no fenômeno que está sendo mensurado, o desempenho médio desses dois grupos deve diferir significativamente e provas de validade de construto seriam sustentadas.

4.2.2.5 Validade Discriminante

A sensibilidade presente nesta validade diz respeito à capacidade de identificar o fenômeno na população em que ele verdadeiramente acontece e a especificidade reflete a capacidade do instrumento em identificar os indivíduos que não apresentam o fenômeno estudado (CAMPANA; TAVARES, 2009). Ao analisar esses fatores, obtém-se a relação entre o ponto de corte dos escores que os

diferenciam entre presença ou não do fenômeno analisado (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996; DUARTE, 2001).

Com base em todo o referencial teórico apresentado, torna-se imprescindível adaptar transculturalmente e validar a escala de angústia espiritual no contexto brasileiro, a fim de que se tenha a primeira escala a avaliar esse fenômeno nos pacientes que vivenciam uma enfermidade crônica e/ou grave.

4.2.3 Análise Fatorial

A utilização da análise fatorial no estudo de escalas de avaliação é bastante amplo e antigo. Sua criação e seu desenvolvimento estiveram intimamente ligados à análise desse tipo de dado (ARTES, 1998). As diversas técnicas de análise fatorial têm por função sintetizar uma grande quantidade de variáveis observadas em um número menor de fatores (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Para Artes (1998), os fatores esclarecem parte das variabilidades totais dos dados, expressa por meio da soma das variâncias das variáveis originais, além de que é possível saber o quanto cada fator está associado a cada variável e o quanto o conjunto de fatores explica da variabilidade geral dos dados originais.

Para se obter os fatores, um método bem conhecido é da máxima verossimilhança, que em geral não é indicado quando se supõe que a normalidade das variáveis não esteja satisfeita. No entanto, outro método mais utilizado se baseia na análise de componentes principais, para o qual não há a necessidade de pressuposição da normalidade das variáveis envolvidas (ARTES, 1998).

A aplicação específica da análise fatorial na validação de instrumentos tem como foco relacionar os conceitos teóricos subjacentes às medidas escolhidas para representar esses conceitos (GUIMARÃES, 2005). Sua elaboração constitui-se das etapas de cálculo da matriz de correlação das variáveis em estudo em que se averigua a adequação da aplicação da análise fatorial; a extração dos fatores mais significativos, os quais servirão para representar os dados com a finalidade de saber quão bem o modelo representa os dados; a aplicação de rotação nos fatores, para facilitar o entendimento dos mesmos; e a geração dos escores fatoriais para usá-los em outras análises (LATFI, 1994).

Como resultado da decomposição da matriz de correlação, a qual advém dos fatores, têm-se as cargas fatoriais que indicam o quanto cada variável está associada a cada fator e os autovalores associados a cada um dos fatores envolvidos, os autovalores que são os números que refletem a importância do fator (ARTES, 1998).

A porcentagem de explicação da variabilidade total, as comunalidades e as cargas fatoriais são as três informações básicas que podem ser extraídas da análise fatorial após o número de fatores ser definido. A variabilidade dos dados é explicada pelo conjunto de fatores. As comunalidades são índices atribuídos às variáveis originais, sendo que, quanto mais próximo estiver, melhor será o ajuste da análise fatorial. As cargas fatoriais são parâmetros de um modelo de análise fatorial que expressam as covariâncias entre cada fator e as variáveis originais, serve como parâmetro para a interpretação dos fatores de uma análise fatorial (ARTES, 1998).

A análise fatorial é caracterizada em duas principais modalidades: a exploratória que geralmente é utilizada nos estágios iniciais da pesquisa tendo por finalidade explorar os dados e a confirmatória, utilizada para testar hipótese (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Na análise fatorial, também se explora os tipos de rotação, dentre eles, destaca-se o de varimax por ser o mais utilizado. Esse método de rotação designado ortogonal tem por finalidade, concentrar na máxima simplificação das colunas da matriz fatorial por meio da maximização da soma de variâncias de cargas exigidas da matriz fatorial (BAKKE, LEITE; SILVA, 2008).

A estimação de um grande número de parâmetros é o fator que envolve a análise fatorial. Para que esta seja realizada com um mínimo de qualidade, é preciso atentar-se ao tamanho amostral, o qual deve ser relativamente grande em comparação ao número de variáveis envolvidas, assim sendo, a literatura estatística sugere uma série de propostas para a escolha desse tamanho amostral. Afinal, para a solução da análise fatorial, algumas propriedades são desejáveis, como encontrar um número relativamente pequeno de fatores que possuam um alto grau de explicação da variabilidade original dos dados e encontrar fatores interpretáveis (ARTES, 1998).

5 CASUÍSTICA E MÉTODO

No presente estudo, optou-se por seguir as etapas do processo de adaptação transcultural, que propõe a combinação de três etapas interligadas: tradução do instrumento, confiabilidade teste-reteste e a de forma paralela ou alternada e validação propriamente dita (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2002, LO BIONDO-WOOD; HABER 2001; CICONELLI et al., 1999).

O referencial metodológico desta pesquisa teve por base a proposta de Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), a qual compreende as etapas de: tradução, retrotradução, avaliação das versões original e retrotraduzida, pré-teste e avaliação das propriedades de medidas psicométricas. Além das propostas de Beaton et al. (2002) que se refere à síntese das traduções entre as etapas de tradução e retrotradução, a de Ciconelli et al. (1999), que propõem a avaliação da equivalência cultural após a retrotradução e antes da revisão por um comitê de juízes, e a de Lo Biondo-Wood; Haber (2001) que abrange o processo de confiabilidade teste-reteste e a forma paralela ou alternada.

5.1 ADAPTAÇÃO DA *SPIRITUAL DISTRESS SCALE* (SDS) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

5.1.1 Tradução

Inicialmente, realizaram-se duas traduções independentes para a língua portuguesa por dois tradutores juramentados, residentes no Brasil, com conhecimento em traduções na área da saúde, nacionalizados brasileiros e com domínio nos idiomas português e inglês. Os tradutores foram informados dos objetivos do estudo e receberam a escala via e-mail. Após realizar a tradução ambos os tradutores encaminharam por correio os documentos referente as traduções realizadas (Anexo A).

5.1.2 Síntese das traduções

Após realizar as traduções independentes para a língua portuguesa, um grupo de cinco juízes, com conhecimento nos idiomas português e inglês, composto por uma enfermeira e por uma fisioterapeuta com conhecimento no assunto abordado, pela orientadora e pela co-orientadora da pesquisa e pela pesquisadora responsável pelo estudo, reuniu-se com a finalidade de comparar ambas as traduções e verificar o melhor conceito que permaneceria na escala, atentando-se para que o foco da escala original fosse mantido. Assim, obteve-se uma única tradução consensual.

5.1.3 Retrotradução ou *back-translation*

Nesta etapa, optou-se por enviar, via e-mail, a versão única traduzida da SDS, para dois tradutores juramentados distintos, que eram nacionalizados ou naturalizados americanos, com conhecimento na área da saúde, fluentes nos idiomas português e inglês. Os tradutores realizaram a retrotradução de forma individual e independente e não foram informados a respeito do objetivo da mesma.

Com os documentos das duas versões obtidas (ANEXO B), um novo comitê de juízes composto por professor de inglês, naturalizado americano, pela orientadora, pela co-orientadora da pesquisa e pela pesquisadora, todos com conhecimento dos idiomas inglês e português, reuniu-se com o objetivo de verificar a semelhança dos termos entre a escala original e as duas versões da *back-translation*, para, assim, adequar uma única versão que sustentasse o conceito da versão original, o que possibilitou considerar a conclusão desta etapa.

5.1.4 Avaliação da equivalência cultural

A versão única da escala, obtida na etapa anterior, acrescida de uma opção “não aplicável” em cada item do instrumento, foi primeiramente aplicada em grupo de 20 pacientes, que realizavam tratamento no setor de oncologia da Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas. Os participantes, após serem esclarecidos dos objetivos do estudo, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Ao final da aplicação, alguns itens da escala tiveram nível maior que 15% de opção “não aplicável”. Desse modo, o instrumento foi submetido ao comitê de peritos para, em seguida, se realizar um novo pré-teste.

Vale ressaltar que os sujeitos dessa etapa não participaram das demais etapas do estudo.

5.1.5 Avaliação por Juízes

Nesta etapa, a análise pelo grupo de peritos foi realizada para se obter a consistência entre os itens da escala e analisar pela primeira vez as equivalências semântica, conceitual, idiomática e, pela segunda vez a equivalência cultural, visto que esta equivalência foi primeiramente examinada na etapa anterior.

O grupo de juízes foi composto por três enfermeiras, em que duas tinham conhecimento na área de oncologia e uma na de espiritualidade; dois pacientes oncológicos; um filósofo; que, mediado pela pesquisadora, analisaram cada um dos itens (da tradução original, da retrotradução e das questões que tiveram nível maior que 15% de opção “não aplicável”). Ao término desse encontro, houve um consenso quanto aos itens que compõem a escala de angústia espiritual e o grupo, em consenso, aprovou uma versão final da escala.

Posteriormente a todas essas etapas, obteve-se a *Spiritual Distress Scale*, traduzida para a língua portuguesa, com a denominação de Escala de Angústia Espiritual (SDS), para ser submetida aos próximos processos.

