

# Tradução e adaptação transcultural para português europeu do *Cuestionario GES (SECPAL)*

## *Translation and cross-cultural adaptation to European Portuguese of the Cuestionario GES (SECPAL)*

Diana Manso<sup>1</sup>, Manuel Luís Capelas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal.

### Palavras-chave

Espiritualidade; cuidados paliativos; validação de uma escala; propriedades psicométricas.

### Resumo

**Introdução:** O interesse na abordagem espiritual e a necessidade de nos dotar de recursos para a sua avaliação levou a que nos últimos anos fossem desenvolvidos vários instrumentos para a avaliação da espiritualidade em cuidados paliativos.

Conscientes da importância e da dificuldade da avaliação da dimensão espiritual nestes doentes, o Grupo de Espiritualidad da Sociedad Española de Cuidados Paliativos desenvolveu

o *Cuestionario GES*. Este instrumento é constituído por seis perguntas iniciais para estabelecer um clima de confiança com os doentes antes de responderem a um questionário de tipo Likert, de oito itens. É baseado num modelo de espiritualidade criado por este grupo e utilizado para explorar de forma ordenada e sistemática as possíveis fontes de satisfação ou de necessidade espiritual, tendo sido especialmente desenvolvido para doentes em fim de vida.

**Objetivo:** Realizar a tradução e adaptação transcultural para português europeu do *Cuestionario GES* e testar as suas propriedades psicométricas.

**Materiais e Métodos:** Estudo metodológico, numa amostra de 71 doentes de cuidados paliativos. O processo de validação do instrumento passou pela equivalência linguística, conceptual e psicométrica. A técnica utilizada para garantir a qualidade da tradução foi a retroversão. A análise estatística foi de tipo descritiva.

**Resultados:** No processo de validação do instrumento, a validade de construto não ficou demonstrada, no entanto, foram encontradas três dimensões (intrapessoal, interpessoal e transpessoal), optando-se por manter a estrutura do instrumento original de oito itens. Obteve-se um alfa de Cronbach de 0,645.

**Conclusões:** À exceção do processo de validação transcultural, os objetivos do estudo foram atingidos e a versão portuguesa do *Cuestionario GES* pode ser utilizada para avaliar os recursos e as necessidades espirituais e facilitar a intervenção em doentes de cuidados paliativos.

### Keywords

Spirituality; palliative care; scale validation; psychometric properties.

### Abstract

**Introduction:** The interest in spiritual approach and the need to equip ourselves with resources for its assessment has led in recent years to the development of several instruments for the evaluation of spirituality in palliative care.

Taking into account the importance and difficulty of evaluating the spiritual dimension of these patients, the Grupo de Espiritualidad of the Sociedad Española de Cuidados Paliativos developed the *Cuestionario GES*. This instrument consists in 6 initial questions to build up a degree of trust with the patients before having them answering an 8-item Likert type questionnaire. It is based on a model of spirituality created by this group and used to explore, in an orderly and systematic way, probable sources of satisfaction or spiritual need, having been specifically developed for patients nearing end of life.

**Aim:** The goal of this work was to culturally translate and adapt the *Cuestionario GES* to European Portuguese, and to test its psychometric properties.

**Materials and Methods:** Methodological study from a sample of 71 palliative care patients. The validation process of the instrument encompassed linguistic, conceptual and psychometric equivalence. The technique used to guarantee the quality of translation was retroversion. The statistical analysis was descriptive-type.

**Results:** In the instrument validation process, the construct validity was not demonstrated, however, 3 dimensions were found (intrapersonal, interpersonal and transpersonal), and it was decided to maintain the structure of the original 8-item instrument. A Cronbach's alpha of 0.645 was obtained.

**Conclusions:** Apart from the transcultural validation process, the goals of the study were achieved and the Portuguese version of the Cuestionario GES can be used to evaluate the resources and spiritual needs and to facilitate intervention in palliative care patients.

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos (CP) são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias quando confrontados com os problemas associados a uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.<sup>1</sup> Observa-se, assim, a inclusão da espiritualidade como parte integrante, essencial e imprescindível do mundo dos cuidados de saúde, concretamente na área dos CP.<sup>2</sup>

Com a transição para CP na fase final de vida, o confronto iminente com a morte pode induzir uma pessoa a necessitar de uma maior reflexão espiritual.<sup>3</sup> Estudos internacionais mostram que, geralmente, os profissionais de saúde consideram o cuidado espiritual como um aspeto importante dos cuidados de saúde, e a prestação de cuidados espirituais como devendo ser incluída como parte de uma abordagem holística e centrada no doente.<sup>4</sup> No entanto, os profissionais de saúde raramente são treinados para identificar as necessidades e os recursos espirituais dos seus doentes e, consequentemente, o cuidado espiritual corre o risco de ser negligenciado ou implementado de forma arbitrária e mais ou menos autodidata.<sup>4</sup>

A espiritualidade é um conceito multidimensional, integrado no corpo e na mente. As crenças espirituais nem sempre refletem uma religião organizada, mas sim uma filosofia pessoal de vida. Ou seja, todas as pessoas são seres espirituais e têm necessidades espirituais que devem ser abordadas nos seus cuidados de saúde.<sup>3</sup>

