

# Validação da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* para a Língua Portuguesa

Chronic Pain Self-Efficacy Scale Portuguese Validation

MARINA DE GÓES SALVETTI<sup>1</sup>  
CIBELE A. DE MATTOS PIMENTA<sup>2</sup>

## Resumo

A crença de auto-eficácia relaciona-se com a percepção da dor e com a funcionalidade física e psíquica dos doentes. O objetivo deste estudo foi validar para a língua portuguesa a *Chronic Pain Self-efficacy Scale*. A amostra foi de 132 pacientes com dor crônica de etiologia variada. A validade da escala em língua portuguesa foi confirmada pela análise fatorial, que manteve os três domínios e os 22 itens da escala original; a variância explicada foi de 60,8%. A confiabilidade, analisada pelo alfa de Cronbach, variou entre 0,76 e 0,92 para os domínios e foi de 0,94 para a escala total. A validade convergente, verificada por meio da comparação entre a Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) mostrou correlação negativa e estatisticamente significativa. Este estudo disponibiliza para a língua portuguesa um instrumento válido e confiável para a avaliação da auto-eficácia de pacientes com dor crônica.

Palavras-chave: Auto-eficácia, dor (controle), dor crônica, crença, psicometria, cognição.

## Abstract

The self-efficacy belief relates to pain perception and physical and psychiatric functionality. The goal of this study was to validate to the Portuguese language the Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS). The subjects were 132 chronic pain patients with pain from several etiologies. The scale validity in the Portuguese language was confirmed by factor analysis, which maintained the 3 factors and 22 items of the original scale; the accounted variance was 60,8%. The reliability, analyzed by Cronbach's alpha coefficient, were 0,76 - 0,92 to the factors and 0,94 to the total scale. The convergent validity, verified by the comparison with the Portuguese version of the Chronic Pain Self-efficacy Scale and Beck Depression Inventory (IDB) showed significantly negative correlation. This study made available to the Portuguese language a valid and reliable instrument to assess self-efficacy in chronic pain patients.

Key words: Self-efficacy, pain (control), chronic pain, belief, psychometrics, cognition.

Recebido: 20/01/2005 - Aceito: 04/05/2005

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Enfermagem na Saúde do Adulto, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

2 Enfermeira, Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua D. Pedro II 20, ap 12 - 18130-535 - São Roque - SP.  
E-mail: msalvetti@bol.com.br

## Introdução

Dor, na forma aguda ou crônica, é a principal razão de procura pelo sistema de saúde e está entre as principais causas de absenteísmo ao trabalho. Dor crônica é mais que um sintoma. Sua presença constante e duração prolongada são muito perturbadoras. Acarreta alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual, modificação do humor, baixa auto-estima, pensamentos negativos, apreciação desaperançada da vida, altera relações familiares, de trabalho e de lazer (Pimenta, 1999). A dor prolongada torna-se o foco primário de atenção do doente. É um problema de saúde pública, pela alta ocorrência na população, alto custo e impacto negativo.

Dor crônica é uma experiência mediada por elementos físicos, emocionais e cognitivos. O impulso doloroso, advindo de qualquer local do corpo, ascende para estruturas do tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões do córtex (frontal, sensitiva, motora e inespecífica). Dessas múltiplas projeções resultam diversos fenômenos, dos quais interessa destacar a “agregação” do componente emocional desagradável à experiência dolorosa, pelas conexões do impulso com o sistema límbico e a “agregação” de elementos cognitivos como crenças, expectativas e atenção à dor, pelas conexões do impulso com diversas estruturas corticais.

A explicação do porquê as crenças podem influir na vivência dolorosa advém dos fatos de que aspectos cognitivos participam da experiência dolorosa e que são culturalmente adquiridos, então, podem ser modificados.

A Teoria da Comporta da Dor apresentada por Melzack e Wall (1965), reforçou a importância dos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e culturais na apreciação e expressão da dor. Explicou que a integração de estímulos periféricos (nociceptivos ou proprioceptivos) aos fenômenos corticais e afetivos resulta na modulação da dor, isto é, que a experiência dolorosa não depende apenas de elementos físicos (ativação dos canais sensoriais, magnitude e localização da lesão, aspectos genéticos etc.), mas também de elementos emocionais (ansiedade, depressão, medo) e cognitivos (crenças, expectativas, significado simbólico atribuído à dor etc.). Assim, o sucesso do tratamento, freqüentemente, envolve modificações nos componentes cognitivo-motivacionais da dor, mesmo que os componentes sensoriais permaneçam intactos (Weizenberg, 1999).

Crenças parecem ser fundamentais na vivência de dor crônica e entre elas, a de auto-eficácia merece destaque. O conceito de auto-eficácia foi desenvolvido por Bandura (1977a) no contexto da Teoria do Aprendizado Social. Auto-eficácia é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (Bandura, 1977b). A crença de auto-eficácia tem implicações para várias condições crônicas de saúde,

entre elas a dor crônica, e pode afetar a resposta do doente à doença e ao tratamento. É considerada mediadora das mudanças terapêuticas (Gatchel e Turk, 1999).

A crença de auto-eficácia é composta pela expectativa desta e expectativa de resultados. Expectativa de auto-eficácia é a convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados, e expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados.

A expectativa de auto-eficácia é alimentada por quatro fontes de informação: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais.

### Realizações pessoais

São as fontes de informação mais importante para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias.

### Observação de experiências

Observar pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas pode gerar, no observador, a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las.

### Persuasão verbal

É uma estratégia largamente utilizada, as pessoas são estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como superam suas habilidades.

### Respostas emocionais

Situações estressantes eliciam respostas emocionais que podem interferir na percepção de competência pessoal. Minimizar o desgaste emocional melhora a percepção de auto-eficácia e o desempenho.

Pesquisas sobre auto-eficácia na área da saúde mostraram que auto-eficácia elevada está relacionada a estilos de vida saudáveis. Auto-eficácia elevada foi capaz de prever a intenção de deixar de fumar, a participação em programas de rastreamento e ajustamento ao câncer, a adesão ao tratamento, comportamentos de autocuidado, melhor funcionalidade e diminuição de sintomas físicos e psicológicos (Beck e Lund, 1981; Anderson *et al.*, 1995; Lev, 1997).

A literatura internacional mostra que auto-eficácia está relacionada com a percepção da dor e com a funcionalidade física e psíquica dos doentes com dor crônica. Os estudos mostraram correlação inversa entre auto-eficácia e comportamentos dolorosos, depressão e incapacidade, isto é, pacientes com auto-eficácia elevada apresentaram melhor funcionalidade, humor mais positivo, menos comportamentos dolorosos, menos sintomas depressivos, menos desesperança e menos angústia emocional (Buescher *et al.*, 1991; Jensen *et al.*, 1994; Anderson *et al.*, 1995; Lefebvre *et al.*, 1999).

O conceito de auto-eficácia é pouco explorado no Brasil e pode ser muito útil no tratamento desses pacientes. A percepção de auto-eficácia pode ser modificada com intervenções específicas e contribuir para melhorar a incapacidade, a adesão ao tratamento, a funcionalidade, os sintomas depressivos e a tolerância à dor.

Disponibilizar um instrumento em língua portuguesa para avaliar auto-eficácia pode contribuir para a clínica e pesquisa na área. O objetivo deste estudo é apresentar o método de validação do *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS) para a língua portuguesa.

## Método

Em busca bibliográfica realizada na internet através do Medline (1990 a 2004), com as palavras-chave: *self-efficacy chronic pain*. Foram encontradas três escalas para medir a auto-eficácia relacionada à dor: *Arthritis Self-efficacy Scale*—ASES (Lorig *et al.*, 1989), para dor relacionada à artrite, *Chronic Pain Self-efficacy Scale*—CPSS (Anderson *et al.*, 1995) e *Pain Self-Efficacy Questionnaire*—PSEQ (Asghari e Nicholas, 2001) para auto-eficácia relacionada à dor.

AASES foi construída seguindo as recomendações internacionais para a construção de escalas. Seu objetivo, no entanto, é avaliar a auto-eficácia relacionada à dor de pacientes com artrite e por isso não foi utilizada.

A PSEQ foi desenvolvida por Nicholas, em 1989, e apresentada na Conferência Anual da Sociedade Britânica de Psicologia. A escala desenvolvida por Nicholas é composta por dez itens, que medem a força e a generalidade da crença do paciente sobre sua habilidade em realizar uma variedade de atividades, apesar da dor. A PSEQ é um inventário auto-aplicável, os itens incluem afirmações como: “Eu posso realizar a maioria das tarefas de casa apesar da dor”. Asghari e Nicholas (2001) estudaram as crenças de auto-eficácia e o comportamento doloroso em um estudo prospectivo que obteve o alpha de Cronbach de 0,92.

A CPSS é uma escala específica para medir a percepção de auto-eficácia e a capacidade para lidar com as conseqüências da dor, em pacientes com dor crônica. É composta por 22 itens e dividida em três fatores ou domínios: auto-eficácia para o controle da dor (PSE), auto-eficácia para função física (FSE) e auto-eficácia para controle dos sintomas (CSE). Cada crença é avaliada em uma escala tipo Likert que varia de dez a 100 e corresponde à certeza que se tem em relação a cada item. É possível obter-se um escore para cada fator e a soma de todos os fatores fornece o escore total da escala. O escore máximo possível é de 300 e o mínimo é de 30 (Anderson *et al.*, 1995).

As duas escalas que avaliam a auto-eficácia relacionada à dor (PSEQ e CPSS) apresentam bons índices de validade e confiabilidade. A construção e validação da PSEQ foram pouco divulgadas, a escala foi apresentada apenas em um evento científico e

nenhum dos trabalhos encontrados apresentou a escala na íntegra. A CPSS foi escolhida para este estudo, pois aborda vários aspectos relacionados à experiência dolorosa, além de tratar-se de uma adaptação da ASES, uma escala com propriedades psicométricas já testadas e amplamente utilizada.

O presente estudo foi desenvolvido em quatro serviços de saúde simultaneamente: Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ambulatório de Reumatologia), Ambulatório do Grupo de Dor do Hospital Santa Cruz, Ambulatório da Central da Dor do Hospital do Câncer (A. C. Camargo) e Serviço de Medicina Preventiva – (Qualivida) Unimed São Roque.

Nos ambulatórios onde se realizou a coleta de dados, o projeto foi submetido às comissões de ética em pesquisa e em todos obteve aprovação (Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas-FMUSP, Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Cruz e Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer). No Serviço de Medicina Preventiva da Unimed São Roque, o projeto foi encaminhado à Diretoria da Unimed São Roque e aos médicos responsáveis pelo Grupo de Dor, pois o serviço não contava com comissão de ética em pesquisa e sua realização foi aprovada.

A população do estudo foi composta por pacientes com dor crônica não-oncológica, de etiologias variadas. Os critérios de inclusão foram: dor há pelo menos seis meses, diagnóstico médico de dor crônica, idade superior a 18 anos e no mínimo quatro anos de escolaridade.

A amostra, de conveniência, foi constituída por 132 sujeitos, sendo 43 do Hospital das Clínicas, 23 do Hospital Santa Cruz, 38 do Hospital do Câncer e 28 da Unimed São Roque. Os dados foram coletados entre os meses de setembro de 2003 e fevereiro de 2004.

## Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados antes ou após a consulta médica, nos três ambulatórios citados. No Serviço de Medicina Preventiva Qualivida - Unimed São Roque, os doentes faziam parte de um programa de atendimento multiprofissional em grupo, para o controle da dor crônica e responderam à pesquisa na fase de avaliação, antes do início das intervenções propostas pelo grupo multiprofissional.

Os doentes responderam ao Instrumento de Identificação, à Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica—AEDC (Anexo 1) e ao Inventário de Depressão de Beck—IDB. Eles optaram por responder aos instrumentos sozinhos ou acompanhando a leitura com a pesquisadora.

## Tradução e retro-tradução

A autorização para a realização da tradução e adaptação transcultural foi obtida com Anderson, autora da escala original, via e-mail. A tradução para o português foi realizada por uma tradutora profissional, especializada

na área da saúde. Esta tradutora forneceu duas opções para a pergunta principal da escala: *Quanta certeza você tem de que pode...* ou *Você acredita que pode...* Estas versões foram submetidas a um pré-teste.

O pré-teste foi realizado para se confirmar a compreensão da escala pela população em estudo. A escala foi aplicada em 12 pacientes com dor crônica (dor miofascial [1], dor oncológica [1] e fibromialgia [10]). Os sujeitos foram questionados sobre a existência de termos de difícil compreensão e sobre sua preferência quanto ao formato da questão *Quanta certeza você tem de que...* ou *Você acredita que pode...* Na avaliação dos doentes a opção *Você acredita que pode...* seria mais compreensível e teria mais aproximação com a nossa cultura.

As respostas foram analisadas, os termos mais acessíveis aos pacientes incorporados e a escala foi encaminhada a um tradutor para a realização da retro tradução no formato: *Você acredita que pode...* Este tradutor, que não teve acesso à versão original, traduziu a versão final da escala na língua portuguesa para a língua original – inglês. A retro-tradução foi enviada à pesquisadora que desenvolveu a escala para o parecer sobre a similaridade das versões original e adaptada para o português. A autora considerou a versão modificada muito diferente da original e preferiu a opção *Quanta certeza você tem de que...* por considerá-la mais próxima do original. Tal sugestão foi incorporada à escala.

### Critérios para análise da confiabilidade e validade

A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna, estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, para cada fator/domínio e para a escala toda. Foi avaliada a contribuição de cada item para a confiabilidade dos domínios. Este índice pode variar de 0 a 1 e quanto maior este valor, maior a confiabilidade da escala (Pereira, 1999).

A validade foi avaliada através da construto e da convergente. Para a validade de construto utilizou-se a análise fatorial, que permite a confirmação dos fatores ou domínios e confirmação dos itens em cada fator/domínio. Esta análise baseia-se na correlação entre os itens. O método utilizado foi o de componentes principais e a rotação foi oblíqua, o que permite que os fatores sejam correlacionados. A validade convergente foi analisada pelos coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas de AEDC e o Inventário de Depressão de Beck, visto que os estudos sobre auto-eficácia e dor mostram relação entre os conceitos de auto-eficácia e depressão.

### Resultados

A tabela 1 apresenta as principais características da amostra estudada.

Houve predominância do sexo feminino (87,9%), fato que se repetiu em todos os campos de coleta de

dados. A média da idade foi de 46 anos, tendo variado de 22 a 82 anos. Fibromialgia e dor neuropática foram as principais causas de dor. Quanto à intensidade da dor, a média foi de 6,83, que pode ser considerada dor moderada, tendo variado de 1 a 10. O tempo médio de dor apresentou grande variação na amostra estudada (de seis meses a 40 anos de dor).

As características psicométricas do instrumento, na versão em português, foram estabelecidas (AEDC), visto que instrumentos traduzidos e adaptados para outras culturas podem ter sua estrutura interna modificada.

### Análise fatorial

Com base na análise fatorial pode-se observar claramente a composição de três fatores: auto-eficácia para funcionalidade (AEF), auto-eficácia para outros sintomas (AES) e auto-eficácia para o controle da dor (AED).

Observa-se na tabela 2 que os itens pertencentes ao mesmo domínio permaneceram mais correlacionados entre si, o que era esperado. A única exceção foi o item 2 do domínio AED, que se mostrou mais correlacionado com o fator AEF do que com EAD.

Observou-se três valores absolutos da variância explicada (*Eigenvalues*) superiores a 1, que indicou a existência de três fatores. Os valores obtidos foram 10,29; 1,62 e 1,45. Utilizando estes três fatores, temos

**Tabela 1.** Características da amostra estudada. São Paulo, 2004.

Características	Amostra total
<b>Sexo</b> (n=132)	
Feminino	116 (87,9%)
Masculino	16 (12,1%)
<b>Idade</b> (n=132)	
Média (DP)	45,91 (12,68%)
Mediana	45,00
Variação	22 – 82
<b>Etiologia da dor</b> (n=132)	
Fibromialgia	72 (54,5%)
Dor neuropática	32 (24,2%)
Origem desconhecida	8 (6,1%)
Cefaléia	6 (4,5%)
Outras*	14 (10,6%)
<b>Intensidade da dor</b> (n=132)	
Média (DP)	6,83 (2,3%)
Mediana	7
Variação	1 – 10
<b>Tempo de dor</b> – em anos (n = 132)	
Média (DP)	7,4 (7,7%)
Mediana	5
Variação	0,5 – 40

DP = desvio padrão, n = amostra

\*Outras: artrite, LER/DORT, tendinite, bursite, síndrome miofascial, síndrome do intestino irritável e síndrome da articulação temporomandibular.

**Tabela 2.** Matriz de correlações entre os itens e os domínios da AECD, segundo análise fatorial (São Paulo, 2004).

Itens	Domínios		
	AEF	AES	AED
AEF5	0,857	0,508	0,339
AEF4	0,855	0,541	0,353
AEF6	0,803	0,676	0,352
AEF2	0,788	0,330	0,372
AEF8	0,771	0,608	0,276
AEF7	0,743	0,587	0,284
AED2	0,724	0,410	0,527
AEF9	0,724	0,477	0,320
AEF1	0,717	0,343	0,299
AEF3	0,716	0,529	0,434
AES6	0,490	0,797	0,573
AES5	0,661	0,794	0,427
AES1	0,413	0,786	0,341
AES3	0,409	0,778	0,382
AES4	0,634	0,758	0,369
AES2	0,486	0,755	0,222
AES7	0,495	0,717	0,217
AES8	0,397	0,616	0,407
AED5	0,448	0,293	0,862
AED4	0,418	0,396	0,779
AED1	0,256	0,403	0,720
AED3	0,355	0,312	0,528

60,8% da variância explicada, o que é considerado adequado (Pereira, 1999). A solução com três componentes pareceu ser útil para entender quais seriam os agrupamentos no caso de três dimensões.

A amostra de 132 pacientes dividida pelo número de itens da escala (22) resulta em seis sujeitos por item. Kerlinger (1986) recomenda, como regra geral para validação de instrumentos, o uso da maior amostra possível e sugere dez sujeitos por item do instrumento. Neste estudo, realizou-se o teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO), que mede a adequação dos dados para a análise fatorial. O KMO resultou em 0,924, que indica que os dados estavam ótimos para a análise fatorial, ou seja, o tamanho da amostra foi adequado (Pereira, 1999).

Os três domínios identificados equivalem aos domínios da escala original (CPSS). Observa-se, no entanto, que o item 2 do domínio AED ficou deslocado do original, pois se correlacionou positivamente com todos os itens do domínio funcionalidade (que não é seu domínio na escala original). Para se avaliar a adequação de se manter esse item no domínio funcionalidade foram feitos testes de confiabilidade incluindo-se o item 2 do AED, no domínio AEF. Tal análise pode ser observada no subitem confiabilidade, apresentado a seguir.

## Confiabilidade

A confiabilidade da escala foi verificada através da consistência interna, analisada por meio do alfa de Cronbach. Todas as correlações entre os itens foram positivas e significativamente diferentes de zero, o que indica que faz sentido compor uma escala com estes itens, pois eles medem um mesmo atributo: auto-eficácia.

A tabela 3 mostra que o domínio AED obteve alfa de 0,76, indicando confiabilidade satisfatória. O item 3 foi o menos correlacionado com a escala. Entretanto, sua exclusão aumentaria muito pouco a confiabilidade (iria de 0,76 para 0,77) o que não justifica a retirada do item.

A inclusão do item 2 do domínio AED, no domínio AEF (que mostrou maior correlação com o domínio AEF na análise fatorial) aumentaria um pouco a confiabilidade, no entanto, esse aumento não é tão significativo (passa de 0,9224 para 0,9266). Assim, o item foi mantido no domínio AED, como na escala original.

O domínio AEF obteve alfa de 0,92, indicando ótima confiabilidade (Pereira, 1999). Os itens são consistentes, pois a exclusão de nenhum deles aumentaria o valor do alfa.

O domínio AES obteve alfa de 0,89, indicando confiabilidade muito boa e todos os itens foram consistentes (Pereira, 1999).

O alfa da escala total obtido para os 22 itens foi de 0,94, que indicou ótima confiabilidade e confirmou a

**Tabela 3.** Análise de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala AECD (São Paulo, 2004).

Domínio/alfa	Itens	Correlação com os outros itens	Alfa se o item for excluído
AED (Alfa: 0,76)	1	0,4987	0,7383
	2	0,5489	0,7207
	3	0,4233	0,7728
	4	0,5930	0,7069
	5	0,6560	0,6829
AEF (Alfa: 0,92)	1	0,6316	0,9194
	2	0,6917	0,9162
	3	0,6959	0,9152
	4	0,7778	0,9102
	5	0,7990	0,9085
	6	0,8094	0,9076
	7	0,7104	0,9142
	8	0,7487	0,9118
	9	0,6494	0,9182
AES (Alfa: 0,89)	1	0,6943	0,8838
	2	0,6647	0,8863
	3	0,6619	0,8866
	4	0,7371	0,8798
	5	0,7664	0,8768
	6	0,7568	0,8774
	7	0,6337	0,8894
	8	0,5475	0,8974

homogeneidade dos itens. Analisando-se a confiabilidade dos três domínios associados obteve-se alfa de Cronbach de 0,84, que também indicou confiabilidade muito boa.

### Validade convergente

A validade convergente é uma forma de validação externa e verifica se o construto apresenta correlação com variáveis relacionadas. Este tipo de validade visa confirmar o conteúdo da escala (Guillemin, 1995). No presente estudo, estabeleceu-se e testou-se a hipótese de que os construtos depressão e auto-eficácia apresentam correlação negativa. A validade convergente foi analisada através das correlações entre os escores obtidos na escala de AEDC e os escores do IDB.

A tabela 4 apresenta as correlações entre os escores dos domínios de auto-eficácia (AED, AEF e AES) e o escore do IDB, obtidos no presente estudo e no estudo de desenvolvimento da escala original (CPSS).

Foi aplicado o teste de correlação de Pearson e observaram-se correlações negativas entre a escala AEDC e o IDB (menores que 0,55). Tais correlações, embora variando entre fraca (-0,29) e moderada (-0,55), foram estatisticamente significativas. As correlações negativas indicam que quanto maior o escore na escala AEDC, menor o escore do IDB, ou seja, quanto melhor a auto-eficácia do doente, menos sintomas depressivos ele apresenta, confirmando a hipótese inicial.

### Discussão

O conceito de auto-eficácia pode ser muito útil no manejo da dor crônica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos relacionados à dor. A avaliação deste aspecto, nos doentes que sofrem de dor crônica, pode direcionar a assistência a esses pacientes e melhorar os resultados do tratamento. Dolce (1987) afirma que a teoria da auto-eficácia pode ajudar a refinar intervenções cognitivo-comportamentais nos programas de controle da dor crônica.

Rapley e Fruin (1999) afirmam que mudanças no estilo de vida são difíceis para a maioria das pessoas, porém, são necessárias para pessoas com doenças crônicas, que devem aprender novos comportamentos e modificar o próprio estilo de vida. A facilidade com a qual tais mudanças ocorrem depende das crenças pessoais de eficácia e das expectativas de resultado.

Segundo O'Leary (1985) avaliar as percepções de auto-eficácia para o controle da dor, e melhorá-las

quando são baixas, tem grande utilidade clínica. Existem intervenções específicas para melhorar a auto-eficácia de pacientes com dor crônica e dispor-se de uma medida válida e confiável para determinar as modificações obtidas com estas intervenções é fundamental. A validação da CPSS para a língua portuguesa permite o desenvolvimento deste tipo de estudo.

Na presente pesquisa, seguiram-se alguns passos propostos por Guillemin (1995) para a adaptação e validação transcultural de instrumentos de medida: tradução, pré-teste e retro-tradução. Os passos de avaliação por comitê de juízes e determinação dos pesos dos escores no contexto cultural não foram seguidos. O teste-reteste não foi realizado, pois o retorno dos questionários foi pequeno, impossibilitando a análise dos dados.

O processo de tradução e adaptação de instrumentos de medida segue recomendações aceitas internacionalmente, o que torna o processo longo e dispendioso. Falcão *et al.* (2003) realizaram um estudo para avaliar a necessidade dos passos metodológicos freqüentemente propostos na tradução e adaptação cultural de instrumentos de medida. Os resultados mostraram correlação significativa entre as versões literal e adaptada dos questionários. Os autores sugerem que outros estudos reavaliem cuidadosamente a metodologia complexa proposta para a tradução e validação de instrumentos de medida.

O presente estudo apresentou validade e confiabilidade muito boas, mesmo não seguindo todos os passos recomendados por Guillemin (1995), o que reforça a possibilidade de simplificação dos passos metodológicos do processo de tradução de instrumentos de medida. Outros estudos, no entanto, devem confirmar a possibilidade de simplificação do processo de adaptação transcultural.

As análises fatoriais para a escala traduzida (AEDC) confirmaram a estrutura de três fatores da escala original. Os valores absolutos da variância explicada (*eigenvalues*) da escala original e traduzida foram semelhantes. Na versão em português, o número de itens dentro de cada domínio foi o mesmo que o existente na escala original. A carga fatorial foi considerada boa.

Na análise fatorial da escala AEDC, o item 2 do domínio AED mostrou correlação maior com o domínio AEF, embora tivesse correlação boa no domínio original. A modificação do item 2 do domínio AED para o AEF, aumentou muito pouco a confiabilidade da escala e optou-se por manter o item no seu domínio

**Tabela 4.** Correlações entre os escores dos domínios da AEDC, CPSS e IDB (São Paulo, 2004).

Domínios	AEDC (n = 132)			CPSS (n = 136)		
	AED	AEF	AES	PSE	FSE	CSE
Correlação com escore do IDB	-0,29	-0,41	-0,55	-0,44	-0,42	-0,62

Correlações de Pearson ( $p < 0,01$  - AEDC e  $p < 0,001$  - CPSS)

original (AED). Vale lembrar que faz sentido o item 2 (quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?) apresentar correlação alta com o domínio funcionalidade, já que ele trata da realização de atividades diárias, que estão presentes de maneira mais detalhada no domínio funcionalidade (Anexo 1).

A confiabilidade observada para cada domínio da AEDC e para a escala total foi muito boa. Os valores obtidos neste estudo aproximam-se dos valores obtidos na validação da escala original (CPSS) e nos estudos desenvolvidos por Arnstein *et al.* (1999) e Arnstein (2000), que também analisaram e confirmaram a confiabilidade da escala. Estes resultados indicam que a versão em português manteve a confiabilidade da escala original, exceto no domínio controle da dor (AED), que apresentou valor pouco inferior ao da escala original (Anderson *et al.*, 1995).

Para a verificação da validade convergente, o presente estudo explorou as correlações entre a escala AEDC e o IDB e obteve números que se aproximam das correlações obtidas na validação da escala original (Anderson *et al.*, 1995) (Tabela 4). Observaram-se correlações negativas e significativas, entre auto-eficácia e depressão, embora essas correlações não tenham sido muito altas. A hipótese de correlação negativa entre os construtos auto-eficácia e depressão foi confirmada.

Os resultados deste trabalho confirmaram estudos internacionais que observaram relação inversa entre auto-eficácia e depressão em pacientes com dor crônica, isto é, aqueles com baixa auto-eficácia apresen-

taram mais sintomas depressivos (Buescher *et al.*, 1991; Arnstein *et al.*, 1999; Arnstein *et al.*, 2001).

No estudo de validação da escala original desenvolvido por Anderson *et al.* (1995) os escores dos domínios de auto-eficácia foram significativamente relacionados ao escore total do IDB e do *Beck Hopelessness Scale*. Pacientes com os níveis mais altos de auto-eficácia relataram humor mais positivo, menos sintomas depressivos, menos desesperança e menos angústia emocional (Anderson *et al.*, 1995).

## Conclusões

O conceito de auto-eficácia começa a ser explorado em nosso meio. Dispor de instrumento em língua portuguesa para medir auto-eficácia amplia a possibilidade de estudos de intervenções para o controle da dor crônica.

Os resultados obtidos mostraram que foi possível validar a CPSS para a língua portuguesa. A versão em português (AEDC) foi confirmada com três domínios (AED, AEF e AES) e o número de itens em cada domínio foi AED = 5, AEF = 9 e AES = 8. Os domínios e os itens são os mesmos da escala original (CPSS).

A confiabilidade, avaliada pelo alfa de Cronbach, variou de moderada a muito boa, para os domínios e foi considerada muito boa para a escala total.

A validade convergente pôde ser verificada pela correlação entre os escores da AEDC e do IDB e obteve-se correlação negativa e estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Identificou-se percepção de auto-eficácia inversamente relacionada à intensidade da dor e à depressão.

### Anexo 1. Escala de auto-eficácia para dor crônica (AEDC)

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Auto-eficácia para controle da dor (AED)

Gostariamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir <u>um pouco</u> sua dor ?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira com seu sono?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
4. Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução <u>pequena ou moderada</u> na sua dor?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma <u>grande</u> redução na sua dor?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		

### Auto-eficácia para funcionalidade (AEF)

Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não atividades isoladas que exijam um esforço extraordinário.

Atualmente quanta certeza você tem de que pode

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
4. Realizar os trabalhos de cuidados da casa?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
6. Participar de atividades sociais?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
8. Participar de atividades familiares?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (Para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa como as tarefas de trabalho).									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			

### Auto-eficácia para lidar com outros sintomas (AES)

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como a fadiga e a dor. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			

7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			

## Referências bibliográficas

- ANDERSON, K.O.; DOWDS, B.N.; PELLETZ, R.E.; EDWARDS, W.T.; PEETERS-ASDOURIAN, C. - Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain* 63:77-84, 1995.
- ARNSTEIN, P.; CAUDILL, M.; MANDLE, C.L.; NORRIS, A.; BEASLEY, R. - Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 80:483-91, 1999.
- ARNSTEIN, P. - The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil* 22(17): 794-801, 2000.
- ARNSTEIN, P.; WELLS-FEDERMAN, C.; CAUDILL, M. - Self-efficacy as a mediator of depression and pain related disability in three samples of chronic pain patients. *Pain Med* 2(3):238, 2001.
- ASGHARI, A.; NICHOLAS, M.K. - Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour: A prospective study. *Pain* 96:85-100, 2001.
- BANDURA A. - *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall; 1977a.
- BANDURA, A. - Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84:191-215, 1977b.
- BECK K.H.; LUND. A.K. The effects of threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *J Appl Soc Psychol* 11: 401-15, 1981.
- BUESCHER K.L.; JOHNSTON J.A.; PARKER J.C.; SMARR K.L.; BUCKELEW S.P.; ANDERSON S.K.; WALKER S.E. - Relationship of Self-Efficacy to Pain Behavior. *The Journal of Rheum* 18:968-72, 1991.
- DOLCE, J.J. - Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behav Res Ther* 25(4):289-99, 1987.
- FALCÃO, D.M.; CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B. - Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: na evaluation of methodology. *J Rheumatol* 30(2):379-85, 2003.
- GATCHEL, R.J.; TURK, D.C. (eds.) - *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, Guilford Press, New York, 1999.
- GUILLEMIN, F. - Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. [editorial]. *J Rheumatol* 24:61-63, 1995.
- JENSEN M.P.; TURNER J.A.; ROMANO J.M.; LAWLER B.K. - Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 57: 301-309, 1994.
- KERLINGER, F.N. - *Foundations of behavioral research*. 3<sup>rd</sup> ed.: Holt, Rinehard and Winston, New York, pp. 415, 1986.
- LEFEBVRE, J.C.; KEEFE, F.J.; AFFLECK, G.; RAEZER, L.B.; STARR, K.; CALDWELL, D.S.; TENNEN, H. - The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 80:425-35, 1999.
- LEV, E.L. Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. *Sch Inq Nurs Pract* 11(1):21-37, 1997.
- LORIG, K.; CHASTAIN, R.L.; UNG, E.; SHOOR, S.; HOLMAN, H.R. - Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum* 32(1):37-44, 1989.
- MELZACK R.; WALL P.D. Pain Mechanisms: New Theory. *Science* 50:971-9, 1965.
- PIMENTA C.A.M. - Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor. Tese (Livre-Docência), São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
- O'LEARY, A. - Self-efficacy and Health. *Behav Res Ther* 23(4): 437-51, 1985.
- PEREIRA, J.C.R. - Análise de dados qualitativos. EDUSP, São Paulo, 1999.
- RAPLEY, P.; FRUIN, D.J. - Self-efficacy in chronic illness: the juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *Int J Nurs Pract* 5(4):209-15, 1999.
- WEISENBERG M. - Cognitive aspects of pain. In: Wall P.D.; Melzack R. *Textbook of pain*. 4ed. WB Saunders, 1999.