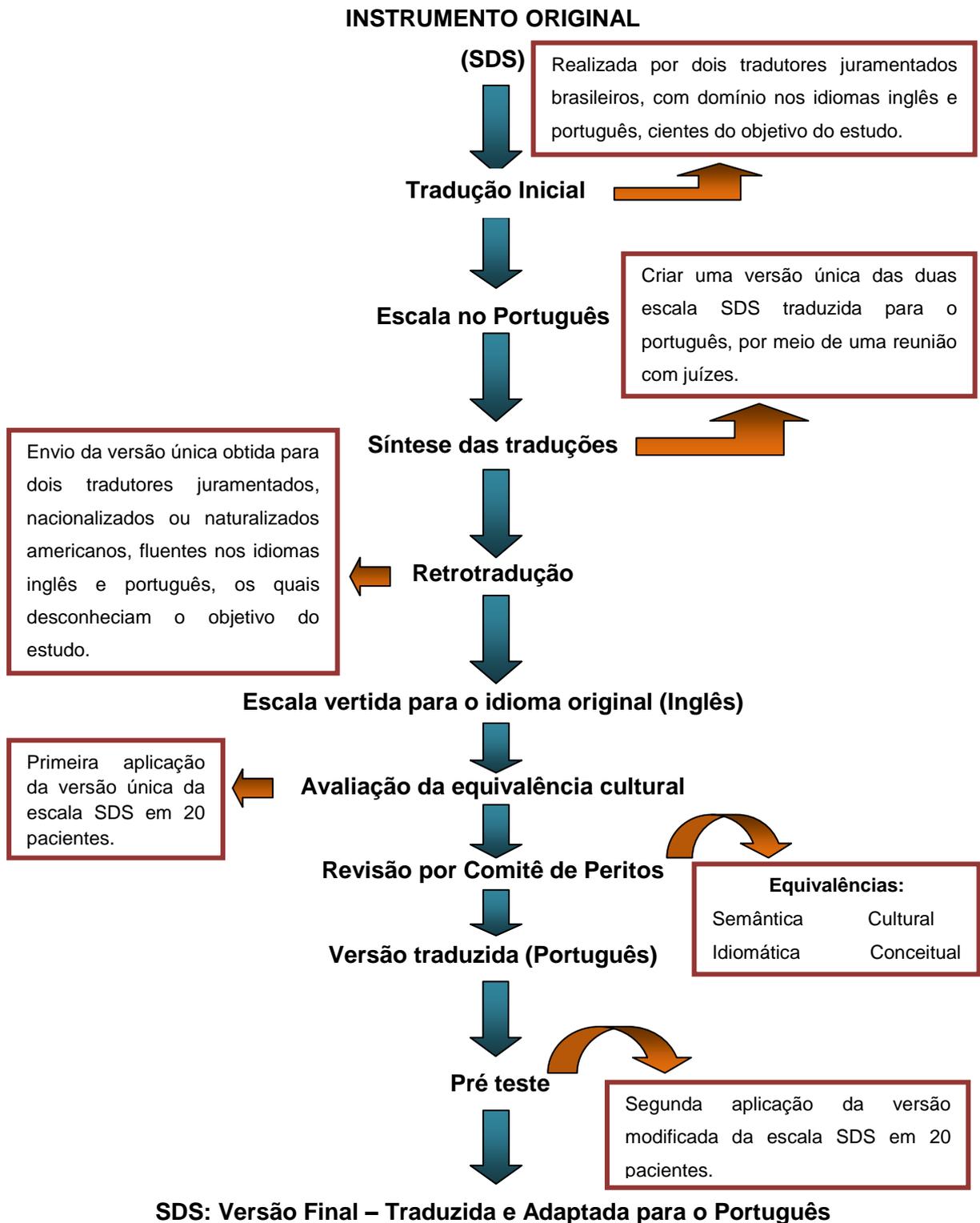
5.1.6 Pré-teste da Escala de Angústia Espiritual

O pré-teste do presente estudo foi aplicado em um grupo composto por 20 pacientes, que também realizavam tratamento no setor de oncologia da Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Todo o cuidado foi mantido para que os pacientes que já foram abordados na etapa de avaliação da equivalência cultural não participassem desta etapa. Os pacientes, após serem esclarecidos dos objetivos do estudo, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os itens deste instrumento, ainda apresentavam, após as opções *Likert*, a opção denominada “não aplicável”. Ao término da aplicação, verificou-se que nenhuma das questões teve a opção “não aplicável” assinalada. Desse modo, o instrumento foi considerado adequado e os próximos procedimentos foram seguidos.

A síntese das etapas adotadas no processo de adaptação para a língua portuguesa da escala de angústia espiritual encontra-se esquematicamente demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Tradução e Adaptação da *Spiritual Distress Scale* para a língua portuguesa – Minas Gerais, 2012.



Fonte: QUEIJO (2002, p. 27) (Adaptado pela autora de acordo com as etapas do presente estudo)

5.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA PSICOMÉTRICA DA VERSÃO FINAL DA SDS

5.2.1. Confiabilidade e Validade

A análise da confiabilidade da SDS para a língua portuguesa foi realizada por meio da aplicação da escala por dois pesquisadores em momentos diferentes, no mesmo dia (análise interexaminador), e a aplicação por um mesmo entrevistador em períodos de 15 dias da mesma escala (análise intraexaminador), além da análise de consistência interna verificada por meio de Alfa de Cronbach.

Na validação do instrumento analisado, utilizou-se o método de validação divergente, em que o instrumento utilizado como parâmetro foi a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) (ANEXO C), a qual mensura um fenômeno contrário ao proposto pelo instrumento do presente estudo. A decisão para utilizar esse instrumento aconteceu após verificar que a literatura brasileira apresenta poucos instrumentos validados que mensuram o fenômeno da espiritualidade e, nenhum deles avalia o fenômeno em questão. Um dos instrumentos encontrados que é a EBE já teve suas propriedades psicométricas testadas em nossa cultura e é uma das pioneiras no tema da espiritualidade e de religiosidade. Essa escala é apresentada como um padrão de referência para os autores que delineiam instrumentos de mensuração da espiritualidade (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGRIO, 2009).

5.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

5.3.1 Local do estudo

As entrevistas do presente estudo foram realizadas em dois ambientes diferentes. A etapa do pré-teste e as entrevistas referentes ao processo de

confiabilidade e validade do instrumento ocorreram na Unidade de Tratamento contra o Câncer, instalada na Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro da cidade de Alfenas no Sul de Minas Gerais. A unidade foi inaugurada no ano 2009, presta assistência aos clientes da cidade de Alfenas e da região, sendo referência para as 26 cidades que compõem a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Alfenas – MG. O outro ambiente em que aconteceram as entrevistas para a fase de confiabilidade inter e intraexaminador foi a residência dos próprios participantes, os quais, após um primeiro contato telefônico por meio do qual se explicou a finalidade da pesquisa, consentiram em receber os investigadores.

5.3.2 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa 170 pacientes com câncer que realizavam tratamento na Unidade de Tratamento contra o Câncer na Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas – MG. No entanto, 20 primeiros pacientes participaram da etapa de avaliação da equivalência cultural e do pré-teste e o restante da etapa de confiabilidade inter e intraexaminador e de validade do instrumento. O número (n) de pacientes que participaram da fase de validação foi definido de acordo com o proposto por Beaton et al. (2002), os quais referem que uma amostra representativa para a coleta de dados que permita verificar a validade e confiabilidade da escala, com testes estatísticos adequados é de no máximo 10 e no mínimo 5 pacientes para cada item do instrumento (10x1 ou 5X1). Como a escala tem 30 questões, foram avaliados 150 sujeitos.

Como critério de seleção foram escolhidos homens e mulheres maiores de 18 anos, com qualquer nível de escolaridade e formação religiosa; moradores da cidade de Alfenas e das cidades próximas; com diagnóstico de câncer, em qualquer fase do tratamento; em condições físicas e intelectuais para participarem do estudo (registrados no prontuário dos pacientes); e que concordaram em ser colaboradores, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critério de exclusão, foi adotado déficit intelectual; pessoas menores de 18 anos; não aceitar participar do estudo; e não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3.3 Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu durante o período de março a junho de 2012. Na fase de adaptação transcultural e validação da SDS, os pacientes que preenchiam os requisitos de inclusão, após dados coletados em prontuário, eram abordados no momento em que estavam esperando a consulta médica.

Inicialmente, os pacientes eram convidados a se dirigir a um ambiente reservado, para preservar sua privacidade e permitir que se sentissem mais à vontade para responder as questões dos instrumentos. Nesse momento, os pacientes recebiam as informações referentes aos objetivos e métodos do estudo, bem como o sigilo das informações e a liberdade de interromper sua participação em qualquer momento do estudo. Todos os que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A aplicação dos formulários, a Escala de Angústia Espiritual e a Escala de Bem-estar Espiritual, ocorreu por meio de entrevista, a qual tinha uma duração em média de 10 a 15 minutos. Quando algum paciente relatava não compreender questões da Escala de Angústia Espiritual, nenhuma explicação ou consideração a respeito da mesma era feita, apenas a pergunta era novamente realizada de forma mais pausada até que o entrevistado compreendesse o item.

Na fase de confiabilidade intra e interexaminador, os procedimentos adotados para a coleta de dados foram os mesmos descritos acima, no entanto o ambiente que aconteceu a aplicação dos instrumentos foi o de preferência do participante, em que este se sentia mais à vontade e em que não houvesse interferência de nenhum membro da família.

5.3.4 Instrumento de coleta de dados

Nesta fase, três instrumentos foram utilizados, sendo um formulário de entrevista e duas escalas.

O formulário de entrevista (APÊNDICE B), continha três subdivisões, as quais avaliavam as características sócio-demográficas, características clínicas

(informações pertinentes a enfermidade e seu tratamento) e, por último, as características relacionadas à religiosidade e a espiritualidade. A utilização do mesmo teve como objetivo um melhor delineamento dos participantes do estudo. Antes de ser aplicado, o mesmo foi submetido a uma avaliação por cinco peritos para se realizar a validação de aparência e de conteúdo.

A primeira escala a ser utilizada foi a Escala de Angústia Espiritual (SDS) constituída por 4 domínios e 30 itens, enquanto a segunda foi a Escala de Bem-estar Espiritual constituída por 2 domínios e 20 itens, a qual teve a finalidade de padrão ouro. Ressalva-se que, ao utilizar a SDS no cenário brasileiro as opções de respostas foi constituída de uma escala *Likert* de seis pontos: 1=discordo absolutamente; 2=discordo em parte; 3=discordo; 4=concordo; 5=concordo em parte e 6=concordo absolutamente.

5.3.5 Aspectos éticos

A primeira autorização para realizar o estudo foi obtida pelo autor da Escala de Angústia Espiritual, o qual, por meio da assinatura de uma declaração enviada via e-mail (ANEXO D), consentiu na reprodutibilidade da sua escala na cultura brasileira.

Em seguida, buscou-se a autorização para o desenvolvimento do projeto junto ao Administrador da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas (APÊNDICE C)

O projeto do presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG e obteve sua aprovação, sob o protocolo Nº 203/2011 (ANEXO E).

Sendo assim, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) revista em 2012, todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual foi garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma e, também receberam uma cópia do mesmo.

