

Adaptação cultural e validação da *Underwood's Daily Spiritual Experience Scale* — versão brasileira

CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE UNDERWOOD'S DAILY SPIRITUAL EXPERIENCE SCALE-BRAZILIAN VERSION

ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN DE LA UNDERWOOD'S DAILY SPIRITUAL EXPERIENCE SCALE-VERSIÓN BRASILEÑA

Miako Kimura¹, Acácia Lima de Oliveira², Lina Sayuri Mishima³, Lynn G. Underwood⁴

RESUMO

Este estudo objetivou adaptar culturalmente e analisar as propriedades psicométricas da versão brasileira da *Underwood's Daily Spiritual Experience Scale* (DSES). A adaptação seguiu as etapas internacionalmente recomendadas e a versão adaptada manteve equivalência com a original, após ajustes na redação de cinco itens. Na aplicação a 179 pacientes médico-cirúrgicos mostrou evidências de consistência interna (alfa de Cronbach=0,91), estabilidade temporal (ICC=0,94 no teste e reteste) e validade de construto convergente, na correlação com a subescala Religiosidade Intrínseca do instrumento DUREL ($r=0,56$; $p<0,001$). A análise fatorial exploratória extraiu três componentes, explicando 60,5% da variância do total. A versão brasileira da DSES apresenta evidências de confiabilidade e validade junto a pacientes hospitalizados. São necessários mais estudos para confirmar a sua composição fatorial e testar a sua aplicabilidade em diferentes populações.

DESCRIPTORIOS

Psicometria
Espiritualidade
Religião
Questionários
Estudos de validação

ABSTRACT

This study aimed to perform the cultural adaptation and analyzing the psychometric properties of the Brazilian version of the *Underwood's Daily Spiritual Experience Scale* (DSES). The adaptation followed the internationally recommended procedures and the adapted version maintained equivalence to the original after wording adjustments in five items. In the application to 179 medical-surgical patients it was found evidences of internal consistency (Cronbach's alpha=0.91), test-retest reliability (ICC=0.94) and convergent validity, correlating with the Intrinsic Religiosity subscale of the Duke Religious Index — DUREL ($r=0.56$, $p<0.001$). Exploratory factor analysis extracted three principal components explaining 60.5% of the total variance. The DSES-Brazilian version shows evidences of reliability and validity among hospitalized patients. Further studies are needed to confirm its factor composition and to test its applicability in different populations.

DESCRIPTORS

Psychometrics
Spirituality
Religion
Questionnaires
Validation studies

RESUMEN

Este estudio objetivó adaptar culturalmente y analizar las propiedades psicométricas de la versión brasileña de la *Underwood's Daily Spiritual Experience Scale* (DSES). La adaptación cultural siguió los pasos metodológicos internacionalmente recomendados y la versión adaptada se ha mantenido equivalente con la original, después de ajustes en la redacción de cinco ítems. En la aplicación en 179 pacientes médico-cirúrgicos mostró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach=0,91), estabilidad temporal (CCI=0,94 en el test-retest) y validez convergente, en la correlación con la subescala Religiosidad Intrínseca del instrumento DUREL ($r=0,56$; $p<0,001$). En el análisis factorial exploratorio se han obtenido tres componentes que explican el 60.4% de la varianza total. La DSES-versión brasileña muestra evidencias de fiabilidad y validez entre pacientes hospitalizados. Se necesitan más estudios para confirmar su composición factorial y testar su aplicabilidad en diferentes poblaciones.

DESCRIPTORIOS

Psicometría
Espiritualidad
Religiión
Cuestionarios
Estudios de validación

¹ Enfermeira. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mikimura@sp.br ² Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. limoliver@usp.br ³ Graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq-USP. ⁴ Médica. Doutora em Epidemiologia do Câncer pela Queen's University, UK. Ex-Professora do Hiram College, Ohio, USA, Center for Literature, Medicine and Biomedical Humanities. lynnunderwood@researchintegration

INTRODUÇÃO

A espiritualidade e a religiosidade têm sido reconhecidas na literatura como recursos que ajudam as pessoas a enfrentar as adversidades do dia a dia e os eventos estressantes e traumáticos, como os relacionados aos processos de adoecimento e hospitalização⁽¹⁾. São consideradas pela Organização Mundial de Saúde como componentes do conceito de qualidade de vida⁽²⁾ e, em diversos estudos, estiveram associadas à melhor saúde física e mental⁽³⁾.

Uma revisão de mais de mil pesquisas incluídas na importante obra *Handbook of Religion and Health*⁽³⁾ mostrou que a grande maioria dos estudos aponta para um efeito benéfico das crenças e práticas religiosas/espirituais sobre diversos indicadores de saúde, como, por exemplo, melhor função imunológica, melhor controle da pressão arterial, menor estresse e depressão, maior suporte social, menor uso de álcool e outras substâncias, menor uso de serviços de saúde, maior nível de bem-estar, esperança e otimismo.

