

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ALESSANDRA CRISTINA SARTORE**

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO  
DO *HERTH HOPE INDEX* PARA A LINGUA PORTUGUESA:  
ESTUDO EM PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA**

**SÃO PAULO  
2007**

**ALESSANDRA CRISTINA SARTORE**

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO  
DO *HERTH HOPE INDEX* PARA A LINGUA PORTUGUESA:  
ESTUDO EM PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Sonia Aurora Alves Grossi

**SÃO PAULO  
2007**

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Sartore, Alessandra Cristina.

Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a  
língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica. /  
Alessandra Cristina Sartore. – São Paulo, 2007.

102 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sônia Aurora Alves Grossi

1. Esperança de vida (avaliação) 2. Doença Crônica 3. Psicometria  
(instrumentos). I. Título.

## ***Dedicatória***

*Ao meu querido esposo Alexandre que esteve ao meu lado em cada fase desta conquista. Sua doce companhia é sempre enriquecedora!*

*Aos meus pais maravilhosos, Luiz e Célia que me deram a maior riqueza: o amor!*

*Aos queridos Cássia, Nei e João Pedro, que sempre me apoiaram e me alegraram nesta conquista!*

## **Agradecimentos**

**A Deus**, essência da vida, meu primeiro orientador. Obrigada pela Sua companhia em todos os instantes na minha vida!

**A toda a minha linda família**, desde o João Pedro ao avô Santo. Obrigada pelo apoio e pela alegria de poder contar com vocês!

**À Professora Doutora Sonia Aurora Alves Grossi**. Obrigada pelo crescimento proporcionado durante essa convivência, pelo exemplo como profissional e pesquisadora, pelo apoio durante todo o trabalho.

**À Enfermeira Kaye Herth** que permitiu a adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua Portuguesa e sempre se mostrou disponível às nossas solicitações.

**A todos os pacientes** que participaram desta pesquisa. Vocês foram o estímulo para a realização desse estudo.

**Ao Dr Simão Augusto Lottenberg**, pela autorização da coleta de dados no ambulatório da Liga de Diabetes no Hospital das Clínicas, FMUSP.

**A Sr<sup>a</sup> Lílian Fanny**, pela autorização da coleta de dados na ANAD.

**Ao Dr Reynaldo de Jesus-Garcia**, pela autorização da coleta de dados no ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo, UNIFESP/EPM.

**À Professora Doutora Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta**, pelas ricas contribuições.

**À amiga Dálete**, que nunca hesitou em partilhar seus conhecimentos.

**Aos profissionais que compuseram o comitê de juízes: Enfermeiras Dálete e Prof<sup>a</sup> Yeda Duarte, Dr João Paulo, e Dr<sup>a</sup> Denise de Micheli.**

**A todos os amigos** que, direta ou indiretamente contribuíram na realização deste trabalho.

*“O paciente com câncer pode perder tudo, só não  
pode perder a esperança”*

*(Pe Léo)*

**“Eu vos darei um futuro e uma esperança” (Jr 29,11)**

## RESUMO

**Sartore, AC. Adaptação cultural e validação do *Herth Hope Index* para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.**

O enfrentamento do processo do adoecer é mais adequado quando os pacientes possuem esperança. É a esperança na recuperação da saúde que leva o paciente a enfrentar todas as adversidades decorrentes do adoecimento e do tratamento. A avaliação da esperança proporciona a implementação de intervenções que estimulam esperança em pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. Diante da inexistência de um instrumento validado no Brasil para medir esse construto, optou-se pela realização da adaptação e validação do *Herth Hope Index*. Era também nossa intenção comparar o sentimento de esperança entre pessoas saudáveis, doentes com câncer e de doentes com outra doença crônica com características diferentes, como o diabetes. O estudo teve como objetivos fazer a adaptação cultural e a validação do instrumento Herth Hope Index, comparar os escores de esperança entre pacientes oncológicos, diabéticos e acompanhantes, analisar as relações entre o nível de esperança da amostra com as variáveis sócio-demográficas e analisar as relações entre o nível de esperança nos dois grupos de pacientes com variáveis clínicas de interesse. A adaptação cultural e validação do *Herth Hope Index* foram realizadas conforme o método preconizado pela literatura. A amostra foi composta por 131 indivíduos, divididos em 3 grupos. Os resultados obtidos demonstram que em relação às propriedades psicométricas, o instrumento apresentou um valor de alpha de Cronbach de 0.834 para a escala total. O teste-reteste conferiu a reprodutibilidade do instrumento. A validade de construto foi confirmada por meio da validade convergente que demonstrou correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Esperança de Herth (denominação da versão brasileira) e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg, e da validade divergente que também evidenciou correlação significativa entre a Escala de Esperança de Herth e o Inventário de Depressão de Beck. A análise fatorial pelo método dos componentes principais não confirmou os três fatores da escala original confirmou apenas que existem três fatores, mas com composição diferente dos itens em relação à escala original. O nível de esperança nos três grupos foi elevado e não houve diferença estatística entre eles. A comparação entre o nível de esperança e as variáveis sócio-demográficas na amostra estudada não apresentou diferença estatisticamente significativa. O nível de esperança não foi relacionado com a dor e tipo de tumor nos pacientes oncológicos e nem com o tratamento ou coexistência de hipertensão arterial nos diabéticos. As propriedades psicométricas do instrumento foram demonstradas e, portanto ele pode ser utilizado para mensurar a esperança na população brasileira. Considera-se importante que a Escala de Esperança de Herth continue a ser testada quanto à sua confiabilidade e validade em diferentes contextos sócio-culturais da realidade brasileira.

**Palavras chaves: Esperança de vida, psicomетria, doença crônica, enfermagem**

## ABSTRACT

**Sartore AC. Cultural adaptation and validation of the Herth Hope Index for Portuguese language: study in patients with chronic illness. [dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.**

Facing the process of being sick is more properly done when patients have hope. It's the hope of recovering that makes the patient able to face all the difficulties caused by the disease and its treatment. The evaluation of hope makes possible to implement actions which stimulate hope in patients under palliative care and the people who take care of them, specially their relatives. Once in Brazil there is no validated instrument for measure this, the option was to adapt and validate the *Herth Hope Index*. Our intention was also to compare the feeling of hope of healthy persons, cancer patients and patients with other kinds of chronic disease, with different features, such as diabetes. This study aimed the cultural adaptation and validation of the *Herth Hope Index*, to compare the hope scores of oncology and diabetic patients and their family, to analyze the relation between their level of hope and social-demographic factors, and to analyze the relation between the level of hope of these two groups of patients and the relevant clinical variables. Cultural adaptation and validation of the *Herth Hope Index* were done according to the methods already described in literature. There were 131 patients, divided into 3 groups. The result shows that, concerning to psychometric properties, this instrument has presented alpha coefficient of 0.834 for total scale. The test-retest awarded the reliability of the instrument. The construct validity was confirmed by means of the convergent validity that significant correlation between Herth Hope Index (Brazilian version) demonstrated significant correlation with Rosenberg's Self Steem Scale, and the divergent validity that also significant correlation between Herth Hope Index and the Beck Depression Inventory. The factorial analyses, by the main components method, has not confirmed the three factors of the original scale. It has confirmed only that there are three factors, but there is a different composition among the items of the original scale. The level of hope in these three groups was elevated and there was no statistical difference among them. Comparison between the level of hope and the social-demographical variables hasn't shown any statistically significant differences. The level of hope hasn't been related to pain and kind of tumor in oncology patients neither to treatment or coexistence of arterial hypertension in diabetic patients either. The psychometrics properties of this tool were demonstrated, it can be used in the evaluation of hope of the Brazilian people. It's important that the *Herth Hope Index* keeps been tested, specially regarding it's reliability and validity in different socio-cultural aspects of the Brazilian context

**Key Words: Life expectancy, psychometrics, chronic disease, nursing**



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sócio-demográficas da amostra, São Paulo-2006 .....	41
<b>Tabela 2</b> - Análise da consistência interna entre os itens da EEH, São Paulo - 2006.....	43
<b>Tabela 3</b> - Médias obtidas entre a primeira e a segunda aplicação da EEH, São Paulo - 2006.....	44
<b>Tabela 4</b> - Índice de Correlação Intra-Classe (ICC) realizado no teste-reteste, São Paulo - 2006.....	44
<b>Tabela 5</b> - Resultados da análise de consistência interna entre os itens da EAER, São Paulo - 2006 .....	45
<b>Tabela 6</b> - Resultados da análise de consistência interna entre os itens do IDB, São Paulo -2006 .....	46
<b>Tabela 7</b> - Correlação entre os escores da EEH com o IDB e a EAER na amostra estudada, São Paulo - 2006 .....	47
<b>Tabela 8</b> - Carga fatorial dos itens segundo análises estatísticas realizadas para a EEH, São Paulo - 2006 .....	48
<b>Tabela 9</b> - Comparação dos escores de esperança entre os grupos, São Paulo - 2006.....	49
<b>Tabela 10</b> - Comparação da EEH com variáveis sócio-demográficas na amostra total, São Paulo - 2006 .....	50
<b>Tabela 11</b> - Comparação da EEH com variáveis sociais na amostra total, São Paulo - 2006 .....	50
<b>Tabela 12</b> - Comparação da EEH entre os diagnósticos mais freqüentes na amostra dos pacientes oncológicos, São Paulo - 2006.....	51
<b>Tabela 13</b> - Comparação da EEH entre os pacientes oncológicos com e sem dor, São Paulo - 2006.....	51
<b>Tabela 14</b> - Comparação da EEH entre os pacientes diabéticos segundo a modalidade do tratamento e a presença Hipertensão, São Paulo - 2006 .....	52

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1. Esperança.....	10
1.2. Esperança no contexto das doenças crônico-degenerativas.....	11
1.2.1. Esperança e Câncer.....	12
1.2.2. Esperança e Diabetes.....	14
1.3. Instrumentos para mensurar esperança.....	15
1.4. Justificativa do estudo.....	16
<b>2. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA</b> .....	19
2.1. Adaptação cultural.....	19
2.2. Validação.....	22
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	27
<b>4. MÉTODO</b> .....	29
4.1. Fase 1: Adaptação cultural do <i>Hert Hope Index</i> .....	29
4.1.1. Apresentação do Instrumento.....	29
4.1.2. Tradução.....	30
4.1.3. Retrotradução ou “ <i>Back Translation</i> ”.....	31
4.1.4. Comitê de Revisão.....	31
4.1.5. Pré-teste.....	32
4.2. Fase 2: Validação do <i>Hert Hope Index</i> .....	32
4.2.1. Análise de confiabilidade e validade.....	32
4.2.2. Local e período do Estudo.....	33
4.2.3. Amostra do estudo.....	33
4.2.4. Instrumentos de coleta de dados.....	34
4.2.5. Procedimento de coleta de dados.....	35
4.2.6. Tratamento estatístico dos dados.....	36
4.2.7. Aspectos éticos.....	36
<b>5. RESULTADOS</b> .....	39
5.1. Adaptação cultural do Herth Hope Index.....	39
5.1.1. Tradução e <i>back translation</i> .....	39
5.1.2. Equivalência semântica e idiomática.....	39
5.1.3. Pré-teste.....	40
5.2. Validação da EEH.....	40
5.2.1. Caracterização da amostra.....	40
5.2.2. Confiabilidade.....	43
5.2.3. Validade.....	45
5.3. Comparação dos escores de esperança entre os grupos.....	49
5.4. Relações entre os escores de esperança da amostra total com as variáveis sócio-demográficas.....	50
5.5. Relações entre os escores de esperança dos pacientes com variáveis clínicas de interesse.....	51
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	64
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>ANEXOS</b> .....	77
<b>APÊNDICES</b> .....	94



# ***Introdução***

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Esperança

O ser humano vive sempre a espera de algo. Espera-se por dias melhores, por boas condições de trabalho, por um aumento no salário, pela chuva para regar a terra, pelo sol que aquece e alegra o dia... Espera-se por um filho que está sendo gerado, por boas condições de saúde, educação... Enfim, a esperança impulsiona o homem em seu dia-a-dia.

Esperança é um estado relacionado a uma perspectiva positiva quanto ao futuro<sup>(1)</sup>; uma efetiva estratégia de enfrentamento<sup>(2,3)</sup>; expectativa de alcançar um objetivo, algo necessário para a vida<sup>(4)</sup>;...“*uma fantástica dimensão da vida*”...<sup>(5)</sup>; um poder interior que enriquece o ser<sup>(6)</sup>; permite a transcendência da situação atual possibilitando uma nova consciência do ser<sup>(7)</sup>; origina-se da fé em Deus, dá significado e alegria à vida<sup>(8)</sup>; uma palavra abstrata, conceito que significa coisas diferentes para cada pessoa durante épocas diferentes de sua vida<sup>(9)</sup>.

Parece ser um conceito simples, porém pode fazer a diferença entre a vida e a morte, ou no mínimo entre qualidade de vida e qualidade de morte<sup>(5)</sup>.

A esperança impulsiona o indivíduo a agir, se mover e alcançar. A falta de esperança o torna opaco, sem objetivos, aguardando a morte<sup>(4)</sup>. A esperança é imprescindível para o bem-estar espiritual<sup>(10)</sup>. Está relacionada ao bem-estar, qualidade de vida, sobrevida e provê força para resolver problemas e enfrentamentos como perda, tragédia, solidão e sofrimento<sup>(11)</sup>.

Groopman (2004) diz que “a esperança não cura, mas pode dar ânimo ao paciente para que ele continue a lutar pela sua melhora”. O autor também afirma que a esperança torna o paciente árbitro final de seu destino, pois ela é a fonte de energia para continuar tentando, mesmo quando se sabe que são poucas as possibilidades de sobrevivência<sup>(12)</sup>.

Dufault e Martocchio (1985) conceituaram a esperança em duas esferas e seis dimensões. As esferas são caracterizadas em esperança

generalizada, ou seja, algum benefício futuro, mas de desenvolvimento incerto, e a esperança particularizada, ou seja, esperança referente a um objeto particular. As dimensões da esperança são: 1) afetiva: refere-se às emoções relacionadas à esperança; 2) cognitiva: pensamentos e desejos relacionados à esperança; 3) comportamental: atos realizados para o alcance da esperança; 4) afiliativa: consiste na relação consigo mesmo, com os outros e com Deus; 5) temporal: relação entre passado, presente e futuro e a esperança; 6) contextual: inclui experiências pessoais de toda a vida, estas sofrem influência sobre a experiência da esperança<sup>(13)</sup>.

A manutenção da esperança em pacientes em cuidados paliativos permite aos pacientes viver intensamente os dias que lhes restam<sup>(10)</sup>.

O medo, a frustração e a raiva ameaçam a esperança<sup>(14)</sup>. A fadiga também pode ser um empecilho à esperança, pois afeta o aspecto físico, psicológico, social e espiritual do indivíduo<sup>(15, 16, 17)</sup>.

O oposto da esperança, a desesperança, ocorre quando uma situação é insuperável e quando não são esperadas mudanças em relação à doença ou ao ambiente. O sentimento de desespero pode surgir em resposta a perdas e experiências dolorosas, bem como a grandes mudanças na vida como uma doença. A partir da ativação de recursos internos e externos, com o passar do tempo, a desesperança tende a retroceder<sup>(18)</sup>. A desesperança e a depressão estão associadas ao desejo de acelerar a morte em pacientes com câncer em fase terminal<sup>(19)</sup>.

## **1.2. Esperança no contexto das doenças crônico-degenerativas**

O início de uma doença crônica no adulto implica em mudanças de comportamento que devem ser integradas ao seu padrão de vida. As necessidades pessoais se alteram, tarefas de rotina tornam-se difíceis, finanças limitadas e perdas se acumulam<sup>(14)</sup>.