5.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após serem coletados, os dados foram inseridos na planilha eletrônica do programa Excel-2007 da Microsoft Windows, houve dupla digitação dos mesmos para minimizar erros e as variáveis foram organizadas. Posteriormente, os dados foram exportados para o *software* que realizou as análises estatísticas.

O *software* utilizado foi o SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 17.0, o qual permitiu a criação das variáveis; a análise descritiva; a inserção dos dados obtidos pelos questionários; a tabulação dos mesmos; a análise fatorial da escala SDS; a correlação das escalas SDS com a EBE e a consistência interna pelo Alfa de Cronbach. O Kappa foi obtido, por meio tanto pelo SPSS quanto pelo R Development Core Team (2012).

A análise descritiva com a caracterização dos aspectos clínicos e sóciodemográficos e religiosos dos participantes avaliados nas diferentes etapas deste estudo foi agrupada em tabelas contendo média, desvios-padrão, valores mínimos e máximos.

5.4.1 Análise da Confiabilidade

O coeficiente Alfa de Cronbach e o índice de Kappa foram os dois métodos estatísticos utilizados para mensurar a confiabilidade dos dados obtidos. O coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar tanto a consistência interna dos itens no todo quanto seus quatro domínios. Geralmente, esse teste é o mais usado para se verificar a coerência interna entre os itens de um instrumento, seu resultado varia de 0 a 1, em que quanto mais próximo de 1 for o valor de *alpha*, melhor será a consistência entre as questões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O índice Kappa foi usado para avaliar a confiabilidade dos dados entre a aplicação por dois investigadores diferentes (interexaminadores) e a aplicação entre o mesmo investigador em momentos diferentes (intraexaminador). O seu índice varia de 0 a 1, e, conforme Perroca e Gaidzinski (2003), referem que os valores situados abaixo de 0,40 representam baixa concordância; valores entre 0,40 e 0,75

representam concordância mediana e, valores acima de 0,75, representam excelente concordância, sendo assim, quanto mais próximo de 1, melhor é a coerência das respostas entre os investigadores.

5.4.2 Análise da Validade

As validades analisadas no presente estudo consistiram na validade de face, de conteúdo, de critério concorrente e de construto divergente.

Para avaliar a validade de conteúdo da SDS, verificando-se os domínios dessa versão coincidem com os da escala original, empregou-se o método da análise fatorial em que valores de cargas fatoriais inferiores a 0,30 foram omitidos. De acordo com Ku, Kuo e Yao (2010), o valor de carga fatorial a partir de 0,30 é considerado como nível de aceitação geral.

Ao avaliar a validade de critério concorrente e a validade de construto divergente da SDS, aplicou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* com a finalidade de encontrar correlação significativa entre SDS e a EBE.

O método empregado para avaliar a correlação entre as escalas foi o coeficiente de *Spearman*, uma vez que o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* verificou que uma das escalas utilizadas no presente estudo apresentou distribuição não normal, o que caracteriza a necessidade de um método não paramétrico.

Em todos os testes estatísticos realizados, foi considerado um nível de significância de 5%.

6 RESULTADOS

6.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

6.1.1 Tradução

Ao iniciar o processo de adaptação transcultural de um instrumento, o primeiro passo, conforme a etapa já descrita, consiste na tradução para o idioma em que será realizado o estudo. Dos 34 itens traduzidos pelos dois tradutores independentes, a maioria deles 28 (82,35%) tiveram semelhança entre si. Os itens que não apresentaram semelhança na tradução foram: “I feel denial”; “I feel numb”; “I feel regret”; “I cannot be satisfied by others”; “I feel tied up by my faith” e “I worry about my dying situation” (TABELA1).

Tabela 1 - Resultado dos itens que não apresentaram semelhança nas traduções do idioma inglês para o português. Minas Gerais, 2013.

Itens da Escala Original	Tradutor 1	Tradutor 2
I feel denial	Sinto recusa/negação	Sinto rejeição
I feel numb	Sinto entorpecido	Sinto-me indiferente
I feel regret	Sinto arrependimento	Sinto pesar
I cannot be satisfied by others	Não consigo sentir satisfeito pelos outros	Não posso ser satisfeito por outros
I feel tied up by my faith	Sinto-me “amarrado” pela minha fé	Sinto-me tolhido por minha fé
I worry about my dying situation	Preocupo-me com as circunstâncias da minha morte	Preocupo-me com minha situação na morte

Fonte: Do autor.

Para analisar essas divergências, as questões foram apresentadas a um grupo de cinco juízes (três enfermeiros e dois fisioterapeutas) peritos na temática investigada e com conhecimento da língua inglesa, que realizaram as modificações necessárias apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Itens modificados pelo grupo de juízes. Minas Gerais, 2013.

Itens da Escala Original	Tradutor 1	Tradutor 2	Item modificado
I feel denial	Sinto recusa/negação	Sinto rejeição	Sinto rejeição
I feel numb	Sinto entorpecido	Sinto-me indiferente	Sinto entorpecido
I feel regret	Sinto arrependimento	Sinto pesar	Sinto arrependimento
I cannot be satisfied by others	Não consigo sentir satisfeito pelos outros	Não posso ser satisfeito por outros	Os outros não conseguem me satisfazer
I feel tied up by my faith	Sinto-me “amarrado” pela minha fé	Sinto-me tolhido por minha fé	Sinto-me “amarrado” pela minha fé
I worry about my dying situation	Preocupo-me com as circunstâncias da minha morte	Preocupo-me com minha situação na morte	Preocupo-me com as circunstâncias da minha morte

Fonte: Do autor.

6.1.2 Retrotradução (*Back-translation*)

A versão única da escala foi encaminhada para o procedimento de retrotradução. Como resultado desse procedimento obteve-se perfeita concordância entre os quatro domínios e 26 itens da escala. Houve divergência de retrotradução com a escala original apenas em quatro itens: “I feel denial”; “I feel sorrow”; “I cannot be satisfied by others” e “I feel sinful”.

Esses itens foram apresentados a um terceiro tradutor que confirmou a adequação da retrotradução (TABELA 3).

Tabela 3 – Resultado das retrotraduções. Minas Gerais, 2013.

Escala original	Tradutor 1	Tradutor 2	Versão retrotraduzida
I feel denial	I feel rejected	I feel rejected	I feel rejected
I feel sorrow	I feel sad	I feel sad	I feel sadness
I cannot be satisfied by others	I cannot feel satisfaction for others	I cannot feel satisfied by others	I cannot feel satisfied by others
I feel sinful	I feel I am a sinner	I feel I am a sinner	I feel I am a sinner

Fonte: Do autor.

6.1.3 Avaliação da equivalência cultural

A escala, versão final, foi administrada em 20 sujeitos para que fosse estabelecida a equivalência cultural. Considerou-se índice maior que 15% da opção “não aplicável”, quando as questões tivessem esta opção assinalada por mais de

três participantes. Sendo assim, três (10%) dos 30 itens atingiram um índice maior que 15% da opção “não aplicável” (TABELA 4).

Tabela 4 – Porcentagem dos itens com mais de 15% “não aplicável”. Minas Gerais, 2013. (n=20)

Itens	n	%
Sinto fatalismo	4	20
Sinto-me alienado em relação aos outros	11	55
Não sinto nenhuma proteção de meus ancestrais	6	30

Fonte: Do autor.

Posteriormente, esses itens, bem como versões únicas obtidas do processo de tradução e de retrotradução, foram revistos por um comitê de juízes que avaliaram o instrumento quanto a sua equivalência semântica, conceitual, idiomática, incluindo também a cultural.

6.1.4 Avaliação por juízes

Os juízes, ao analisarem todas as versões traduzidas, realizaram as respectivas equivalências nos três itens apresentados na Tabela 4, e além destes, perceberam a necessidade de modificar outros dois itens da escala que também tiveram a opção “não aplicável” assinalada, entretanto, o índice destas foram menores que 15%. A Tabela 5 apresenta as cinco questões modificadas pelos juízes.

Tabela 5 – Resultado da avaliação de equivalência. Minas Gerais, 2013.

Itens sem modificações	Itens modificados
Sinto entorpecido	Sinto indiferente
Sinto fatalismo	Sinto-me em uma situação fatal
Sinto-me alienado em relação aos outros	Sinto-me isolado dos outros
Não sinto nenhuma proteção de meus ancestrais	Não sinto nenhuma proteção de meus familiares antepassados
Sinto-me “amarrado” pela minha fé	Sinto-me preso por minha fé

Fonte: Do autor.

A terceira versão única da escala com as alterações realizadas pelos juízes foi novamente aplicada a um novo grupo de 20 pacientes, conforme é demonstrado nos resultados a seguir.

6.1.5 Pré-teste da Escala de Angústia Espiritual

A escala, apresentando novamente a opção “não aplicável”, após as respostas *Likert*, foi aplicada em uma nova amostra de 20 sujeitos. Ao término dessa aplicação, verificou-se que nenhum item da escala teve a opção “não aplicável” assinalada. Sendo assim, obteve-se a versão final da escala de angústia espiritual no idioma português.

6.2 AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE E DA VALIDADE DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL

Nesta fase, a amostra foi composta por 150 pacientes sendo que, destes, 20 indivíduos participaram da fase de confiabilidade inter e intraexaminador.

6.2.1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 150 pacientes, em que (33,0%) tinham entre 61 e 70 anos, (50,7%) eram provenientes da zona urbana de cidade vizinha e (53,3%) tinham entre um a três filhos. A maioria (90,7%) morava com a família e atualmente (83,3%) não tinham vínculo empregatício, sendo que, antes de iniciar o tratamento contra o câncer, (59,3%) dos participantes estavam trabalhando. Mais da metade (64,0%) eram casados; (72,0%) cursaram ensino fundamental e (62,0%) eram do gênero feminino, sendo que (34,7%) tinham como profissão do lar. Os dados completos são apresentados na Tabela 6. Quanto à renda financeira da família, 103

(68,7%) apresentavam até dois salários mínimos; 40 (26,7%), entre dois a quatro e sete (4,6%) mais de quatro. Mais da metade (66,7%) não praticavam nenhuma atividade de lazer; a maioria (92,7%) afirmou não ser etilista e nem tabagista, 133 (88,7%) referiram não ter plano de saúde.