Por outro lado, expressões de religiosidade e espiritualidade caracterizadas como menos saudáveis e até patológicas podem conduzir a resultados prejudiciais à saúde de pessoas e comunidades. Citam-se como exemplos a dependência da religião e o conformismo interferindo no pensamento racional e crítico, o fanatismo, o asceticismo, as mortificações e o tradicionalismo opressivo, os conflitos religiosos e existenciais, que se manifestam em sentimentos de punição, culpa, raiva, abandono⁽⁴⁾. Pesquisadores do tema alertam sobre a necessidade de identificar as diferentes formas de expressão e usos da religiosidade e espiritualidade que podem conduzir a benefícios ou prejuízos à saúde⁽⁴⁻⁵⁾.

No estudo da religiosidade e da espiritualidade uma grande dificuldade é estabelecer distinções claras entre conceitos tão complexos e sobrepostos. A religiosidade é entendida como a extensão na qual o indivíduo se envolve com um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos compartilhados por uma comunidade e destinados a facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder maior ou verdade/realidade última). Já a espiritualidade refere-se à busca pessoal de respostas para questões fundamentais sobre a vida, seu significado e propósito, e a relação com o sagrado ou o transcendente que pode (ou não) ser experimentada no contexto de uma religião específica⁽³⁾. A religiosidade e a espiritualidade são consideradas conceitos independentes, mas relacionados, uma vez que a espiritualidade pode se manifestar no contexto de um sistema religioso, assim como a religiosidade envolve experiências espirituais.

Em geral, a religiosidade tem sido avaliada em relação à afiliação, à prática religiosa ou à frequência a cultos, porém essas estratégias são limitadas para o estudo de uma

variável tão complexa⁽²⁾. O mesmo pode ser dito quanto às formas de medida da espiritualidade, não havendo, até o momento, um instrumento consensualmente aceito.

Para avaliar a dimensão religiosa/espiritual são necessários instrumentos que sejam, ao mesmo tempo, de fácil aplicação e que contemplem aspectos relevantes das diferentes crenças e práticas religiosas e espirituais⁽²⁾. São poucos os instrumentos com essas características e os que se encontram disponíveis na literatura foram desenvolvidos principalmente em países de língua inglesa. A aplicação desses instrumentos em culturas diferentes das originárias pressupõe a necessidade de submetê-los aos procedimentos de adaptação cultural e validação⁽⁶⁾.

Pesquisas sobre a dimensão religiosa/espiritual no contexto da assistência à saúde no Brasil são de grande importância, considerando o alto nível de religiosidade da população⁽⁷⁾ e os seus potenciais efeitos, positivos ou negativos, sobre indicadores de saúde.

Visando contribuir para a ampliação do conhecimento nessa área de investigação, este estudo propõe-se disponibilizar, no Brasil, um instrumento internacionalmente reconhecido para mensurar as experiências espirituais na vida diária das pessoas. A *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES), desenvolvida por Lynn Gordon Underwood⁽⁸⁾, é considerada uma das mais significativas inovações recentes na conceptualização e na medida da religiosidade/espiritualidade⁽¹¹⁾ e será o objeto de análise no presente estudo.

O desenvolvimento da DSES baseou-se em fontes da teologia, da religião e das ciências sociais, na revisão de instrumentos disponíveis e em entrevistas com pessoas de vários países e culturas, com diferentes perspectivas religiosas e não religiosas e variadas características quanto ao gênero, idade, nível socioeconômico e educacional⁽⁸⁾.

O instrumento foi concebido como uma medida de *religiosidade/espiritualidade*, considerando ambos os conceitos como círculos sobrepostos⁽⁹⁻¹⁰⁾. Inclui uma ampla variedade de experiências que podem ser encontradas em diversas tradições religiosas e espirituais e busca avaliar a natureza e a profundidade dessas experiências. Experiências espirituais são definidas como sentimentos e emoções em relação ao divino ou ao transcendente, como expressões de religiosidade/espiritualidade não centradas em crenças ou comportamentos de uma doutrina religiosa/espiritual específica⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A DSES avalia a frequência com que as pessoas vivem, no seu cotidiano, experiências como a sensação da presença de Deus, fortaleza e conforto na religião ou na espiritualidade, conexão com a vida de modo geral, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior, gratidão por

Para avaliar a dimensão religiosa/espiritual são necessários instrumentos que sejam, ao mesmo tempo, de fácil aplicação e que contemplem aspectos relevantes das diferentes crenças e práticas religiosas e espirituais.

bênçãos e desejo de proximidade com Deus⁽⁸⁻¹⁰⁾. Alguns dos seus itens incluem a palavra *Deus* (itens teístas), enquanto outros usam linguagem secular ou não teísta. Nos itens teístas, os respondentes que não se sentirem confortáveis com a palavra *Deus* são instruídos a substituí-la por outra que signifique o divino ou o sagrado para eles. Dessa forma, o instrumento é aplicável a respondentes não religiosos, inclusive ateus e agnósticos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Após devidamente adaptada e testada em suas propriedades psicométricas, espera-se que a DSES seja um instrumento útil para a pesquisa e a prática da enfermagem, no contexto da assistência integral à saúde da nossa população.