A dimensão espiritual dos pacientes é conhecida por ter impacto na tomada de decisões no fim de vida.<sup>3</sup> Nos últimos anos, a espiritualidade tem sido reconhecida por investigadores, profissionais de saúde, doentes e famílias como um recurso importante para enfrentar o *stress* que acompanha a doença terminal e o processo de morrer, sendo um

recurso protetor perante o sofrimento em situação de final de vida.<sup>5-7</sup> Altos níveis de bem-estar espiritual têm sido associados a melhorias na qualidade de vida, na aceitação da doença e do diagnóstico, na capacidade de lidar com os sintomas, na proteção contra a depressão, desesperança e desejos de antecipação da morte.<sup>3,7</sup> Muitos estudos revelam também a presença de elevada prevalência de sinais de angústia associados à ansiedade e à depressão dos doentes seguidos em CP. Estes estados representam os sintomas psicológicos mais comuns nestes doentes, existindo consenso de que a ausência de sintomatologia depressiva e ansiosa são dois dos melhores indicadores de bem-estar emocional na situação de fim de vida.<sup>6</sup> Desta forma, torna-se essencial o apoio espiritual dos doentes em CP, assim respeitando a dignidade, a autonomia e o processo de morte de cada indivíduo.<sup>3</sup>

Medir a espiritualidade na prática clínica e na investigação representa um desafio importante devido à complexidade dos elementos e definições envolvidas.<sup>7</sup> O interesse na abordagem espiritual e a necessidade de nos dotarmos de recursos para a sua avaliação levou a que nos últimos anos fossem desenvolvidos vários instrumentos para avaliação da espiritualidade em CP, no entanto, neste contexto estes instrumentos apresentam vários problemas.<sup>7</sup> Um dos principais prende-se com o facto de a informação acerca das suas propriedades psicométricas ser escassa.<sup>4</sup> Apesar de existir consenso no que concerne à necessidade de avaliar a espiritualidade dos doentes, pouco ou nada é sabido acerca das propriedades dos instrumentos usados para tal. A literatura também refere a existência de um viés cultural nestes instrumentos e falta de validação intercultural, porque a maior parte deles foram desenvolvidos para populações caucasianas dos EUA.<sup>4,8</sup>

Apesar do grande número de instrumentos disponíveis para avaliação da espiritualidade a nível mundial, há pouca informação relativa aos instrumentos desenvolvidos para a língua portuguesa.<sup>7</sup>

Também em Portugal a divulgação científica acerca da temática é relativamente recente e escassa, exis-

tindo alguns instrumentos para medir construtos semelhantes em contextos de saúde, mas apenas um foi especificamente desenvolvido para doentes em CP: Escala de Avaliação do Conforto Espiritual da Pessoa em Fim de Vida – versão portuguesa (ECQ-PT).<sup>9</sup> No entanto, esta escala, na sua versão original,<sup>10</sup> não foi exclusivamente desenvolvida para a avaliação da espiritualidade, avaliando outras dimensões dos doentes em fim de vida. Tendo em conta a importância de uma avaliação precisa da dimensão espiritual dos doentes em CP,<sup>9</sup> porque a espiritualidade assume uma posição determinante para o bem-estar do doente paliativo e para que este possa viver o mais ativamente possível até ao momento da sua morte,<sup>11</sup> considerámos importante o estudo de outro instrumento neste contexto. Para este trabalho, traduzimos e adaptámos culturalmente para português europeu o *Cuestionario* GES.

### **Cuestionario GES**

O *Cuestionario* GES é de origem espanhola e foi concebido em 2014 pelo Grupo de Espiritualidad (GES) da Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), sendo utilizado para explorar de forma ordenada e sistemática as possíveis fontes de satisfação ou de necessidade espiritual. Foi especialmente desenvolvido para doentes em fim de vida.<sup>8</sup> Trata-se de um hetero-questionário que se inicia com seis perguntas opcionais, abertas, para criar um espaço de intimidade e um clima de serenidade, que permitam explorar o mundo interior da pessoa de forma guiada. Seguem-se oito itens que pretendem avaliar as necessidades e ao mesmo tempo a experiência e os recursos da pessoa, mediante três dimensões espirituais: intrapessoal (necessidade de sentido e coerência), interpessoal (harmonia nas nossas relações com as pessoas que mais nos preocupam e a necessidade de nos sentirmos amados e de amar) e transpessoal (necessidade de ter esperança e de deixar um legado que vá mais além de nós mesmos). Ao apresentar o questionário de tipo Likert, de oito afirmações, pede-se ao doente que avalie em que medida se sente identificado com cada uma delas e em que grau, de menos a mais, oscilando as respostas entre 0 (“nada”) e 4 (“muito”). O objetivo da avaliação destas afirmações não é tanto procurar uma categoria para cada resposta, mas sim ir estimulando o diálogo para que, através dele, o doente possa explorar, refletir e encontrar uma resposta intuitiva que pode ser uma porta de entrada ao recurso ou à necessidade espiritual de

cada pessoa, o qual ao mesmo tempo pode ser acompanhado, aceite, reconciliado, transcendido, etc.<sup>6,8</sup>

O GES desenvolveu e validou este questionário (*Cuestionario* GES) baseado no modelo das três âncoras. Partindo deste modelo, entendemos que, como seres espirituais que somos, conectados com o nosso próprio interior, com os outros e com o transcendente, temos recursos/necessidades em cada uma destas dimensões.<sup>6,8</sup>

É uma ferramenta que ajuda o profissional a explorar a rede de relações que a pessoa construiu consigo mesma (intrapessoal), com os outros (interpessoal) e com o transcendente (transpessoal) para reconhecer os recursos e necessidades do doente e ajudá-lo a situar-se, reconciliar-se, conectar-se, aceitar e soltar.<sup>8,12</sup>

### **Objetivo**

Realizar a tradução e adaptação transcultural para português europeu do *Cuestionario* GES (instrumento que avalia recursos e necessidades espirituais e facilita a intervenção em doentes em CP) e testar as suas propriedades psicométricas.

### **Materiais e Métodos**

Realizámos o presente estudo com a finalidade de disponibilizar um instrumento validado, em português europeu, para avaliar os recursos e as necessidades espirituais de doentes em CP.