Tabela 6 – Perfil dos participantes. Minas Gerais, 2013. (n=150)

Características	f	%
Gênero		
Masculino	57	38,0
Feminino	93	62,0
Idade		
31 – 40	7	4,7
41 – 50	19	12,7
51 – 60	44	29,3
61 – 70	50	33,3
>70	30	20,0
Estado Civil		
Solteiro (a)	8	5,3
Casado (a)	96	64,0
Divorciado (a) / Desquitado (a)	17	11,3
Viúvo (a)	29	19,4
Filhos		
Nenhum	14	9,3
1 – 3	80	53,3
>4	56	37,4
Procedência		
Zona urbana de Alfenas	56	37,3
Zona rural de Alfenas	6	4,0
Zona urbana cidade vizinha	76	50,7
Zona rural cidade vizinha	12	8,0
Mora com a família		
Sim	136	90,7
Não	14	9,3
Escolaridade		
Analfabeto	16	10,7
Fundamental Incompleto	93	62,0
Fundamental Completo	15	10,0
Médio Incompleto	3	2,0
Médio Completo	12	8,0
Superior Incompleto	2	1,3
Superior Completo	9	6,0
Trabalhava antes do tratamento		
Sim	89	59,3
Não	61	40,7
Trabalha Atualmente		
Sim	25	16,7
Não	125	83,3
Profissão		
Do lar	52	34,7
Lavrador (a)	26	17,3
Pedagogo	7	4,7
Construtor civil	6	4,0
Outros	59	39,3

Fonte: Do autor.

Em relação a se somente o paciente é informado pelo médico sobre sua situação de saúde, 109 (72,7%) relatam que sim e 41 (27,3%) referem que, além dele, há outro membro da família que também recebe essa informação. Quanto ao tempo de descoberta da doença, 74 (49,3%) referem ter entre um mês e um ano e

11 meses; 40 (26,6%), entre dois anos e três anos e 11 meses; 13 (8,7%), entre quatro anos e cinco anos e 11 meses; 12 (8,0%), entre seis anos e sete anos e 11 meses; quatro (2,7%), entre oito anos e nove anos e 11 meses e sete (4,7%), há 10 anos ou mais.

O diagnóstico inicial de câncer dos participantes foi de mama (29,4%); próstata (19,3%); sistema digestivo (19,3%); sistema respiratório (2,7%); sistema urinário (5,3%); aparelho reprodutor feminino (8,0%); sistema endócrino (2,7%); sistema linfático (2,7%); hematológico (4,0%); cabeça (1,3%) e ósseo (5,3%). Mais da metade (62,0%) referiram ter realizado o tratamento quimioterápico; desses, 73 (48,6%) apresentaram efeito colateral da quimioterapia e (59,3%) relataram que tinham membro da família com câncer. A maioria, 128 (85,3%) dos entrevistados, não participava de nenhum grupo de apoio específico a esse tipo de diagnóstico e (69,6%) referiram ter um acompanhante na fase de tratamento; dentre esses, destaca-se que (68,7%) tinham a companhia de algum membro de sua família.

Ao serem questionados sobre a prática religiosa, 118 (78,7%) afirmaram serem católicos, 28 (18,7%), evangélicos, um (0,6%), protestante e três (2,0%), se dizem sem religião, porém espiritualizados. Em relação à prática religiosa, 133 (88,7%) dos participantes relatam que, antes de descobrir o diagnóstico de câncer, praticavam sua religião e, atualmente, o número de pessoas que praticam algum tipo de religião é de 144 (96,0%); destas, cinco (3,3%) vão à igreja diariamente; 94 (62,7%), uma ou mais vezes na semana; 33 (22,0%), uma ou mais vezes no mês e 12 (8%), uma ou mais vezes no ano. Quanto à oração individual, a maioria, 146 (97,3%) dos entrevistados a realizam; desses, 131 (89,7%) a fazem diariamente; 14 (9,6%), uma ou mais vezes na semana; um (0,7%), uma ou mais vezes no mês; (34,7%) também participam de oração em grupo e (84,7%) garantem que tanto a doença como o tratamento não os impossibilitaram de praticar a religião.

6.2.2 Análise Interexaminador

A confiabilidade interexaminador foi realizada por dois investigadores independentes, em períodos de tempo diferente no mesmo dia. Como teste estatístico, utilizou-se o Kappa. Desse modo, ao analisar os dados, observa-se que

mais da metade dos itens (60%) tiveram o valor de Kappa acima da faixa de 0,75, sendo estes considerados como excelente pela literatura. Enquanto que os itens restantes (40%) apresentaram valores de Kappa com nível de concordância médio, o qual corresponde a faixa de valores entre 0,40 a 0,75 (TABELA 7).

Tabela 7 - Resultado da análise de concordância interexaminador da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013. (n=20)

Total de Itens (30)	Nível de Concordância Kappa	Faixa de valores
12	Médio	0,40 – 0,70
18	Excelente	> 0,75

Fonte: Do autor.

6.2.3 Análise Intraexaminador

A confiabilidade intraexaminador foi realizada por um investigador que realizou a primeira entrevista na fase interexaminador e reaplicou a escala após um período que não ultrapassou 15 dias. Nessa análise, também foi possível observar que mais da metade dos itens (56,7%) tiveram valores de Kappa acima de 0,75. Entretanto, apenas o item “Sinto-me preocupado” apresentou nível de concordância de Kappa considerado baixo (0,39), pois está situado abaixo do valor de referência de 0,40 (TABELA 8).

Tabela 8 - Resultado da análise de concordância intraexaminador da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.(n=20)

Total de Itens (30)	Nível de Concordância Kappa	Faixa de valores
1	Baixo	< 0,40
12	Médio	0,40 – 0,70
17	Excelente	> 0,75

Fonte: Do autor.

6.2.4 Análise da consistência interna da escala (Alfa de Cronbach)

O Alfa de Cronbach global obtido para análise da consistência interna da escala foi de 0,87. Dessa forma, a escala apresenta boa consistência interna e

mostra ser um instrumento confiável, visto apresentar alto valor de *alpha* (PINTO; PAES RIBEIRO, 2007).

O Alfa de Cronbach por domínios é apresentado na Tabela 9. Dos quatro domínios avaliados, três apresentaram valores significativos, confirmando boa consistência interna do instrumento.

Também foi realizada a análise de consistência interna da Escala de Bem-estar Espiritual, utilizada como padrão-ouro na validação, que apresentou um Alfa de Cronbach de 0,73.

Tabela 9 – Alfa de Cronbach dos domínios da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.

Domínios	Nº de itens	Alfa de Cronbach
Relação consigo mesmo	14	0,87
Relação com os outros	5	0,65
Relação com Deus	7	0,39
Enfrentando a morte	4	0,75

Fonte: Do autor.

6.3 RESULTADO DO ESCORE DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL

Ao analisar o escore da Escala de Angústia Espiritual, aplicada aos 150 voluntários, com pontuações correspondentes aos domínios, nota-se que os participantes deste estudo apresentam uma baixa angústia espiritual, uma vez que a média do escore da escala incluindo todos os domínios foi de 82,0 pontos (TABELA 10).

Tabela 10 - Valores de média, de desvio padrão e de limites de escore da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.

Domínios	Pontuações da Escala			
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Relação consigo mesmo	40,0	13,0	14,0	79,0
Relação com os outros	14,5	5,0	5,0	27,0
Relação com Deus	16,5	4,3	7,0	28,0
Enfrentando a morte	10,9	4,8	4,0	24,0
Total	82,0	20,5	32,0	140,0

Fonte: Do autor.

6.4 ANÁLISE FATORIAL DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL

Ao analisar os fatores da Escala de Angústia Espiritual em processo de validação, observou-se semelhança com a escala original em três dos quatro domínios da escala. Alguns itens apresentaram pequena oscilação “Sinto-me preocupado” e “Sinto-me isolado dos outros” e somente o domínio “Relação com Deus” se diferenciou significativamente da escala original (Tabela 11). Ressalva-se que a rotação utilizada neste estudo foi a varimax e que valores de carga fatorial inferior a 0,30 foram excluídos.

Tabela 11 – Cargas fatoriais da Escala de Angústia Espiritual. Minas Gerais, 2013.

Itens	Fatores			
	1	2	3	4
Sinto-me em choque	0,652			
Sinto rejeição	0,708			
Sinto medo	0,511			
Sinto-me em sofrimento	0,587			
Sinto tristeza	0,581			
Sinto solidão	0,601			
Sinto indiferente	0,615			
Sinto arrependimento	0,494			
Sinto-me descontente	0,620			
Sinto-me preocupado				- 0,334
Sinto-me em uma situação fatal	0,628			
Sinto vontade de desistir de viver	0,652			
Sinto-me pessimista	0,528			
Sinto alguma coisa em minha mente	0,611			
Os outros não conseguem me satisfazer			0,551	
Não consigo confiar nos outros			0,669	
Não consigo obedecer aos outros			0,670	
Não consigo perdoar os outros			0,645	
Sinto-me isolado dos outros	0,526			
Não sinto nenhum respeito por Deus				0,706
Sinto que Deus é impotente				0,736
Não sinto nenhuma proteção de meus familiares antepassados				
Sinto-me preso por minha fé	0,344			
Sinto-me pecador				
Não sinto paz de espírito	0,496			
Não consigo participar de atividades religiosas		0,692		
Tenho medo de falar sobre a morte		0,830		
Preocupo-me com as circunstâncias da minha morte		0,785		
Preocupo-me com minha cerimônia fúnebre		0,575		
Preocupo-me com o lugar para o qual irei após a morte		0,692		

Fonte: Do autor.

Nota: Os dois itens tracejados foram excluídos.

6.5 ANÁLISE DA VALIDADE DIVERGENTE

Antes de realizar a validade divergente da Escala de Angústia Espiritual (SDS) com a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE), utilizou-se o teste de *Shapiro-*

Wilk a fim de verificar a normalidade dos dados de ambas as escalas. O resultado desse teste é exposto na TABELA 12.

Tabela 12 – Resultado do teste de Normalidade de *Shapiro-Wilk*. Minas Gerais, 2013.