Considerando que as doenças crônicas são cíclicas, causam impacto em todas as esferas da vida pessoal e profissional do indivíduo, requerem o

manejo de complexos regimes terapêuticos e necessitam de alterações significativas nas atividades diárias de vida, é esperado que os pacientes experimentem sentimentos de desesperança<sup>(14, 20, 21)</sup>. Dessa forma, manter a esperança frente à doença crônica é um processo sem fim, porém é um recurso extremamente valioso no processo de enfrentamento dessa condição<sup>(14)</sup>.

No processo da cronicidade, há condições graves em que o paciente e seus familiares perdem a esperança. Enfermeiros podem também perder a esperança quando a morte do paciente torna-se eminente. No entanto, a esperança não deve ter um foco exclusivo no desejo da cura ou em mais anos de vida. Pode-se esperar por algo em curto prazo, mas de possível alcance, como mais uma semana sem sofrimento, fazer um telefonema a alguém que se ama, ver a primavera novamente, ou esperar por uma boa morte, digna e com pessoas que se ama ao seu lado<sup>(5)</sup>.

### 1.2.1. Esperança e Câncer

Esperança é fator chave depois que o diagnóstico de câncer é dado, pois esta doença causa sofrimento e é usualmente recebida como uma ameaça. É freqüente o paciente acreditar que o diagnóstico de câncer é uma sentença de morte, o que provavelmente resultará em uma profunda perda de esperança acarretando conseqüências deletérias ao seu prognóstico<sup>(22, 23)</sup>.

A maneira como o diagnóstico é revelado tem impacto na esperança conforme mostrou o estudo realizado por Sardell e Trierweiler (1993), que demonstrou que o diagnóstico de câncer deveria ser revelado individualmente, de maneira privativa, em um encontro face a face. O mesmo estudo revelou também que um terço das ações médicas realizadas ao dar o diagnóstico para o paciente são causas para a diminuição da esperança<sup>(22)</sup>. Há uma relação inversa entre esperança e verdade; quanto maior a revelação da verdade, maior o declínio da esperança<sup>(24)</sup>.

O câncer deixou de ser equiparado a uma sentença inapelável de morte e tornou-se um problema que, em muitos casos, pode ser controlado, dando ao portador uma sobrevida antes inimaginável e uma qualidade de vida próxima daquela das pessoas que sofrem de doenças crônicas. Atualmente, a taxa de pacientes com câncer de pulmão sem recidiva depois de cinco anos de tratamento é de 17%, um avanço de 70% em relação à década de 70. No câncer de próstata e de testículos, o índice de sobrevida se aproxima dos 100%. O diagnóstico precoce é a maior razão desses progressos<sup>(25)</sup>.

Estudo realizado por Chen (2003), abordando dor e esperança em pacientes com câncer, provou que o estadiamento da doença não afetou seu nível de esperança, mas sua percepção dos efeitos do tratamento associou-se a ela. Não houve diferença nos níveis de esperança encontrados entre pacientes com e sem dor. Para os pacientes com dor, a dimensão cognitiva dela (significado atribuído à dor como desafio, perda e ameaça) foi correlacionada à esperança de forma significativa, enquanto que as dimensões sensoriais (intensidade da dor e alívio) não mostraram correlação. Pacientes que atribuíram mais significados positivos à sua dor, como vê-la como um desafio, tenderam a ter um grau de esperança mais alto. Ao contrário, pacientes que interpretavam sua dor negativamente como uma ameaça ou uma profunda perda, tendiam a ter um grau mais baixo de esperança<sup>(26)</sup>.

Em relação aos níveis de esperança, Ballard (1997) estudou 38 pacientes com câncer e não encontrou diferença entre pacientes recém diagnosticados e pacientes com doença recorrente<sup>(27)</sup>. Herth (1992), estudou 172 pacientes adultos e também não encontrou diferença entre as categorias de doença aguda, crônica, ou doentes terminais<sup>(28)</sup>. Stoner e Keampfer (1985) encontraram semelhantes resultados em seus estudos com 55 pacientes com câncer<sup>(29)</sup>.

Amorim (1999) em um estudo que avaliou os efeitos da intervenção Enfermagem-Relaxamento com 60 mulheres com câncer de mama relatou

que essa terapia, além de modular a atividade das células *natural killer* (NK), fortalece o vínculo enfermeiro-cliente, faz crescer a esperança, mobilizando o cliente para o autocuidado e para a melhoria da qualidade de vida<sup>(30)</sup>.

O profissional enfermeiro destaca-se na função de estimular o sentimento de esperança em pacientes com câncer e seus familiares, pois mantém um contato próximo em virtude de cumulativas internações. Enfermeiros oncológicos podem aumentar esperança e o desejo pela vida, pois oferecem suporte emocional, informações sobre a doença e o tratamento. A esperança e o desejo de viver são ingredientes necessários para o estabelecimento da confiança no tratamento<sup>(5)</sup>.

Atualmente pode-se esperar a cura ou a remissão do câncer. Enfermeiros podem ajudar os pacientes na identificação de esperanças verdadeiras por meio da educação sobre seu câncer. Por outro lado, as falsas esperanças podem ser úteis por um período de tempo, providenciando ao paciente e seus familiares o tempo necessário para assimilar suas reservas e habilidades de enfrentamento para lidar com a verdadeira experiência do câncer. Deve-se tomar o cuidado, portanto, de não encorajar a falsa esperança<sup>(5)</sup>.

### **1.2.2. Esperança e Diabetes**

São raros os estudos com o tema esperança relacionados diretamente ao paciente diabético. Muito se fala sobre esperança em novos tratamentos, por exemplo, insulinas que sejam mais facilmente administradas, inaladas, ou em bombas de infusão contínua; transplantes de células-tronco, entre outros, que poderiam influenciar o desenvolvimento de maiores níveis de esperança<sup>(31)</sup>.

Encontrou-se um estudo que enfoca a esperança de vida ajustada para as incapacidades decorrentes do diabetes mellitus, medida por meio de um índice EVAD (esperanza de vida ajustada por discapacidad), onde os autores observaram a influência negativa das incapacidades sobre a esperança/expectativa de vida, especialmente em mulheres e naqueles com



maior idade. O estudo mostrou também que a esperança de vida é menor nos anos mais recentes<sup>(32)</sup>.

Santos (2005) afirma que o paciente diabético também precisa cercar-se de otimismo, esperança, perseverança e aceitação, pois o diagnóstico de diabetes mellitus gera transformações na vida do indivíduo<sup>(33)</sup>.

Acredita-se que a avaliação da esperança nos diabéticos possa contribuir para melhor assistência e possibilitar melhor adesão ao tratamento.

### 1.3. Instrumentos para mensurar esperança

A observação da existência do sentimento de esperança a partir da doença é comum na prática clínica da enfermagem. O interesse no conceito e em sua mensuração é evidente na literatura científica<sup>(2,6,7,15,28,34,35,36,37,38)</sup>. Esses estudos refletem o compromisso e a confiança do profissional enfermeiro que quer intervir sobre esse sentimento estimulando maior nível de esperança nos pacientes e evitando os fatores que a reduzem<sup>(28)</sup>.

Estudos qualitativos explorando dimensões da esperança entre as décadas de 70 e 80 em pacientes adultos saudáveis e pacientes cronicamente doentes descreveram elementos comuns à experiência da esperança e constituíram a base para o desenvolvimento do primeiro instrumento multidimensional para mensurar esperança. As dimensões específicas da esperança identificadas nesses estudos foram o elemento interpessoal, foco futuro da esperança e a esperança de alcançar o objetivo<sup>(28)</sup>.

Diferentes escalas para mensurar esperança sob a perspectiva da Enfermagem têm sido desenvolvidas. Stoner Hope Scale, Herth Hope Scale, Herth Hope Index, Nowotny Hope Scale foram testadas em pacientes com câncer<sup>(39)</sup>.

Nowotny Hope Scale foi designada para mensurar esperança na população geral adulta depois de um evento estressante como o câncer<sup>(39)</sup>.

Herth Hope Scale, em virtude de seu amplo conceito de base, aumentou potencial para uso em situações clínicas com doenças e com populações idosas<sup>(34)</sup>. Herth Hope Index é uma adaptação de Herth Hope Scale (HHS) designada especificamente para uso em cenários clínicos<sup>(28)</sup>. Miller Hope Scale tem sido utilizada para mensurar esperança em jovens saudáveis<sup>(1)</sup> e também útil em vários outros grupos de pacientes<sup>(39)</sup>.

#### **1.4. Justificativa do estudo**

Em nossa experiência diária no manejo da doença crônica nota-se que o enfrentamento do processo do adoecer é mais adequado aos pacientes que possuem esperança. É a esperança na recuperação da saúde que leva o paciente a percorrer longas distâncias em busca do árduo tratamento para sua doença; a submeter-se a incansáveis procedimentos invasivos; a mudar seu estilo de vida, sua rotina, e a permanecer, ainda que debilitado, em tratamento. A avaliação da esperança proporciona a implementação de intervenções que estimulam esperança em pacientes em cuidados paliativos e seus familiares<sup>(37)</sup>.

O desenvolvimento de nossa prática assistencial com pacientes oncológicos, aliado à nossa crença pessoal de que a esperança é um fator importante no enfrentamento e nos resultados do tratamento do câncer, incentivaram-nos a pesquisar e aprofundar os conhecimentos sobre o tema.

Assim, iniciamos uma busca na literatura por instrumentos de avaliação da esperança e, como não encontramos nenhum validado no Brasil, optou-se pela realização da adaptação e validação de um instrumento para medir esse construto. Era nosso desejo também poder comparar o sentimento de esperança entre pessoas sadias, de doentes com câncer e de doentes com outra doença crônica com características diferentes. Dessa forma, optamos por fazer essa comparação com pacientes diabéticos, tendo em vista que essa doença crônica tem elevada prevalência no Brasil e no mundo, acarreta incapacidades com redução da qualidade de vida e exige

do paciente modificação no estilo de vida, assim como na vigência do câncer.

O *Herth Hope Index* foi o instrumento escolhido dentre outros internacionais que mensuram esperança, pois se trata de uma escala de auto-relato de origem americana, de fácil e rápida aplicação, com apenas 12 itens que quantificam a esperança<sup>(28)</sup>.



***Aspectos Teóricos  
e Metodológicos***

## 2. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Quando não se dispõe de um instrumento de medida validado para uso na nossa cultura, pode-se desenvolver um novo instrumento de medida ou adaptar um instrumento previamente validado em outra linguagem<sup>(40)</sup>.

Para ser clinicamente útil, um instrumento deveria: (a) medir os aspectos multidimensionais do conceito; (b) demonstrar validade e confiabilidade para avaliação do fenômeno em indivíduos de várias idades e diferentes graus de instrução e adaptação para diferentes contextos culturais e sócio-econômicos; (c) reduzir o desgaste dos sujeitos quanto ao tempo e energia gastos no preenchimento do instrumento; (d) reduzir o tempo e custo relacionado à aplicação e facilitar a quantificação do escore; (e) ser prático para permitir a avaliação de esperança a qualquer hora e sua evolução no decorrer do tempo; e (f) ter direta relevância clínica<sup>(28)</sup>.

O processo de adaptação cultural e validação de instrumentos de medida têm sido bastante comum na nossa realidade<sup>(41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,49)</sup>.

### 2.1. Adaptação cultural

A adaptação de um instrumento a uma outra cultura possibilita a realização de estudos comparativos sobre um fenômeno em diferentes países<sup>(50)</sup>. A adaptação e validação possibilitam a pesquisa de conceitos pouco explorados em uma dada sociedade<sup>(42)</sup>.

A partir de um estudo importante realizado com instrumentos de medidas de qualidade de vida<sup>(40)</sup> e posteriormente adaptado para outras medidas de saúde<sup>(51)</sup> foram propostas diretrizes para adaptação cultural e validação de instrumentos previamente validados em outra língua. No Brasil, essas diretrizes foram amplamente utilizadas nas adaptações e validações de diversos instrumentos como “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”<sup>(41)</sup>, “Quality of Life Index”<sup>(42)</sup>, Instrumento de triagem

“DUSI” para adolescentes usuários de drogas<sup>(43)</sup>, “Crhonic Pain Self-Efficacy Scale”<sup>(45)</sup>, “Family APGAR”<sup>(44)</sup>, e “Diabetes Quality of Life for Youths”<sup>(46)</sup>, entre outros.

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) as diretrizes para o processo de adaptação transcultural incluem cinco passos, a saber,<sup>(40)</sup>:

**Tradução:** As traduções devem ser realizadas por no mínimo dois tradutores independentes e qualificados para tal função. Isso permite a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos da versão original. Será de melhor qualidade se a tradução for submetida a equipes, em vez de uma única pessoa, que provavelmente introduz idiosincrasias pessoais. Os tradutores devem preferencialmente traduzir para a linguagem a qual se destina o instrumento a ser adaptado e validado, à linguagem alvo. Parte dos tradutores deve ser consciente dos objetivos do material a ser traduzido e dos conceitos envolvidos para oferecer uma restituição mais confiável do instrumento. Outros tradutores, não conhecedores destes objetivos e conceitos, provavelmente serão úteis na obtenção de significados inesperados do instrumento original.

**Back-translation ou Retrotradução:** A retrotradução, ou seja, traduzir da linguagem a qual se destina a versão alvo à versão de origem, aumenta a qualidade do instrumento final. Cada tradução deve ter sua retrotradução independente uma da outra. Incompreensões na primeira tradução provavelmente ampliar-se-ão na retrotradução, e, portanto serão reveladas. Retrotradutores de melhor qualidade são indivíduos fluentes no idioma de origem do instrumento e em suas formas coloquiais. Diferentemente dos tradutores, os retrotradutores preferencialmente não devem ser conscientes da intenção e dos conceitos inerentes ao material, o que os torna livres de predisposições e expectativas revelando inesperados significados ou interpretações na versão alvo.

**Comitê de revisão:** Constitui-se de um comitê que faz a comparação entre o instrumento original e a versão alvo. O comitê deve revisar a apresentação do instrumento de pesquisa, as instruções para o

preenchimento do questionário bem como a escala de respostas de cada questão para preservar a replicabilidade deste. A composição do comitê deve ser multidisciplinar e ser constituída de indivíduos especialistas na doença explorada, que conheçam os objetivos do instrumento de medida e seus conceitos. Membros bilíngües são de particular valor para este comitê.

O comitê de revisão provavelmente modificará ou eliminará itens irrelevantes, inadequados e ambíguos, gerando substitutos mais ajustados às situações da cultura alvo enquanto mantém os conceitos gerais dos itens eliminados.

O comitê garante que a tradução seja inteiramente compreendida. Exceto se a escala é destinada a um grupo de nível educacional conhecido, recomenda-se o uso de linguagem compreensível a uma pessoa de 12 anos<sup>(52)</sup>. As recomendações incluem ainda frases curtas com palavras chave em cada item o mais simples possível; uso da voz ativa em vez da voz passiva; nomes em vez de pronomes; termos específicos em vez de termos gerais. Deve-se evitar o uso de metáforas e coloquialismos; modo subjetivo; advérbios e preposições dizendo “quando” e “quem”; formas possessivas; termos vagos; e frases contendo dois verbos diferentes que sugerem diferentes ações<sup>(40)</sup>.

É função de o comitê verificar equivalência cultural entre a versão original e a versão final. A equivalência deve considerar:

- Equivalência semântica: equivalência de significados das palavras. Alterações gramaticais às vezes são necessárias na construção das frases.
- Equivalência idiomática: idiomas e coloquialismos são raramente traduzidos, portanto equivalência de expressões deve ser encontrada ou itens devem ser substituídos.
- Equivalência de experiência ou equivalência cultural: as situações representadas na versão de origem devem ajustar-se ao contexto cultural ao qual se objetiva a adaptação.