### **Tipologia de estudo**

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa, relativamente ao tipo de análise de dados,<sup>13-16</sup> no qual procedemos à tradução e adaptação transcultural do instrumento para português europeu e, posteriormente, ao estudo das suas propriedades psicométricas.

### **População/Amostra**

A população deste estudo foi constituída por todos os doentes alvo de CP em Portugal. A amostra foi do tipo não probabilística/acidental, sendo composta por doentes que cumpriam as seguintes condições:

- Ser maior de idade;
- Presença de doença em fase avançada/terminal de acordo com os critérios OMS/SECPAL em matéria de cuidados paliativos;

- Ter a capacidade para compreender medidas subjetivas (calculadas com a versão portuguesa da *Short Portable Mental Status Questionnaire*, SPMSQ<sup>17,18</sup> – Pfeiffer normal).
- Estar consciente do seu diagnóstico e prognóstico e/ou ter expresso, pelo menos ocasionalmente, a sua intuição da possibilidade de falecer (pontuação  $\geq 3$  segundo a escala de Ellershaw<sup>19</sup>).

Calculámos o tamanho mínimo da amostra, segundo Pestana e Gageiro,<sup>20</sup> em 80 doentes. No entanto, devido às dificuldades encontradas no recrutamento de participantes para o estudo, o tempo de colheita de dados não foi suficiente para a obtenção do número de doentes necessário à amostra, tendo a amostra final ficado constituída por 71 doentes. Em Portugal, a maioria dos doentes em final de vida é encaminhada para as equipas de CP em estados avançados da sua doença e, por essa razão, alguns doentes não se encontravam em condições clínicas para participar no estudo.

No que respeita à versão portuguesa da SPMSQ, encontrámos os seguintes valores: 7 doentes tiveram 0 erros, 21 doentes tiveram 1 erro e os restantes, 43 doentes, apresentaram 2 erros. Já na escala de Ellershaw, 64 doentes tiveram a pontuação 3 (“conhece o diagnóstico e os dados suficientes para colocar a possibilidade de morrer dessa doença”), e 7 a pontuação 4 (“conhece o diagnóstico e o seu prognóstico de situação terminal”).

### Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados tinha uma primeira parte para caracterização da amostra de forma a melhor conhecer o indivíduo em estudo (género, idade, estado civil, grau académico e tipologia da doença) e o local de colheita de dados (unidade de CP/equipa comunitária de suporte em CP).

Considerámos que o processo de validação de um instrumento para usar noutras culturas, línguas ou países requer um planeamento cuidadoso e a adoção de uma abordagem metodológica rigorosa e bem estabelecida.<sup>13,15,21</sup> Este processo deve agrupar um conjunto de procedimentos que garantam que a versão utilizada na cultura para que está a ser validada meça de forma apropriada (validade e fidelidade) o(s) conceito(s) em estudo, o que exige equivalência linguística, conceptual e psicométrica.<sup>21</sup> No caso deste estudo, o processo de validação do instrumento passou pelos passos que a seguir se descrevem.

### 1. Equivalência linguística e conceptual

A equivalência linguística diz respeito à equivalência das palavras utilizadas pelos dois instrumentos (original e traduzido), enquanto que a equivalência conceptual se refere à validade dos conceitos em análise e à sua interpretação nas duas culturas.

A técnica utilizada para garantir a qualidade da tradução foi a retroversão ou método inverso, tal como sintetizado na Figura 1.

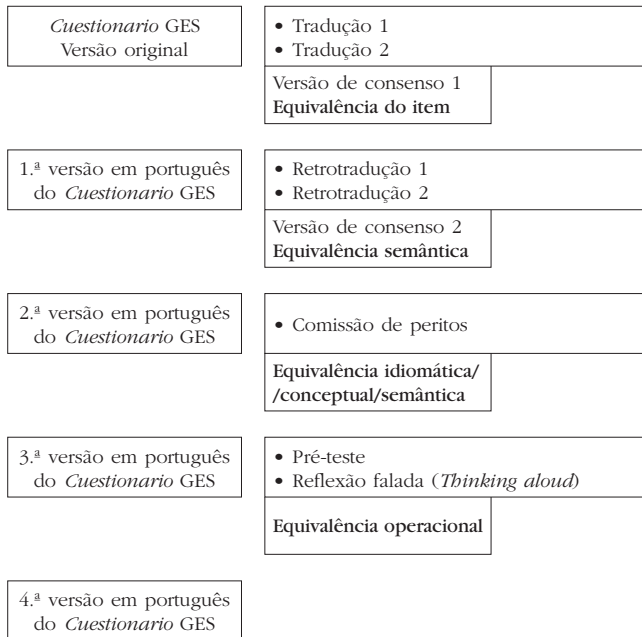
- a) Foram realizadas duas traduções independentes do questionário original, para português, por dois tradutores bilingues, cuja língua materna era a língua portuguesa, mas fluentes na língua castelhana. Os dois tradutores tinham diferentes conhecimentos, sendo que um deles tinha conhecimentos na área de estudo e o outro tradutor era conhecedor dos objetivos do estudo e tinha domínio da área de saúde. Seguiram-se alguns contactos com ambos os tradutores e responsáveis pelo estudo, de modo a obter um consenso de ambas as traduções e formular o texto final. A análise das diferenças existentes entre as duas versões das traduções foi realizada pelos investigadores do estudo. Estas traduções foram comparadas com o objetivo de garantir a equivalência semântica, resultando na 1.<sup>a</sup> versão em português do *Questionario* GES;
- b) Estando criada a primeira versão do instrumento na língua portuguesa, procedeu-se à retroversão ou retrotradução do texto para a língua castelhana, por dois novos tradutores bilingues cuja língua materna era a língua castelhana, mas fluentes na língua portuguesa. Estes desconheciam o instrumento original. Seguiram-se alguns contactos com estes últimos para, através do confronto com a versão original, avaliar a diferença entre as versões (original/tradução). O autor do instrumento original também participou nas discussões para validação do significado de cada item (equivalência semântica). Uma vez que as ambiguidades e discrepâncias existentes foram todas resolvidas, obteve-se a 2.<sup>a</sup> versão em português do *Questionario* GES;
- c) Numa terceira fase, esta segunda versão do instrumento foi submetida a uma comissão de peritos, constituída por quatro especialistas na cultura da população-alvo e nos construtos da escala, com o intuito de efetuar uma validação ao nível semântico e analisar se os itens da escala estavam corretos e sem ambiguidade. Os