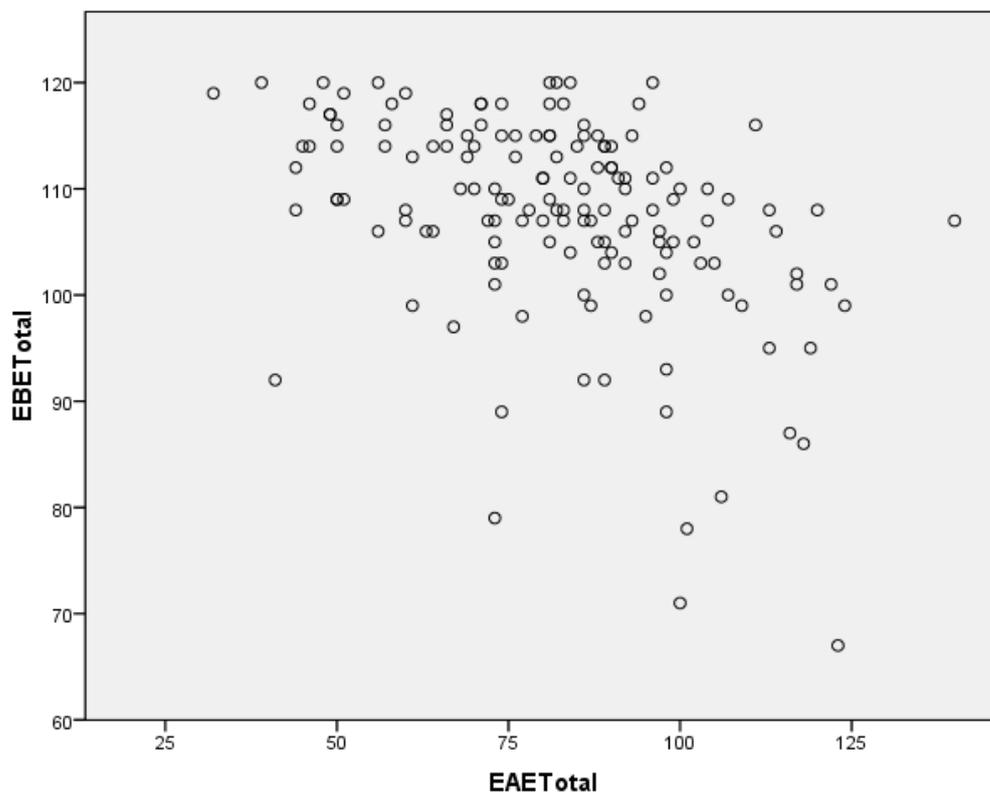
	EBE TOTAL	SDS TOTAL
p-valor	0,000	0,528

Fonte: Do autor.

Nota: SDS – Escala de Angústia Espiritual e EBE – Escala de Bem-Estar Espiritual.

O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para verificar a correlação entre as Escalas de Angústia Espiritual e Bem-estar Espiritual. Sendo assim, observou-se que houve presença de correlação inversa significativa entre ambas, em que ($r = -0,468$), confirmado pelo valor-p 0,000, uma vez que se considerou significativo ao nível de 5%, conforme é apresentado no gráfico de dispersão a seguir (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Apresentação da correlação inversa entre as Escalas de Angústia Espiritual e de Bem-estar Espiritual.



Fonte: Do autor.

7 DISCUSSÃO

O profissional de enfermagem, que presta assistência ao indivíduo em todo o processo de saúde-doença, depara-se na prática com questões relacionadas ao comprometimento da dimensão espiritual desse indivíduo, dentre elas o fenômeno de angústia espiritual. Percebe-se que a literatura é clara quanto à relação entre a presença desse fenômeno e o diagnóstico de doenças graves (KAWA et al., 2003; VILLAGOMEZA, 2005; FERREL; COYLE, 2008; KU; KUO; YAO, 2010). Desse modo, Ferrell e Coyle (2008) complementam que, mesmo o indivíduo apresentando o melhor prognóstico em relação a uma doença grave, tal como o câncer, os efeitos advindos do seu tratamento podem gerar angústia espiritual e comprometer o resultado. Sendo assim, devem buscar meios eficazes, os quais o auxiliem a reconhecer esse fenômeno para, posteriormente, oferecer um cuidado direcionado.

Com a finalidade de detectar a presença de angústia espiritual, pesquisadores interessados no assunto reconhecem que faltam instrumentos padronizados, por meio dos quais seja possível avaliar um fenômeno tão abstrato no ambiente clínico (VILLAGOMEZA, 2005; CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010). Embora existam escalas genéricas, já validadas, conforme apresentado no estudo de Chaves et al. (2011), que são direcionadas à dimensão espiritual, que podem auxiliar no reconhecimento da angústia espiritual, tais como as Escalas de Espiritualidade de Pinto e Pais Ribeiro, a Escala de Avaliação da Espiritualidade; a Dimensão de Bem-estar Existencial da Escala de Bem-estar Espiritual.

Desse modo, o método adequado seria o de construção ou de adaptação e validação de um instrumento já proposto pela literatura, porém de outra cultura. Assim, priorizou-se a realização desse segundo processo considerado por Campanha e Tavares (2009) como vantajoso, visto que demanda menor tempo, é menos dispendioso financeiramente, permite a comparação de dados entre diversos grupos ao utilizar a mesma escala em vários países, além de possibilitar estudos multiculturais.

Entretanto, como na literatura se encontram duas escalas que propõem avaliar especificamente a angústia espiritual, denominadas de *Distress Spiritual Scale* (KU; KUO; YAO, 2010) e *Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT)* (MONOD et al., 2012), fez-se necessária a adaptação e a validação para a cultura brasileira.

Segundo Moberg (2002), ter instrumentos específicos a determinadas culturas e grupos pode ser uma alternativa para esquivar ao reducionismo ou ao generalismo existentes em certas escalas. Por esse motivo, a tradução e a padronização de instrumentos estrangeiros vêm se tornando cada vez mais frequentes entre pesquisadores de diversas áreas de atuação, dentre elas, a da saúde. Para guiar todo esse processo, busca-se o máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida, como meio de evitar formas, muitas vezes sutis, de distorção (FREITAS et al., 2001). Sendo assim, como a escala utilizada neste estudo se encontrava no idioma inglês, mas foi realizada em Taiwan, houve necessidade de traduzi-la e de adaptá-la ao contexto brasileiro.

Essa escala foi desenvolvida e aplicada em um país de origem oriental, o que torna um desafio o processo de tradução do instrumento para o português do Brasil, haja vista as diferenças culturais. O que ficou bastante evidente nesse estudo foi a variação semântica de determinadas questões: “Sinto indiferente”, “Sinto-me em uma situação fatal”, “Sinto-me isolado dos outros”, “Não sinto nenhuma proteção de meus familiares antepassados”, “Sinto-me preso por minha fé”. Apesar de se tratarem de conteúdo comum, a semântica é pouco usual no país. Vale ressaltar a preocupação em manter a estrutura da escala o mais próximo da versão original, com modificações mínimas, priorizando a não exclusão ou a inclusão de itens, conforme ressaltam os estudos de Vilete, Figueira e Coutinho (2006), no entanto utilizando uma linguagem adequada à cultura brasileira.

Assim, na etapa de tradução dos termos da escala, considerou-se a equivalência semântica e não a literal conforme vem sendo explorado nos estudos de Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002) e Reichenheim, Moraes e Hasselmann (2000). Além disso, Vilete, Figueira e Coutinho (2006) ressaltam que a equivalência literal nem sempre se mostra mais vantajosa em expressar conceitos ou situações que podem estar presentes na nova população que se deseja estudar. Neste estudo, a equivalência semântica, conceitual, idiomática e cultural foi realizada por um grupo de juízes compostos por profissionais de oncologia e por pacientes. Além disso, a tradução semântica também foi realizada pelos tradutores juramentados e priorizada na etapa de análise por outro grupo de juízes com conhecimento da língua inglesa e da temática abordada, de forma a respeitar o rigor metodológico proposto por Duarte et al. (2003) para que as traduções pudessem alcançar um alto nível de qualidade.

O processo de tradução e de adaptação de um instrumento é considerado complexo e, em alguns aspectos, assemelha-se ao seu próprio processo de construção, o que torna necessário que os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto sejam refeitos (FREITAS et al., 2001). Desse modo, procurou-se assegurar uma consistência na validade de conteúdo e de face entre as versões da escala original e a adaptada no novo contexto. Para garantir a confiabilidade da versão adaptada, realizou-se a análise de reprodutibilidade interexaminador, intraexaminador e de consistência interna. Para se assegurar a validade de critério concorrente e a validade de construto divergente, foi utilizada a EBE.

Na versão traduzida, pode-se verificar bons índices de confiabilidade intra e interexaminador, apesar de a escala original não ter realizado esse tipo de análise. Os autores da escala Ku, Kuo e Yao (2010) realizaram a análise de confiabilidade apenas por meio do coeficiente de consistência interna, Alfa de Cronbach. Comparando com nossos resultados, as duas versões apresentaram altos valores de consistência interna 0,95, no estudo da escala original e 0,87, no presente estudo.

Ao analisar a consistência interna de cada um dos quatro domínios da escala, por meio do *Alpha de Cronbach*, observou-se no presente trabalho que três domínios apresentaram valores aceitáveis pela literatura (MONOD et al., 2012), apesar de estarem abaixo dos encontrados no estudo de Ku, Kuo e Yao (2010), cujos valores foram iguais e acima de 0,90. Apenas o domínio “Relação com Deus” apresentou baixa consistência interna durante a investigação.

A hipótese teórica utilizada para analisar a medida de validade de construto da escala de angústia espiritual baseou-se no fato de que, na literatura brasileira, não existe instrumento padrão-ouro que seja capaz de avaliar especificamente o fenômeno em questão. Sendo assim, optou-se por utilizar um instrumento que avalia o fenômeno oposto ao do presente estudo, denominado de Escala de Bem-Estar Espiritual que, conforme Ku, Kuo e Yao (2010), foi a primeira escala de espiritualidade publicada na literatura de enfermagem.