- **Equivalência conceitual:** refere-se à validade dos conceitos explorados e aos eventos experimentados pelas pessoas da cultura alvo, desde itens de equivalência semântica, porém conceitualmente diferentes. “Eu tenho dor na cabeça” pode ser traduzido perfeitamente em outra linguagem, mas pode haver um significado conceitual totalmente diferente para a cultura alvo.

**Pré-teste** – A técnica do pré-teste certifica a equivalência da versão original e final. No pré-teste uma amostra da população responde ao questionário para checar erros e desvios na tradução. As técnicas disponíveis são a da interrogação a um grupo de pacientes e a avaliação por indivíduos bilíngües. Ambas confirmam que as questões são aceitáveis. Se a versão final não alcançar satisfatório nível de equivalência, futuras revisões podem ser realizadas pelo comitê.

O pré-teste deve ser realizado sob condições semelhantes às esperadas quando aplicado<sup>(53)</sup>.

**Ponderação dos escores** - Deve-se considerar a adaptação dos escores ao contexto cultural. Pode ser reexaminado por “experts”, seja ele profissional da saúde, paciente ou leigo, ou através de uma análise estatística obtida a partir de uma amostra de pacientes. Pode-se simplesmente aceitar os escores do instrumento original.

## 2.2. Validação

O instrumento originado a partir da adaptação cultural não é considerado válido até que suas propriedades psicométricas, confiabilidade e validade, sejam confirmadas<sup>(51,54,55)</sup>.

**Confiabilidade:** A confiabilidade de um instrumento, também denominada, precisão ou fidedignidade, é o grau de coerência com o qual o instrumento mede um atributo<sup>(55)</sup>. Streiner e Norman (1995) enfatizaram que a confiabilidade é a propriedade que garante que o instrumento mede o objeto ao qual se propõe, de forma reproduzível<sup>(52)</sup>.



A confiabilidade de uma medida quantitativa é o critério mais importante para avaliar sua qualidade<sup>(56)</sup>.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), há três aspectos relevantes no sentido de garantir a confiabilidade quando se coletam dados quantitativos: estabilidade, consistência interna e equivalência<sup>(56)</sup>.

A estabilidade é investigada através de *teste-reteste*. O instrumento deve ser aplicado a uma amostra de pessoas em duas ocasiões e depois se comparam os escores. A segunda aplicação não deve ser muito distante da primeira, pois os atributos de interesse podem se modificar com o passar do tempo, sendo essa uma desvantagem deste teste<sup>(55)</sup>. Polit, Beck e Hungler (2004) sugerem um intervalo de tempo próximo a três semanas conforme citado para avaliação da estabilidade da medida de auto-estima em adolescentes<sup>(56)</sup>. O instrumento deve ser aplicado a um grupo representativo, sob as mesmas condições, aproximadamente duas semanas após a primeira aplicação<sup>(53)</sup>.

A consistência interna pode ser avaliada pela técnica de *divisão pela metade* e *alfa de Cronbach*. Na técnica de *divisão pela metade* os itens do teste são divididos em duas partes e somados e depois os escores dos dois meios-testes são utilizados para computar o coeficiente de confiabilidade. O coeficiente será alto se os dois meios-testes estiverem medindo o mesmo atributo. O *alfa de Cronbach* faz uma estimativa da correlação dividida pela metade, para todas as possibilidades de se dividir o teste em duas partes. O *alfa de Cronbach* é um método mais sofisticado e exato de computar a consistência interna. Os índices de consistência interna, assim como os coeficientes de confiabilidade teste-reteste variam de 0,00 a 1,00 e quanto mais alto o coeficiente, mais exata é a medida.

A equivalência determina a consistência ou equivalência do instrumento por diferentes observadores. O grau de erro pode ser estimado tendo-se dois ou mais observadores capacitados fazendo observações independentes e simultâneas. Quando dois observadores independentes

pontuam algum fenômeno congruente, os escores têm possibilidade de serem confiáveis.

**Validade:** A validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade de medir aquilo que ele se propõe a medir<sup>(51,53)</sup>.

Existem várias técnicas disponíveis que possibilitam a demonstração da validade dos instrumentos. Essas técnicas podem ser divididas em três grandes classes, as de maior importância que são validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto<sup>(55,56, 57)</sup>.

A validade de conteúdo verifica se todas as questões do teste são representativas do universo de todas as questões que podem ser feitas sobre o assunto, isto é, permite verificar se o instrumento contém todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno<sup>(53, 56)</sup>.

Para a determinação da validade de conteúdo de um instrumento, o mesmo deve ser avaliado por “peritos” na área do conteúdo a ser medido<sup>(53)</sup>.

A validade de critério comprova a correlação existente entre os escores do instrumento que se quer testar e algum critério externo<sup>(56)</sup>. Pasquali (1997) cita dois tipos de validade de critério, validade concorrente e validade preditiva. A validade concorrente é obtida pela aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, nos mesmos sujeitos, para posterior comparação dos resultados. A validade preditiva refere-se a acurácia de um instrumento em prever acontecimentos futuros. É obtida através da comparação da aplicação do instrumento no início e no final do estudo<sup>(55)</sup>.

A validade de construto, ou validade de conceito, é a forma fundamental de validade dos instrumentos psicológicos<sup>(55)</sup>. Essa validade permite tanto a avaliação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento, como possibilita a avaliação do próprio instrumento. A validade do construto ocorre num processo contínuo, pois à medida que se avança no conhecimento sobre o fenômeno, novas hipóteses são construídas e novos testes precisam ser empregados<sup>(58)</sup>. Segundo Pasquali (1997), essa validade pode ser trabalhada sob análise da representação comportamental, que se

verifica através da consistência interna e da análise fatorial e ainda pela análise por hipótese<sup>(55)</sup>.

A análise fatorial é uma abordagem final para avaliar a validade de construto. Essa análise revela informações na medida em que um conjunto de questões mede o mesmo construto ou dimensão deste, mostra o grau em que cada questão se agrupa em torno de uma ou mais dimensões<sup>(59, 60)</sup>.

A análise da consistência interna calcula a correlação entre cada item e o restante dos itens da escala, e a análise fatorial permite determinar quantos construtos comuns explicam a covariância dos itens.

Já a análise por hipótese refere-se às estratégias de análise da validade de construto através da técnica da validação convergente-discriminante<sup>(55)</sup>. Várias estratégias de analisar a validade por meio de correlações (validade de critério, validade discriminante, validade convergente e validade divergente) são apenas componentes da validade de construto, pois, na verdade, toda validade tem como base a validade de construto<sup>(54)</sup>.

A validação convergente-discriminante pressupõe correlação significativa entre o fenômeno mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais tal fenômeno deveria estar relacionado. Para a validade discriminante verifica-se a não correlação com variáveis com as quais deveria diferir<sup>(55)</sup>.

Segundo McDowell e Newell (1996) a validade convergente equivale à avaliação da sensibilidade, enquanto a validade divergente/discriminante equivale ao conceito de especificidade<sup>(58)</sup>.



***Objetivos***

### 3. OBJETIVOS

#### Geral

- Disponibilizar, no Brasil, um instrumento específico para mensurar Esperança.

#### Específicos

- Fazer a adaptação cultural e a validação do instrumento Herth Hope Index para a língua portuguesa;
- Comparar os escores de esperança entre pacientes oncológicos, diabéticos e acompanhantes (familiares ou cuidadores);
- Analisar as relações entre o nível de esperança nos 3 grupos com as variáveis sócio-demográficas;
- Analisar as relações entre o nível de esperança nos 2 grupos de pacientes com variáveis clínicas de interesse.



***Método***

## 4. MÉTODO

Esta pesquisa metodológica refere-se à adaptação cultural e validação de um instrumento de medidas psicométricas. É também um estudo descritivo, comparativo que quantifica o conceito esperança em pacientes diabéticos, oncológicos e acompanhantes destes pacientes.

Ressalta-se a importância da adaptação visto que a experiência da doença é um fenômeno cultural podendo ameaçar a confiabilidade e validade de uma escala quando esta é utilizada em cultura diferente daquela para a qual foi originalmente designada<sup>(39)</sup>.

### 4.1. Fase 1: Adaptação cultural do *Hert Hope Index*

A adaptação cultural do *Hert Hope Index* foi realizada conforme o método preconizado pela literatura<sup>(40, 51, 52)</sup>.

#### 4.1.1. Apresentação do Instrumento

O *Hert Hope Index* instrumento de origem americana, destaca-se por atender a todos os critérios apontados pela literatura e por isso foi escolhido para a avaliação de esperança no Brasil (Anexo 1).

É uma adaptação de *Herth Hope Scale* (HHS) da mesma autora. O objetivo da adaptação foi capturar a multidimensionalidade da esperança como representada por HHS, refletir claramente a única dimensão de esperança em populações clínicas, reduzir o número e a complexidade dos itens e então apresentar uma ferramenta mais útil clinicamente. O *Hert Hope Index* é designado para facilitar a avaliação da esperança em vários intervalos onde as variações nos níveis de esperança poderão ser identificados. Com adequada validade e confiabilidade, auxilia pesquisadores na avaliação dos estados de esperança entre os pacientes e a avaliação da efetividade das estratégias de aumento da esperança<sup>(28)</sup>. Foi validada nos Estados Unidos em 1992 em uma população de 172 adultos, dos quais 70 com doença aguda, 71 doentes crônicos e 31 doentes

terminais, obteve consistência interna representada pelo coeficiente alpha de Cronbach de 0,97. A análise fatorial realizada por Herth (1992) gerou 3 fatores que corresponderam aos fatores originalmente descritos para as sub-escalas de Herth Hope Scale e constituíram-se de: Fator 1 – chamado de senso de temporalidade e futuro, cuja representatividade foi feita pelas afirmações: Eu acredito no valor de cada dia e Eu tenho planos a curto e longo prazos. Fator 2 – chamado de prontidão e expectativas positivas e representado pelas frases: Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades e Eu sei onde eu quero ir e o Fator 3 – denominado de relacionamento consigo e com os outros e representado por frases como: Eu tenho uma fé que me conforta e Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor<sup>(28)</sup>.

Tem sido utilizado em vários contextos como famílias desabrigadas<sup>(35)</sup>, primeira recidiva de câncer<sup>(36)</sup>, idosos na comunidade ou em instituições<sup>(61)</sup>, avaliação de dor e esperança em pacientes com câncer<sup>(26)</sup>, avaliação entre esperança, desesperança e fadiga em familiares e pacientes em cuidados paliativos<sup>(15)</sup> e também para planejar intervenções no serviço de enfermagem<sup>(62)</sup>, entre outros.

Constitui-se de uma escala composta por 12 itens escritos de forma afirmativa e a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de “*strongly agree*” a “*strongly disagree*”, onde 1 indica “*strongly disagree*” e 4 indica “*strongly agree*” (Herth,1992) . O escore total varia de 12 a 48 sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. Há dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6 que apresentam escores invertidos. É uma escala considerada breve (10 minutos para ser preenchida) e de fácil compreensão.

#### **4.1.2. Tradução**

A tradução do *Herth Hope Index* para a língua portuguesa foi realizada, separadamente, pela pesquisadora e por uma docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem



da Universidade de São Paulo, tendo estas tradutoras o português como língua materna. As tradutoras eram bilíngües e fizeram a tradução independente uma da outra. Apenas uma das tradutoras era conhecedora dos objetivos do estudo.

As duas versões traduzidas para o português não apresentaram diferenças importantes. Após análise das duas versões traduzidas e optando-se pelas frases que expressavam melhor interpretação, a pesquisadora e sua orientadora definiram a **primeira versão em português do Herth Hope Index** (Anexo 2).

#### 4.1.3. Retrotradução ou “*Back Translation*”

A primeira versão em português do *Herth Hope Index* foi encaminhada a dois tradutores sendo, um professor de língua inglesa e uma tradutora juramentada. Ambos não conhecedores dos objetivos da pesquisa, separadamente, realizaram a retrotradução. Os tradutores, em nenhum momento, tiveram conhecimento da versão original em inglês.

As duas retrotraduções foram encaminhadas à autora da escala *Herth Hope Index* para avaliação e sugestão de adequação de termos que mais se aproximem da escala original. A resposta da autora de *Herth Hope Index* foi obtida via e-mail. Conforme retorno as *back-translations* não apresentaram desvios de significados. As duas *back-translations* foram analisadas pelas autoras e optou-se pelos termos de melhor compreensão para o leitor. Esse processo originou a **segunda versão em português do Herth Hope Index** (Anexo 3).

#### 4.1.4. Comitê de Revisão

A segunda versão em português do *Herth Hope Index* foi submetida a um corpo de juízes constituído por quatro pessoas com domínio da língua inglesa sendo, uma docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, uma

docente do Departamento de Psicofarmacologia da Universidade Federal de São Paulo, uma enfermeira Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP na Saúde do Adulto e um médico Psiquiatra. A este comitê de revisão foi encaminhada a solicitação para avaliação das equivalências semântica e idiomática conforme modelo criado por Lino (1998), o qual continha os itens da versão original e da segunda versão em português do *Herth Hope Index*<sup>(63)</sup>. No quadro apresentado pelo referido instrumento o comitê deveria assinalar -1 se a versão em português não fosse equivalente ao inglês, 0 se estivesse indeciso, e +1 se a versão fosse equivalente (Anexo 4). Foram consideradas equivalentes as questões que alcançaram no mínimo 75% de concordância entre os juízes. Os itens com menor percentual de concordância foram analisados, levando-se em conta as sugestões feitas por eles. Após os ajustes necessários foi gerada a **terceira versão em português do *Herth Hope Index*** (Anexo 5).

#### 4.1.5. Pré-teste

A terceira versão em português do *Herth Hope Index* foi aplicada a 8 pacientes oncológicos, os quais, foram esclarecidos a respeito do instrumento e estimulados a verbalizar suas dúvidas e dar sugestões para melhor compreensão.

#### 4.2. Fase 2: Validação do *Hert Hope Index*

A validação do *Hert Hope Index* foi feita conforme o método preconizado pela literatura referente às propriedades psicométricas de instrumentos de medida<sup>(40,51,52,55, 56,58)</sup>.

##### 4.2.1. Análise de confiabilidade e validade

A confiabilidade foi avaliada por meio do teste-reteste, com 15 sujeitos, e da consistência interna pelo alfa de Cronbach com a amostra total<sup>(56)</sup>.

A validade de conteúdo não foi realizada nesta oportunidade tendo em vista a falta de *experts* no conceito esperança no Brasil. Essa estratégia foi utilizada em outro estudo brasileiro<sup>(45)</sup>.

A validade de construto foi feita pela validade convergente, por meio da correlação entre os escores do *Hert Hope Index* e os escores do Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER)<sup>(55)</sup>. A validade divergente foi obtida por meio da correlação entre os escores do *Hert Hope Index* e os escores do Inventário de Depressão de Beck (IDB)<sup>(56)</sup>. A validade de construto foi também verificada através da análise fatorial, a qual mostra o grau em que cada questão se agrupa em torno de uma ou mais dimensões<sup>(59, 60)</sup>.

O processo de validação foi viabilizado por meio da aplicação da **terceira versão em português do *Herth Hope Index*** à amostra do estudo, conforme método descrito a seguir.

#### **4.2.2. Local e período do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM, na Liga de Controle Diabetes da Disciplina de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e na Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD). Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2006.