peritos foram contactados via correio eletrónico, tendo expressado o seu consentimento em participar nesta comissão. Foi-lhes enviada, também via correio eletrónico, a 2.ª versão em português do *Cuestionario* GES para validação (equivalência do item: idiomática/conceptual/semântica). À comissão foi explicado o objetivo da sua avaliação e solicitado que verificassem se os conceitos utilizados eram comuns a ambas

as culturas (portuguesa e castelhana). A taxa de concordância entre peritos foi de 50% para os itens 1, 5, 6 e 8 e de 75% para os restantes. Após a análise cuidadosa das alterações e sugestões propostas pelos peritos, com novo ajuste do instrumento, resultou a 3.ª versão em português do *Cuestionario* GES;

- d) Seguiram-se o pré-teste e a reflexão falada (*Thinking aloud*) desta terceira versão do instrumento entre indivíduos cuja língua materna era a portuguesa: utilizou-se uma amostra de três participantes, com características semelhantes à população em estudo (equivalência operacional). Este procedimento decorreu na primeira semana de fevereiro de 2019 com o intuito de identificar possíveis falhas e testar: formato e aparência visual, compreensão das instruções, compreensão dos itens e adesão aos conteúdos. Este instrumento está projetado para ser aplicado por profissionais de saúde treinados, em formato de formulário. O entrevistador e os participantes não encontraram dificuldades nem dúvidas na utilização e compreensão do instrumento. O tempo médio de resposta foi de 11 minutos para todo o questionário;
- e) Assim surgiu a versão final do instrumento – 4.ª versão em português do *Cuestionario* GES – Instrumento de avaliação de recursos e necessidades espirituais e facilitação da intervenção com doentes de CP (Figura 2).

**Figura 1** – Processo de adaptação transcultural do *Cuestionario* GES



**Figura 2** – *Cuestionario* GES – versão portuguesa

PERGUNTAS ABERTAS INICIAIS PARA FACILITAR O CLIMA (optativas)				
<i>Nestes momentos, na sua situação atual...</i>				
O que é que mais o(a) preocupa?				
O que é que o(a) incomoda mais?				
O que é que o(a) ajuda mais?				
Em quê ou em quem se apoia nas situações de crise?				
O que é que o(a) faz sentir-se seguro(a), a salvo?				
O que é que as pessoas que lhe são mais significativas mais valorizam em si?				
No momento de responder ao seguinte grupo de questões, convém recordar que praticamente todas as pessoas, de uma ou de outra maneira, têm ou tiveram em maior ou menor grau distintas preocupações ou inquietudes ou capacidades semelhantes às que se vão apresentar, que nos importam e que vamos abordando ao longo da vida. Pedimos-lhe que valorize em que medida se sente identificado(a) com as seguintes afirmações (nada, pouco, bastante ou muito):				
Afirmações	Nada	Pouco	Bastante	Muito
Olhando para a minha vida, sinto-me satisfeito com o que vivi e comigo mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiz, na minha vida, o que senti que tinha de fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontro sentido para a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me querido(a) pelas pessoas que me são significativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me em paz e reconciliado com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creio que pude dar algo valioso à vida dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apesar da minha doença, ainda tenho esperança de que aconteçam coisas positivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me ligado a um ser/algo superior (à natureza, a Deus,...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Equivalência psicométrica

Na segunda etapa procedemos à equivalência psicométrica do *Questionário* GES, que consiste em realizar testes psicométricos completos da versão final do instrumento entre indivíduos da população-alvo para: rever e refinar os itens da versão final do instrumento na língua desejada; estabelecer a homogeneidade, fidelidade, validade de conteúdo e validade de construto, recorrendo a processos estatísticos, com o apoio de *softwares* estatísticos.

### Procedimentos formais e éticos de colheita de dados

Antes do início do processo de validação transcultural foi pedida autorização aos autores do instrumento original, para ser criada uma versão portuguesa do mesmo.

Depois de concluído o processo de tradução do instrumento, formalizámos o pedido de autorização para a colheita de dados em três serviços de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo (duas unidades de CP e uma equipa comunitária de suporte em CP). Os pedidos foram avaliados pelas respetivas Comissões de Ética e, após receção das autorizações, a aplicação do instrumento decorreu nos meses de fevereiro a novembro de 2019.

Durante o processo de aplicação dos questionários foi assídua a presença de um dos investigadores junto dos doentes, efetuada a sua apresentação assim como a apresentação do âmbito da investigação, numa linguagem acessível e compreensível. A aplicação dos questionários nas três instituições foi realizada na sua totalidade pelos investigadores. Solicitámos a colaboração dos doentes, dando uma explicação acerca de que consistia a sua participação e sobre o questionário, de maneira a participarem livremente e com pleno conhecimento de causa. Efetuámos o esclarecimento de todas as dúvidas existentes, antes da assinatura do termo de Consentimento Informado. Todos os doentes foram informados do seu direito de abandonar em qualquer momento a investigação, apesar de terem aceitado participar, sem necessidade de justificar o seu abandono e sem sofrerem qualquer tipo de represálias por esse motivo. Em todos os momentos foi garantida a confidencialidade de tudo o que foi dito ou questionado. Foi solicitado a cada doente que respondesse a todas as questões, conforme o explicado aquando da apresentação do âmbito da pesquisa. Os doentes que desconheciam o seu diagnóstico e/ou prognóstico não foram informados

dos mesmos pelos investigadores/entrevistadores, tendo sido excluídos deste trabalho.