A Escala de Bem-estar Espiritual foi uma das escalas utilizadas por Chaves et al. (2011) para avaliar o fenômeno de angústia espiritual, a qual demonstrou eficácia satisfatória. Ainda, de acordo com Chaves et al. (2011), ao se escolher um instrumento de medida, fatores relevantes para a prática clínica devem ser considerados, bem como a facilidade de uso, a simplicidade de compreensão, o

tempo limitado para o seu funcionamento. Essas são algumas particularidades da Escala de Bem-estar Espiritual adaptada e validada no contexto brasileiro. Além disso, a escala mostrou ser um instrumento coeso, enxuto e apresentou ótimas qualidades psicométricas, assim como alta consistência interna e fidedignidade considerável (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009).

Desse modo, foi utilizada a validade de construto divergente, correlacionando a Escala de Angústia Espiritual com a de Bem-estar Espiritual e a validade de critério concorrente em que ambas as escalas foram aplicadas simultaneamente, obtendo-se o valor de $r = -0,468$ e $p = 0,000$. Assim como Monod et al. (2012) referem em seu estudo que “baixo bem-estar espiritual” não é necessariamente equivalente a “angústia espiritual”, o presente estudo vem a confirmar essa não equivalência devido ao grau de relacionamento apresentando entre as escalas, visto que os resultados obtidos mostram que existe correlação inversa significativa e mediana. Entretanto, o instrumento mostra-se apto para ser utilizado no contexto brasileiro com a finalidade de avaliar o fenômeno de angústia espiritual e não apresenta limitações.

Na validade de conteúdo da versão adaptada da Escala de Angústia Espiritual no Brasil, buscou-se verificar a análise fatorial dos seus itens. Assim, ao compará-la com a versão original, foi constatado que, novamente, o domínio “Relação com Deus” apresentou maior discrepância. Dos sete itens presentes nesse construto, apenas três mostraram ter relação com esse domínio, enquanto os itens “Sinto-me preso por minha fé” e “Não sinto paz de espírito” foram considerados pertencentes ao domínio “Relação consigo mesmo”; o que pode estar relacionado à particularidade que essas questões representam na vida de uma pessoa, levando-as a interpretar o item como algo muito pessoal, ou ainda, por serem itens de difícil interpretação. Por exemplo, estar preso pela fé pode ser compreendido de diferentes formas pelo indivíduo, levando a interpretar que a fé está impedindo sua vida ou, então, que a fé é algo a fortificar na vida. Já os outros dois itens, referentes à “Não sinto nenhuma proteção de meus familiares antepassados” e “Sinto-me pecador”, não pertenceram ao domínio “Relação com Deus”, assim como dos demais domínios, por apresentarem valores de carga fatorial inferiores a 0,30. Isso pode ser decorrente das diferenças sutis nos hábitos de vida nas diferentes culturas, possibilitando que um item do questionário seja mais ou menos difícil de ser

compreendido, podendo alterar as propriedades psicométricas e estatísticas do instrumento (VILETE; FIGUEIRA; COUTINHO, 2006).

De uma forma geral, a escala demonstrou boa confiabilidade, fidedignidade e validade. Certamente, o fenômeno que a escala se propõe a avaliar é extremamente pessoal e dinâmico, o que torna necessária sua aplicação em outras populações. Vale ressaltar a importância da existência de um instrumento que mensure esse fenômeno, foco de atenção da enfermagem, que possa ser utilizado tanto na prática clínica quanto em pesquisas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A angústia espiritual é um diagnóstico de enfermagem difícil de se lidar na prática clínica por apresentar características definidoras complexas e subjetivas, que, no entanto, possui diferentes fatores relacionados, como por exemplo, as mudanças de vida e a presença de doenças crônicas como o câncer.

O uso de instrumentos de avaliação desse fenômeno, como a Escala de Angústia Espiritual, poderá facilitar o processo de raciocínio clínico, permitindo a identificação do diagnóstico, uma vez que demonstrou ser um instrumento eficiente para avaliar o fenômeno.

As etapas concluídas e as análises realizadas possibilitaram verificar o quanto fundamental é realizar cada procedimento de maneira rigorosa, buscando meios que complementem e valorizem um processo tão complexo, porém importante que é o da adaptação transcultural e da validação de um instrumento.

A partir deste estudo, pode-se contar com um instrumento de avaliação de Angústia Espiritual traduzido e adaptado para a população brasileira, uma vez que a escala demonstrou ser um instrumento confiável, válido, que mensura o fenômeno que se propõem a mensurar (angústia espiritual).

Por fim, propomos a aplicação da Escala de Angústia Espiritual em outras populações a fim de verificar a especificidade da mesma em diferentes situações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.
- ANDERSON, J. M.; ANDERSON, L. J.; FELSENTHAL, G. Pastoral needs for support within an inpatient rehabilitation unit. **Arch. of Phys. Med. and Rehabilitation**, v.74, n. 6, p. 574-578, 1993.
- ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M. As classificações de enfermagem na saúde coletiva: o projeto CIPESC. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 55, n. 6, p. 644-651, 2002.
- ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. **Rev. Psiquiatr. Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5; p. 223-228, 1998.
- AUGUSTE, H.; FORTIN, V. I.; BARNETT, K. G. Medical school curricula in spirituality and medicine. **Jama**, v. 291, n. 23, p. 2883, 2004.
- BAKKE, H. A.; LEITE, A. S. M.; SILVA, L. B. Multivariate statistics: factorial analysis application in production engineering. **Rev. Gestão Industrial**, v. 04, n. 04, p. 01-14, 2008.
- BALBONI, T. et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. **Cancer**, v. 117, n. 23, p. 5383-5391, 2011.
- BALDACCHINO, D. R. Nursing competencies for spiritual care. **J. of Clin. Nursing**, v. 15, n. 7, p. 885-896, 2006.
- BARNUM, B. S. **Nursing theory: analysis, application, evaluation**. 5. ed. Philadelphia. Lippincott, 1998.
- BEATON, D. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural adaptation of Health Status Measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health, 2002.
- BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. Buchinham: University Press, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010, Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012, Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

BULECHEK, G. M. **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2010.

BURKHART, L.; SOLARI-TWADELL, A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. **Int. J. of Nurs. Term. and Classifications**, v. 12, n. 2, p. 45-54, 2001.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da imagem corporal: instrumento e diretrizes para pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.

CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

CARVALHO, E.C.; CARON-RUFFINO, M. Processos cognitivos para desenvolvimento de competências para estabelecer diagnósticos de enfermagem: experiência na graduação. In: Simpósio Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem, 4, 2000, Curitiba. **Anais...** Curitiba, 2000. p. 1-14.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 151-166, 2002.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. 55f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, USP, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 264-270, 2010.

CHAVES, E. C. L. et al. Angústia espiritual: revisão integrativa de literatura. **Online Braz. J. Nursing**, v. 7, n. 2, 2008.

CHAVES, E. C. L. et al. Efficacy of different instruments for the identification of the nursing diagnosis spiritual distress. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 902-910, 2011e.

CHAVES, E. C.L. et al. Validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 2, p. 715-721, 2010d. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../1322>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

CHUNG, L. Y. F.; WONG, F. K. Y.; CHAN, M. F. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. **J. of Adv. Nursing**, v. 58, n. 2, p. 158-170, 2007.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CORTEZ, E. A.; TEIXEIRA, E. R. O Enfermeiro diante da religiosidade do cliente. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 114-119, 2010.

CRUZ, I. C. F. Afro-brazilian religions: issues related to the nursing diagnosis spiritual distress. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 28, n. 2, p. 125-136, 1994.

DELGADO, C. A discussion of the concept of spirituality. **Nurs. Sci. Quarterly**, v. 18, n. 2, p. 157-162, 2005.

DUARTE, Y. O. D. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidados familiares**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2001.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação da qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Rev. Assoc. Med. Brasileira**, v. 49, n.4, p.375-381, 2003.

FALCÃO, D. M. **Processo de tradução e adaptação cultural de questionário de Qualidade de Vida: avaliação de sua metodologia**. 1999. Dissertação (Mestrado em Reumatologia) – Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 1999.

- FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P (Ed.). **Classification of Nursing Diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: JB Lippincott; 1994. p. 55-57.
- FERRELL, B. R. The quality of lives: 1,525 voices of cancer. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 23, n. 6, p. 909-916, 1996.
- FERRELL, B. R.; COYLE, N. The nature of suffering and the goals of nursing. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 35, n. 2, p. 241-247, 2008.
- FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p.160-185, 2010.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.
- FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001.
- GRANT, E. et al. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Pall. Sup. Care**, Cambridge, v. 2, n. 4, p. 371-378, 2004.
- GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. of Clin. Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1.417-1.1432, 1993.
- GUIMARÃES, V. M. V. Análise de consistência interna e estrutura fatorial do questionário NEMS-07. **Rev. Int. de Pesquisa Altas Diluições**, v. 4, n. 13, p. 1-5, 2005.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007.

GULANICK, M. et al. **Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 2003.

GUNDERSON, G. R. Backing onto sacred ground. **Pub. Health Reports**, v. 115, n. 2-3, p. 257-261, 2000.

HELIKER, D. Reevaluation of a Nursing Diagnosis: Spiritual Distress. **Nurs. Forum**, v. 27, n. 4, p. 15-20, 1992.

HERDMAN, T. H. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification**, 2012-2014. 9.ed. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2012.

HILTON, B. A. The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. **J. of Behav. Medicine**, v. 12, n.1, p. 39-54, 1989.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1970.

KAWA, M. et al. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. **Supp. Care Cancer**, v. 11, n. 7, p. 481-490, 2003.

KERLINGER, J. C. **Foundations of behavioral research**. New York: CBS Publishing, 1986.

KIM, M. et al. **Diagnóstico de enfermería**. México: Interamericana, 1993.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers**.1999. (Livre docência) – Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 1999.

KOENIG, H. G. Religion and medicine III: developing a theoretical model. **The Int. J. of Psychiatry Medicine**, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.

KU, Y.L. Spiritual distress experienced by cancer patients-develop a spiritual care for cancer patients. **J. of Hosp. Pall. Care**, Taiwan, v.10, n. 3, p. 221-233, 2005.

KU, Y. L.; KUO, S. M.; YAO, C. Y. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. **Int. J. of Pall. Nursing**, v. 16, n. 3, p. 134-138, 2010.

LANDIS, B. J. Uncertainty, Spiritual well-being and psychosocial adjustment to chronic illness. **Issues in Mental Health Nursing**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 217-231, 1996.