OBJETIVOS

- Traduzir para o português brasileiro e adaptar culturalmente o instrumento Daily Spiritual Experience Scale (DSES).
- Avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento DSES culturalmente adaptado, aplicado a pacientes em unidades médico-cirúrgicas.

MÉTODO

A DSES é composta por 16 itens e é considerada uma medida unidimensional, embora os itens sejam agrupáveis em teístas e não teístas⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Os 15 primeiros itens estão dispostos em uma escala do tipo Likert, com pontuações variando de 1 (*muitas vezes ao dia*) a 6 (*nunca ou quase nunca*). O item 16 *Em geral, quanto você se sente próximo de Deus?* é respondido numa escala de 4 pontos (de 1 = *nada próximo* a 4 = *tão próximo quanto possível*). O escore do item 16 deve ser invertido para manter a mesma direção dos demais itens. O escore total é obtido pela soma das pontuações dos 16 itens, podendo variar de 16 a 94. Menores pontuações refletem maior frequência de experiências espirituais⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Numa visão geral das publicações relacionadas ao instrumento⁽¹⁰⁾, observa-se que a DSES tem demonstrado altos níveis de confiabilidade, com coeficientes alfa de Cronbach sempre acima de 0,90, com predominância de estudos confirmando a unidimensionalidade. As experiências espirituais diárias foram significativamente correlacionadas com diversas variáveis psicossociais, como ansiedade, depressão, estresse, suporte social e qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

A autorização para o uso da DSES no Brasil foi concedida pela autora do instrumento, Dra. Lynn Underwood.

Adaptação cultural da DSES

O processo de adaptação cultural da DSES baseou-se em procedimentos consagrados na literatura⁽⁶⁾, incluindo

as etapas de tradução, *back translation*, avaliação por comitê de juízes e pré-teste.

A versão original foi traduzida para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues, cuja língua materna era o português. As duas traduções foram comparadas para detectar possíveis diferenças e, após os ajustes necessários, obteve-se uma única versão síntese traduzida para o português. Essa versão foi traduzida de volta para o inglês (*back translation*) por dois tradutores bilíngues, cuja língua materna era o inglês, leigos no assunto e sem conhecimento prévio do instrumento. As versões retrotraduzidas para o inglês foram analisadas e aprovadas pela principal autora da DSES original.

A seguir, um comitê de juízes foi organizado para analisar todas as versões produzidas, de forma que a tradução dos itens e das instruções fosse linguística e conceitualmente equivalente ao original e, ao mesmo tempo, compatível com o contexto cultural brasileiro. Para compor o comitê, os juízes atenderam aos seguintes critérios: ser profissional da área da saúde; ter domínio da língua inglesa; ter conhecimento sobre o processo de adaptação cultural de instrumentos; ter conhecimento sobre o tema espiritualidade e religiosidade. O comitê foi composto por cinco membros, sendo três enfermeiras, uma psicóloga e uma assistente social. Cada membro recebeu a versão original, a versão síntese em português, as versões retrotraduzidas para o inglês e um instrumento específico para o registro das avaliações de equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. Esse instrumento continha as definições de cada tipo de equivalência, bem como as instruções para o seu julgamento. Os juízes analisaram o material de forma independente em cerca de 15 dias. A concordância entre quatro dos cinco juízes (80%) foi considerada como indicador de equivalência entre os itens originais e traduzidos.

Após essa etapa, a versão resultante foi submetida a um pré-teste para avaliação da compreensibilidade dos itens. Foram entrevistados 20 pacientes de unidades médico-cirúrgicas (12 de um hospital público e 8 de um privado), não incluídos na amostra do estudo. Após o pré-teste, o instrumento adaptado foi submetido à análise das propriedades psicométricas.

Análise das Propriedades Psicométricas do Instrumento Adaptado

Local do estudo e amostra

Essa etapa do estudo foi realizada nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica de dois hospitais (um público e um privado) da cidade de São Paulo.

O tamanho da amostra foi estimado em, no mínimo, 160 pacientes, considerando que, para realizar a análise fatorial exploratória prevista neste estudo, uma proporção aceitável é de 10 observações para cada item do instrumento⁽¹²⁾. A amostra final foi composta de 179 pacientes que concordaram participar da pesquisa, assinando o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes foram selecionados por acessibilidade, mediante os seguintes critérios: ter idade mínima de 18 anos e apresentar condições físicas e mentais para responder aos instrumentos de pesquisa.