#### **4.2.3. Amostra do estudo**

A amostra foi composta por 131 indivíduos, que concordaram em participar do estudo. Os critérios de inclusão foram:

- ser paciente oncológico com doença inicial ou metastática, em tratamento quimioterápico ambulatorial, com ou sem complicações decorrentes do câncer ou de seu tratamento e conscientes de seu diagnóstico ou;

- ter diabetes mellitus do tipo 2, com ou sem complicações e estar em tratamento ambulatorial ou;
- ser acompanhante, familiar ou cuidador dos pacientes por fazerem parte do mesmo contexto sócio-demográfico daqueles pacientes da amostra;
- ter 18 anos ou mais de idade;
- demonstrar capacidade cognitiva para responder às questões do instrumento e,
- ter no mínimo, 6 (seis) anos de escolaridade.

Foram excluídos da amostra quatro participantes, que apesar de terem respondido aos questionários, tinham baixa escolaridade e apresentaram dificuldade na compreensão dos mesmos.

Os constituintes da amostra compuseram os 3 grupos do estudo ou seja:

- Grupo de pacientes oncológicos com 47 sujeitos.
- Grupo de pacientes diabéticos tipo 2 com 40 sujeitos.
- Grupo de acompanhantes com 44 sujeitos.

#### **4.2.4. Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados sócio-demográficos e clínicos foi viabilizada por meio de três diferentes instrumentos de caracterização, sendo um para pacientes diabéticos (Apêndice 6), outro para pacientes com câncer (Apêndice 7) e outro para acompanhantes (Apêndice 8). Eles contêm informações referentes às características sócio-demográficas e clínicas, como sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, situação atual de trabalho, renda mensal familiar e informações sobre a doença e tratamento.

O instrumento **Hert Hope Index**, na sua versão final em português, foi aplicado para a avaliação da esperança em pacientes diabéticos, pacientes com câncer e em acompanhantes dos pacientes.

A **EAER** (Anexo 9) foi aplicada para a avaliação da auto-estima em pacientes diabéticos, pacientes com câncer e em acompanhantes dos pacientes. A versão para a língua portuguesa dessa escala apresentou bons índices de reprodutibilidade e validade com pacientes que iriam se submeter à cirurgia plástica<sup>(64)</sup>. É uma escala composta por 10 afirmações com escore de 0 a 3 onde quanto maior o escore, menor a auto-estima.

O **IDB** (Anexo 10) foi adaptado e validado no Brasil por Gorenstein e Andrade (1998) e obteve alta consistência interna com o coeficiente alfa de 0,81<sup>(65)</sup>. Constitui-se de um instrumento de medida de auto-avaliação de depressão freqüentemente utilizado na pesquisa ou na clínica. A escala contém 21 itens que incluem sintomas e atitudes. O escore de cada item varia de 0 a 3. O ponto de corte depende da amostra. Para pacientes não depressivos escores acima de 15 indicam disforia. O termo "depressão" deve ser utilizado para escores acima de 20, de preferência junto ao diagnóstico clínico<sup>(66)</sup>.

#### 4.2.5. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na sala de espera dos referidos serviços, antes, durante ou após o tratamento ambulatorial agendado de rotina, após as explicações a respeito do estudo, esclarecimentos de dúvidas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento de caracterização da amostra (específico para cada grupo) foi preenchido pela pesquisadora por meio de entrevista ao paciente. Os resultados de exames laboratoriais, bem como dados indisponíveis e de interesse sobre a história da doença foram coletados do prontuário médico e eletrônico.

Os instrumentos auto-aplicáveis de avaliação da esperança, de auto-estima e de depressão foram entregues aos pacientes ou lidos para eles, em espaço físico reservado, para garantir privacidade nas respostas individuais.

#### 4.2.6. Tratamento estatístico dos dados

As análises estatísticas foram realizadas sob a orientação de uma estatística.

Na análise descritiva, as tabelas de freqüências simples e relativas foram usadas para descrição dos dados categóricos. Tabelas com estatísticas de resumo (mínimo, mediana, máximo, média, desvio padrão e erros padrão das médias) foram elaboradas para descrição das variáveis quantitativas. O teste *Qui-Quadrado* ou teste Exato de Fisher foram usados para avaliação da relação de variáveis qualitativas da escala de esperança entre os 3 grupos<sup>(67)</sup>.

A análise fatorial foi usada para verificar se os fatores encontrados pela autora da escala de esperança se repetiam nesta amostra. A consistência interna da escala para esperança foi avaliada pelo Alfa de *Cronbach*<sup>(60)</sup>.

Os índices *Kappa* e correlação intra-classe foram usados para avaliação da reprodutibilidade e concordância no teste-reteste<sup>(68)</sup>.

A comparação entre os três grupos com relação às três escalas (HHI, EAER e IDB) foi feita pelo teste de *Kruskal-Wallis* e a correlação de *Pearson* foi usada para avaliação de correlação entre as escalas<sup>(56,69)</sup>.

#### 4.2.7. Aspectos éticos

Kaye Herth, autora do instrumento original em questão, autorizou a adaptação cultural e a validação do *Hert Hope Index* para a realidade brasileira (Apêndices 11 e 12).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da USP (Anexo 13).

Os pacientes foram orientados por meio do termo de consentimento livre e esclarecido sobre o propósito do estudo e procedimentos utilizados, conforme detalhado no termo de consentimento (Anexo 14).

***Resultados***



## 5. RESULTADOS

Os resultados serão expostos seguindo a ordem dos objetivos específicos propostos, ou seja, primeiramente aparecem os resultados da adaptação cultural, seguidos da validação, a qual inclui a caracterização da amostra, que possibilitou a consecução desse processo. Na seqüência, serão apresentados os escores de esperança e as relações entre esses com as variáveis sócio-demográficas dos três grupos e variáveis clínicas de interesse dos grupos de pacientes.

### 5.1. Adaptação cultural do Herth Hope Index

#### 5.1.1. Tradução e *back translation*

Na tradução do *Herth Hope Index* do inglês para o português, houve pequenas divergências entre as duas traduções e, pesquisadora e orientadora optaram pelas frases com maior clareza, conforme apresentado a seguir. Na frase 1, *I have a positive outlook toward life*, optou-se pela tradução “Eu tenho uma visão otimista da vida”. Na frase 2, *I have short and/or long range goals*, a tradução mais adequada foi “Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos”. Na frase 5, *I have a faith that gives me comfort*, optou-se por “Eu tenho uma fé que me dá conforto”. Na frase 7, *I can recall happy/joyful times*, decidiu-se pela tradução “Eu posso me recordar tempos felizes e prazerosos”. Na frase 10, *I have a sense of direction*, a melhor tradução foi “Eu sei para onde quero ir”.

Na *back translation* alguns termos foram modificados. Na frase 3 a palavra “totalmente” foi substituída por “completamente” e na frase 5, eu tenho uma fé que me dá conforto, para eu tenho uma fé que me conforta.

#### 5.1.2. Equivalência semântica e idiomática

A comparação entre as versões original e traduzida do *Herth Hope Index*, realizada pelos juízes, trouxe contribuições para uma melhor

adequação do instrumento. Os índices de concordância entre os juízes, as sugestões incorporadas e as questões mantidas estão apresentadas no Quadro 1, Anexo 15.

Apenas duas afirmações do instrumento mantiveram-se inalteradas, o item de número 5 “Eu tenho uma fé que me conforta”, e o item de número 10. “Eu sei onde eu quero ir”.

No enunciado, o termo frase foi substituído por afirmação conforme sugestão de um juiz. Nas respostas, a palavra fortemente foi substituída por completamente, por ser um termo mais comum. Na afirmação 1, a sugestão “Eu estou otimista quanto à vida” foi aceita em vez de “Visão otimista”. Na afirmação 2, acatou-se o termo “plano”, em vez de “metas” e retirou-se a palavra “médio”. Na afirmação 3, o termo “completamente” foi trocado por “muito”. Na afirmação 4, acatou-se o termo “consigo” em vez de “posso”. Na afirmação 6, acatou-se o pronome “meu”. Na afirmação 7, optou-se por “Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos”, considerando as sugestões dadas e a melhor compreensão da afirmação. Na afirmação 8, optou-se por “Eu me sinto muito forte”, considerando as sugestões dadas.

### **5.1.3. Pré-teste**

A terceira versão do *Herth Hope Index* foi submetida ao pré-teste com 8 sujeitos. Não houve alterações em quaisquer itens após o pré-teste. O instrumento adaptado culturalmente será denominado, a partir de então **“Escala de Esperança de Herth” (EEH)**.

## **5.2. Validação da EEH**

### **5.2.1. Caracterização da amostra**

O processo de validação apresentado a seguir é decorrente da aplicação do instrumento a uma amostra de 131 pacientes com as características descritas a seguir.

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas da amostra, São Paulo-2006

VARIÁVEIS	Grupos				p valor		
	ONCO (n=47) n(%)	DM (n=40) n(%)	AC* (n=44) n(%)	Total (n=131) n(%)			
Sexo	masculino	13(27,7)	16(40,0)	16(36,4)	45(34,4)	p= 0,454( $\chi^2$ )	
	feminino	34(72,3)	24(60,0)	28(63,6)			<b>86(65,6)</b>
Religião	católica	21(45,7)	26(65,0)	20(45,5)	<b>67(51,5)</b>	p=0,172 (Fisher)	
	evangélica	11(23,9)	5(12,5)	15(34,1)			
	espírita	6(13,0)	2(5,0)	5(11,4)			
	outras	8(17,4)	7(17,5)	4(9,1)			19(14,6)
Situação Atual	atividade remunerada	9(19,1)	10(25,0)	<b>19(44,2)</b>	38(29,2)	p<0,001( $\chi^2$ )	
	desempregado	<b>21(44,7)</b>	1(2,5)	11(25,6)			
	aposentado/pensionista	6(12,8)	<b>24(60,0)</b>	6(14,0)			36(27,7)
	atividade não remunerada/afastado	<b>11(23,4)</b>	5(12,5)	7(16,3)			23(17,7)
Renda	até 1 salário mínimo	2(7,6)	2(5,1)	1(3,1)	5(5,1)	p = 0,184 (Fisher)	
	de 1 a 5 salários-mínimos	16(61,5)	16(41,0)	21(65,6)	<b>53(54,6)</b>		
	mais de 5 salários-mínimos	8(30,7)	<b>21(53,85)</b>	10(31,2)	39(40,2)		
Anos de estudo	Média(DP)	11,15(2,84)	11,10(5,52)	11,32(3,61)	11,19(4,04)	p = 0,944 (Kruskal-Wallis)	
	Mediana	11	11	11	11		
	Variação	5-17	4-20	4-21	4-21		
Idade	Média(DP)	41,15(13,29)	59,45(16,18)	39,82(11,76)	46,29(16,24)	p<0,001 (Kruskal-Wallis)	
	Mediana	40	63	38,5	46		
	Variação	18-74	17-79	19-61	17-79		
Nº. de filhos	Média(DP)	1,57(1,49)	1,53(1,47)	1,43(1,23)	1,51(1,39)	p=0,986 (Kruskal-Wallis)	
	Mediana	1	1	1	1		
	Variação	0-6	0-5	0-4	0-6		
Nº.de pessoas com quem mora	Média(DP)	3,85(1,46)	2,98(1,70)	3,55(1,58)	3,48(1,60)	p=0,014 (Kruskal-Wallis)	
	Mediana	3	2,5	3,5	3		
	Variação	1-8	1-8	1-8	1-8		

\* Acompanhante

Apresentam-se aqui apenas as variáveis que se relacionam mais estreitamente com a esperança.

A Tabela 1 mostra que a maioria da amostra estudada era do sexo feminino 86/131 (65,6%)\* e a religião predominante foi a católica 67/131 (51,5%), porém para essas variáveis não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos (p=0,454 e p=0,172 respectivamente). Quanto à situação de trabalho, o grupo de acompanhantes apresentou maior proporção de pessoas em atividade remunerada 19/44 (44,2%), os diabéticos compuseram o grupo que apresentou maior proporção de pessoas que recebiam aposentadoria ou pensão como fonte de renda 24/40 (60%), e os pacientes oncológicos foram os tiveram a maior proporção de desempregados 21/47 (44,7%) e com atividade não remunerada

11/47(23,4%), sendo que para esta variável houve diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ).

A maioria da amostra 53/131(54,6%) obtinha renda mensal que variava de um a cinco salários-mínimos por mês, porém 53,85% dos diabéticos tinham uma renda mensal de mais de cinco salários-mínimos, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos.

A média de escolaridade foi semelhante nos três grupos, com maior variação no grupo dos diabéticos  $11,10 \pm 5,52$ , não havendo diferença estatística significativa ( $p=0,944$ ). A idade apresentou variação importante entre os grupos, sendo a média de  $41,15 \pm 13,29$  e  $39,82 \pm 11,76$  respectivamente para pacientes oncológicos e acompanhantes e  $59,45 \pm 16,18$  para pacientes diabéticos, havendo entre os grupos diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ). Os grupos foram semelhantes em relação ao número de filhos ( $p=0,986$ ) e diferentes em relação ao número de pessoas que moram na casa ( $p=0,014$ ).

Em relação às características clínicas da amostra dos pacientes oncológicos, 19/47 (40,43%) apresentou diagnóstico de câncer de mama feminina. As doenças hematológicas (leucemia, linfoma e mieloma) compuseram 23,4% da amostra com 11 pacientes e em terceiro lugar os cânceres gastrintestinais (cólon, estômago) com 6,3% da amostra. A presença da dor foi valorizada em 48,9% da amostra oncológica, que na escala numérica da dor (de 0 a 10) apresentaram uma média de 6,23 na última semana. A maioria dos pacientes oncológicos (51,1%) julgou o câncer uma doença limitante. A média do tempo do diagnóstico foi de 1,01 ano.

Entre os pacientes diabéticos, a maioria apresentava hipertensão 27/40 (67,5%) como comorbidade associada; 16/40 (40%) utilizavam exclusivamente hipoglicemiante oral, 12/40 (30%) utilizavam apenas insulina, 9/40 (22,5%) utilizam hipoglicemiante oral e insulina, e 3/40 (7,5%) controlavam a glicemia apenas com a dieta. Dos pacientes diabéticos 14/40 (35%) julgavam o diabetes uma doença limitante. A amostra apresentou

média do Índice de Massa Corpórea (IMC) de  $28,11 \pm 5,37$ , indicando sobrepeso. A média de tempo do diagnóstico foi de 13,15 anos.

### 5.2.2. Confiabilidade

A confiabilidade da EEH foi verificada por meio da análise da consistência interna e do teste-reteste.

O coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para a análise da consistência interna para amostra total<sup>(55,54,56)</sup>. O resultado do coeficiente alfa varia entre 0 a 1, considerando-se maior confiabilidade quanto mais próximo de 1. Os critérios para a retirada dos itens inconsistentes foram: correlações negativas ou nulas entre os itens da escala e acréscimos importantes ao valor do Alpha de Cronbach, se o item for excluído<sup>(60)</sup>.

**Tabela 2** - Análise da consistência interna entre os itens da EEH, São Paulo - 2006

Item	Escore médio se o item for excluído	Variância do escore se o item for excluído	Correlação de Pearson entre escore e o item	R2 com item de variável dependente e demais itens como independente	Alfa se o item for excluído
EEH 01: eu estou otimista quanto a vida	37,34	18,23	0,50	0,30	0,822
EEH 02: eu tenho planos a curto e longo prazos	37,47	18,14	0,44	0,27	0,827
EEH 03: eu me sinto muito sozinho	37,67	18,49	<b>0,25</b>	<b>0,16</b>	<b>0,848</b>
EEH 04: eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	37,57	17,48	0,55	0,43	0,817
EEH 05: eu tenho um fé que me conforta	37,34	17,64	0,55	0,40	0,817
EEH 06: eu tenho medo do meu futuro	37,84	17,42	0,44	0,30	0,829
EEH 07: eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos	37,36	18,71	0,41	0,28	0,828
EEH 08: eu me sinto muito forte	37,64	16,99	0,55	0,35	0,818
EEH 09: eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	37,35	17,97	0,54	0,41	0,819
EEH 10: eu sei onde eu quero ir	37,46	17,55	0,65	0,51	0,812
EEH 11: eu acredito no valor de cada dia	37,33	18,18	0,57	0,54	0,818
EEH 12: eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	37,24	17,64	0,70	0,63	0,809
Alfa de Crombach					0,834

Na análise de consistência interna da EEH se obteve alfa de Cronbach total de 0,834. O Alfa apresenta uma melhora de 0,014 quando o item 03 da EEH é excluído, não justificando sua retirada. Nota-se que o item de número 03, “eu me sinto muito sozinho” é o que menos se relaciona aos demais fatores, apresenta baixa correlação (Correlação de Pearson=0,25), e os demais fatores explicam muito pouco de sua variabilidade ( $R^2=0,16$ ).

O teste–reteste foi realizado com 15 sujeitos para a investigação da estabilidade entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento, com aproximadamente 15 dias de diferença entre elas.

**Tabela 3** - Médias obtidas entre a primeira e a segunda aplicação da EEH, São Paulo - 2006

	Média	D.P	n	t-Student pareado
Escore Escala de Esperança de Herth	40,93	5,48	14	$p=0,907$
Escore Escala de Esperança de Herth - Reteste	41,07	5,78	14	

Escore total excluindo 1 paciente com informação incompleta

A média dos índices obtidos entre a primeira e a segunda aplicação obteve um valor similar (40,93/ 41,07). Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a primeira e a segunda aplicação de EEH ( $p=0,97$ ).

**Tabela 4** - Índice de Correlação Intra-Classe (ICC) realizado no teste-reteste, São Paulo - 2006

	ICC	Intervalo de confiança de 95%		p-valor
		Lim inferior	Lim superior	
Escores EEH e EEH TR	0,70	0,31	0,89	0,001

O ICC é usual para medir se os dados apresentam reprodutibilidade. A Tabela 4 mostra ICC de 0,70 para a EEH, o que sugere uma reprodutibilidade razoável<sup>(68)</sup> e o valor  $p=0,001$  significativo para esse resultado, indicando que há uma reprodutibilidade não nula.

### 5.2.3. Validade

A validade de construto foi realizada por meio da validade convergente utilizando a EAER, da validade divergente por meio do IDB e da análise fatorial.

Conforme preconizado na literatura, realizou-se a análise de consistência interna dos dois instrumentos, por meio do alpha de Cronbach para a amostra deste estudo, sendo essas escalas previamente validadas no Brasil. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 5 e 6.

**Tabela 5** - Resultados da análise de consistência interna entre os itens da EAER, São Paulo - 2006

Item	Escore médio se o item for excluído	Variância do escore se o item for excluído	Correlação de Pearson entre escore e o item	R <sup>2</sup> com item de variável dependente e demais itens como independente	Alfa se o item for excluído
EAER1-de uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo	6,41	13,36	0,42	0,31	0,74
EAER2-às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros)	6,23	11,75	0,58	0,41	0,71
EAER3-eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades	6,39	13,98	0,30	0,35	0,75
EAER4-eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas)	6,56	13,13	0,40	0,32	0,74
EAER5-não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	6,40	13,04	0,36	0,20	0,75
EAER6-às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)	6,10	11,34	0,56	0,51	0,72
EAER7-eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas	6,48	13,39	0,46	0,29	0,74
EAER8-eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo	5,58	12,90	0,25	0,12	0,78
EAER9-quase sempre eu estou inclinado a achar que sou um fracassado	6,44	12,41	0,67	0,54	0,71
EAER10-eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo	6,47	13,71	0,36	0,22	0,75
Alfa total	10 itens				0,76

Amostra de 126 sujeitos

**Tabela 6** - Resultados da análise de consistência interna entre os itens do IDB, São Paulo - 2006

Item	Escore médio se o item for excluído	Variância do escore se o item for excluído	Correlação de Pearson entre escore e o item	R <sup>2</sup> com item de variável dependente e demais itens como independente	Alfa se o item for excluído
IDB item 1	7,55	33,98	0,48	0,51	0,79
IDB item 2	7,71	34,39	0,36	0,29	0,80
IDB item 3	7,76	34,81	0,51	0,56	0,79
IDB item 4	7,51	34,47	0,35	0,27	0,80
IDB item 5	7,74	34,82	0,51	0,61	0,79
IDB item 6	7,71	33,57	0,49	0,56	0,79
IDB item 7	7,65	33,42	0,49	0,47	0,79
IDB item 9	7,82	35,75	0,41	0,49	0,80
IDB item 10	7,33	32,49	0,37	0,26	0,80
IDB item 11	6,80	33,24	0,20	0,17	0,82
IDB item 12	7,71	35,03	0,32	0,26	0,80
IDB item 13	7,45	33,17	0,40	0,30	0,80
IDB item 14	7,50	33,19	0,42	0,37	0,79
IDB item 15	7,50	32,91	0,46	0,41	0,79
IDB item 16	7,18	32,22	0,44	0,30	0,79
IDB item 17	7,17	32,48	0,53	0,47	0,79
IDB item 18	7,62	34,62	0,35	0,33	0,80
IDB item 20	7,20	32,92	0,43	0,36	0,79
IDB item 21	7,15	32,41	0,33	0,30	0,80
Alfa total	19 itens				0,81

O alfa de Cronbach para a EAER foi de 0,76 e do IDB foi de 0,81, o que confere bom índice de confiabilidade às escalas utilizadas. Os itens 8 e 19 do IDB foram excluídos da análise de consistência interna por apresentarem correlações negativas com outros itens.

A aplicação dos três instrumentos na amostra estudada mostrou que os escores médios para a EEH foram 40,46 no grupo de diabéticos, 40,88 nos acompanhantes e 41,57 nos pacientes oncológicos, valores esses altos considerando a variação possível de 12 a 48, onde 48 representa o melhor escore de esperança. Os escores médios para a EAER foram 6,50 no grupo de acompanhantes, 6,95 nos diabéticos e 7,79 nos pacientes oncológicos, valores esses baixos e compatíveis com boa auto-estima (escore invertido),



considerando a variação possível de 0 a 30. Os escores médios para o IDB foram 8,21 no grupo de acompanhantes, 8,54 nos diabéticos e 10,19 nos pacientes oncológicos, valores baixos considerando a variação possível de 0 a 63, o que denota ausência de depressão. O teste de Kruskal Wallis evidenciou que para nenhuma das escalas houve diferença estatística significativa entre os grupos, ou seja, os escores de esperança, auto-estima e depressão foram semelhantes entre os acompanhantes e pacientes com diabetes e câncer ( $p>0,05$ ).

A correlação entre EEH e os dois instrumentos está apresentada na Tabela 7. As hipóteses foram de que quanto maior a auto-estima maior a esperança e que a depressão teria uma correlação negativa com a esperança.

**Tabela 7** - Correlação entre os escores da EEH com o IDB e a EAER na amostra estudada\*, São Paulo - 2006

		Escala de esperança de Herth			
		Geral	ONCO	DM	Acompanhante
IDB	Correlação de Pearson	-0,39	-0,37	-0,45	-0,45
	p-valor	<0,001**	0,016**	0,004**	0,008**
	n	115	42	39	34
EAER	Correlação de Pearson	-0,50	-0,55	-0,59	-0,38
	p-valor	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,028**
	n	115	42	39	34

Legenda: \* amostra com informação completa para os 3 escores; \*\*estatisticamente significativo

A correlação de *Pearson* entre EEH e os escores do IDB e EAER são negativas, significativas e de intensidade baixa nos 3 grupos componentes da amostra total. A correlação entre EEH e IDB é negativa, isto é, quanto maior o escore de esperança, menor o escore de depressão. A correlação entre EEH e os escores da EAER é negativa, quanto maior o escore de esperança, menor o escore de auto-estima. Lembra-se aqui que o escore do EAER é invertido, ou seja, quanto maior o valor numérico da EAER, menor a auto-estima.

**Tabela 8** - Carga fatorial dos itens segundo análises estatísticas realizadas para a EEH, São Paulo - 2006

	Método de máxima verossimilhança com rotação varimax			Método de máxima verossimilhança com rotação varimax			Método de componentes principais com rotação varimax		
	AUTORA			ESTUDO			ESTUDO		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
HHI01: eu estou otimista quanto a vida	0,76			<b>0,45</b>	0,11	0,30	0,18	<b>0,57</b>	0,35
HHI02: eu tenho planos a curto e longo prazos	0,72			0,31	0,30	0,18	<b>0,52</b>	0,18	0,14
HHI03: eu me sinto muito sozinho			-0,7	0,08	0,01	<b>0,59</b>	-0,02	0,12	<b>0,85</b>
HHI04: eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades		0,81		0,24	<b>0,96</b>	0,13	<b>0,82</b>	0,01	0,14
HHI05: eu tenho uma fé que me conforta			0,63	<b>0,58</b>	0,25	0,13	<b>0,51</b>	0,46	0,06
HHI06: eu tenho medo do meu futuro	-0,81			0,19	0,27	<b>0,56</b>	0,38	0,04	<b>0,70</b>
HHI07: eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos		0,59		<b>0,46</b>	0,02	0,13	0,01	0,76	0,10
HHI08: eu me sinto muito forte			0,58	<b>0,46</b>	0,33	0,20	<b>0,65</b>	0,23	0,14
HHI09: eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor			0,6	<b>0,50</b>	0,29	0,13	<b>0,65</b>	0,27	0,00
HHI10: eu sei onde eu quero ir		0,41		<b>0,70</b>	0,16	0,24	0,48	<b>0,57</b>	0,16
HHI11: eu acredito no valor de cada dia	0,54			<b>0,72</b>	0,25	-0,04	0,40	<b>0,72</b>	-0,11
HHI12: eu sinto que minha vida tem valor e utilidade		0,72		<b>0,82</b>	0,21	0,13	<b>0,59</b>	<b>0,59</b>	0,05
% DA VARIÂNCIA EXPLICADA EM 3 FATORES		61%			46,1%			57,5%	
KMO					0,854			0,854	

A Tabela 8 apresenta a análise fatorial da EEH feita pela autora da escala original e as duas análises feitas neste estudo.

A análise fatorial pelo método de máxima verossimilhança utilizou os mesmos critérios da autora (rotação varimax; autovalores acima de 1, com solução de três fatores e critério de seleção de fator > 0,40)

O método de máxima verossimilhança usado neste estudo apresenta apenas 46% da variabilidade explicada nos três primeiros fatores, ou seja, menos da metade da variabilidade está representada nestas três dimensões. Com esse método obtém-se praticamente um único fator principal, englobando 8 dos 12 itens.

Com o método de componentes principais e mesma rotação, essa variabilidade explicada sobe para 58%, ficando próxima aos 61% encontrados pela autora (com método máxima verossimilhança). Nesse método temos o primeiro fator com 8 itens, o segundo com 6 e o terceiro com 2 itens, sendo que os itens 5, 10, 11 e 12 se repetem no primeiro e segundo fatores. Mudando o critério de ponto de corte de 0,40 para 0,50 (vermelho) temos apenas o item 12 repetido no fator 1 e 2. O fator 1 passa ter 6 itens, e o fator 2 passa a ter 5 itens. O fator 3 continua com 2 itens e todos os itens são representados pelos fatores (o que não acontece com o primeiro método, que o item 2 não tem carga superior a 0,40 em nenhum fator).

O KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*), teste que examina o ajuste dos dados para a análise fatorial, obteve o valor de 0,854, para as duas análises realizadas, significando boa adequação dos dados.

### 5.3. Comparação dos escores de esperança entre os grupos

**Tabela 9** - Comparação dos escores de esperança entre os grupos, São Paulo - 2006

	Grupo	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	n	p-valor*
	ONCO	33	42,5	48	41,57	4,60	0,71	42	
EEH	DM	31	40	48	40,46	4,88	0,78	39	0,348
	Acompanhante	32	41,5	47	40,88	3,77	0,65	34	

A Tabela 9 revela que o escore médio de esperança apresentou-se similar entre os grupos, sendo 41,57 para os pacientes oncológicos, 40,46 para os diabéticos e 40,88 para os acompanhantes e não houve diferença significativa ( $p=0,348$ ).

#### 5.4. Relações entre os escores de esperança da amostra total com as variáveis sócio-demográficas

**Tabela 10** - Comparação da EEH com variáveis sócio-demográficas na amostra total, São Paulo - 2006

		Escala de Esperança						n	p-valor
		Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão		
Sexo	masculino	26	41	48	40,67	4,94	0,74	45	0,932*
	feminino	31	40,5	48	40,81	4,46	0,48	86	
Religião	católico	26	40	48	40,39	4,90	0,60	67	0,891**
	evangélico	31	42	48	40,94	4,68	0,84	31	
	espírita	36	42	46	41,54	3,23	0,90	13	
	outros	33	40	48	41,00	4,41	1,01	19	
Situação Atual	atividade remunerada	31	41,5	48	40,68	4,79	0,78	38	0,994**
	desempregado	31	41	48	40,88	4,08	0,71	33	
	aposentado/pensionista	26	40,5	48	40,39	5,37	0,90	36	
	atividade não remunerada/afastado	34	42	48	41,04	3,83	0,80	23	
Renda (excluídos os desempregados)	até 1 salário mínimo	36	41	46	41,80	4,27	1,91	5	0,711**
	de 1 a 5 salários-mínimos	32	42	48	40,92	4,57	0,63	53	
	mais de 5 salários-mínimos	26	40	48	40,15	5,16	0,83	39	

\* Mann-Whitney, \*\* Kruskal-Wallis

A comparação entre os escores de esperança e as variáveis sócio-demográficas mostrou que não houve diferença entre os níveis de esperança para as variáveis sexo, religião, situação de emprego atual e renda financeira ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 11** - Comparação da EEH com variáveis sociais na amostra total, São Paulo - 2006

	Idade			Escolaridade		
	Correlação de Pearson	p-valor	n	Correlação de Pearson	p-valor	n
Esperança	-0,09	0,323	131	-0,16	0,076	131

As variáveis idade e escolaridade apresentaram uma correlação negativa, porém não significativa resultando  $p = 0,323$  para idade e  $p = 0,076$  para escolaridade.

### 5.5. Relações entre os escores de esperança dos pacientes com variáveis clínicas de interesse

Os escores de esperança dos pacientes com câncer foram relacionados com as variáveis clínicas diagnóstico médico e dor por meio do teste de Mann-Witney conforme Tabelas 12 e 13.

**Tabela 12** - Comparação da EEH entre os diagnósticos mais freqüentes na amostra dos pacientes oncológicos, São Paulo - 2006

Diagnóstico médico	Escala de Esperança						n	p-valor
	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão		
CA de mama	33	42	48	42,05	4,25	0,97	19	0,216
Hematológicas	35	40	47	40,00	4,20	1,26	11	

A Tabela 12 revela que, para os pacientes oncológicos, o diagnóstico não se relacionou com o escore de esperança. Para os diagnósticos mais freqüentes, câncer de mama e doenças hematológicas, não houve diferença significativa ( $p=0,216$ ) no nível de esperança.

**Tabela 13** - Comparação da EEH entre os pacientes oncológicos com e sem dor, São Paulo - 2006

Pacientes da ONCO		Escala de Esperança						n	p-valor
		Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão		
Sente dor	sim	26	41	48	40,04	5,36	1,12	23	0,109
	não	33	44	48	42,29	4,35	0,89	24	

Para a variável clínica dor, também não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,109$ ), ou seja, pacientes com ou sem dor apresentam escores de esperança semelhantes.

Os escores de esperança dos pacientes com diabetes foram relacionados com as variáveis clínicas modalidade de tratamento e presença de hipertensão por meio do teste de Mann-Witney conforme Tabela 14.

**Tabela 14** - Comparação da EEH entre os pacientes diabéticos segundo a modalidade do tratamento e a presença Hipertensão, São Paulo - 2006

		Escala de Esperança							p-valor
		Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	n	
Tratamento	somente hipoglicemiante	33	39,5	46	40,81	4,62	1,16	16	0,794
	somente insulina	31	39	48	39,83	5,54	1,60	12	
	hipo + insulina	32	40	48	39,33	4,97	1,66	9	
Tem hipertensão?	sim	31	40	48	40,74	4,78	0,92	27	0,512
	não	32	39	48	39,62	5,09	1,41	13	

Apesar de diferentes formas de tratamento realizadas pelos pacientes diabéticos, não foram evidenciadas diferenças significativas entre os níveis de esperança daqueles que utilizavam somente hipoglicemiante oral, os que utilizavam somente insulina, ou os que associavam hipoglicemiantes orais e insulina ( $p=0,794$ ). Quanto à hipertensão arterial como comorbidade associada, esta também não influenciou no nível de esperança entre os pacientes diabéticos ( $p=0,512$ ).

***Discussão***

## 6. DISCUSSÃO

Na nossa experiência clínica no manejo de doenças crônicas, em especial o câncer, nota-se que o enfrentamento do processo do adoecer é mais adequado quando os pacientes possuem esperança. É a esperança na recuperação da saúde que leva o paciente a enfrentar todas as adversidades decorrentes do adoecimento e do tratamento.

Essa nossa crença pessoal de que a esperança é um fator importante para conviver com a condição de ser um doente crônico incentivou-nos a pesquisar e aprofundar os conhecimentos sobre o tema. Uma busca bibliográfica possibilitou a identificação de grande quantidade de pesquisas relacionadas ao conceito esperança no âmbito da enfermagem<sup>(2,3,5,6,7,13,15,26,28,30)</sup> e por meio delas pudemos verificar que nossa curiosidade em relação a esse tema é compartilhada com outros pesquisadores.

A avaliação da esperança proporciona a implementação de intervenções que estimulam esperança em pacientes em cuidados paliativos e seus familiares<sup>(37)</sup>.

Como não há instrumentos específicos criados no Brasil, nem adaptados à nossa cultura, para avaliar a esperança, optou-se pela realização da adaptação e validação de um instrumento para medir esse construto conforme preconiza a literatura para a adaptação cultural<sup>(40, 51, 52)</sup> e validação<sup>(55,56,60)</sup>.

O *Herth Hope Index* foi o instrumento escolhido dentre outros internacionais que mensuram esperança, pois se trata de uma escala de auto-relato de origem americana, de fácil e rápida aplicação, com apenas 12 itens que quantificam a esperança<sup>(28)</sup>. Além disso, no seu processo de validação essa escala apresentou correlação positiva com outras escalas de esperança como àquela da qual foi originada *Herth Hope Scale* ( $r=0,92$ ) e a *Nowotny Hope Scale* ( $r=0,81$ )



A execução das etapas deste estudo foi bastante trabalhosa. Algumas dificuldades foram encontradas, principalmente no que diz respeito à re-elaboração do instrumento com a incorporação das sugestões feitas pelo comitê de juízes e à coleta de dados que foi realizada em três diferentes serviços. Muitas leituras precisaram ser realizadas para a escolha dos instrumentos mais adequados na validação.

A prontidão de respostas da autora da escala original bem como o entusiasmo demonstrado pelo processo de validação brasileiro serviu de incentivo para superar as dificuldades encontradas.

Era nosso desejo também poder comparar o sentimento de esperança entre pessoas sadias, doentes com câncer e doentes com outra doença crônica com características diferentes. Dessa forma, optou-se por fazer essa comparação com pacientes diabéticos, tendo em vista que essa doença crônica tem elevada prevalência no Brasil e no mundo, acarreta incapacidades com redução da qualidade de vida e exige dos pacientes grandes modificações no estilo de vida, assim como na vigência do câncer.

A discussão dos aspectos relevantes deste estudo será feita, seguindo-se a seqüência da apresentação dos resultados.

No processo de tradução do HHI, as frases 1, 2, 5, 7 e 10 sofreram modificações após análise da autora e orientadora. Alguns termos foram alterados com objetivo de oferecer maior clareza na interpretação da frase.

Após a *back translation*, apenas alguns termos das frases 3 e 5 sofreram substituições.

No processo de análise das equivalências semântica e idiomática realizada pelo comitê de revisão algumas palavras foram modificadas para melhor compreensão das frases. Apenas duas afirmações mantiveram-se inalteradas, as frases de número 5 “eu tenho uma fé que me conforta” e 10 “eu sei onde eu quero ir”.

A equivalência cultural e conceitual não foi realizada neste estudo em virtude da inexistência de “*experts*” no conceito esperança no Brasil. A

decisão por essa estratégia foi pautada em outros estudos. Numa tentativa de simplificar o processo de adaptação cultural de instrumentos, alguns autores mostraram haver correlações significativas, comparando-se versões literais e adaptadas de diferentes instrumentos<sup>(70)</sup>. Um estudo em nosso meio que não realizou essa equivalência, obteve validade e confiabilidade adequadas<sup>(45)</sup>.

O pré-teste não determinou quaisquer alterações e dessa forma o instrumento traduzido e adaptado culturalmente, denominado Escala de Esperança de Herth (EEH) foi aplicado em uma amostra de 131 pessoas.

A confiabilidade do instrumento foi verificada por meio do coeficiente de consistência interna para a amostra total (alfa de Cronbach) e do teste-reteste.

A consistência interna da escala em estudo, com o total de 12 itens, foi demonstrada pelo valor do alfa de Cronbach obtido de 0,834 (Tabela 2).

A análise da consistência interna do instrumento original *Herth Hope Index* foi realizada em uma população de 172 adultos, dos quais 70 com doença aguda, 71 doentes crônicos e 31 doentes terminais, obteve consistência interna representada pelo coeficiente alfa de Cronbach de 0,97<sup>(28)</sup>.

O estudo sueco de validação do *Herth Hope Index* que envolveu 85 adultos, sendo 40 pacientes oncológicos em cuidados paliativos e 45 familiares, e apresentou em sua análise de consistência um valor de alfa de 0,88.

À semelhança dos estudos apresentados e da literatura específica, o alto valor de alfa indica que o instrumento em estudo tem boa consistência interna<sup>(28,37,54,55,56, 59, 60)</sup>.

O item 3 da escala foi o que menos se relacionou com os demais entretanto, a sua retirada elevaria o alfa de Cronbach para 0,848, o que não justificaria a sua exclusão<sup>(60)</sup>. Assim todos os itens devem ser mantidos.

Em relação ao teste-reteste (Tabela 3), os resultados mostraram que as diferenças obtidas entre a primeira e segunda aplicação não foram significativas ( $p=0,97$ ). O índice de correlação intra-classe de 0,7 e seu valor correspondente e significativo do  $p$  de 0,001, indicam reprodutibilidade razoável do instrumento<sup>(68)</sup>. A confiabilidade da EEH foi demonstrada.

A validade de construto foi realizada por meio da validade convergente utilizando-se a EAER<sup>(64)</sup> e da validade divergente utilizando-se o IDB<sup>(66)</sup>.

A EAER obteve o valor Alfa de Cronbach de 0,76, para a escala total com 10 itens, na amostra do estudo (Tabela 5). Todos os itens apresentaram correlações positivas com os demais. O IDB obteve alfa de Cronbach de 0,81 (Tabela 6) excluindo-se os itens 8 e 19 que apresentaram correlações negativas com outros itens na análise da consistência interna. Os dois resultados do alfa de Cronbach apontam os instrumentos como medidas confiáveis para esta análise.

A EEH apresentou correlações negativas e significativas com EAER nos 3 grupos estudados e na amostra total, ou seja, quanto maior a esperança maior a auto-estima, lembrando que os menores escores numéricos da EAER representam maior auto-estima (Tabela 7)

A EEH também apresentou correlações negativas, de baixa intensidade e significativas com o IDB nos três grupos estudados e na amostra total. Isto é indicativo de que quanto maior é a esperança menor é a depressão (Tabela 7).

Os resultados das correlações entre os escores da EEH, da EAER e do IDB confirmaram as hipóteses levantadas e conferiram a validade de construto, que significa a capacidade da escala em mensurar o conceito esperança, a que foi designada, e a relacionar-se com outros construtos, como auto-estima e depressão<sup>(54)</sup>.

Esses resultados corroboram com os achados de um estudo Italiano com 80 pacientes oncológicos, internados e posteriormente no domicílio, no qual também houve a correlação positiva entre esperança e auto-estima, e

com outros aspectos físicos e psicossociais como qualidade de vida, *coping*, bem-estar, conforto físico, satisfação com as informações e suporte familiar e social<sup>(71)</sup>. Outro estudo, com uma abordagem qualitativa envolvendo 24 pacientes laringectomizados, contrapõe nossos resultados uma vez que os participantes apesar de terem esperança tinham o relato de apresentarem baixa auto-estima<sup>(72)</sup>. Uma evidência que mostra que a esperança e a auto-estima caminham juntas pode ser demonstrada em um estudo com 75 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e que se sentiam internamente estigmatizados, o que foi avaliado por questionário específico para tal, onde quanto maior o estigma, menor a esperança e a auto-estima<sup>(73)</sup>.

Com relação à depressão, os resultados desse estudo também condizem com outros achados de pesquisa. O mesmo estudo italiano descrito acima e realizado com 80 pacientes oncológicos, aponta que a esperança foi correlacionada negativamente com a depressão, ansiedade e aborrecimento pela internação<sup>(71)</sup>. O estudo para a condensação do *Herth Hope Scale* que originou o *Herth Hope Index*, instrumento em processo de validação neste estudo, evidenciou correlações negativas entre a esperança e desesperança<sup>(28)</sup>. Considerando que a desesperança é um dos componentes da depressão<sup>(66)</sup>, pode-se inferir que esses resultados seriam semelhantes para uma avaliação de depressão.

A validade de construto foi também realizada pela análise fatorial. Primeiramente a mesma análise estatística realizada por Herth (1992), foi aplicada na amostra do estudo e, na versão Brasileira, os itens não se distribuíram nos 3 fatores conforme encontrados na escala original, ou seja 8 itens migraram para o fator 1, 1 item migrou para o fator 2 e 2 itens para o fator 3, sugerindo uma representação unidimensional (Tabela 8). Esta composição se configurou da seguinte forma: o **Fator 1** englobou os itens, eu estou otimista quanto à vida, eu tenho uma fé que me conforta, eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos, eu me sinto muito forte, eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor, eu sei onde eu quero ir, eu acredito no valor de cada dia, eu sinto que minha vida tem valor e utilidade; o **Fator 2** englobou o item eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades e o

**Fator 3** englobou os itens eu me sinto muito sozinho, eu tenho medo do meu futuro. A afirmação de número 2 apresenta carga fatorial inferior a 0,40 o que impossibilitaria a sua alocação em quaisquer fatores.

Por meio da análise fatorial com o método de componentes principais, num ponto de corte de 0,40, o primeiro fator fica com 8 itens, o segundo com 6 e o terceiro com 2 itens, sendo que os itens 5, 10, 11 e 12 se repetem no primeiro e segundo fatores. Mudando o critério para 0,50 temos apenas o item 12 repetido no fator 1 e 2. O fator 1 passa ter 6 itens, e o fator 2 passa a ter 5 itens. O fator 3 continua com 2 itens e todos os itens são representados pelos fatores. Esta composição se configurou da seguinte forma: **Fator 1** englobou os itens eu tenho planos a curto e longo prazos; eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades; eu tenho uma fé que me conforta; eu me sinto muito forte; eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor; eu sinto que minha vida tem valor e utilidade; o **Fator 2** englobou os itens eu estou otimista quanto a vida; eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos; eu sei onde eu quero ir; eu acredito no valor de cada dia; eu sinto que minha vida tem valor e utilidade e **Fator 3** englobou os itens eu me sinto muito sozinho, eu tenho medo do meu futuro. Acredita-se que a diferença na composição dos fatores da escala para a população brasileira seja decorrente das diferenças culturais, pois a metodologia na tradução foi rigorosamente observada. Pelo exposto, a análise fatorial pelo método dos componentes principais não confirmou os três fatores da escala original, confirmou apenas que existem três fatores mas com composição diferente dos itens em relação à escala original.

A medida de adequação dos dados para a análise fatorial por meio do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,854 indicando boa adequação dos mesmos<sup>(60)</sup>.

A comparação dos escores de esperança entre os grupos não mostrou diferença estatística significativa. Além disso, os três grupos apresentaram altos escores de esperança. Isto evidencia que a presença da doença não contribuiu para diminuir a esperança dos pacientes oncológicos

e diabéticos e que a vivência da família com essas doenças, apesar das dificuldades inerentes ao acompanhamento delas, não trouxe nenhum prejuízo.

Dados da literatura não corroboram com os resultados deste estudo. Um estudo que avaliou a relação entre esperança, desesperança e fadiga em 85 participantes, sendo eles pacientes em cuidados paliativos e seus acompanhantes, mostrou que os níveis de esperança dos membros da família foram significativamente mais baixos<sup>(15)</sup>. Achados semelhantes a esses foram também relatados em outras pesquisas<sup>(6,7)</sup>. O estudo de Berg e Benzein (2005) reportou que quanto maior a idade dos familiares menor a esperança<sup>(15)</sup> e esses resultados contrapõem os de Chapman (1998) onde os autores apontam que familiares mais idosos possuem mais esperança<sup>(74)</sup>. As ambigüidades apresentadas falam a favor do desenvolvimento de outros estudos no sentido de elucidar os fatores que possam estar relacionados ao comportamento dos membros da família e a idade, em relação à esperança. Em relação aos pacientes, Berg e Benzein (2005) encontraram correlações entre idade e desesperança e entre esperança e desesperança, ou seja, quanto maior a idade maior a desesperança e quanto maior a desesperança menor a esperança<sup>(15)</sup>.

Outras variáveis como sexo, religião, situação de emprego atual, renda, idade e escolaridade também não se relacionaram com os escores de esperança na amostra estudada.

Estudo realizado por Herth (1989), com 120 pacientes submetidos à quimioterapia em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, encontrou significativas relações entre convicção religiosa e esperança<sup>(2)</sup>. O estudo qualitativo de Holt (2000) que explorou o conceito de esperança com 45 pessoas em uma pequena vila na República Dominicana, mostrou que o conceito que emergiu dos discursos foi que “a esperança é uma força de vida essencial e dinâmica que cresce da fé em Deus, e é alicerçada por relacionamentos e recursos de trabalho”<sup>(8)</sup>.

A comparação da EEH entre os diagnósticos mais frequentes na amostra dos pacientes oncológicos, evidenciou que não houve diferença entre os níveis de esperança entre os pacientes com câncer de mama e doenças hematológicas (Tabela 12), ou seja, o diagnóstico não se relacionou com os escores de esperança.

Não foram encontrados na literatura estudos que relacionassem diferentes tipos de câncer com esperança. Um estudo focalizando o estágio da doença e esperança em 226 pacientes com diferentes tipos de câncer desenvolvido por Chen (2003) demonstrou que o estadiamento não afetou o nível de esperança, mas a percepção dos efeitos do tratamento associou-se a ela<sup>(26)</sup>.

A comparação da EEH entre os pacientes oncológicos com e sem dor foi realizada em virtude da dor ter sido um sintoma freqüente nos pacientes do estudo. Quando questionados em relação à última semana, segundo escala numérica da dor<sup>(75)</sup>, a média obtida foi de 6,23, isto é, de moderada intensidade. Não houve diferença estatística significativa dos níveis de esperança entre os pacientes que apresentavam e os que não apresentavam dor (Tabela 14).

Nota-se o interesse na relação entre dor e esperança<sup>(26,76)</sup>. Num estudo desenvolvido com 164 pacientes com câncer de pulmão, sendo 79 com dor e 85 sem dor, naqueles que apresentaram dor, a interferência dela na vida diária, sua intensidade, a incerteza e ambigüidade provocadas por ela tiveram correlações negativas e significativas com a esperança<sup>(77)</sup>. Ainda, houve diferença significativa no nível de incerteza e esperança entre os pacientes com e sem dor, ou seja, pacientes com dor reportaram maiores níveis de incerteza e menores níveis de esperança do que os sem dor.

Estudo realizado por Chen (2003) abordando dor e esperança em 226 pacientes com câncer mostrou que não houve diferença nos níveis de esperança encontrados entre pacientes com e sem dor. Para os pacientes com dor, a dimensão cognitiva dela (significado atribuído à dor como desafio, perda e ameaça) foi correlacionada à esperança de forma

significativa, enquanto que as dimensões sensoriais (intensidade da dor e alívio) não mostraram correlação. Pacientes que atribuíram mais significados positivos à sua dor, como vê-la como um desafio, tenderam a ter um grau de esperança mais alto. Ao contrário, pacientes que interpretavam sua dor negativamente como uma ameaça ou uma profunda perda, tendiam a ter um grau mais baixo de esperança<sup>(26)</sup>.

Outro estudo desenvolvido com 484 pacientes com câncer, divididos em dois grupos, com e sem dor, evidenciou que a interferência da dor nas atividades diárias se correlacionou de forma significativa com *performance status*, distúrbios do humor e nível de esperança entretanto, a intensidade dela não se correlacionou com os níveis de esperança e apenas com *performance status* e distúrbios do humor<sup>(76)</sup>.

À luz da literatura pode-se inferir que o investimento no controle da dor pode ser um fator de aumento da esperança.

A comparação da EEH entre os pacientes diabéticos segundo a modalidade de tratamento e coexistência da hipertensão arterial como comorbidade associada em 67,5% da amostra mostrou que tanto com relação à terapêutica utilizada, como a presença de hipertensão não houve diferenças significativas em relação ao escore de esperança (Tabela 14). Não foram encontrados na literatura estudos que relacionassem aspectos clínicos do diabetes com esperança.



***Conclusões***

## 7. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstram que foi possível adaptar e validar o instrumento *Herth Hope Index* para a cultura brasileira.

Em relação às propriedades psicométricas, o instrumento apresentou um valor de alpha de Cronbach considerado bom para a escala total. O teste-reteste conferiu a reprodutibilidade do instrumento.

A validade de construto foi confirmada por meio da validade convergente que demonstrou correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Esperança de Herth (denominação da versão brasileira) e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg e da validade divergente que também evidenciou correlação significativa entre a Escala de Esperança de Herth e o Inventário de Depressão de Beck. A análise fatorial pelo método dos componentes principais não confirmou os três fatores da escala original confirmou apenas que existem três fatores, mas com composição diferente dos itens em relação à escala original.

A Escala de Esperança de Herth (EEH), após as análises realizadas, permaneceu com os 12 itens originais escritos de forma afirmativa na qual a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de “concordo completamente” a “discordo completamente” onde 1 indica “discordo completamente” e 4 indica “concordo completamente”. Há dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6 que apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48 sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança.

O nível de esperança nos três grupos foi elevado e não houve diferença estatística entre eles.

As relações entre o nível de esperança e as variáveis sócio-demográficas na amostra estudada não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Os níveis de esperança não foram influenciados pela dor e tipo de tumor nos pacientes oncológicos e nem pelo tratamento ou coexistência de hipertensão arterial nos diabéticos.

As propriedades psicométricas do instrumento foram demonstradas e portanto ele pode ser utilizado para mensurar a esperança na população brasileira. Considera-se importante que a Escala de Esperança de Herth continue a ser testada quanto à sua confiabilidade e validade em diferentes contextos sócio-culturais da realidade brasileira.



## ***Referências***

## REFERÊNCIAS

1. Jakobsson A, Segesten K, Nordholm L, Oresland S. Establishing a Swedish instrument measuring hope. *Scand J Caring Sci.* 1993;7(3):135-9.
2. Herth K. The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1989;16(1):67-72.
3. Aylott S. When hope becomes hopelessness. *Eur J Oncol Nurs.* 1998;2(4):231-4.
4. Stotland E. *The psychology of hope.* San Francisco: Jossey-Bass; 1969.
5. Hickey SS. Enabling hope. *Cancer Nurs.* 1986;9(3):133-7.
6. Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *J Adv Nurs.* 1990;15(11):1250-9.
7. Herth K. Hope in family caregiver of terminally ill people. *J Adv Nurs.* 1993;18(4):538-48.
8. Holt J. Exploration of the concept of hope in the Dominican Republic. *J Adv Nurs.* 2000;32(5):1116-25.
9. Nuland SB. *Como morremos: reflexões sobre o último capítulo da vida.* Trad. de Fábio Fernandes. Rio de Janeiro: Rocco; 1995. A esperança e o paciente de câncer; p. 241-59.
10. Wilkinson K. The concept of hope in life-threatening illness. *Prof Nurse.* 1996;11(10):659-61.
11. Rustoen T, Wiklund I, Hanestad BR, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs.* 1998;21(4):235-45.
12. Groopman J. O remédio da esperança [entrevista]. *Veja,* 2004 set. 29;37(39):11-15.

13. Dufault K, Martocchio BC. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*. 1985;20(2):379-91.
14. Forbes MA. Hope in the older adult with chronic illness: a comparison of two research methods in theory building. *ANS Adv Nurs Sci*. 1999;22(2):74-87.
15. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med*. 2005;19(3):234-40.
16. Potter J. Fatigue experience in advanced cancer: a phenomenological approach. *Int J Palliat Nurs*. 2004;10(1):15-23.
17. Mota DDCF. Instrumentos de auto-relato para avaliação da fadiga: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
18. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: critical clinical constructs. Thousand Oaks: Sage; 1995.
19. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907-11.
20. Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Wiese RA, Englehardt SP, Copp LA. Caring for the chronically ill: from research to practice. In: Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Wiese RA, editors. *Key aspects of caring for the chronically ill: hospital and home*. New York: Springer; 1993. p. 3-7.
21. Mishel MH. Living with chronic illness: living with uncertainty. In: Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Wiese RA, editors. *Key aspects of caring for the chronically ill: hospital and home*. New York: Springer; 1993. p. 46-58.
22. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis: procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*. 1993;72(11):3355-65.

23. Rustoen T, Wiklund I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2000;23(3):214-9.
24. Sonnenberg A. Exploring how to tell the truth and preserve hope: can a balance between communication and empathy be calculated? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2(6):518-22.
25. Valladares R, Bergamo G. O fim dos mitos sobre o câncer. *Veja.* 2005 maio 18;38(20).
26. Chen ML. Pain and hope in patients with cancer: a role for cognition. *Cancer Nurs.* 2003;26(1):61-7.
27. Ballard A, Green T, McCaa A, Logsdon MC. A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1997;24(5):899-904.
28. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs.* 1992;17(10):1251-9.
29. Stoner MH, Keampfer SH. Recalled life-expectancy information: phase of illness and hope in cancer patients. *Res Nurs Health.* 1985;8(3):269-74.
30. Amorim MHC. Enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
31. Cavalcanti FS. Terapia com células-tronco: esperança ou novo marketing? [editorial]. *Rev Bras Reumatol* [periódico online]. 2005;45(4). Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042005000400001&lng=pt&nrm=i&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000400001&lng=pt&nrm=i&tlng=pt)> (2007 jan. 14).
32. Seuc AH, Domínguez E, Díaz OD. Esperanza de vida ajustada por diabetes. *Rev Cubana Endocrinol* [periódico online]. 2003;14(3). Disponível em: <[http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14\\_3\\_03/end05303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_3_03/end05303.htm)> (17 jan. 2007).

33. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Lat Am Enferm.* 2005;13(3):397-406.
34. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Sch Inq Nurs Pract.* 1991;5(1):39-51.
35. Herth K. Hope from the perspective of homeless families. *J Adv Nurs.* 1996;24(4):743-53.
36. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs.* 2000;32(6):1431-41.
37. Benzein EG, Berg AC. The Swedish version of Herth Hope Index: an instrument for palliative care. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(4): 409-15.
38. Benzein EG, Saveman BI. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 1998;35(6):322-9.
39. Rustoen T, Moum T. Reliability and validity of the Norwegian version of the Nowotny Hope Scale: a nursing tool for measuring hope in cancer patients. *Scand J Caring Sci.* 1997;11(1):33-41.
40. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.
41. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)" [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999.
42. Kimura M. Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index", de Ferrans e Powers [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.



43. De Micheli D. Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
44. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
45. Salvetti MG. Crença de auto-eficácia e validação da “Chronic Pain Self-Efficacy Scale” [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
46. Novato TS. Adaptação transcultural e validação do “Diabetes Quality of Life for Youths” de Ingersoll e Marrero [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
47. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):365-73.
48. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(3):305-13.
49. Guirardello EB. Adaptação cultural e validação do instrumento Demandas de Atenção Dirigida. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):77-84.
50. Guirardello EB, Alexandre NMC. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(2):109-11.
51. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61-3.
52. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 1996.

53. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing research. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1991.
54. Morais JF. Validade e confiabilidade de escalas multiitens. *Estima*. 2004;2(3):42-5.
55. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.
56. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
57. American Psychological Association (APA). *Standards for educational and psychological tests*. Washington, DC; 1966.
58. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996.
59. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
60. Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp; 1999.
61. Herth K. Hope in older adults in community and institutional settings. *Issues Ment Health Nurs*. 1993;14(2):139-56.
62. El-Gamel V. The usefulness of hope for a nursing assessment on the oncology unit. *Eur J Cancer Care*. 1993;2:22-30.
63. Lino MM. *Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS) [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
64. Dini GM. *Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.

65. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998;25(5):245-50.
66. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingran RE. Issues and recommendations regarding use of Beck depression inventory. *Cognit Ther Res.* 1987;11(3):289-99.
67. Vieira S. Introdução à bioestatística. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
68. Bédard M, Martin NJ, Krueger P, Brazil K. Assessing reproducibility of data obtained with instruments based on continuous measurements. *Exp Aging Res.* 2000;26(4):353-65.
69. Siegel S, Castellan N Jr. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: McGraw-Hill; 1988.
70. Falcão DM. Processo de tradução e adaptação cultural de questionários de qualidade de vida: avaliação de sua metodologia. [tese] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2001.
71. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs.* 2006;29(5):356-66.
72. Zago MMF, Sawada NO, Stopa MJR, Martinez EL. O significado cultural de ser laringectomizado. *Rev Bras Cancerol.* 1998;44(2):139-145.
73. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2007;33(1):192-9.
74. Chapman K, Pepler C. Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care. *Cancer Nurs.* 1998;21:226-34.

75. Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. *Arq Bras Neurocir.* 1998;17(1):15-24.

76. Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(1):29-37.

77. Hsu TH, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26(3):835-42.



***Anexos***



## ANEXOS

### ANEXO 1

#### HERTH HOPE INDEX

Listed below are a number of statements. Read each statement and place an [X] in the box that describes how much you agree with that statement right now.

	<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
1. I have a positive outlook toward life.				
2. I have short and/or long range goals.				
3. I feel all alone.				
4. I can see possibilities in the midst of difficulties.				
5. I have a faith that gives me comfort.				
6. I feel scared about my future.				
7. I can recall happy/joyful times.				
8. I have deep inner strength.				
9. I am able to give and receive caring/love.				
10. I have a sense of direction.				
11. I believe that each day has potential.				
12. I feel my life has value and worth.				

**ANEXO 2****HERTH HOPE INDEX – PRIMEIRA VERSÃO EM PORTUGUÊS**

Várias frases estão abaixo enumeradas. Leia cada frase e coloque um [X] no quadro que descreve o quanto você concorda com esta frase neste momento.

	<b>Não concordo fortemente</b>	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Eu tenho uma visão otimista da vida.				
2. Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos.				
3. Eu me sinto totalmente sozinho(a).				
4. Eu posso ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me dá conforto.				
6. Eu tenho medo do futuro.				
7. Eu posso recordar tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu tenho profunda força interior.				
9. Eu sou capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei para onde quero ir.				
11. Eu acredito que cada dia tem seu valor.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				



### ANEXO 3

#### HERTH HOPE INDEX – SEGUNDA VERSÃO EM PORTUGUÊS

Várias frases estão abaixo enumeradas. Leia cada frase e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta frase neste momento.

	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Eu tenho uma visão otimista da vida.				
2. Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos.				
3. Eu me sinto completamente sozinho(a).				
4. Eu posso ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do futuro.				
7. Eu posso recordar tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu tenho profunda força interior.				
9. Eu sou capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito que cada dia tem seu valor.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

## ANEXO 4

Prezado (a) \_\_\_\_\_

As frases a seguir correspondem às versões original e traduzida do “Herth Hope Index”, instrumento de medida para esperança desenvolvido pela enfermeira americana Kaye Herth. Em virtude das diferenças culturais existentes entre aquela realidade e a nossa, bem como a inexistência de um instrumento adaptado para a cultura brasileira que mensure esperança, estamos realizando a adaptação transcultural e validação do referido instrumento para uso na assistência e pesquisa de enfermagem, seguindo metodologia preconizada pela literatura. Este trabalho tem como objetivo final validar o instrumento Herth Hope Index para avaliar/quantificar o construto esperança em pacientes clínicos.

Solicitamos, assim, a valiosa colaboração de V.Sa. na avaliação das equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referido instrumento, considerando as seguintes orientações:

- A letra A corresponde à frase em sua forma original e a letra B, à versão traduzida para o português após o processo de tradução e “*back-translation*”.
- Equivalências semântica e idiomática referem-se à correspondência no significado das palavras e no uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas.

Utilize a escala abaixo para designar a sua avaliação de equivalência, assinalando com um X no campo correspondente:

Escala de Equivalência
-1 = não equivalente
0 = indeciso
+1 = equivalente

Caso assinale -1 ou 0, por favor, faça sugestões quanto às alterações que julgar mais pertinentes no espaço reservado abaixo de cada um dos itens.

Agradecemos antecipadamente a atenção e empenho. Contamos com sua valiosa contribuição e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Aurora Alves Grossi e  
Mestranda Alessandra Cristina Sartore.

(alessandrasartore@gmail.com)

**A - LISTED BELOW ARE A NUMBER OF STATEMENTS. READ EACH STATEMENT AND PLACE AN [X] IN THE BOX THAT DESCRIBES HOW MUCH YOU AGREE WITH THAT STATEMENT RIGHT NOW.**

B - Várias frases estão abaixo enumeradas. Leia cada frase e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta frase neste momento.

-1	0	+1

**A- Strongly disagree; Disagree; Agree; Strongly agree.**

B- Discordo fortemente; Discordo; Concordo; Concordo fortemente.

-1	0	+1

**A1- I have a positive outlook toward life.**

B1- Eu tenho uma visão otimista da vida.

-1	0	+1

**A2- I have short and/or long range goals.**

B2- Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos.

-1	0	+1

**A3- I feel all alone.**

B3- Eu me sinto completamente sozinho(a).

-1	0	+1

**A4- I can see possibilities in the midst of difficulties.**

B4- Eu posso ver possibilidades em meio às dificuldades.

-1	0	+1

**A5- I have a faith that gives me comfort.**

B5- Eu tenho uma fé que me conforta.

-1	0	+1

**A6- I feel scared about my future.**

B6- Eu tenho medo do futuro.

-1	0	+1

**A7- I can recall happy/joyful times.**

B7- Eu posso recordar tempos felizes e prazerosos.

-1	0	+1

**A8- I have deep inner strength.**

B8- Eu tenho profunda força interior.

-1	0	+1

**A9- I am able to give and receive caring/love.**

B9- Eu sou capaz de dar e receber afeto/amor.

-1	0	+1

---

---

**A10- I have a sense of direction.**

B10- Eu sei onde eu quero ir.

-1	0	+1

---

---

**A11- I believe that each day has potential.**

B11- Eu acredito que cada dia tem seu valor.

-1	0	+1

---

---

**A12- I feel my life has value and worth.**

B12- Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.

-1	0	+1

---

---

**ANEXO 5****HERTH HOPE INDEX – TERCEIRA VERSÃO EM PORTUGUÊS**

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	<b>Discordo completamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo completamente</b>
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

## ANEXO 6

### ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Assinale a resposta que mais se aproxima da afirmação.

1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo(a).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
2. Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas (desde que me ensinadas).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). Dar-me mais valor.
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
9. Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um (a) fracassado(a).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente



**ANEXO 7****INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário consiste de 21 de afirmações. Por favor, leia cada uma delas e faça um círculo em volta do número com a afirmação que melhor descreve **COMO VOCÊ SE SENTIU NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE.**

**1) 0. Não me sinto triste.**

1. Eu me sinto triste.
2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3. Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

**2) 0. Não estou particularmente desanimado(a) quanto ao futuro.**

1. Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro.
2. Acho que nada tenho que esperar.
3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

**3) 0. Não me sinto um fracasso.**

1. Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.
2. Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracasso.
3. Acho que como pessoa sou um completo fracasso.

**4) 0. Tenho tanto prazer em tudo como antes.**

1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2. Não encontro um prazer real em mais nada.
3. Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.

**5) 0. Não me sinto especialmente culpado(a).**

1. Eu me sinto culpado(a), às vezes.
2. Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo.
3. Eu me sinto sempre culpado(a).

**6) 0. Não acho que esteja sendo punido(a).**

1. Acho que posso ser punido(a).
2. Creio que posso ser punido(a).
3. Acho que estou sendo punido(a).

**7) 0. Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a)**

1. Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a).
2. Estou enjoado(a) de mim.
3. Eu me odeio.

**8) 0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.**

1. Sou crítico(a) em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2. Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

**9) 0. Não tenho quaisquer idéias de me matar.**

1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2. Gostaria de me matar.
3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

**10) 0. Não choro mais que o habitual.**

1. Eu choro mais agora do que costumava fazer.
2. Atualmente, choro o tempo todo.
3. Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

**11) 0. Não sou mais irritado(a) agora do que já fui.**

1. Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2. Atualmente me sinto irritado(a) o tempo todo.
3. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumava irritar-me.

**12) 0. Não perdi o interesse nas outras pessoas.**

1. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

**13) 0. Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.**

1. Adio minhas decisões mais do que costumava.
2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3. Não consigo mais tomar decisões.

**14) 0. Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.**

1. Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
2. Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3. Considero-me feio(a).

**15) 0. Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.**

1. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2. Tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3. Não consigo fazer nenhum trabalho.

**16) 0. Durmo tão bem quanto de hábito.**

1. Não durmo tão bem quanto costumava.
2. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

**17) 0. Não fico mais cansado(a) do que de hábito.**

1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2. Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
3. Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.

**18) 0. Meu apetite não está pior do que de hábito.**

1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2. Meu apetite está muito pior agora.
3. Não tenho mais nenhum apetite.

**19) 0. Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente.**

1. Perdi mais de 2,5Kg.
2. Perdi mais de 5Kg.
3. Perdi mais de 7,5Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos.

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**20) 0. Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.**

1. Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2. Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito outra coisa que não isso.
3. Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

**21) 0. Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.**

1. Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava.
2. Estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente.
3. Perdi completamente o interesse por sexo.

**ANEXO 8****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

Ilm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>**Alessandra Cristina Sartore**Ref.: Processo nº 508/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO HERTH HOPE INDEX EM PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dulce Maria Rosa Gualda  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## ANEXO 9

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Adaptação cultural e validação do *Herth Hope Index* para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica”, que tem como objetivo obter um instrumento específico no Brasil para medir a esperança. Para isso, será necessário que eu responda perguntas sobre meus dados pessoais e sobre minha doença. Terei também que responder a três formulários que avaliam se tenho, ou quanto tenho de esperança, de auto-estima e de depressão por viver com uma doença crônica. Para o preenchimento desses questionários disponibilizarei aproximadamente 40(quarenta) minutos de meu tempo de um dia de tratamento. Essas informações são necessárias no processo de adaptação cultural e validação do *Herth Hope Index* para o Brasil. Não há nenhum risco para mim em participar desta pesquisa. Serei colaborador para que no Brasil haja um instrumento que quantifique a esperança e a partir de então sejam criadas estratégias que facilitem a aderência do paciente ao tratamento. Terei acesso a qualquer tempo às informações sobre coleta de dados, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas; liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência; salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade; disponibilidade de assistência por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa; viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Este consentimento é composto por duas vias, sendo uma para o paciente/ acompanhante e outra para o pesquisador principal.

#### INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

Sonia Aurora Alves Grossi

Av.Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419/Cerqueira César/SP/CEP: 05403-000  
Telefones: 3066-7544/3066-7543/9134-2616(cel.)

Alessandra Cristina Sartore

Av Onze de Junho, 686 ap 22 BI B/ VI Clementino/SP/CEP: 04041-002  
Telefones: 5084-9908/ 84371399(cel.)  
Comitê de ética da EEUSP: 3066-7548

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador, e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente pesquisa

São Paulo, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
assinatura do pesquisador

## ANEXO 10

**Quadro 1** - Índice de concordância entre juízes na avaliação das equivalências semântica e idiomática após avaliação da segunda versão do HHI. São Paulo - 2006.

	-1 % (n)	0 % (n)	+1 % (n)	HHI - 2	HHI - 3
Enunciado	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Várias frases estão abaixo enumeradas. Leia cada frase e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta frase <u>neste momento</u> .	Adotou-se então o termo afirmação, em vez de frase.
Alternativas	0 (0)	50 (2)	50 (2)	Discordo fortemente; Discordo; Concordo; Concordo fortemente.	Substituiu-se o termo fortemente pelo termo completamente
HHI - 1	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu tenho uma visão otimista da vida.	Eu estou otimista quanto à vida. Esta sugestão foi aceita.
HHI - 2	0 (0)	50 (2)	50 (2)	Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos.	Acatou-se o termo planos, em vez de metas e retirou-se a palavra médio.
HHI - 3	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu me sinto completamente sozinho(a).	Acatou-se a sugestão do termo muito em vez de completamente
HHI - 4	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu posso ver possibilidades em meio às dificuldades.	Acatou-se o termo consigo em vez de posso.
HHI - 5	0 (0)	0 (0)	100(4)	Eu tenho uma fé que me conforta.	Mantida
HHI - 6	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu tenho medo do futuro.	Acatou-se o pronome meu.
HHI - 7	0 (0)	50 (2)	50 (2)	Eu posso recordar tempos felizes e prazerosos.	Na afirmação final optou-se por Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.
HHI - 8	0 (0)	50 (2)	50 (2)	Eu tenho profunda força interior.	Optou-se por Eu me sinto muito forte.
HHI - 9	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu sou capaz de dar e receber afeto/amor.	Acatou-se a sugestão "Eu me sinto capaz" no lugar de "Eu sou capaz".
HHI - 10	0 (0)	0 (0)	100(4)	Eu sei onde eu quero ir.	Mantida
HHI - 11	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu acredito que cada dia tem seu valor.	Acatou-se a frase Eu acredito no valor de cada dia.
HHI - 12	0 (0)	25 (1)	75 (3)	Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	Mantida



## ***Apêndices***

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Ficha N°. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

##### I – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) casado; ( ) solteiro; ( ) divorciado; ( ) viúvo; ( ) amasiado

N<sup>o</sup> de filhos: \_\_\_\_\_Religião: ( ) católico; ( ) evangélico; ( ) espírita; ( ) budista;  
( ) muçulmano; ( ) judeu; ( ) sem religião.

Escolaridade: Tempo de estudo (em anos): \_\_\_\_\_

Com que mora: ( ) sozinho; ( ) familiares; ( ) não familiares;

N<sup>o</sup> de pessoas: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação atual de trabalho: ( ) atividade remunerada; ( ) aposentado;  
( ) atividade não remunerada; ( ) desempregado;  
( ) afastado (licença/auxílio doença);Renda mensal familiar: ( ) até 1 salário- mínimo; ( ) de 1 a 5 salários-mínimos;  
( ) mais de 5 salários-mínimos.



**II – Dados clínicos**

Tempo de diagnóstico do DM tipo 2: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é paciente deste ambulatório? \_\_\_\_\_

Último resultado: Hemoglobina Glicada ( ) %

Tipo de tratamento que realiza atualmente:

Medicamentoso: Sim ( ) Não ( ) Qual: \_\_\_\_\_  
(nome, dose e nº de vezes ao dia)

Faz uso de Insulina? Sim ( ) Não ( )

NPH ( ) \_\_\_\_\_ vezes ao dia

R ( ) \_\_\_\_\_ vezes ao dia

Ultra Rápida ( ) \_\_\_\_\_ vezes ao dia

**III – Fatores de Risco**

Realiza atividade física? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_ vezes/semana. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Apresenta Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( ) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Apresenta Dislipidemia: Sim ( ) Não ( ) Colesterol: LDL \_\_\_\_\_ HDL \_\_\_\_\_  
Colesterol Total: \_\_\_\_\_ Triglicérides: \_\_\_\_\_**IV - Complicações Crônicas do DM tipo 2**Macroangiopatias: ( ) Insuficiência Coronariana ( ) IAM  
( ) ICC ( ) AVCMicroangiopatias: ( ) Nefropatia ( ) Microalbuminúria  
( ) Neuropatia ( ) Autonômica ( ) Periférica  
( ) Retinopatia ( ) Exame de fundo de olhoÉ dependente de cuidadores em alguma Atividade da Vida Diária? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Tem no DM tipo 2 uma patologia limitante ( ) Sim ( ) Não

Utiliza os hipoglicemiantes correta e diariamente? ( ) Sim ( ) Não  
Se não, porquê? \_\_\_\_\_Segue com rigor sua dieta específica? ( ) Sim ( ) Não  
Se não, porquê? \_\_\_\_\_Já necessitou ser atendido por uma hipo/hiperglicemia de maneira emergencial?  
( ) Sim ( ) Não

**APÊNDICE 2****CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Ficha N°. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**I – Identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) casado; ( ) solteiro; ( ) divorciado; ( ) viúvo; ( ) amasiado

Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Religião: ( ) católico; ( ) evangélico; ( ) espírita; ( ) budista;  
( ) muçulmano; ( ) judeu; ( ) sem religião.

Escolaridade: Tempo de estudo (em anos): \_\_\_\_\_

Com que mora: ( ) sozinho; ( ) familiares; ( ) não familiares;

Nº de pessoas: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação atual de trabalho: ( ) atividade remunerada; ( ) aposentado;  
( ) atividade não remunerada; ( ) desempregado;  
( ) afastado (licença/auxílio doença);Renda mensal familiar: ( ) até 1 salário- mínimo; ( ) de 1 a 5 salários-mínimos;  
( ) mais de 5 salários-mínimos.

**II – Dados clínicos**

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo foi diagnosticado câncer? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é paciente deste ambulatório? \_\_\_\_\_

Possui metástase: ( ) Sim ( ) Não

Já necessitou hospitalização após início do tratamento: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual o motivo? ( ) Náuseas/ Vômitos intensos; ( ) Diarréia;

( ) Fadiga intensa; ( ) Neutropenia febril; ( ) Pneumonia;

( ) Infecção no Trato Urinário; ( ) Dor intensa;

Outro motivo: \_\_\_\_\_

Sente dor? ( ) Sim ( ) Não

A dor está relacionada ao: tumor ( ), metástases ( ), QT ( ), RT ( ), Cirurgia ( ).

Dor contínua ( ) ou intermitente ( ).

Local da dor que mais incomoda (especificar se mais de um local):

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo tem essa dor (a que mais incomoda): \_\_\_\_\_ meses

Está com essa dor agora? Sim ( ) Não ( )

Quão forte é essa dor? (de 0 a 10) \_\_\_\_\_ (Escala numérica)

Qual a intensidade da dor que mais incomoda na última semana?

(de 0 a 10) \_\_\_\_\_ (Escala numérica)

**III - Complicações Crônicas do Tratamento de Câncer**

( ) Dor; ( ) Neuropatia periférica; ( ) Supressão gonadal/ infertilidade; ( ) Caquexia;

Outra: \_\_\_\_\_

É dependente de cuidadores em alguma Atividade da Vida Diária? ( ) Sim ( ) Não

Tem no câncer uma patologia limitante? ( ) Sim ( ) Não

Utiliza a terapia de suporte (analgésicos, antieméticos correta e diariamente?

( ) Sim ( ) Não

### APÊNDICE 3

#### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACOMPANHANTES (FAMILIARES OU CUIDADORES) DOS PACIENTES DO ESTUDO

Cuidador, não familiar ( ) ; acompanhante somente no trajeto à consulta ( ) ;

familiar, porém não cuidador ( ) ; familiar e cuidador ( )

Ficha N°. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### I – Identificação:

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) casado; ( ) solteiro; ( ) divorciado; ( ) viúvo; ( ) amasiado

N<sup>o</sup> de filhos: \_\_\_\_\_

Religião: ( ) católico; ( ) evangélico; ( ) espírita; ( ) budista;  
( ) muçulmano; ( ) judeu; ( ) sem religião.

Escolaridade: Tempo de estudo (em anos): \_\_\_\_\_

Com que mora: ( ) sozinho; ( ) familiares; ( ) não familiares;

N<sup>o</sup> de pessoas: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação atual de trabalho: ( ) atividade remunerada; ( ) aposentado;  
( ) atividade não remunerada; ( ) desempregado;  
( ) afastado (licença/auxílio doença);

Renda mensal familiar: ( ) até 1 salário- mínimo; ( ) de 1 a 5 salários-mínimos;  
( ) mais de 5 salários-mínimos.

#### II - Dados de patologias apresentadas:

Possui doença crônica? ( ) Sim ( ) Não, se Sim, qual \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos

## APÊNDICE 4

Dear Kaye Herth

We are faculty members of the Nursing College of the University of São Paulo-Brazil. We are developing studies about Hope in cancer and diabetic patients, and healthy adults. We are interested for transcultural adaptation of instruments with psychometric properties because we don't have instruments specifically created in our culture.

So, we are asking your permission to translate into Portuguese the Instrument to measure hope, the Herth Hope Index, that you developed and was published in Journal of Advanced Nursing, 1992, 17, 1251-1259.

We are intending to use the translation and back-translation approach in the transcultural adaptation. The psychometric properties of the translate version will be also analyzed.

We would like to ask you if it is possible to send us the last form of the instrument and the complete statistical analysis.

The use of this instrument is very important to increase research about Hope in our country.

We are looking forward your answer as soon as possible.

Thank you very much

Sonia Aurora Alves Grossi, RN,PhD

Alessandra Cristina Sartore, RN

E-mail enviado em 17/05/05

## APÊNDICE 5

Dear Dr. Sartore and Colleagues,

I am excited about your interest in transcultural adaptation of instruments and in the Herth Hope Index and /or Herth Hope Scale. I have attached a copy of both tools, scoring instructions, and reference lists that address the psychometric properties of both tools. If you decide to include both or either of my tools in your work I would appreciate receiving a copy of the translated tool(s), a summary of your psychometric findings, and any related research findings.

Thank you again for the interest in my tool(s). Best wishes in your important work of exploring hope in cancer and diabetic patients and in healthy adults.

Please don't hesitate to contact me if you have further questions.

Dr. Kaye Herth

E-mail recebido dia 18/05/05