LATFI, S. A. A análise fatorial auxiliando a resolução de um problema real de pesquisa de marketing. **Cad. de Pesq. em Administração**, São Paulo, v. 00, n. 0, p. 1-10, 1994.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.

LO BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.

MACKEY, K. M.; SPARLING, J. W. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. **Phys. Therapy**, v. 80, n. 5, p. 459-468, 2000.

MARGOLIS, R.; KILPATRICK, A.; MOONEY, B. A retrospective look at long-term adolescent recovery: clinicians talk to researchers. **J. Psychoactive Drugs**, v. 32, n. 1, p. 117-125, 2000.

MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE). **Aval. Psicológica**, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2009.

MARTIN, L.M. A ética e a humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n.2, 2003.

McDOWELL, I.; NEVEL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. New York: Oxford University Press, 1996.

McGRATH, P. Creating a language for “spiritual pain” through research: a beginning. **Support Care Cancer**, v.10, n. 8, p. 637-646, 2002.

McSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. **Int. J. Nurs. Studies**, v. 41, n. 2, p. 151-161, 2004.

MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Rev. Psiq. Clínica**, v. 25, n. 5, p. 214-216, 1998.

MOBERG, D. O. Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. **J. of Adult Development**, v. 9, n.1, p. 47-60, 2002.

MONOD, S. et al. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized Patients. **BMC Geriatrics**, v.12, n. 13, p. 1-9, 2012.

MORAES, C. I.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural para o português do instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), utilizado para identificar violência entre casais. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.1, p. 163-176, 2002.

NANDA. **Nursing Diagnoses: definitions and Classification**, 2001-2002. 4.ed. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001.

NIGHTINGALE, F. **Suggestions for thought: selections and commentaries**. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 1994.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric Theory**. New York: Mc Graw-Hill, 1994.

NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire: Brazil Roland-Morris. **J. of Med. and Biol. Research**, Brazilian, v.34, n. 2, p.203-210, 2001.

O'NEILL, D. P.; KENNY, E. K. Spirituality and chronic illness. **J. of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 30, n. 3, p. 275-280, 1998.

PALLARES, S. C. Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. **Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 18, p. 3-7, 2004.

PALOUTZIAN, R. F.; ELLISON, C. W. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. (Org.). **A sourcebook of current theory, research and therapy**, Nova York: Wiley, p. 224-237, 1982.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psic. em Estudo**, v.10, n.3, p. 507-516, 2005.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **J. of Clin. Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p.760-763, 2009.

PEHLER, S. R. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. **Int. J. of Nurs. Term. and Classifications**, v. 8, n. 2, p. 55-66, 1997.

PENHA, R. M. **A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem em UTI**. 2008. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 176 p, 2008.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268, 2012.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: Edusp; 1999.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 37, n. 1, p. 72-80, 2003.

PESUT, B.; THORNE, S. From private to public: negotiation professional and personal identities in spiritual care. **J. of Adv. Nursing**, v. 58, n. 4, p. 396-403, 2007.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arq. de Medicina**, Porto, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

POST, S. G.; PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Ann. Intern. Medicine**, n.132, n. 7, p. 578-583, 2000.

PRONK, K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. **Am. J. of Hospice & Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 419-425, 2005.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N. A. S)**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

QUILLEN, T.F. Easing spiritual distress. **Nursing**, v.37, n. 11, p.6, 2007.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.6, p. 610-616, 2000.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 225-237, 2007.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SILVA, F. C.; THULER, L. C. S. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **J. de Pediatria**, v.84, n. 4, p. 344-349, 2008.

SIMONI, J. M.; COOPERMAN, N. A. Stressors and strengths among women living with HIV/AIDS in New York City. **Aids Care**, London, v. 12, n. 3, p. 291-297, 2000.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMUCKER, C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. **Int. J. of Nurs. Term. and Classifications**, v. 7, n. 2, p. 81-91, 1996.

SOUSA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. **Psiqu. Prat. Médica**, v. 34, p. 112-117, 2001.

SUE, M. Nursing Outcomes Classification (NOC). 4. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2010.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÉVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TERRA, M. G. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp, p. 164-169, 2006.

TODRES, D.; CATLIN, E.; THIEL, M. M. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. **Crit. Care Medicine**, v. 33, n. 12, p. 2733-2736, 2005.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.

VILETE, L.; FIGUEIRA, I.; COUTINHO, E. Adaptação transcultural para o português do *Social Phobia Inventory* (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. **Rev. Psiqu. do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 40-48, 2006.

VILLAGOMEZA, L. R. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. **Holist. Nurs. Practice**, v. 19, n. 6 p. 285-294, 2005.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WATSON, J. Nursing: seeking its source and survival. **ICUs and Nurs. WEB Journal**, n. 9, p. 1-7, 2002.

WALTON, J. Spirituality of patients' recovery from an acute myocardial infarction: a grounded theory study. **J. Holist. Nursing**, Springfield, v. 17, n.1 p. 34-53, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)**, Geneva: 1998.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG, tendo como finalidade obter dados para a minha dissertação de mestrado. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Este projeto está aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG, sendo elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Título da Pesquisa: “Adaptação Transcultural e Validação da Escala de Angústia Espiritual”

Pesquisadora Responsável: Talita Prado Simão

Orientadora da Pesquisa: Prof^a. Dr^a. Denise Hollanda lunes

Aceito em participar dessa pesquisa que tem como objetivo avaliar a questão de angústia espiritual nos clientes com câncer e através dos resultados obtidos validar esta escala no Brasil. Ciente de que esta pesquisa não fornecerá riscos e nem danos para a minha saúde; não acarretará custos de espécie alguma, pois a entrevista ocorrerá no ambiente hospitalar e também não serei remunerado pela minha participação. Este estudo é importante porque através dele os profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros terão subsídios para prestar uma assistência mais qualificada para os clientes com câncer, ajudando-os a ter uma melhor saúde espiritual. Estes profissionais só terão acesso aos dados da pesquisa de uma forma geral, não tendo conhecimento específico de algum determinado cliente.

Após a assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, irei responder as perguntas das Escala de Angústia Espiritual e de Bem-estar Espiritual, sendo que esta entrevista ocorrerá no ambiente hospitalar, não havendo interferência de pessoas da família. As informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que este último só será utilizado para fins de pesquisa sem a minha identificação. Tenho direito de consultar os pesquisadores pessoalmente ou por telefone a qualquer momento, para esclarecimento de qualquer dúvida. Caso não se sinta em condições físicas e psicológicas durante a entrevista isso será respeitado e marcado um novo encontro. Estou livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, não sendo necessário justificar a minha decisão. Não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Sua participação neste estudo será de fundamental importância.

Qualquer dúvida que você tiver ou precisar de alguma informação poderá entrar em contato comigo pelo telefone: (35) 3292-4364; e-mail: tatipsimao@yahoo.com.br.

Desde já agradeço a sua colaboração em participar desta pesquisa.

Atenciosamente,

Talita Prado Simão

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo após ler e compreender as informações acima. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____/_____/_____.

APÊNDICE B – Formulário de entrevista

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO: _____ **DATA:** ____/____/2012 Nº: _____

1. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Idade (anos): _____ **Sexo:** ()M ()F **Profissão:** _____

Procedência: () Zona Urbana () Zona Rural () Alfenas () Cidade Vizinha, Qual? _____

a) Nível de escolaridade:

() Nunca estudei () Ensino Fundamental () Ensino médio

() Ensino superior () Pós-graduação incompleta

b) Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado/Desquitado () Viúvo () Outros, Qual? _____

c) Número de Filhos: () Nenhum () 1 a 3 () 4 a 6 () mais de 7 **d) Mora com a família:** () Sim () Não

e) Trabalhava antes de iniciar o tratamento? () Sim () Não **Atualmente trabalha?** () Sim () Não

Se sim, qual a ocupação: _____ **Se não:** () Aposentado () Depende do “auxílio doença” () Dependente da família

g) Quem é responsável por manter o lar financeiramente? _____

h) Renda familiar mensal, aproximadamente: () Até 2 salários mínimos () 2 à 4 salários mínimos () 4 à 10 salários mínimos () 10 à 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos

i) Pratica algum tipo de lazer? () Não () Sim, Qual(is): _____

j) Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não **k) É tabagista?** () Sim () Não

l) Tem plano de saúde? () Sim () Não

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

a) O médico fornece informações sobre a saúde para quem? _____

b) Tempo de descoberta da doença (meses): _____ **b) Tipo de câncer:** _____

c) Tempo de quimioterapia (meses): _____

d) Faz algum outro tipo de tratamento para o câncer? () Nenhum () Está realizando () Já realizou Qual: _____

e) Faz algum tipo de tratamento alternativo/complementar? () Nenhum () Está realizando () Já realizou Qual: _____

f) Apresenta efeitos colaterais resultantes da quimio: () Sim () Não **Se sim eles são:** () Leves

() Moderados () Intensos

g) Participa de algum grupo de apoio ao paciente oncológico? () Sim () Não

h) Há de casos de câncer na família? () Sim () Não **Se sim quem?** _____

i) Já fez este tipo de tratamento anteriormente? () Sim () Não **Se sim, quando e por que motivo:** _____

j) Tem alguma pessoa que lhe acompanha durante o tratamento? () Sim () Não **Se sim, quem?** _____

3. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À RELIGIOSIDADE

a) Você possui alguma religião/doutrina/seita/crença? () Sim () Não. **Se sim, qual:** _____

Se não, você considera-se: () Ateu (não acredita em Deus) () Sem religião, mas espiritualizado

b) Antes da doença você já era praticante de sua religião? () Sim () Não

c) Atualmente você é praticante da sua religião? () Sim () Não

Se sim, com que frequência você vai à igreja/templo/lugar de oração/meditação?

() Diariamente () 1 ou mais vezes /semana () 1 ou mais vezes /mês () 1 vez ao ano () Nunca

d) Você possui momentos de oração/meditação/reflexão individual? () Sim () Não

Se sim, com qual frequência você faz oração/meditação/reflexão?