Sendo um questionário que aborda questões do foro mais íntimo da pessoa, preconizámos sempre a existência de um ambiente calmo, sem a presença de outras pessoas, sem ruídos e minimizadas as perturbações a fim de se proporcionar o máximo de conforto e bem-estar ao doente durante a colheita dos dados. Respeitámos, igualmente, o ritmo e a dinâmica das unidades colaboradoras, variando, por esse motivo, o tempo de colheita de dados.

Uma vez que as autorizações para a colheita de dados de algumas instituições não foram céleres, necessitámos de prorrogar o período de colheita de dados previsto inicialmente, não tendo sido, ainda assim, possível reunir o tamanho da amostra calculado no início do estudo.

### Processamento dos dados

A análise estatística foi do tipo descritiva. Para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento foram utilizados os *softwares* informáticos SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 24, SPSS Amos, versão 26 e R, versão 3.6.1.

Há diversos critérios para avaliar a fidelidade dos instrumentos de medida. Inicialmente, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, de acordo com o processo adotado pelos autores originais do instrumento.<sup>8</sup> Posteriormente, uma vez que o modelo encontrado não apresentava robustez, foi também realizada uma análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais, com rotação *varimax*.

A análise fatorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever. Pressupõe a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (fatores), que expressam o que existe de comum nas variáveis originais. A análise fatorial pode ser exploratória, quando trata da relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo, ou confirmatória, quando compara os resultados obtidos com os que constituem a teoria.<sup>20</sup> A análise fatorial confirmatória tem como objetivo confirmar se as mesmas perguntas do questionário continuam a formar os mesmos construtos do estudo. Isto porque, devido à tradução, uma ou mais variáveis podem já não estar relacionadas com as demais

variáveis dos seus respetivos construtos. É uma abordagem que permite verificar se as variáveis estão, realmente, associadas aos seus respetivos fatores pressupostos.

Neste trabalho foram calculadas duas estimativas da fiabilidade do item: 1) estimando o peso/carga dos fatores (*loadings*) da análise fatorial confirmatória, e 2) correlacionando cada item com uma variável subjacente ou conceito com o qual está teoricamente e empiricamente relacionado. Estas variáveis subjacentes ou conceitos não são diretamente medidas e designam-se de fatores comuns ou variáveis latentes. Portanto, a fidelidade do instrumento de medida foi avaliada usando o alfa de Cronbach e os coeficientes *rho* e o *glb* (*greatest lower bound*).

O alfa de Cronbach é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre o instrumento de medida utilizado e outros instrumentos de medida hipotéticos do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma coisa. Varia entre 0 e 1, sendo que valores <0,6, são inadmissíveis, inviabilizando o seu uso.<sup>20</sup>

Vários autores defendem a utilização de um conjunto de índices para avaliar o ajuste do instrumento de medida.<sup>8,22,23</sup> São eles: 1) o teste de ajustamento do Qui-quadrado e respetivos graus de liberdade, 2) o Índice de qualidade de ajustamento (*Goodness-of-Fit Index*, GFI), 3) o Índice de ajustamento comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI) e, finalmente, 4) a Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA).

O teste de Qui-quadrado que, se não estatisticamente significativo, deve ser interpretado como indicativo de adequação do modelo e do GFI,<sup>8,24</sup> varia entre 0 e 1, com modelos considerados adequados quando o GFI excede 0,9. O GFI é considerado o melhor índice absoluto de desempenho.<sup>8,25</sup> O CFI, uma das taxas relativas de maior uso e melhor desempenho,<sup>8,23</sup> também varia entre 0 e 1, com um valor de 0,9 considerado como o mínimo necessário para defender o modelo<sup>8,26</sup> e, finalmente, o RMSEA, cujos valores inferiores a 0,08 indicam um modelo razoável, enquanto 0,05 indica um bom ajustamento.<sup>8,27</sup> O intervalo de confiança a 90% do RMSEA também foi incluído, com intervalos incluindo 0,05 indicativos de bom ajustamento.<sup>8,28</sup>

## Resultados

### Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Apresentamos as características sociodemográficas e clínicas da amostra na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n=71)

	F	f	me	ampIQ
Género	Feminino	36	50,7	
	Masculino	35	49,3	
Idade			76	19
Estado civil	Solteiro(a)	10	14,1	
	Casado(a)/União de facto	33	46,5	
	Divorciado(a)/ /Separado(a)	7	9,9	
	Viúvo(a)	21	29,6	
Grau de escolaridade	Analfabeto	6	8,5	
	1.º Ciclo	37	52,1	
	2.º Ciclo	7	9,9	
	3.º Ciclo	4	5,6	
	Ensino Secundário	8	11,3	
	Ensino Profissional	4	5,6	
	Licenciatura	3	4,2	
Tipologia da doença	Mestrado/Doutoramento	2	2,8	
	Oncológica	63	88,7	
	Não oncológica	8	11,3	

*m<sub>e</sub>* - mediana; *ampIQ* - amplitude interquartilica.

### Caracterização do local de colheita de dados

A amostra foi obtida em três serviços de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo: 61 doentes (85,9%) em unidades de CP e 10 doentes (14,1%) numa equipa comunitária de suporte em CP.

### Validade de construto

Para estabelecer a validade fatorial do *Cuestionario* GES – versão portuguesa, inicialmente foi realizada uma análise fatorial confirmatória, de acordo com o processo adotado pelos autores originais do instrumento.<sup>8</sup>

Pela sua análise conclui-se que nenhum dos índices suporta a estrutura do instrumento. O Índice de qualidade de ajustamento (*Goodness-of-Fit Index*, GFI) é o índice que mais se aproxima ao valor obtido pelos autores do instrumento original,<sup>8</sup> ainda

**Tabela 2** – Modelo de Ajustamento Global

Qui-quadrado	df	p	GFI	CFI	RMSEA	IC90% RMSEA
40,911	17	0,001	0,876	0,768	0,142	0,086-0,198

df = graus de liberdade; p = sig; GFI = Goodness-of-Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC = Intervalo de Confiança.

**Tabela 3** – Matriz de arrumação dos fatores

Item	Fator			Comunalidade
	1	2	3	
	Interpessoal	Transpessoal	Intrapessoal	
Item 1		0,333	0,793	0,755
Item 2			0,794	0,713
Item 3		0,708	0,393	0,657
Item 4	0,790			0,677
Item 5	0,830			0,707
Item 6	0,603			0,455
Item 7		0,871		0,771
Item 8	0,391	0,432	-0,310	0,436
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	2,499	1,633	1,040	
Variância explicada	31,232	20,418	12,995	

Método de extração: análise dos componentes principais

Método de rotação: varimax

assim abaixo do expectável para se considerar um bom desempenho (GFI=0,876 versus GF1=0,942) (Tabela 2).

Posteriormente, e dada a análise fatorial confirmatória não suportar a estrutura do instrumento de medida, realizámos a análise fatorial exploratória pelo método dos componentes principais, com rotação de *varimax*. Utilizámos, especificamente, a técnica de análise dos componentes principais, a fim de verificar se as diferentes variáveis tinham o mesmo conceito-fator.<sup>20</sup> Em relação ao método de rotação utilizado na análise dos componentes principais, optámos pela rotação de *varimax*, uma vez que minimiza o número de variáveis com cargas fatoriais elevadas num fator, obtendo uma solução na qual cada componente principal se aproxima de +1, no caso de associação entre ambos, ou de 0, no caso de ausência de associação.<sup>20</sup>

Com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Bartlett, procurámos medir a adequação ao modelo fatorial. O teste de KMO, com um valor igual a 0,595, indica que há uma má correlação entre as variáveis do *Cuestionario* GES (versão portuguesa), mas aceitável. O teste de esfericidade de Bartlett, com um valor igual a 124,637, indica que há uma probabilidade <0,001 de que os resultados sejam devidos ao acaso, o que revela um nível de significância estatisticamente significativo.

Ao realizar este procedimento, foram retidos os fatores que apresentam valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1 (critério de Kaiser) e selecionados os fatores com carga fatorial superior a 0,30 (Tabela 3).

Tal como sucedeu no processo de validação da versão original encontrámos três fatores que explicam 64,6% da variância. No entanto, o modelo encontrado no presente estudo não divide os itens da mesma maneira que a versão original, agrupando-os da seguinte forma: Fator 1 (itens 4, 5 e 6), Fator 2 (itens 7 e 8) e Fator 3 (itens 1, 2 e 3). O primeiro fator integra os itens que traduzem a espiritualidade interpessoal (relação com os outros e com o ambiente social, aspirando à harmonia e à comunicação). O fator 2 integra itens que correspondem à espiritualidade transpessoal (relação com o desconhecido, o mistério, Deus, ou um poder maior do que nós). O terceiro fator integra itens que traduzem a espiritualidade intrapessoal (conexão consigo mesmo, aspirando a coerência e o sentido).<sup>8,12</sup>

Verificámos que o item 3 (“Encontro sentido para a minha vida”) apresenta maior carga fatorial para o fator 2 que para o fator 3. Contudo, considerámos que este item está mais relacionado com a espiritualidade intrapessoal que com a transpessoal, razão pela qual decidimos agrupar o item no fator 3.

A análise dos dados da Tabela 3 evidencia ainda, quanto ao item 8 [“Sinto-me ligado a um ser/algo

superior (à natureza, a Deus,...)”, que, apesar de apresentar uma maior correlação com a dimensão a que pertence, a magnitude dessa diferença é pequena, como já tinha sido identificado na análise fatorial. Apesar desta evidência, a manutenção deste item no instrumento de medida decorre da relevância das crenças e da fé na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença terminal e também como recurso a utilizar para enfrentar esse mesmo sofrimento.

Com estes resultados obtidos a validade de construto não fica assim demonstrada neste estudo e com este tipo de análises, no entanto, face à organização lógica dos itens proposta pelos autores, optámos por manter a estrutura original e estudar a sua consistência interna.

### Fidelidade

A partir da análise da estrutura original da escala calculámos o alfa de Cronbach, uma vez que este permite avaliar a homogeneidade entre os itens da escala (consistência interna).

À semelhança do que foi realizado pelos autores do instrumento original, também calculámos os valores *rho* e *glb*, tendo sido encontrados os seguintes valores:  $\alpha$ -Cronbach=0,645, *rho*=0,618 e *glb*=0,830. Verificámos que são valores aceitáveis dado o número de itens e o tamanho reduzido da amostra, no entanto são indicadores que a escala tem fidelidade fraca para a população em estudo.

Na Tabela 4 apresentamos a estatística descritiva, valor  $\alpha$  se o item for eliminado e os coeficientes de correlação linear *r* de Pearson. Estes últimos coeficientes medem a associação linear entre as variáveis. Daqui concluímos que os coeficientes de correlação de *Pearson* são adequados para itens do mesmo fator, mas não são sempre significativamente

estatísticos quando itens de diferentes fatores se correlacionam.

### Discussão

Atualmente existem inúmeras definições de espiritualidade, assim como diversos estudos que permitem um maior desenvolvimento no campo da investigação desta temática.<sup>11</sup>

A dimensão espiritual dos pacientes é conhecida por ter impacto na tomada de decisões no fim de vida.<sup>3</sup> Nos últimos anos, a espiritualidade tem sido reconhecida por investigadores, clínicos, doentes e famílias como um recurso importante para enfrentar o *stress* que acompanha a doença terminal e o processo de morrer, sendo um recurso protetor perante o sofrimento em situação de final de vida.<sup>5,6</sup>

Existe, atualmente, uma necessidade emergente de consenso no que respeita à definição e avaliação da espiritualidade no contexto de CP. Neste sentido, foram desenvolvidos alguns instrumentos para serem utilizados especificamente em doentes de CP, mas apenas alguns deles parecem clinicamente úteis e aplicáveis.<sup>8</sup>

Sendo a espiritualidade uma necessidade dos doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, que se encontram em contexto de CP, o facto de não existir em Portugal nenhum instrumento que avalie, exclusivamente, os recursos e as necessidades espirituais nesta população fez com que este trabalho fosse realizado.

No decorrer do processo de validação do instrumento surgiram algumas questões relacionadas com as características psicométricas e a distribuição dos itens por fatores. No entanto, considerou-se que é um instrumento pequeno e de rápida e fácil utilização, tornando-o mais aceitável junto da população clínica.

**Tabela 4** – Fidelidade dos fatores originais

Item	Média	s	$\alpha$ se item eliminado	Coeficientes de correlação de Pearson							
				Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	
Item 1	2,76	0,819	0,565	—							
Item 2	2,75	0,691	0,603	0,548*	—						
Item 3	2,59	1,036	0,580	0,422*	0,212†	—					
Item 4	3,61	0,621	0,619	0,177	0,263†	0,168	—				
Item 5	3,65	0,612	0,625	0,172	0,225†	0,040	0,607*	—			
Item 6	3,42	0,647	0,604	0,221†	0,307*	0,133	0,350*	0,309*	—		
Item 7	2,54	0,954	0,637	0,276†	-0,051	0,514*	-0,097	-0,089	0,184	—	
Item 8	3,41	0,919	0,666	0,075	0,098	0,088	0,036	0,132	0,138	0,106	—

s = desvio padrão;  $\alpha$  = alfa de Cronbach; \*p<0,01; †p<0,05

Analisados os dados e estudadas as propriedades psicométricas do instrumento, verificamos que a versão portuguesa do instrumento apresenta um alfa de Cronbach inferior ao da versão original ( $\alpha=0,645$  versus  $\alpha=0,720$ ), o mesmo se verificando com o valor *rho* ( $rho=0,618$  versus  $rho=0,783$ ).<sup>8</sup> No que respeita ao número de participantes, a versão original diferencia-se do presente estudo, tendo apresentado uma maior amostragem ( $n=108$ ). Talvez as diferenças obtidas entre os dois estudos possam advir deste facto. Também o facto de a amostra do estudo original ter sido obtida a partir da participação de 15 unidades de saúde distribuídas por toda a Espanha, ao contrário do presente estudo, que apenas teve a participação de três unidades de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, pode ter contribuído para essas diferenças. Outro fator que também pode ter ajudado para as diferenças entre os estudos prende-se com a tipologia das unidades de saúde participantes. Na versão original a participação de unidades de CP e equipas comunitárias de suporte em CP foi similar (47,5 e 36,4%, respetivamente), enquanto que no presente estudo foi de 85,9 e 14,1%, respetivamente. Além disso, no estudo original participaram equipas intra-hospitalares de suporte em CP e lares, o que não aconteceu neste estudo.

No que concerne às restantes características da amostragem, ambos os estudos foram bastante similares, nomeadamente na distribuição por géneros (apresenta distribuição homogénea nos dois estudos), na idade, no estado civil e na tipologia da doença. Apesar de, no estudo original, a amostra não ter sido caracterizada quanto ao seu grau académico, consideramos importante fazê-lo no presente estudo, uma vez que há autores que referem que na análise da espiritualidade e do cuidado espiritual há que ter em conta a influência não só do género, como também do grau académico.<sup>11,29</sup>

Como todos os estudos, este também apresentou limitações. Uma das mais relevantes tem a ver com o processo de validação transcultural para a população-alvo deste estudo. Como dito anteriormente, teria sido importante este processo de validação, associado a uma validação de construto. Para robustecer este trabalho, era imperativo podermos replicar o processo de validação utilizado pelos autores originais do instrumento, com o recurso à análise fatorial confirmatória. No entanto, por esta não suportar a estrutura do instrumento de medida, realizámos a análise fatorial exploratória, não utilizada no processo de validação original.

Outra limitação importante prende-se com o facto de não termos utilizado outra escala para a validação de critério, bem como da consistência (estabilidade). Neste último caso, a explicação está na evolução clínica que estes doentes têm, a maioria deles apresentando um mau prognóstico a curto prazo.

No que respeita à análise da fidelidade do *Questionário* GES – versão portuguesa, podemos afirmar que o instrumento de medida evidenciou um nível de consistência interna fraco. Ainda assim, parece adequar-se em termos de validade de conteúdo, tendo em conta o processo de equivalência linguística desenvolvido e a concordância conceptual entre a comissão de peritos.

Não obstante os esforços realizados, não foi possível obter a participação de mais unidades de CP do país para este estudo, nomeadamente equipas comunitárias de suporte em CP e equipas intra-hospitalares de suporte em CP, o que veio a constituir uma limitação importante na constituição da amostra e, por conseguinte, para o estudo. Outro fator importante, que também contribuiu para a reduzida amostra deste estudo, foi o facto de muitos doentes das unidades de CP participantes serem referenciados às mesmas apresentando estados de deterioração avançada não só física, como também psicológica e mental, inviabilizando a sua participação no mesmo.

## Conclusão

Todo o instrumento de medida deve ser validado para reproduzir resultados fiáveis. A utilização de um instrumento validado ajuda os profissionais a obterem resultados que permitem evitar falsas interpretações.<sup>15</sup> Neste estudo seguimos as etapas de validação do instrumento original, apesar de algumas delas não poderem ter sido replicadas.

Podemos assim concluir que, à exceção do processo de validação transcultural, os objetivos do estudo foram atingidos e que a versão portuguesa do *Questionário* GES pode ser utilizada para avaliar os recursos e as necessidades espirituais e facilitar a intervenção em doentes de CP.

Constitui, por isso, uma mais valia não só para o estudo da espiritualidade, como também para a prática clínica e para a qualidade dos cuidados de saúde.


No entanto, e apesar de os resultados obtidos no presente estudo permitirem a utilização da versão portuguesa deste instrumento de medida e, consequentemente, a continuidade da investigação neste

âmbito, seria desejável que o estudo fosse replicado em amostras mais amplas e diversificadas, de modo a garantir e consolidar as propriedades psicométricas do instrumento.

Este estudo poderá constituir um incentivo à realização de futuros trabalhos com os doentes de CP e as suas famílias. Também deixa transparecer a utilidade de instrumentos de avaliação curtos, tendo em conta as características clínicas e condições particulares das pessoas em fim de vida.

Tal como no estudo original, também neste não realizámos uma avaliação do impacto terapêutico direto do questionário, nem uma avaliação formal das perceções sobre o benefício clínico desta avaliação, algo que, de futuro, seria importante realizar. Seria também importante avaliar o impacto deste instrumento na trajetória do sofrimento de cada doente e na qualidade da sua experiência de final de vida.

Ainda assim, há que ter em conta que este instrumento deve ser um guia para facilitar os cuidados e não um instrumento de medição. No cuidado espiritual, que é o objetivo final de todo este trabalho, a maturidade espiritual do profissional de saúde que aplica o questionário é, provavelmente, mais importante que as próprias perguntas.<sup>8</sup>

O mesmo instrumento, quando aplicado a outras pessoas noutras circunstâncias e noutras instituições, poderá fornecer resultados diferentes, mas pensamos ter contribuído para a consciencialização da importância da dimensão espiritual no cuidado a doentes de CP, enquanto sensibilizámos alguns profissionais de saúde para a necessidade da sua avaliação. 

### Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses relacionado com o presente trabalho.

### Financiamento

Este projeto não recebeu qualquer apoio financeiro.

### Agradecimentos

Agradecemos a todas as unidades envolvidas na colheita de dados e a todos os participantes deste estudo.

O presente estudo foi realizado com o apoio do Grupo de Espiritualidad da SECPAL na pessoa da Dra. Amparo Oliver.

## Referências

1. WHO. National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines 2nd edition. [Internet]. Health (San Francisco). 2002 [citado 2019 fev 17]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>
2. Mendes AP. Cuidados Paliativos: Diagnóstico e intervenção espiritual. 2.ª edição. Lisboa: Multinova; 2016.
3. Nunes R, Rego F, Rego G. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. Coimbra: Edições Almedina; 2018.
4. Nissen RD, Falkø E, Viftrup DT, Hvidt EA, Søndergaard J, Büsling A, et al. The catalogue of spiritual care instruments: A scoping review. Religions [Internet]. 2020;11(5):252. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/11/5/252>
5. Galiana L, Oliver A, Benito E, Sansó N. Cuestionarios de atención espiritual en cuidados paliativos: Revisión de la evidencia para su aplicación clínica. Psicooncología. 2016.
6. Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. Med Paliativa. 2015.
7. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Vallada H. Aferindo espiritualidade e religiosidade na pesquisa clínica: Uma revisão sistemática dos instrumentos disponíveis para a língua Portuguesa. Sao Paulo Med J [Internet]. 2013 [citado 2021 jun 22];131(2):112–22. Disponível em: <http://www.bireme.br>
8. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, et al. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2014.
9. Pinto SMO, Berenguer SMAC, Amado JCA, Kolcaba K. Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients. Porto Biomed J [Internet]. 2016 [citado 2021 jun 23];1(4):147–52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>
10. Kolcaba K. Comfort Line [Internet]. 2010 [citado 2021 jun 27]. Disponível em: <https://www.thecomfortline.com/end-of-life-care>
11. Martins A, Pinto S, Caldeira S, Pimentel F. Translation and adaptation of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in portuguese palliative care nurses. Rev Enferm Ref. 2015.
12. Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. 2014.
13. Sousa VD, Rojjanasirirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000.
15. Barbosa A. Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa; 2012.
16. Hilton A, Skrutkowski M. Translating instruments into other languages: Development and testing processes. Cancer Nurs. 2002.
17. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. J Am Geriatr Soc. 1975.
18. Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2008.
19. Ellershaw JE, Peat S j., Boys L c. Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. Palliat Med. 1995.
20. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. 6.ª edição (edição revista e aumentada). 5.ª edição revista e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
21. Rego A. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. Cad Saúde. 2008.

22. Hoyle RH. The Structural Equation Modeling Approach. Basic Concepts and Fundamental Issues. *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*. 1995.
23. Tanaka JS. Multifaceted conception of fit in structural equation models. In: *Testing Structural Equation Models*. 1993.
24. Joreskog K, Sorbom D. LISREL VI: Analysis of Linear Structural Relationships by Maximum Likelihood, Instrumental Variables, and Least Squares Methods. *Analysis*. 1986.
25. Hoyle RH, Panter AT. Writing about structural equation models. In: *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. 1995.
26. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull*. 1980.
27. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res*. 1992.
28. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling Third Edition. *Structural Equation Modeling*. 2011.
29. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev*. 2008.