Instrumentos de coleta de dados

Os seguintes instrumentos foram utilizados neste estudo:

- Questionário sociodemográfico e clínico contendo dados sobre: idade, sexo, presença de cônjuge/companheiro, situação de trabalho, renda familiar, escolaridade, religião, tipos de prática religiosa, tipo de tratamento e diagnóstico médico de internação, doenças associadas e internação prévia.

- Versão traduzida e adaptada para o português da *Daily Spiritual Experience Scale*.

- Versão em português do *Duke Religious Index (DUREL)*⁽¹³⁾ – destina-se à avaliação da religiosidade e é constituído por três subescalas e cinco itens: um para a religiosidade organizacional (RO), um para a não organizacional (RNO) e três itens para a dimensão religiosidade intrínseca (RI). A RO refere-se à prática institucionalizada da religião, como ir à igreja, a cultos ou outros encontros religiosos; a RNO avalia o tempo dedicado a atividades religiosas privadas, como rezar, meditar, ler a Bíblia ou outros textos religiosos; e a RI avalia quanto as pessoas experimentam a presença do divino em suas vidas e se esforçam para internalizar e seguir as suas crenças religiosas⁽¹⁴⁾. Os três itens da RI formam um escore e as três subescalas (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente⁽¹³⁻¹⁴⁾. As escalas de resposta são do tipo Likert e variam de 1 a 6 nos itens da RO e da RNO e de 1 a 5 nos itens da RI. Menores valores representam maior religiosidade⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Na validação brasileira do DUREL⁽¹⁴⁾, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,73 para o total dos itens e de 0,76 para a subescala RI. Valores próximos foram encontrados na amostra do presente estudo (0,76 e 0,77, respectivamente).

Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados de julho a setembro de 2009, após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa dos dois hospitais envolvidos no estudo.

Os pacientes elegíveis para o estudo foram localizados a partir do censo diário das unidades. No primeiro contato, os pacientes eram informados sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, o caráter confidencial dos dados fornecidos e a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Os instrumentos foram aplicados mediante entrevista, em lugar privativo na unidade, e complementados por consulta ao prontuário do paciente, quando necessário. A duração média das entrevistas foi de 13 minutos (dp = 4,8).

Tratamento estatístico e análise dos dados

Os dados sociodemográficos e clínicos de natureza qualitativa foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa (porcentagem) e as variáveis contínuas foram descritas com valores de média, desvio padrão, mediana e variação mínima e máxima.

As propriedades psicométricas da versão adaptada da DSES foram analisadas quanto à confiabilidade e validade, de acordo com a Teoria Clássica dos Testes⁽¹⁵⁾.

Análise da confiabilidade

A confiabilidade da DSES foi analisada quanto à consistência interna dos itens e à estabilidade temporal. A consistência interna foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach. Valores iguais ou maiores que 0,60 foram aceitos como indicativos de consistência interna⁽¹²⁾.

A estabilidade temporal da DSES foi analisada pelo método do teste-reteste, com base nos dados de 31 pacientes (19 do hospital público e 12 do privado) nos quais foi possível aplicar o reteste. Os dados das duas avaliações foram coletados com intervalo de 14 dias e analisados pelo coeficiente de correlação intraclassa (CCI).

Análise da validade

A validade de construto do instrumento foi analisada sob dois aspectos: análise fatorial e validade convergente.

– Análise fatorial exploratória – esse método visa identificar quantos fatores ou agrupamentos de itens são necessários para explicar as intercorrelações entre os itens de um instrumento⁽¹²⁾. A DSES foi originalmente proposta como um instrumento unidimensional e, no presente estudo, a análise fatorial exploratória foi utilizada para examinar a estrutura fatorial do instrumento culturalmente adaptado.

O índice de Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett foram usados para confirmar a fatorabilidade dos dados. A seguir, o método dos componentes principais com rotação ortogonal Varimax foi utilizado na extração dos fatores, selecionando-se aqueles com autovalores (*eigenvalues*) maiores que 1. Foram retidos no fator os itens com as maiores cargas fatoriais⁽¹²⁾.

– Validade convergente – foi examinada pela correlação entre a DSES e o DUREL, com a hipótese de maior correlação da DSES com as subescalas RNO e RI que avaliam aspectos privativos e intrínsecos da religiosidade. Essa hipótese baseou-se na concepção de que a espiritualidade, quando conectada a um contexto religioso, pode expressar uma dimensão mais pessoal e intrínseca da vida religiosa⁽⁹⁾.

Para essa análise, utilizou-se a correlação linear de Spearman, em vista da distribuição não normal dos escores da DSES e do DUREL ($p=0,001$ e $p=0,003$, respectiva-

mente, no teste de Kolmogorov-Smirnov). A magnitude das correlações foi considerada pequena para coeficientes entre 0,10 e 0,29; média para valores entre 0,30 e 0,49; e grande para valores entre 0,50 e 1⁽¹⁶⁾. O nível de significância adotado foi de 5%.

O Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0 foi usado para todas as análises deste estudo.

RESULTADOS

Adaptação cultural da DSES

Após as etapas de tradução e *back translation*, o instrumento resultante foi avaliado quanto à sua equivalência com o original. Os itens 2, 7, 8 e 13 foram os que apresentaram maior discordância entre os juízes. No item 2 (*I experience a connection to all of life*), traduzido como *Eu sinto uma conexão com tudo que é vida*, três juízes sugeriram mudança dessa tradução para *Eu experiencio uma conexão por tudo o que a vida é*. No entanto, optou-se por manter a redação inicial por se considerar que ela refletia o sentido do item original, além de manter semelhança com a tradução do item em espanhol (*Siento una conexión con todo lo que es vida*), conforme observado na versão espanhola.

Para o item 13 (*I feel a selfless caring for others*) os juízes sugeriram modificar a tradução inicial (*Eu sinto carinho desinteressado pelos outros*) por *Eu sinto afeição desinteressada pelos outros* e *Eu sinto preocupação pelos outros que não é egoísta*. Considerou-se, porém, que a tradução inicial refletia melhor o sentido do item original, preservando também a semelhança com a tradução em espanhol (*Siento cariño desinteresado por otros*).

Em relação aos itens 7 (*I ask for God's help in the midst of daily activities*) e 8 (*I feel guided by God in the midst of daily activities*), o termo *in the midst*, traduzido por *em meio*, foi substituído por *durante*, acatando a sugestão dos juízes. A redação final do item 7 ficou definida como: *Eu peço ajuda de Deus durante as atividades diárias* e a do item 8 como: *Eu me sinto guiado por Deus durante as atividades diárias*.

Quanto à análise da equivalência conceitual, todos os itens alcançaram concordância mínima de 80% entre os juízes, indicando a validade de conteúdo do instrumento adaptado.

A seguir, o instrumento foi submetido a um pré-teste com 20 pacientes dos hospitais participantes da pesquisa. Os itens adaptados foram facilmente compreendidos por todos os pacientes. Contudo, algumas modificações foram sugeridas na redação dos itens 9, *Eu sinto o amor de Deus por mim de forma direta*, 12, *Eu me sinto agradecido pelas minhas bênçãos*, e 16, *Em geral, quanto você se sente perto de Deus?* Após a incorporação das sugestões, esses

itens passaram a ter as seguintes redações, respectivamente: *Eu sinto diretamente o amor de Deus por mim*, *Eu me sinto agradecido pelas bênçãos recebidas* e *Em geral, quanto você se sente próximo de Deus?*

Concluídas as etapas do processo de adaptação cultural da DSES, cinco itens (7, 8, 9, 12 e 16) tiveram pequenos ajustes na forma de redação. A seguir, a versão final do instrumento adaptado foi submetida à análise das suas propriedades psicométricas.

Análise das Propriedades Psicométricas da Versão em Português da DSES

Participaram dessa etapa do estudo 179 pacientes (90 do hospital público e 89 do privado). Os pacientes eram predominantemente mulheres (51,4%), viviam com o cônjuge ou companheiro (59,2%), tinham atividade remunerada (61,4%) e escolaridade de nível médio ou superior (66,5%), eram católicos (67,6%) e praticantes da religião (76,0%). Foram mencionados 209 tipos de práticas religiosas, dos quais 117 (56,0%) eram do tipo organizacional (frequentar a igreja, templos, centros ou outros encontros religiosos) e 92 (44,0%) eram práticas não organizacionais (rezar, meditar, praticar rituais religiosos, ler a Bíblia ou outros textos religiosos). A idade dos pacientes variou de 18 a 95 anos, com média de 53,3 anos ($dp=17,9$); a renda familiar média foi de aproximadamente R\$ 4.000,00, com ampla variação entre os valores mínimo e máximo. A maioria estava em tratamento clínico (63,1%) e já tinha pelo menos uma internação prévia (75,4%). As doenças respiratórias (17,9%) e as cardiocirculatórias (17,3%), seguidas das digestivas (16,2%), foram as principais causas de internação. O tempo de internação até o momento da entrevista variou de 1 a 59 dias, com mediana de 4 dias.

Análise da confiabilidade

O coeficiente alfa de Cronbach da DSES adaptada foi de 0,91, indicando evidência de confiabilidade para a amostra deste estudo. Numa variação possível de 16 a 94 pontos, os escores oscilaram entre o mínimo de 16 e o máximo de 88. O escore médio de 38,1 ($dp=13,6$) e a mediana de 35 pontos indicam uma frequência moderada de experiências espirituais entre os pacientes do estudo.

Os dados do teste-reteste mostraram uma correlação de grande magnitude ($ICC=0,94$ – IC 95% 0,88-0,97) e altamente significativa ($p<0,001$), indicando a estabilidade temporal da DSES adaptada.

Análise fatorial exploratória

A medida de Kaiser Meyer Olkin produziu um coeficiente de 0,91, indicando excelente adequação da amostra. O teste de esfericidade de Bartlett ($X^2=1462,376$; $p<0,001$) confirmou a fatorabilidade dos dados⁽¹²⁾.

A Tabela 1 apresenta a matriz rotacionada dos três fatores.

Tabela 1 - Itens da versão em português da DSES com as respectivas cargas fatoriais em cada fator - São Paulo, 2009.

n°	Itens	Fatores e Cargas Fatoriais		
		1	2	3
9	Eu sinto diretamente o amor de Deus por mim.	0,850	0,138	0,084
8	Eu me sinto guiado por Deus durante as atividades diárias.	0,777	0,133	-0,043
5	Eu encontro conforto na minha religião ou espiritualidade.	0,775	0,245	0,145
15	Eu desejo estar mais próximo de Deus ou em união com o divino.	0,766	0,160	0,042
4	Eu encontro forças na minha religião ou espiritualidade.	0,758	0,220	0,263
7	Eu peço a ajuda de Deus durante as atividades diárias.	0,758	0,093	0,027
12	Eu me sinto agradecido pelas bênçãos recebidas.	0,741	0,274	0,120
1	Eu sinto a presença de Deus.	0,680	0,154	0,407
3	Durante um culto religioso ou em outros momentos quando estou em conexão com Deus, eu sinto uma alegria que me tira das preocupações diárias.	0,659	0,161	0,419
6	Eu sinto profunda paz interior ou harmonia.	0,547	0,392	0,040
11	A beleza da criação me toca espiritualmente.	0,509	0,368	0,388
13	Eu sinto carinho desinteressado pelos outros.	0,198	0,741	0,009
14	Eu aceito os outros mesmo quando eles fazem coisas que eu acho que são erradas.	-0,051	0,719	0,130
16	Em geral, quanto você se sente perto de Deus?	0,328	0,546	0,00
10	Eu sinto o amor de Deus por mim, através dos outros.	0,361	0,469	0,244
2	Eu sinto uma conexão com tudo o que é vida.	0,048	0,078	0,919

A análise dos componentes principais, com critério de autovalor maior que 1, resultou numa solução de três fatores que explicam 60,5% da variância total. O autovalor do primeiro fator foi de 7,3, o do segundo fator de 1,3 e o do terceiro, de 1,1. As variâncias explicadas pelos fatores foram, respectivamente, de 45,5%, 8,3% e 6,7%. As cargas fatoriais dos itens nos respectivos fatores foram todas maiores que 0,40. Dos 16 itens, 11 tiveram maiores cargas no primeiro fator, com valores variando entre 0,51 e 0,85. O segundo fator ficou composto por 4 itens com cargas de 0,47 a 0,74 e o terceiro por apenas 1 item, cuja carga foi de 0,92.

Os coeficientes alfa de Cronbach dos fatores 1 e 2 foram de 0,93 e 0,60, respectivamente. A exclusão de itens fracamente correlacionados com o total não aumenta o valor do alfa.

Análise da validade convergente

A validade convergente da DSES foi demonstrada pelas correlações estatisticamente significativas ($p < 0,001$) e de pequena a média magnitudes (0,31 a 0,56) com os escores de religiosidade, medida pelo instrumento DUREL. A correlação da DSES foi maior com a dimensão intrínseca da religiosidade ($r = 0,56$) do que com a organizacional ($r = 0,31$), a não organizacional ($r = 0,33$) e o escore total do DUREL ($r = 0,51$).

DISCUSSÃO

O processo de adaptação cultural da DSES resultou no desenvolvimento de uma versão equivalente à original e de fácil compreensão para os sujeitos deste estudo. Já no pré-teste, os participantes não haviam referido dificuldades no entendimento das instruções e dos itens; porém, as alterações incorporadas na forma de redação de cinco itens contribuíram para melhorar a clareza e a compreensibilidade do instrumento aplicado à amostra do estudo.

Na análise psicométrica, os resultados obtidos indicam que o instrumento apresenta boas propriedades de confiabilidade e validade para avaliar as experiências espirituais cotidianas de pessoas com enfermidades diversas. A análise de fator exploratória mostrou uma composição de três fatores, diferentemente da estrutura unidimensional proposta na origem do instrumento. O coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 evidencia a consistência interna da versão brasileira da DSES. Esse resultado é comparável aos relatados em diversos outros estudos, envolvendo diferentes tipos de população, nos quais o coeficiente alfa manteve-se sempre acima de 0,90^(8,11,17-20).

Na confiabilidade teste-reteste com intervalo de 14 dias o coeficiente de correlação intraclassa (CCI) foi de 0,94, o que evidencia a estabilidade temporal do instrumento. Dados sobre essa propriedade foram encontrados em estudos com a versão de seis itens da DSES. São relatados valores de 0,85 (correlação de Pearson) e de 0,73 (CCI) para o reteste com intervalo de dois dias, em uma amostra norte-americana de 47 usuários de substâncias químicas⁽⁸⁾. Na validação da versão francesa em idosos da população geral⁽²¹⁾ 40 idosos foram avaliados com intervalo de duas semanas, obtendo-se correlação de 0,85 entre as duas avaliações.

A validade convergente da DSES foi verificada pela correlação com o instrumento DUREL, e a dimensão religiosidade intrínseca (RI) apresentou correlação de maior magnitude ($r = 0,56$) do que a religiosidade organizacional ($r = 0,31$) e a não organizacional ($r = 0,33$). Justifica-se esse resultado pelo fato de que os itens da RI referem-se às experiências e crenças religiosas pessoais, atributos esses representados em itens da DSES. Num contexto religioso, a espiritualidade pode expressar a dimensão mais pessoal ou intrínseca da vida religiosa, por exemplo, pelo relacionamento com Deus ou pela prática de atividades privadas⁽⁹⁾. Esperava-se, assim, como em outro estudo⁽²²⁾, uma correlação de maior magnitude também com a religiosi-

dade não organizacional, por referir-se esta a atividades privativas como a oração e a meditação. A menor correlação da DSES com a religiosidade organizacional ($r=0,31$) coincide com o resultado de outros autores⁽²²⁾, que obtiveram um valor próximo ao do presente estudo ($r=0,37$). Esses autores⁽²²⁾ observaram que experiências espirituais estavam presentes mesmo em indivíduos que frequentavam serviços religiosos poucas vezes ao ano, o que pode ter contribuído para a fraca correspondência da DSES com a religiosidade organizacional.

A DSES foi originalmente proposta como um instrumento unidimensional e, no presente estudo, a análise fatorial foi utilizada para explorar a estrutura fatorial do instrumento culturalmente adaptado. Na análise fatorial exploratória, a matriz rotacionada gerou três fatores com autovalores maiores que 1, explicando 60,5% da variância total.

Esse resultado difere do encontrado na maioria dos estudos anteriores. **Uma estrutura com dois fatores é relatada** no estudo original⁽⁸⁾, na validação chinesa⁽¹⁷⁾ e em amostras americanas da comunidade e de judeus idosos⁽¹⁸⁾. Nesses estudos, identificou-se um fator dominante composto por 14 itens e um segundo fator com dois itens (13, *carinho desinteressado pelos outros*, e 14, *aceitação dos outros*). Na validação da versão chinesa, os autores impuseram uma análise exploratória com estrutura de um fator, obtendo um modelo unidimensional no qual os 16 itens carregaram índices entre 0,52 e 0,91⁽¹⁷⁾.

No estudo de validação da DSES original⁽⁸⁾, apesar de os itens 13 e 14 aparecerem separados em um segundo fator, as autoras optaram por mantê-los agregados ao primeiro fator, considerando-o instrumento como unidimensional. **Justificam essa opção do ponto de vista psicométrico e da importância desses itens para a amplitude do conteúdo abordado no instrumento**^(8,10).

Assim como nos estudos anteriores, os itens 13 e 14 também carregaram no segundo fator, porém junto com o item 10 (*Sinto o amor de Deus através dos outros*) e 16 (*Quanto você se sente perto de Deus*). Os itens 13 e 14 integram o construto *amor compassivo*, que inclui os conceitos de compaixão e misericórdia, sendo usados separadamente em estudos para avaliar atitudes altruístas e motivações de fundo espiritual⁽⁹⁾. O item 10 juntamente com o item 9 formam um par que tem a intenção de conhecer como a pessoa percebe o amor divino: diretamente (item 9) ou através dos outros (item 10). Já o item 16 busca avaliar a sensação de proximidade com Deus⁽⁹⁾.

Examinando o sentido pretendido pelas autoras em relação aos itens que compuseram o segundo fator, observa-se que eles possuem características distintas entre si, o que dificulta uma interpretação teórica para o agrupamento desses itens no mesmo fator. Outro

aspecto a ser destacado é a alocação isolada do item 2 (conexão com tudo que é vida) num terceiro fator, com pequena contribuição em termos de variância explicada (cerca de 7%).

Para a compreensão dos resultados de análises fatoriais é importante destacar que eles dependem em grande parte das medidas incluídas na análise e da composição específica da amostra, cujos escores forneceram dados para a análise. Assim, o fato de encontrar fatores diferentes dos originais pode ser atribuído ao próprio processo de adaptação de instrumentos provenientes de outras culturas, bem como à forma com que os fenômenos mensurados se manifestam em amostras específicas no novo contexto cultural.

CONCLUSÃO

No processo de adaptação cultural, a DSES foi submetida a todas as etapas recomendadas pela literatura e manteve a sua equivalência com a versão original. Na análise psicométrica, os dados de consistência interna e de estabilidade temporal do instrumento atestaram a sua confiabilidade; a correlação significativa e de média magnitude com a religiosidade intrínseca, medida pelo DUREL, sugere a validade de construto convergente da versão em português da DSES. A análise de fator exploratória mostrou uma composição de três fatores, diferentemente da estrutura unidimensional proposta na origem do instrumento.

Limitações deste estudo devem ser reconhecidas: a amostra clínica, selecionada por conveniência em apenas dois hospitais; a não inclusão de medidas de saúde física e mental para contrastar com os escores da DSES; o uso apenas da análise fatorial exploratória. Trata-se, no entanto, de um estudo preliminar que disponibiliza a versão brasileira de uma nova medida de religiosidade/espiritualidade analisada em relação a algumas de suas propriedades.

Considerando que a validação de qualquer instrumento é um processo cumulativo, novos estudos com amostras clínicas e não clínicas devem ser realizados com o intuito de melhor verificar o desempenho psicométrico desse instrumento, já testado e utilizado em diversos países, e que parece bastante promissor para uso em nossa realidade. A DSES mede aspectos não contemplados em outros instrumentos já disponíveis no Brasil. O tema religiosidade/espiritualidade tem ainda um vasto campo a ser investigado e a versão brasileira da DSES pode contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a dimensão religiosa/espiritual e sua influência no processo saúde-doença. A utilização desse instrumento permitirá também a comparação entre estudos desenvolvidos em outros contextos culturais.

REFERÊNCIAS

1. Chen YY, Koenig HG. Do people turn to religion in times of stress? *J Nerv Mental Dis.* 2006;194(2):114-20.
2. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública.* 2003;37 (4):446-55.
3. Koenig HG, McCollough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health.* New York: Oxford University Press; 2001.
4. Lotufo Neto F, Lotufo Junior Z, Martins JC. Influências da religião sobre a saúde mental. Santo André: ESETec Editores Associados; 2003. *Religião e saúde: benefício ou prejuízo*; p. 95-114.
5. Hill PC, Pargament KI, Hood Jr. RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav.* 2000;30(1):51-77.
6. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.
7. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010; 37(1):12-15.
8. Underwood LG, Teresi J. The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical, description, reliability, exploratory factor analysis and preliminary construct validity using health related data. *Ann Behav Med.* 2002;24(1):22-33.
9. Underwood LG. Ordinary spiritual experience: qualitative research, interpretive guidelines, and population distribution for the Daily Spiritual Experience Scale. *Arch Psychol Relig.* 2006;28(1):181-218.
10. Underwood LG. The Daily Spiritual Experience Scale: overview and results. *Religions.* 2011;2(1):29-50.
11. Ellison CG, Fan D. Daily spiritual experiences and psychological well-being among US adults. *Soc Indic Res.* 2008;88(2):247-71.
12. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. *Análise multivariada de dados.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
13. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(1):31-2.
14. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.* 2012;51(2):579-86.
15. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2011 Nov 22];43(n.spe):992-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 1988.
17. Ng SM, Fong TCT, Tsui EYL, Au-Yeung FSW, Law SKW. Validation of the Chinese version of Underwood's Daily Spiritual Experience Scale: transcending cultural boundaries? *Int J Behav Med.* 2009;16(1):91-7.
18. Kalkstein S, Tower RB. The Daily Spiritual Experiences Scale and well being: demographic comparisons and scale validation with older Jewish adults and a diverse internet sample. *J Relig Health.* 2009;48(4):402-17.
19. Mayoral Sánchez EG, Laca Arocena FA, Mejía Ceballos JC. Daily spiritual experience in Basques and Mexicans: a quantitative study. *J Transplant Res.* 2010;2 (1):10-25.
20. McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett SJ. Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Rheum.* 2008;59(1):122-8.
21. Billya N, Roussiaua N. The Daily Spiritual Experience Scale (DSES): validation of the short form in an elderly French population. *Can J Aging.* 2010;29(2):223-31.
22. Skarupski KA, Fitchett G, Evans DA, Mendes de Leon CF. Daily spiritual experiences in a biracial, community-based population of older adults. *Aging Ment Health.* 2010;14(7):779-89.