() Diariamente () 1 ou mais vezes /semana () 1 ou mais vezes /mês () 1 vez ao ano () Nunca

e) Você possui momentos de oração/meditação/reflexão em grupo? () Sim () Não

f) Seu tratamento ou doença dificulta sua prática religiosa? () Sim () Não

APÊNDICE C – Autorização do Administrador da Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



Alfenas, 29 setembro de 2011

V.S.^a
 Aécio Lourenço de Assis
 Administrador da Santa Casa de Caridade de Alfenas

Vimos por meio dessa, solicitar sua autorização para realizar o projeto de pesquisa, intitulado "Adaptação Transcultural e Validação da Escala de Angústia Espiritual", referente à dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, com os pacientes portadores de câncer, no setor de Oncologia do Hospital Santa Casa de Caridade de Alfenas, após concordância do paciente e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A dissertação será desenvolvida pela enfermeira Talita Prado Simão, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Hollanda Lunes e co-orientação da prof^a. Dr^a. Érika de Cássia Lopes Chaves. O projeto segue em anexo a carta.

Alfenas, 30 de Setembro de 2011.

Talita Prado Simão
 Talita Prado Simão
 Enfermeira

Érika de Cássia Lopes Chaves
 Prof^a. Dr^a. Érika de Cássia Lopes Chaves
 Co-orientadora do Projeto de Pesquisa

Denise Hollanda Lunes
 Prof^a. Dr^a. Denise Hollanda Lunes
 Orientadora do Projeto de Pesquisa

Eu, Aécio Lourenço de Assis, autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado "Tradução, Adaptação Cultural e Validação para o idioma português da Escala de Angústia Espiritual", no setor de Oncologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Alfenas.

Alfenas, ___ de ___ de 2011.

Aécio Lourenço de Assis
 Aécio Lourenço de Assis
 Administrador do Hospital Santa Casa de Caridade de Alfenas – MG

ANEXO A – Documento das traduções da Escala de Angústia Espiritual do idioma inglês para o português

Tradutor 1

	<p>JAIME MARINHO QUINTÃO SILVA PUBLIC TRANSLATOR AND COMMERCIAL INTERPRETER REGISTRATION # 744 – STATE BOARD OF COMMERCE OF MINAS GERAIS – BRAZIL</p>	
<p>Tradutor Público e Intérprete Comercial – Reg. 744 – JUCEMG</p>		
<p>Tradução no. 113/2011 – Livro 02 – Folha 126 – Pág. 1/2</p>		
<p>Eu, JAIME MARINHO QUINTÃO SILVA, Tradutor Público e Intérprete Comercial, registro no. 744 na JUCEMG (Junta Comercial do Estado de Minas Gerais), havendo recebido o seguinte Documento "FACTOR ANALYSIS OF THE SPIRITUAL DISTRESS SCALE"- "QUADRO DE ANÁLISE DE FATORES DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL", originalmente exarado em língua inglesa, para ser traduzido para o vernáculo, assim o fiz, no meu Ofício de Tradutor Público, da forma que se segue:</p>		
<p>(continua) JAIME MARINHO QUINTÃO SILVA Tradutor Público e Intérprete Comercial Registro no. 744 – JUCEMG Endereço/Address: R. Eng. Amaro Lanari, 221 ep. 301 30310-580 - Belo Horizonte - MG - Brasil Tel.: 55+31+3287-8995 - Cel.: 55+31+9135+3332 Ident. M-23.505 SSPMG - CPF 042 711 576-00</p>	<p>JAIME MARINHO QUINTÃO SILVA PUBLIC TRANSLATOR AND COMMERCIAL INTERPRETER</p>	

Tradutor 2



DENISE C. WERNER L. CAMPOLINA
 TRADUTORA PÚBLICA E INTERPRETE COMERCIAL
 MEMBRO DA ASS. DE TRADUTORES JURAMENTADOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS
 Avenida do Contorno, 8166 - Lote 3 - CEP 30110-042 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Telefone: (31) 3221-7191 Fax: (31) 3281-6018 denise_tradutora@hotmail.com

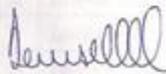


Associação dos Tradutores Juramentados do Estado de Minas Gerais
 TRADUÇÃO COM QUALIDADE

Eu, Denise Chaves Werner Lanza Campolina, carteira de identidade No. MG-1.502.119/SSPMG e CPF No. 937.252.216-34, nomeada Tradutora Pública e Intérprete Comercial do idioma inglês, pela Junta Comercial do Estado de Minas Gerais, em 28 de maio de 2009, sob a matrícula No. 765, de acordo com o Decreto Federal No. 13.609, de 21 de outubro de 1943, da República Federativa do Brasil, certifico que me foi apresentado, pela parte interessada, um documento exarado em língua inglesa, a fim de ser traduzido para o vernáculo, o que cumpri em razão de meu ofício, na forma abaixo:

Tradução No. 16585 Livro No. 127 Fls.: 272-273

Nada mais continha o referido arquivo eletrônico que me foi enviado por email, que bem e fielmente traduzi para o vernáculo, conferi, achei conforme e dou fé. Belo Horizonte, 11 de outubro de 2011.



Denise Chaves Werner Lanza Campolina
 Tradutora Pública e Intérprete Comercial



ANEXO B – Documento das traduções da Escala de Angústia Espiritual do português para o inglês (Retrotradução)

Tradutor 1

VALERIE RUMJANEK CHAVES
SWORN PUBLIC TRANSLATOR & COMMERCIAL INTERPRETER

ENGLISH LANGUAGE

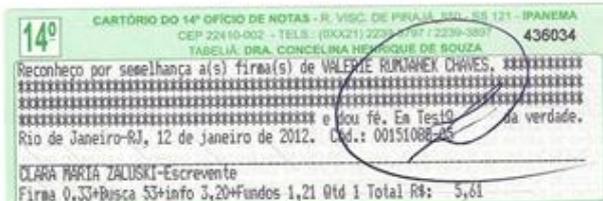
Member of the Professional Association of Sworn Public Translators and
Commercial Interpreters of the State of Rio de Janeiro (ATP-RIO)

TRANSLATION No. ⁴⁹79/2012

I the undersigned, Sworn Public Translator and Commercial Interpreter, registered under no. 190 with the Board of Trade of the State of Rio de Janeiro, Federative Republic of Brazil, and under tax no. (CPF/MF) 264180377-15 with the Ministry of Finance, do hereby certify that a document (untitled) written in Portuguese has been submitted to me for translation into English, which I undertake in my official capacity, as follows:

IN WITNESS WHEREOF, I have set my hand and seal.

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2012
Valerie Rumjanek Chaves



Valerie Rumjanek Chaves
Tradutora Pública/Interprete Comercial
(Inglês/Português) Matr. Jucerja nº 190
R\$ 70,00 / dias Úteis

Tradutor 2



Rua Povina Cavalcanti 153/004
Rio de Janeiro - RJ - Brazil - 22610-060
Tel: 55-21-3322-1152 / 3322-3249 (telefax)
patriciatate@globo.com

PATRICIA ANNE TATE

Sworn Public Translator & Commercial Interpreter

CPF/MF: 201.555.579/04
JUCERJA - N° 172

ENGLISH / PORTUGUESE

Translation N°: 0146/2012

I, the undersigned Sworn Public Translator and Commercial Interpreter, registered under N° 172 with the Board of Trade of the State of Rio de Janeiro (JUCERJA), Federative Republic of Brazil, and under tax N° 201.555.579/04 with the Ministry of Finance, do hereby certify that a document written in Portuguese has been submitted to me for translation into English, which I undertake in my official capacity, as follows:

(Electronic document): Questionnaire received by email 2 pages

Overleaf: Blank

IN WITNESS OF THE TRUTH

Rio de Janeiro, January 4, 2012

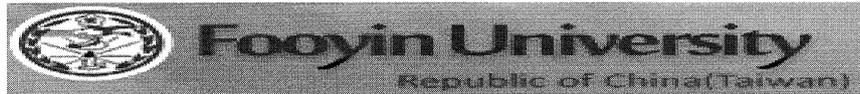
Fees: R\$ 44,00 - 19.33 UFIR - 03 business days



ANEXO C – Escala de Bem-estar Espiritual

Nº	Fatores	Concordo Totalmente	Concordo mais que discordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo mais que concordo	Discordo Totalmente
1	Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus	1	2	3	4	5	6
2	Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou	1	2	3	4	5	6
3	Creio que Deus me ama e se preocupa comigo	6	5	4	3	2	1
4	Sinto que a vida é uma experiência positiva	6	5	4	3	2	1
5	Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações Cotidianas	1	2	3	4	5	6
6	Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro	1	2	3	4	5	6
7	Tenho uma relação pessoal significativa com Deus	6	5	4	3	2	1
8	Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida	6	5	4	3	2	1
9	Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus	1	2	3	4	5	6
10	Tenho uma sensação de bem-estar à respeito do rumo que minha vida está tomando	6	5	4	3	2	1
11	Acredito que Deus se preocupa com meus problemas	6	5		3	2	1
12	Não aprecio muito a vida	1	2	3	4	5	6
13	Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus	1	2	3	4	5	6
14	Sinto-me bem acerca de meu futuro	6		4	3	2	1
15	Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho	6	5	4	3	2	1
16	Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade	1	2	3	4	5	6
17	Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus	6	5	4	3	2	1
18	A vida não tem muito sentido	1	2	3	4	5	6
19	Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar	6	5	4	3	2	1
20	Acredito que existe algum verdadeiro propósito para minha vida	6	5	4	3	2	1

ANEXO D – Autorização para uso do instrumento concedido pelo autor da Escala de Angústia Espiritual



Department of Nursing, Fooyin University, Republic of China (Taiwan)
151 Jinxue Rd., Daliuo Dist., Kaohsiung City 83102, Taiwan (R.O.C.)
Tel:886-7-7811151ext.1600

Taiwan, July 2011

Dear Master

Talita Prado Simão

I hereby give my consent and my permission to use the scale of spiritual distress which was developed by me, so it can be done the translation from English into Portuguese of Brazil, the back translation, cultural adaptation and validation.

Sincerely Yours,

Ya-Lie Ku, 7.19.2011

Ya-Lie Ku, Assistant Professor

Department of Nursing, Fooyin University

ANEXO E – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063

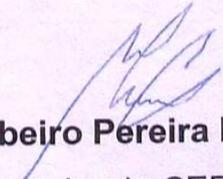


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 90ª. Reunião, de 07 de novembro de 2011, protocolo N° 203/2011.

Alfenas, 08 de novembro de 2011.


Prof. Dra. Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP