

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *GENERAL SELF EFFICACY SCALE-12*  
PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
FÍSICA**

**JOÃO PESSOA**

**2019**

**KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *GENERAL SELF EFFICACY SCALE-12*  
PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
FÍSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

**Projeto de pesquisa vinculado:** Cuidado ao adulto e idoso com doenças crônicas, incapacidades e deficiências

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa

**JOÃO PESSOA**

**2019**

**Catalogação na publicação  
Seção de Catalogação e Classificação**

M183a Madruga, Kaisy Martins de Albuquerque.  
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA GENERAL SELF EFFICACY  
SCALE-12 PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL EM PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA FÍSICA / Kaisy Martins de Albuquerque  
Madruga. - João Pessoa, 2019.  
127f. : il.

Orientação: Katia Neyla de Freitas Macedo Costa.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Autoeficácia. 3. Pessoas com  
Deficiência. 4. Estudos de Validação. I. Macedo Costa,  
Katia Neyla de Freitas. II. Título.

UFPB/BC

KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA

Tese vinculada à linha de pesquisa *Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso* do Programa de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor (a) em Enfermagem do referido programa.

Aprovada em 12/07/19.

**Membros da Banca Examinadora:**

Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa

Profª Drª Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa – Presidente  
Universidade Federal da Paraíba

---

Profª Drª Inácia Sátiro Xavier de França – Membro Externo  
Universidade Estadual da Paraíba

---

Profª Drª Lorita Marlena Freitag Pagliuca – Membro Externo  
Universidade Federal do Ceará

---

Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega – Membro Interno  
Universidade Federal da Paraíba

---

Jacira dos Santos Oliveira  
Profª Drª Jacira dos Santos Oliveira – Membro Interno  
Universidade Federal da Paraíba

---

Profª Drª Tatiana Ferreira da Costa – Membro Externo Suplente  
Centro Universitário de João Pessoa

---

Profª Drª Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares – Membro Interno Suplente  
Universidade Federal da Paraíba

## DEDICATÓRIA

A **Deus**, pelo Seu amor incondicional que cobre as minhas fraquezas e por Sua fidelidade que é maior do que todos os obstáculos da minha vida. Sem Ele não chegaria até aqui.

*“Tudo posso Naquele que me fortalece”.*  
**Filipenses 4:13**

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa**, pela amizade construída durante toda a minha vida acadêmica, aquela que eu aprendi a amar e admirar, por todo apoio, dedicação, confiança e carinho proporcionado, por dividir comigo seus conhecimentos e me incentivar a buscar sempre novos caminhos.

Aos meus pais, **Nicácio e Daia** por todo sacrifício e renúncias que fizeram ao longo da vida, por me darem orgulho e serem o maior motivo de nunca desistir de lutar. Essa conquista é nossa!

Ao meu esposo, **Anderson**, meu melhor amigo e meu grande amor, pela paciência, incentivo, preocupação, por dividir comigo todos os momentos, por ser minha inspiração na busca de todos os nossos sonhos.

As minhas queridas irmãs, **Willyana e Kaliany**, pelo companheirismo e amizade, por estarem sempre cuidando de mim. Aos meus sobrinhos, **Guilherme, Heloísa, Francisco Neto e Isabella** por me fazerem sentir o amor mais puro e verdadeiro e me proporcionarem momentos de muita alegria. Titia é apaixonada por vocês!

Aos **membros da banca** pelas valiosas contribuições.

Aos **membros do Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Idoso** pela união, amizade e amor, por serem apoio e dividirem todos os momentos de tribulações.

Aos companheiros(as) da minha turma de Doutorado (2015.2), em especial minha grande amiga, **Gabriela**, ela que fez, faz e fará parte de todos os momentos importantes da minha vida, com quem eu divido sorrisos, lágrimas, alegrias e tristezas, pelo fortalecimento mútuo durante toda essa caminhada. Para sempre amigas sim, se Deus quiser!

A todos os **docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da UFPB que foram essenciais para minha formação como enfermeira, pesquisadora e docente.

À **Coordenação e funcionários** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, pela solicitude de sempre.

À todos os **docentes do Curso de Graduação em Enfermagem** da UFPB, pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos, proporcionando meu crescimento pessoal e profissional.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Coeficiente de validade de conteúdo entre o comitê de juízes dos itens da GSES-12 (versão traduzida) .....	59
<b>Tabela 2</b> – Resultados descritivos das variáveis sóciodemográficas dos participantes do estudo. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	63
<b>Tabela 3</b> – Resultados descritivos das variáveis dos hábitos de vida e estado de saúde dos participantes do estudo. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	64
<b>Tabela 4</b> – Resultados descritivos das variáveis características da deficiência. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	65
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos itens da versão adaptada da GSES-12 de acordo com a <i>Measure of Sampling Adequacy</i> . João Pessoa - PB, Brasil. 2018. (n=120) .....	66
<b>Tabela 6</b> – Fatores, valores próprios e variância explicada da versão adaptada da GSES-12. João Pessoa - PB, Brasil. 2018. (n=120) .....	67
<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos itens da versão adaptada da GSES-12 de acordo com as cargas fatoriais e a communalidade. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	68
<b>Tabela 8</b> – Indicadores de ajuste da MEE para validação da GSES-12 .....	69
<b>Tabela 9</b> – Estimativas de predição a partir da análise de regressão para o construto Autoeficácia. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	69
<b>Tabela 10</b> – Distribuição dos itens da versão adaptada da GSES-12 para as Correlações de Pearson e Polyseriais .....	71
<b>Tabela 11</b> – Correlação polyserial e parâmetros <i>a</i> e <i>b</i> para os itens da GSES-12 .....	72
<b>Tabela 12</b> – Correlação de Pearson, polyserial e parâmetros <i>a</i> e <i>b</i> para os itens 4, 5 e 6 da GSES .....	77
<b>Tabela 13</b> – Análise Convergente e Divergente da GSES-12. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	80
<b>Tabela 14</b> – Relação entre a GSES-12 e características sociodemográficas. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	81

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - General Self Efficacy Scale (GSES) - (12 itens) .....	34
Quadro 2 – Versão original, Versões traduzidas (1) e (2) e Síntese das traduções .....	57
Quadro 3 – Síntese das traduções e Back-translation da GSES-12.....	58
Quadro 4 – Adaptação após análise de juízes da GSES-12 .....	60
Quadro 5 – Adaptação da GSES-12 após o pré-teste .....	61

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Etapas de desenvolvimento da General Self Efficacy Scale (GSES) .....	34
Figura 2 - Parâmetros de dificuldades (b) e discriminação (a) de dois itens .....	44
Figura 3 - Processo de adaptação transcultural da General Self-Efficacy Scale-12 (GSES-12) .....	47
Figura 4 - Diagrama de Caminhos para a Autoeficácia. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120) .....	70
Figura 5 - CCO do Item 1 .....	73
Figura 6 - CCO do Item 2 .....	73
Figura 7 - CCO do Item 3 .....	74
Figura 8 - CCO do Item 9 .....	74
Figura 9 - CCO do Item 10 .....	75
Figura 10 - CCO do Item 11 .....	75
Figura 11 - CCO do Item 12 .....	76
Figura 12 - Curva Total de Informação da GSES-12 .....	76
Figura 13 - CCO e Curva de Informação do Item 4 .....	78
Figura 14 - CCO e Curva de Informação do Item 5 .....	78
Figura 15 - CCO e Curva de Informação do Item 6 .....	79
Figura 16 - Curva Total de Informação dos itens de 4 a 6 da GSES-12 .....	79

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Screeplot da GSES-12.....	67
Gráfico 2 - Histograma de habilidades dos tetas dos sujeitos respondentes à GSES .....	77
Gráfico 3 - Histograma de habilidades para os itens 4, 5 e 6.....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AFC** - Análise fatorial confirmatória

**AFE** - Análise fatorial exploratória

**AGFI** - Adjusted Goodness-of-Fit Index

**BDI-II** - Beck Depression Inventory II

**CC** - Confiabilidade composta

**CCO** - Curva Característica Operacional

**CCS** - Centro de Ciências da Saúde

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CFI** - Comparative Fit Index

**CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CVC** - Coeficiente de Validade de Conteúdo

**EUA** - Estados Unidos da América

**EAR** - Escala de Autoestima de Rosenberg

**EES** - Escala de Estresse Percebido

**FEP** - Fatoração do Eixo Principal

**GFI** - Goodness-of-Fit Index

**GPSS** - General Perceived Self-Efficacy Scale

**GSES** - General Self-Efficacy Scale

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**KMO** - Medida Kaiser-Meyer-Olkin

**LOT-R** - Life Orientation Test-revised

**MEE** - Modelagem de Equação Estrutural

**MSA** - Measure of Sampling Adequacy

**NANDA-I** - Nanda Internacional

**NFI** - Normed Fit Index

**NGSS** - New General Self-Efficacy Scale

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PcD** - Pessoa com Deficiência

**PANAS** - Positive And Negative Affect Schedule

**PB** - Paraíba

**PGFI** - Parsimonious Goodness-of-fit Index

**QLI-Sp** - Quality of Life Index

**RMSEA** - Root-Mean-Square Error of Approximation

**RSES** - Rosenberg Self-esteem Scale

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SPSS** - Statistical Package for Social Science

**STAI** - State and Trait Anxiety Inventory

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TLI** - Tucker-Lewis Index

**TRI** - Teoria de Resposta ao Item

**TSC** - Teoria Social Cognitiva

**UFPB** - Universidade Federal da Paraíba

**VME** - Variância média extraída

MADRUGA, K. M. A. *Adaptação transcultural da General Self Efficacy Scale-12 para o português do Brasil em pessoas com deficiência física*. 2019. 127f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A deficiência física é representada pelas pessoas que apresentam perdas ou anormalidades de estrutura anatômica resultando em limitações na realização de uma ou mais atividades importantes da vida. Muitos são os casos de pessoas que transpõem as barreiras encontradas e conseguem viver de forma autônoma e independente, essa característica pode estar diretamente relacionada a manutenção da autoeficácia, que influencia a capacidade de estabelecer metas, o grau de esforço e persistência para alcançar objetivos, sendo imprescindível a utilização de escalas para a sua mensuração.

**Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural da *General Self Efficacy-12 Scale* em pessoas com deficiência física no Brasil. **Método:** Estudo metodológico de adaptação transcultural, que seguiu os seguintes passos: Tradução; Retrotradução; Consolidação da versão traduzida; e Avaliação semântica e de conteúdo. Os dados foram coletados com 120 pessoas com deficiência física, por meio de entrevistas, em um centro especializado, no período de Julho à Outubro de 2018. Foram realizados testes psicométricos para validação e confiabilidade da escala e avaliação da média dos itens da GSES-12 e sua comparação com grupos distintos. A pesquisa iniciou após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 2.676.109. **Resultados:** A tradução e retrotradução não apresentaram alterações. A última versão da escala foi submetida a um pré-teste, que apresentou poucos problemas de compreensão, sendo ajustados. Com a estrutura unidimensional, o fator explicou 28,16% de variância. Quanto as cargas fatoriais, a maioria dos itens fatoraram acima de 0,30. A communalidade foi de 0,002 à 0,519, a confiabilidade composta (CC) de 0,750 e a variância média extraída (VME) de 0,547. A unidimensionalidade foi apoiada pela análise fatorial confirmatória. O alfa de Cronbach foi de 0,76. Na Teoria de Resposta ao Item atendeu-se ao critério da unidimensionalidade, a maioria dos itens apresentou uma discriminação baixa e o item 11 se destacou como o mais discriminante (1,025). Com relação ao parâmetro de dificuldade, ocorreu de forma crescente, a categoria 1 representada pelos níveis 1 e 2 foi considerada mais fácil e a 5 mais difícil, constituída pelos níveis 4 e 5. A escala apresentou validade convergente com resiliência e autoestima e divergente com a escala de estresse percebido. Houve associação com o estado de saúde e o tempo de deficiência. **Conclusão:** A escala adaptada e validada para o português do Brasil é um instrumento eficaz para a mensuração da autoeficácia, sendo de significativa importância para a prática da Enfermagem, utilizando-a tanto para as pessoas com deficiência física como em outras populações sob maior vulnerabilidade, como pessoas idosas, indivíduos com dor e doenças crônicas, com câncer, entre outros.

**Descritores:** Enfermagem; Autoeficácia; Pessoas com Deficiência; Estudos de Validação.

MADRUGA, K. M. A. **Transcultural adaptation of the General Self Efficacy Scale-12 to Brazilian Portuguese in people with physical disabilities.** 2019. 127f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

## ABSTRACT

**Introduction:** Physics deficiency is represented by people who have loss or anatomical structure abnormalities resulting in limitations in performing one or more important life activities. Many are the cases of people who cross the barriers found and manage to live independently and autonomously, this feature may be directly related to the maintenance of self-efficacy, which influences the ability to establish goals, the degree of effort and persistence in the pursuit of an objective, being indispensable the use of scales for its measurement. **Objective:** To carry out the cross-cultural adaptation of General Self Efficacy-12 Scale in people with physical disability in Brazil. **Method:** Methodological study of cross-cultural adaptation, which followed the following steps: Translation; Backtranslation; Consolidation of the translated version; and Semantic and content evaluation. The data were collected with 120 people with physical disabilities, through interviews, in a specialized center, from July to October 2018. Psychometric tests were performed for validation and reliability of the scale and evaluation of the mean of GSES-12 items and their different groups. The research began after approval by the Research Ethics Committee with the opinion nº 2.676.109. **Results:** The translation and back-translation did not present any changes. The last version of the scale was submitted to a pre-test, which presented few comprehension problems, being adjusted. With the one-dimensional structure, the factor explained 28.16% of variance. As for factor loads, most items factored above 0.30. The commonality was from 0.002 to 0.519, composite reliability (CC) of 0.750 and mean extracted variance (VME) of 0.547. Unidimensionality was supported by confirmatory factor analysis. Cronbach's alpha was 0.76. In the Item Response Theory met the criterion of unidimensionality, most items presented a low discrimination and item 11 stood out as the most discriminating (1,025). With regard to the difficulty parameter, it was found that category 1 represented by levels 1 and 2 was considered easier and 5 was more difficult, consisting of levels 4 and 5. The scale presented convergent validity with resilience and self-esteem and divergent with the perceived stress scale. There was an association with the state of health and the time of disability. **Conclusion:** The adapted and validated scale for Brazilian Portuguese is an effective instrument for the measurement of self-efficacy, being of significant importance for Nursing practice, using it both for people with physical disabilities and in other populations with greater vulnerability, such as elderly people, individuals with pain and chronic diseases, cancer, among others.

**Keywords:** Nursing; Self Efficacy; Disabled Persons; Validation Studies

Madruga K. M. A. **Adaptación transcultural General Auto Eficacia Escala-12 de Brasil portugués en las personas con discapacidades físicas.** 2019. 127f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2019.

## RESUMEN

**Introducción:** La deficiencia física es representada por las personas que presentan pérdidas o anormalidades de estructura anatómica resultando en limitaciones en la realización de una o más actividades importantes de la vida. Muchos son los casos de personas que transponen las barreras encontradas y logran vivir de forma autónoma e independiente, esta característica puede estar directamente relacionada con el mantenimiento de la autoeficacia, que influye en la capacidad de establecer metas, el grado de esfuerzo y persistencia en la búsqueda de un objetivo, siendo imprescindible la utilización de escalas para su medición. **Objetivo:** Realizar la adaptación transcultural de la General Self Efficacy-12 Scale en personas con discapacidad física en Brasil. **Método:** Estudio metodológico de adaptación transcultural, que siguió los siguientes pasos: Traducción; traducción inversa; Consolidación de la versión traducida; y Evaluación semántica y de contenido. Los datos fueron recolectados con 120 personas con discapacidad física, a través de entrevistas, en un centro especializado, en el período de julio a octubre de 2018. Se realizaron pruebas psicométricas para validación y confiabilidad de la escala y evaluación de la media de los ítems de la GSES-12 y su comparación con grupos distintos. La investigación inició después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación con la opnion nº 2.676.109. **Resultados:** La traducción y la retrotraducción no presentaron cambios. La última versión de la escala fue sometida a un pre-test, que presentó pocos problemas de comprensión, siendo ajustados. Con la estructura unidimensional, el factor explicó 28,16% de varianza. En cuanto a las cargas factoriales, la mayoría de los ítems se dispararon por encima de 0,30. La communalidad fue de 0,002 a 0,519, la confiabilidad compuesta (CC) de 0,750 y la varianza media extraída (VME) de 0,547. La unidimensionalidad fue apoyada por el análisis factorial confirmatorio. El alfa de Cronbach fue de 0,76. En la Teoría de Respuesta al Item se atendió al criterio de la unidimensionalidad, la mayoría de los ítems presentó una discriminación baja y el ítem 11 se destacó como el más discriminante (1,025). Con respecto al parámetro de dificultad, ocurrió de forma creciente, la categoría 1 representada por los niveles 1 y 2 fue considerada más fácil y la 5 más difícil, constituida por los niveles 4 y 5. La escala presentó validez convergente con resiliencia y autoestima y divergente con la escala de estrés percibido. Se ha asociado con el estado de salud y el tiempo de discapacidad. **Conclusión:** La escala modificada validada para el portugués en Brasil es un instrumento eficaz para la medición de la auto-eficacia, y de gran importancia para la práctica de enfermería, usarlo tanto para personas con discapacidades físicas como en otras poblaciones con mayor vulnerabilidad como personas mayores, individuos con dolor y enfermedades crónicas, con cáncer, entre otros

**Palabras clave:** Enfermería; Autoeficacia; Personas con Discapacidad; Estudios de Validación

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO</b>	17
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	20
<b>2 OBJETIVOS</b>	26
2.1 Objetivo geral	26
2.2 Objetivo específico	26
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	28
3.1 Autoeficácia	28
3.2 Instrumentos desenvolvidos para avaliar a autoeficácia	31
3.3 Desenvolvimento e validação da <i>General Self-Efficacy Scale</i>	32
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b>	37
4.1 O processo de adaptação transcultural de instrumentos	37
4.2 Avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos	38
4.3 Teoria de Resposta ao Item	42
<b>5 MÉTODO</b>	46
5.1 Delineamento do estudo	46
5.2 Aspectos éticos da pesquisa	46
5.3 Permissão dos autores para adaptação transcultural do instrumento	46
5.4 Processo de adaptação transcultural da GSES-12	47
5.4.1 Tradução para a língua portuguesa da GSES-12	47
5.4.2 A retro-tradução ( <i>back-translation</i> )	48
5.4.3 Consolidação da versão preliminar do instrumento	48
5.4.4 Validação semântica e de conteúdo do instrumento	48
5.4.5 Pré-teste da versão adaptada da GSES-12	50
5.5 Coleta de dados	50
5.6 Instrumentos utilizados para coleta de dados	51
5.7 Análise descritiva e psicométricas dos dados	52
<b>6 RESULTADOS</b>	57
6.1 Resultados relacionados ao processo de tradução e adaptação da GSES-12	57
6.1.1 Etapa de avaliação semântica e de conteúdo	59
6.1.2 Adaptação da GSES-12 após análise de juízes	60
6.1.3 Adaptação da GSES-12 após o pré-teste	61

6.2 Dados sociodemográficos, hábitos de vida, estado de saúde, arranjo familiar e aspectos relacionadas à deficiência	62
6.3 Resultados relacionados à análise da validade de constructo da versão adaptada da GSES-12	66
6.3.1 Resultados obtidos pela Análise Fatorial Exploratória	66
6.3.2 Resultados obtidos pela Análise Fatorial Confirmatória	68
6.3.3 Resultados obtidos pela Teoria de Resposta ao Item	71
6.4 Resultados obtidos pela correlação entre constructos (validade de constructo convergente e divergente)	80
6.5 Resultados da comparação com características sociodemográficas	81
<b>7 DISCUSSÃO</b>	83
7.1 Processo de tradução e adaptação da GSES-12	83
7.2 Caracterização sociodemográfica, hábitos de vida, situação de saúde e aspectos relacionados às características da deficiência	83
7.3 Análise da validade de constructo da versão adaptada da GSES-12	87
7.4 Avaliação da autoeficácia e a comparação com características das pessoas com deficiência física	93
<b>8 CONCLUSÃO</b>	96
<b>REFERÊNCIAS</b>	99
<b>APÊNDICES</b>	110
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido	111
<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento sociodemográfico e de saúde de pessoas com deficiência física	112
<b>APÊNDICE C</b> – Versão traduzida para o português	113
<b>APÊNDICE D</b> – Versão adaptada	114
<b>APÊNDICE E</b> – Versão adaptada final da <i>General Self-Efficacy Scale-12</i>	115
<b>ANEXOS</b>	117
<b>ANEXO A</b> – Autorização da autor para adaptação transcultural da <i>General Self-Efficacy Scale-12</i>	118
<b>ANEXO B</b> – Encaminhado para o autor a síntese das traduções para o português e o <i>back-translation</i>	119
<b>ANEXO C</b> – Versão original da General Self-Efficacy Scale-12	120
<b>ANEXO D</b> – Escala de Autoestima de Rosenberg	121
<b>ANEXO E</b> – Escala de Resiliência	122
<b>ANEXO F</b> – Escala de Estresse Percebido	123
<b>ANEXO G</b> – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	124

# *Preâmbulo*

---

O interesse pela temática da Pessoa com Deficiência (PcD) iniciou ainda durante o Curso de Graduação em Enfermagem, no qual tive oportunidade de observar na prática e também em pesquisa desenvolvida (AZEVEDO et al., 2015; GOMES et al., 2017) o quanto essa população, não raras vezes, era excluída socialmente, o que lhe ocasionava impactos diretos e indiretos na saúde.

Posteriormente, quando ingressei no Curso de Mestrado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), decidi direcionar o projeto à essa população, o qual deu fruto a dissertação intitulada “Acessibilidade de pessoas com deficiência física e sensorial em unidades de saúde da família” (MARTINS, 2015). Esse estudo evidenciou a falta de condições adequadas de acessibilidade nos serviços de saúde (MARTINS et al., 2016; MARTINS et al., 2018).

Na pesquisa, ora citada, também consegui perceber o quanto a falta de acesso repercutia na qualidade de vida dessa população. Durante a coleta, vi por muitas vezes, as dificuldades enfrentadas por essas pessoas, que em sua maioria, precisavam de alguma ajuda para se deslocar, o semelhante de algumas era de conformismo o de outras de insatisfação. Isso despertou o meu interesse por essa temática, sendo indispensáveis discussões e reflexões com vistas ao exercício de cidadania, na perspectiva de compreender o outro em todas as suas dimensões.

Nesse período de estudos na Pós-Graduação também tive a oportunidade de atuar como docente de uma instituição particular de nível superior, ministrando a disciplina de Saúde do Adulto e Idoso. Essa experiência me fez despertar para a importância na formação do enfermeiro de incluir aspectos voltados para a PcD, uma vez que implicará numa visão crítica psicossocial, e não apenas biológica.

Observa-se que em nosso país está havendo um aumento desta população, sendo o primeiro da América do Sul com maior prevalência, assim, faz-se necessário reformulações nas políticas públicas para que possam discutir cada vez mais sobre todos os aspectos que envolvem à PcD.

Nesta perspectiva, quando me inscrevi para seleção de Doutorado em Enfermagem optei em seguir a mesma linha de pesquisa, porém com a proposta de adaptar transculturalmente uma escala para que avaliasse características positivas de enfrentamento dessas pessoas e o quanto elas acreditam que são capazes de alcançar seus objetivos, mesmo diante das adversidades. Desse modo, optei pela escala que avalia a autoeficácia.

Do ponto de vista estrutural, o estudo é composto por oito capítulos. No capítulo introdutório, procedeu-se à contextualização da temática, à delimitação do problema e a hipótese da pesquisa. No capítulo dois, foram delimitados os objetivos da investigação; o capítulo três apresenta o referencial teórico; o quatro expõe o referencial metodológico; o cinco traz uma descrição do cenário do estudo e os métodos utilizados para obtenção dos dados empíricos. Os capítulos seis e sete apresentam, respectivamente, os resultados obtidos e a discussão dos dados. Como desfecho, tem-se a conclusão.

# *1 Introdução*

---

A deficiência constitui um campo crescente e heterogêneo de ativismo político e histórico, sendo de grande investigação tanto no Brasil, como no mundo (GAUDENZI; ORTEGA, 2016). Sua definição ainda é desafiadora, pois congrega elementos complexos, dinâmicos, multidimensionais e questionáveis. Ela está relacionada ao impedimento, físico, sensorial, mental e intelectual, resultando em limitações na realização de uma ou mais atividades importantes da vida (NOGUEIRA et al., 2016).

A denominação utilizada para se referir às pessoas com alguma limitação, admitiu vários formatos ao longo dos anos. Inicialmente eram os "inválidos", "incapazes" e "pessoas deficientes", até que a Constituição de 1988 incorporou a expressão "pessoa portadora de deficiência". Posteriormente, adotou-se também "pessoas com necessidades especiais", sendo esta, caracterizada como um gênero mais abrangente, acolhendo os idosos, as gestantes ou qualquer situação que sugira tratamento diferenciado. Atualmente, estas expressões estão em desuso, considerando que as deficiências não se portam, elas estão com ou na pessoa, sendo utilizada a forma "pessoa com deficiência" (LEAL; MATTOS; FONTANA, 2013).

Na década de 1960, surgiram em diversos países ocidentais, movimentos sociais que reivindicavam políticas para garantir acesso, igualdade de oportunidades e direitos para as PCD, ficando conhecidos como *Disability Rights Movement* (Movimento dos Direitos das Pessoas com Deficiências) (GAUDENZI; ORTEGA, 2016). Diante disso, houve um avanço no processo de politização brasileira, contribuindo para que o Estado assumisse a responsabilidade em desenvolver políticas públicas destinadas a atender as demandas desse grupo social (PAGLIUCA et al., 2015).

No ano de 2015, o Brasil instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência de nº 13.146, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). A Lei garante, entre outros, condições de acesso à educação e à saúde e estabelece punições para atitudes discriminatórias contra essa parcela da população (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Todavia, embora a temática da inclusão esteja sendo ressaltada e o número de PCD seja considerável, ainda se aponta um perfil de fragilidade, desarticulação e de descontinuidade de ações nas esferas pública e privada, e com baixo índice de cobertura da assistência à saúde dessa população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 2% das pessoas com algum tipo de deficiência teriam acesso à reabilitação. Nos países em desenvolvimento, esse número é de 1 a 2 por 10.000 habitantes (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Assim, para reconhecer que é preciso propiciar melhores condições a esta população, se faz necessário que a população esteja mais sensível e perceba que a deficiência vai além do que está implícito ou visível, pois, muitas vezes, essas pessoas se encontram fragilizadas diante das várias situações da vida diária por falta de conhecimento de seus direitos. Desse modo, a aceitação da sociedade e a inclusão das PCD é influenciada pela perspectiva de como elas são compreendidas (PAGLUICA et al., 2015).

Estatísticas da OMS revelam que mais de um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência, o que equivale a cerca de 15% da população mundial (BRASIL, 2010). Desse total, há cerca de 85 milhões na América Latina, com o agravante de que esses números estão aumentando em muitos países da região devido, principalmente, ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas e à incidência de acidentes (ROJAS-ROJAS; ARBOLEDA-TORO; PINZÓN-JAIME, 2018).

No Brasil, segundo o censo demográfico, o número de pessoas que se declararam com algum tipo de deficiência é de aproximadamente 23,9% da população, sendo o primeiro país da América do Sul com maior prevalência, seguido pela Colômbia (6,4%), Costa Rica (5,4%) e Venezuela (4,1%). Deste percentual, 7% são de pessoas com deficiência física, correspondendo a uma média de 13 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Dentre as deficiências, a física, é representada pelas pessoas que apresentam perdas ou anormalidades de estrutura anatômica que interferem em sua movimentação voluntária, que pode gerar incapacidade ou dificuldade para o desempenho de uma atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Entretanto, ainda é incipiente a visibilidade dessas pessoas nos espaços de circulação coletiva. Esta constatação se deve ao fato de que a sociedade não apresenta a capacidade de atender, de maneira integral, as necessidades dos indivíduos que a compõe, dificultando a inclusão, acessibilidade e exacerbando o estado de deficiência, o que favorece a discriminação, preconceito, imposição de barreiras e exclusão sociocultural (MARTINS et al., 2016; CRUZ et al., 2015).

Os domínios nos quais as PCD física apresentam dificuldades são vários, podendo-se destacar: (a) cuidados pessoais, como tomar banho, comer, vestir-se; (b) tarefas domésticas, incluindo preparar refeições, limpar a casa, fazer as compras; (c) mobilidade em casa, fazer transferência da cama e da cadeira de rodas, levantar-se, subir

e descer escadas; (d) mobilidade na comunidade, participar de atividades comunitárias, entrar e sair do carro, usar outros meios de transporte, como ônibus e metrôs, andar pela cidade e em avenidas com prédios e áreas abertas; (e) atividades prazerosas, incluindo atividade de lazer, socialização e viagens; (f) e ter um emprego. Essas atividades parecem ter importantes implicações para o bem-estar dos indivíduos e podem estar relacionadas ao senso de dependência e independência (GIGNAC; COTT, 1998).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em 2001 pela OMS, representa um dos grandes avanços na compreensão da deficiência física, levando em consideração a função e a estrutura corporal, atividades e participação, como também os fatores ambientais. A partir da CIF, os prognósticos dos indivíduos não são baseados somente nas patologias e/ou sequelas, mas também no contexto ambiental onde vivem, evitando, dessa forma, rótulos impostos pelos diagnósticos (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

Diante disso, torna-se evidente as várias alterações que acometem as pessoas que adquirem essa deficiência ou mesmo àquelas que apresentam de forma congênita, refletindo sobre a formação da identidade, da autoimagem e o desenvolvimento do processo adaptativo. Tais alterações tendem a influenciar, substancialmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida dessa população. Assim, essas pessoas devem aprender a redescobrir seu corpo e identificar suas limitações, no intuito de aceitar todas essas condições e conseguir reestruturar-se para o retorno ao convívio familiar e social (CATUSSO; CAMPANA; TAVARES, 2010; ALVES; DUARTE, 2010).

No entanto, o processo de viver com deficiência física não se restringe a dificuldades e limitações, muitas pessoas podem transpor as barreiras encontradas conseguindo viver de acordo com o que se considera normal na sociedade, de forma autônoma e independente (CRUZ et al., 2015). Essa característica pode estar diretamente relacionada à manutenção do senso de autoeficácia, pois as pessoas que têm um grau elevado desse aspecto, acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos da vida, de vencer obstáculos, de procurar desafios e manter alta confiança na sua capacidade de obter êxito e controlar a própria vida (SILVA et al., 2016).

O constructo de autoeficácia é um dos principais componentes da Teoria Social Cognitiva (TSC), sendo definido como a crença do indivíduo nas suas capacidades de reunir recursos cognitivos, motivacionais, afetivos e comportamentais necessários para lidar com uma determinada situação ou desempenhar uma tarefa. Nesse sentido, refere-

se às percepções que as pessoas têm sobre as suas próprias habilidades para realizar algo (BANDURA, 2006).

De acordo com a TSC, as crenças desse conceito atuam como um mecanismo regulador da ação humana, influenciando a capacidade de estabelecer metas, executar planos de ação e avaliar o comportamento, assim como, o grau de esforço e persistência na busca de um objetivo e nas expectativas de um resultado. Comparados a indivíduos com baixa autoeficácia, aqueles com elevados níveis, tendem a estabelecer objetivos mais complexos e desafiadores, explorar mais o seu ambiente e persistir na situação mesmo diante de obstáculos (SBICIGO et al., 2012; MATA et al., 2015).

Outro fator importante a ser considerado é que a autoeficácia interfere na forma como as pessoas pensam, sentem e agem. Um alto senso de eficácia facilita o processamento de informações e o desempenho cognitivo em diferentes contextos, incluindo a tomada de decisões e a motivação pessoal (ZAMBRANO, 2016).

A percepção das pessoas sobre sua própria eficácia permanece como um requisito fundamental para a busca de objetivos pessoais, exercendo uma profunda influência sobre a escolha de tarefas e atividades, a perseverança ao ser confrontadas com algum desafio e até mesmo as reações emocionais experimentadas em situações difíceis. Em suma, as crenças de autoeficácia representam uma mediação entre conhecimento e mecanismo de ação, e determina, juntamente com outras variáveis, o sucesso de suas próprias ações e o desempenho de diversas atividades ao longo da vida (PEINADO et al., 2015).

A autoeficácia pode ser um indicador útil na área da saúde, tendo em vista que ela tem sido preditora de qualidade de vida em jovens (KVARME et al., 2009), de ajustamento psicossocial em crianças e adolescentes com doenças crônicas (DAHLBECK; LIGHTSEY JÚNIOR, 2008), da resposta de pacientes ao câncer (LUSZCZYNSKA; GUTIÉRREZ-DOÑA; SCHWARZER, 2005; MYSTAKIDOU et al., 2008), do enfrentamento de indivíduos com dor (SILVA et al., 2016), da prevenção à ideação suicida (PEREIRA et al., 2018), entre outros.

As pesquisas voltadas para averiguar a autoeficácia têm sido realizadas em muitos países e avaliada sob diversas maneiras, e para evidenciá-la de forma mais global, foram desenvolvidas algumas medidas de avaliação da autoeficácia geral, sendo as mais utilizadas no mundo: *General Perceived Self-Efficacy Scale* – GPSS (SCHWARZER; JERUSALEM, 1995), *General Self-Efficacy Scale* – GSES (SHERER;

MADDUX, 1982) e *New General Self-Efficacy Scale* – NGSS (CHEN; GULLY; EDEN, 2001). No entanto, apenas uma é validada no Brasil, a GPSS.

Para esta pesquisa, escolheu-se utilizar a GSES, para realizar a adaptação transcultural, devido à necessidade de disponibilizar instrumentos para o Brasil, que avaliem a autoeficácia geral, sendo um conceito relacionado com a saúde mental, bem-estar e também um importante mecanismo de mudança nos resultados terapêuticos em populações sob maior vulnerabilidade, como as PCD.

Incialmente, a GSES foi composta por 23 itens sendo mantidos apenas 17 (SHERER; MADDUX, 1982). Em um novo estudo, foram excluídos cinco itens, pois mostraram baixas correlações e formulação ambígua, totalizando uma versão de 12 itens (BOSSCHER et al., 1998), sendo adotada como proposta para ser adaptada e validada neste estudo. A GSES-12 tem sido utilizada em amostras diferentes, como idosos (GALENKAMP et al., 2012), pessoas com depressão (STEUNENBERG et al., 2010) e mulheres que sofreram abuso (JONKER; SIJBRANDIJ; WOLF, 2012).

Esta escala foi construída nos Estados Unidos da América (EUA), em língua inglesa, e, posteriormente, adaptada e validada para outros países, como Turquia (YILDIRIM; ILHAN, 2010), Índia (MATTO; MALHOTRA, 1998) e Espanha (HERRERO et al., 2014). Devido às diferenças linguísticas e culturais, torna-se relevante fazer a adaptação transcultural para o português do Brasil, afim de ser utilizada no país por profissionais da área da saúde.

Optou-se em utilizar esta escala nesse estudo por ser um instrumento com medidas breves, de fácil aplicação e bastante utilizada fora do Brasil. Sendo assim, a apresentação das propriedades psicométricas será de significativa importância na utilização tanto para as pessoas com deficiência física como em outras populações sob maior vulnerabilidade e para a prática da Enfermagem, pois seu conceito nas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde se apresenta operativo, inovador e atual. Adicionalmente, torna-se relevante o conhecimento e a instrumentalização pelos profissionais de saúde de modo a colaborar na adesão ao plano de cuidados favorecendo o enfrentamento da situação adversa à deficiência.

Assim, este estudo levantou a seguinte hipótese: A GSES-12 adaptada ao português do Brasil apresenta validade de constructo satisfatória para avaliar a autoeficácia em pessoas com deficiência física. E como hipótese nula: A GSES-12 adaptada ao português do Brasil não apresenta validade de constructo satisfatória para avaliar a autoeficácia.

## *2 Objetivos*

---

## 2.1 Objetivo Geral

- Realizar a adaptação transcultural da *General Self Efficacy-12 Scale* para o português do Brasil em pessoas com deficiência física.

## 2.2 Objetivos específicos

- Verificar as equivalências semânticas, idiopáticas, culturais e conceituais da GSES-12;
- Avaliar a validade de constructo da versão adaptada da GSES-12;
- Analisar a confiabilidade do instrumento adaptado para o português do Brasil por meio da consistência interna aplicando-o a pessoas com deficiência física;
- Avaliar a validade convergente da GSES-12 com a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e Escala de Resiliência e a divergente com a Escala de Estresse Percebido (EES).

## *3 Referencial Teórico*

---

### 3.1 Autoeficácia

A autoeficácia implica no quanto uma pessoa acredita que é capaz de realizar algo. Compreende a confiança nas próprias habilidades de organizar e executar determinadas ações e planos necessários para obter sucesso no objetivo em que deseja alcançar. Além disso, desempenha um papel de grande relevância diante do surgimento das dificuldades (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Durante os últimos quarenta anos, após o desenvolvimento do constructo de autoeficácia por Bandura (1977), os estudos vêm crescendo continuamente devido à amplitude de comportamentos humanos que podem ser influenciados pelas crenças de autoeficácia. A necessidade de conhecer a percepção dos indivíduos está relacionada ao julgamento que eles fazem de seu próprio desempenho, sendo também determinante para iniciar uma nova ação, do esforço que pretende dispensar para desenvolvê-la e da persistência investida ao enfrentar uma adversidade (MARTINELLI; SASSI, 2010).

Para embasar esse constructo, Bandura (1986) utilizou a Teoria Social Cognitiva, que enfatiza o papel das crenças pessoais, em que os indivíduos são vistos como proativos, organizados, reflexivos e autorregulados. O pensamento e a ação humana são percebidos como produto de uma interação dinâmica de influências pessoais, comportamentais e ambientais, ou seja, a forma como as pessoas interpretam os resultados de suas próprias ações está diretamente relacionada ao ambiente em que se encontram e as características pessoais que a possuem.

O papel dos fenômenos autorreferencias é o meio pelo qual o ser humano é capaz de agir em seu ambiente e, consequentemente, criar e desenvolver a autopercepção sobre a sua capacidade de tomar suas decisões. Isto quer dizer que a maneira como as pessoas agem é, em parte, resultado da intervenção de suas crenças sobre o que elas são capazes de realizar (OMELAS et al., 2015).

Existem duas formas de apresentação da autoeficácia: específica e geral. A primeira descreve as crenças de um indivíduo sobre as quais ele pode alcançar bons resultados em uma área definida de sua vida, por exemplo, seu desempenho acadêmico. Enquanto, a autoeficácia geral é o sentido geral de competência de um indivíduo no manejo de uma variedade de desafios da vida. Ambos os tipos são relativamente estáveis e podem ser caracterizados como traços (BANDURA, 2012; YEO; NEAL, 2006).

Os mecanismos para desenvolvimento de um forte senso de autoeficácia são: 1) modelação social: observar o outro atuando de forma bem-sucedida, permite que o indivíduo seja estimulado a desenvolver as suas próprias habilidades; 2) persuasão social: quando as pessoas são persuadidas a agir de modo a obter sucesso, elas confiam mais em sua capacidade; 3) estados emocionais: as pessoas podem julgar suas capacidades em função de seus estados emocionais, como ansiedade, estresse e depressão, identificando como uma deficiência pessoal; e 4) experiências de domínio: quando as pessoas realizam alguma atividade de forma efetiva, fortalecem a autoeficácia (BANDURA, 2004).

As crenças de autoeficácia também influenciam a quantidade de estresse e ansiedade que os indivíduos sentem à medida que se envolvem em uma atividade. Altas crenças ajudam a criar sentimentos de serenidade ao se abordarem tarefas e atividades difíceis. De maneira contrária, pessoas com baixa autoeficácia podem acreditar que as coisas são mais difíceis do que realmente são, provocando sentimentos negativos e uma visão limitada sobre a melhor forma de resolver um problema. A função das crenças deste constructo também pode criar um tipo de predição auto realizável, na qual o indivíduo alcança aquilo que acredita que consegue, ou seja, é provável que a persistência leve a um desempenho melhor, por outro lado, a desistência ajuda a garantir o próprio fracasso, reduzindo a confiança e o ânimo (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Entende-se que tal constructo pode atuar como facilitador das diversas pressões proporcionadas pelo meio ambiente, algumas delas hostis e desvantajosas para a adaptação, como as mudanças do envelhecimento, fatores econômicos e sociais (pobreza e exclusão social), eventos inesperados da vida (morte, perdas financeiras, doenças e deficiência), até os estressores advindos de situações traumáticas (catástrofes ambientais, atentados e sequestros) (FONTES; AZZI, 2012).

Desse modo, pessoas com uma forte percepção de autoeficácia experimentam menos estresse em situações que demandam mais esforço pessoal. Além disso, para se alcançar um determinado objetivo são necessários dois processos: os motivacionais, projetados pelo esforço e perseverança, manifestados pelo modo de agir; e os mecanismos atribucionais de enfrentamento, perante situações diversas (BANDURA, 1997; BLOSTEIN, 1989).

Essencialmente, as crenças deste constructo referem-se a confiança na competência pessoal, proporcionando a base para a motivação humana, o bem-estar e as

realizações pessoais. Muitas evidências empíricas sustentam a afirmação de Bandura de que autoeficácia influencia praticamente em todos os aspectos das vidas das pessoas – independente de pensarem de forma produtiva, pessimista ou otimista -, o quanto elas se motivam e perseveram frente a adversidades, sua vulnerabilidade ao estresse e a depressão e as escolhas que fazem em suas vidas. Associada a isso, também é um determinante crítico de como os indivíduos regulam o seu pensamento e o seu comportamento (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

O conceito da autoeficácia tem sido estudado, extensivamente, em algumas disciplinas, afim de explicar os comportamentos ao longo da vida (MAIBACH; MURPHY 1995, BANDURA, 2004, PAJARES, 2005, RESNICK, 2013). Em pesquisas conduzidas por enfermeiros, esse constructo, foi investigado em diversas áreas, incluindo câncer, doenças crônicas, atividade física e perda de peso. Nas análises conceituais da Enfermagem com aplicação em contextos socioculturais, a autoeficácia tem sido o foco, como a cessação do tabagismo na adolescência, cuidadores de idosos com deficiência cognitiva, tratamento do diabetes, entre outros (MOWAT; SPENCE; LASCHINGER, 1994; HEALE; GRIFIN, 2009; TOWNSEND; SCANLAN, 2011; LIU, 2012; VOSKUIL; ROBBINS, 2015).

A NANDA-Internacional (NANDA-I) incluiu a baixa autoeficácia como fator relacionado a um diagnóstico de enfermagem, “Comportamento de saúde propenso a risco”, que tem a seguinte definição: capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar. As características definidoras foram compreendidas como: falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde; falha em alcançar um senso de controle ideal; e não aceitação da mudança no estado de saúde (NANDA-I, 2018). Já na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o termo autoeficácia é caracterizado como um diagnóstico (GARCIA, 2018).

Pode-se dizer que as crenças de autoeficácia atendem aos seguintes critérios: afetam diferentes aspectos da vida; podem ser adquiridas em diversos contextos ao longo do ciclo vital; e seus resultados permanecem e atuam sobre vários aspectos relacionados à persistência diante da adversidade, que podem ser: emoções, depressão, escolhas de vida, habilidades, competências, entre outros (FONTES; AZZI, 2012).

Buscando auxiliar o enfermeiro na sua assistência, torna-se necessária a utilização de escalas capazes de identificar a autoeficácia, principalmente em populações que

apresentam vulnerabilidade, como PCD, na perspectiva de planejar intervenções que possam impedir consequências potenciais para a sua saúde física e mental.

### **3.2 Instrumentos desenvolvidos para avaliar a autoeficácia**

Desde a década de 1980 têm sido desenvolvidos instrumentos específicos que medem a autoeficácia. Os instrumentos foram construídos para avaliar essa medida de forma geral e específica, os mais atuais tendem a ser mais complexos e foram submetidos à testes psicométricos mais rigorosos. Os principais instrumentos são descritos a seguir:

*General Self-Efficacy Scale* (1982): Desenvolvida por Sherer e Maddux, uma medida de autoeficácia que não está vinculada a situações ou comportamentos específicos. É uma escala que apresenta três fatores e um de ordem geral, composta inicialmente por 17 itens (SHERER; MADDUX, 1982), e após análise confirmatória, resultou em 12 itens, sendo aplicada em 376 alunos de psicologia (BOSSCHER et al., 1998).

*The Adolescent Social Self-Efficacy Scale* (1989): Desenvolvida por Connolly, é uma escala de autoeficácia social com 25 itens que auto avalia a eficácia comportamental em contextos problemáticos. Foi aplicada em estudantes do ensino médio e adolescentes emocionalmente perturbados. A homogeneidade da escala e a confiabilidade teste-reteste foram evidentes nas amostras testadas. A validade do construto de autoeficácia social foi demonstrada por correlações com índices de autoconceito social e classificações de ajustamento social (CONNOLLY, 1989).

*Task Specific Occupational Self-Efficacy Scale* (1992): Foi desenvolvida por Rooney e Osipow. É uma escala de autoeficácia ocupacional com 230 itens, sendo aplicada em 113 estudantes de Graduação em Psicologia e 88 de Jornalismo. A análise das características psicométricas da escala foi realizada (ROONEY; OSIPOW, 1992).

*General Perceived Self-Efficacy Scale* (1995): Desenvolvida por Jerusalém e Schwarzer, na Alemanha, inicialmente constituída por 20 itens, e posteriormente, foi reduzida para uma versão de dez itens. É uma escala unidimensional e foi aplicada em 140 professores alemães, sendo validada no Brasil em 2012 (SBICIGO et al., 2012).

*Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (1995): Desenvolvida por Anderson et al. (1995), um questionário de 22 itens para medir a autoeficácia percebida de pacientes com dor crônica e lidar com as consequências do problema. Foi aplicada em 141

pacientes que foram encaminhados a um programa ambulatorial de tratamento multidisciplinar da dor. Uma análise fatorial exploratória das respostas identificou 3 fatores: autoeficácia para o manejo da dor, autoeficácia para o enfrentamento dos sintomas e autoeficácia para a função física.

*Diabetes Management Self-efficacy Scale* (1999): Desenvolvida por Van Der Bijl, Poelgeest-Eeltink e Shorridge-Baggett (1999), com base nas atividades de autocuidado que os pacientes com diabetes devem realizar para gerenciar a patologia. A escala apresenta 20 itens e foi aplicada em 94 pacientes com diabetes tipo 2. Foi adaptada e validada para a língua portuguesa do Brasil em 2017 (PACE et al., 2017).

*New General Self-Efficacy Scale* (2001): Desenvolvida por Chen, Gully e Eden (2001), contém oito itens. Destina-se a avaliar um senso geral de autoeficácia percebida com o objetivo de prever o enfrentamento das dificuldades diárias, bem como a adaptação após experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida.

*Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (2003): Foi desenvolvida por Dennis, contendo 14 itens aplicada com 491 mães que estavam amamentando. As participantes preencheram questionários enviados por correio em uma, quatro e oito semanas após o parto (DENNIS, 2003).

*Communication and Attitudinal Self-Efficacy Scale for Câncer* (2005): Desenvolvida por Wolf et al., (2005) com um conjunto de 19 itens. As análises psicométricas revelaram três fatores: compreensão e participação no cuidado, manutenção de uma atitude positiva e busca e obtenção de informações. A escala foi aplicada em 127 pessoas que receberam tratamento contra o câncer em clínicas gerais de oncologia.

*Self-Efficacy and their Child's Level of Asthma Control* (2010): Desenvolvida por Wood et al. (2010) nos Estados Unidos (EUA), subsidiada por diretrizes clínicas e pelo referencial teórico da autoeficácia de Bandura. É composta por 17 itens e dois domínios (expectativa de eficácia e de resultados), sendo capaz de avaliar a confiança dos pais/cuidadores na gestão eficaz da asma infantil. Foram realizadas 198 entrevistas. A escala foi adaptada e validada para o Brasil em 2018 (GOMES et al., 2018).

### **3.3 Desenvolvimento e validação da *General Self Efficacy Scale***

A GSES foi desenvolvida em 1982, por Mark Sherer e James Maddux, para avaliar o quanto uma pessoa acredita que é capaz de realizar algo. A sua construção foi

baseado na Teoria Social Cognitiva e apresenta três fatores correlacionados, iniciativa, esforço e persistência e um fator de ordem superior, autoeficácia geral (HERRERO et al., 2014).

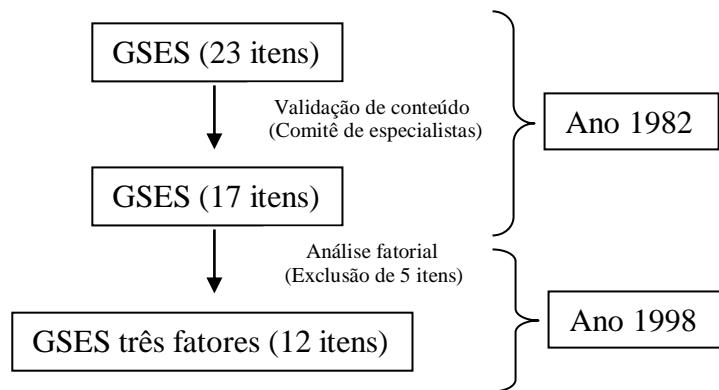
As crenças de autoeficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas dedicarão a uma atividade, quanto tempo elas perseverarão quando forem confrontadas por obstáculos e o quanto serão resilientes frente as situações adversas, como também influenciam as escolhas que as pessoas fazem, além de motivar a iniciativa de suas ações (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

O modelo conceitual desenvolvido por Bandura (1977, 1997) para que as pessoas possam assumir o controle de suas vidas e iniciar um processo de mudança autorregulado orientado por um senso de eficácia pessoal, devem interpretar informações de quatro fontes principais. São elas: experiência de domínio, à medida que as pessoas realizam tarefas e atividades, elas interpretam os resultados de seus atos, quando bem sucedidos, aumentam a autoeficácia, em contrapartida, quando interpretados como fracasso, a reduzem; experiência vicária, quando as pessoas veem outras sendo bem sucedidas executando suas tarefas, é mais provável que acredite que tem a mesma capacidade de fazê-las. No entanto, observar as falhas dos outros provoca dúvidas em dominar atividades semelhantes; persuasões sociais, se as pessoas forem persuadidas a acreditar em si mesmas, elas irão exercer mais esforços e aumentar suas chances de sucesso; e estados somáticos e emocionais, sentimentos como ansiedade, estresse e depressão podem reduzir as percepções de autoeficácia. Uma maneira de aumentar essas crenças é promover o bem-estar emocional (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Desse modo, para testar a validade de constructo da GSES-12, foram utilizadas as seguintes escalas: *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) para avaliar sintomas cognitivos, comportamentais, afetivos e somáticos de depressão; *State and Trait Anxiety Inventory (STAII)*, avalia a ansiedade como característica e estado; *Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)* para mensurar a autoestima, aceitação e confiança; *Positive And Negative Affect Schedule (PANAS)*, para medir duas dimensões de afeto: positivos e negativos; *Life Orientation Test-revised (LOT-R)* para avaliar otimismo de forma generalizada; *Quality of Life Index (QLI-Sp)* avalia a percepção do bem-estar em diferentes áreas (funcionamento físico, psicológico/emocional, profissional, interpessoal, entre outros) (HERRERO et al., 2014).

A seguir, a Figura 1 mostra a representação das etapas de desenvolvimento da GSES-12.

**Figura 1** - Etapas de desenvolvimento da General Self Efficacy Scale (GSES)



Fonte: Elaboração própria, 2019.

A GSES inicialmente foi composta por 23 itens divididos em duas subescalas: autoeficácia geral (17 itens) e social (6 itens). No entanto, a escala geral se apresentou mais útil que a social para avaliar as expectativas de autoeficácia, sendo mantidos os 17 itens (SHERER; MADDUX, 1982).

A escala original consistia em 17 itens que eram marcados em uma escala tipo Likert de cinco pontos. Woodruff e Cashman (1993) obtiveram uma estrutura fatorial, com base na escala original, que representava os três aspectos subjacentes à escala, ‘Iniciativa’, vontade de iniciar o comportamento, ‘Esforço’ disposição para completar o comportamento, ‘Persistência’ persistir diante da adversidade, em que os três fatores tinham correlações moderadas e positivas entre si. Baseado em estudos-piloto com idosos, cinco itens pessoais foram excluídos por causa de correlações de baixo item e ambiguidade, resultando em uma versão de 12 itens da escala (GSES-12) (BOSSCHER et al., 1998).

A seguir, o Quadro 1 apresenta essa última versão da escala.

**Quadro 1 - General Self Efficacy Scale (GSES) - (12 itens)**

<b>Please be very truthful and describe yourself as you really are, not as you would like to be:</b>	Disagree Strongly	Disagree Moderately	Did not change	Agree Moderately	Agree Strongly
1. If something looks too complicated I will not even bother to try it	1	2	3	4	5

2. I avoid trying to learn new things when they look too difficult	1	2	3	4	5
3. When trying to learn something new, I soon give up if I am not initially successful effort	1	2	3	4	5
4. When I make plans, I am certain I can make them work	1	2	3	4	5
5. If I can't do a job the first time, I keep trying until I can	1	2	3	4	5
6. When I have something unpleasant to do, I stick to it until I finish it	1	2	3	4	5
7. When I decide to do something, I go right to work on it	1	2	3	4	5
8. Failure just makes me try harder persistence	1	2	3	4	5
9. When I set important goals for myself, I rarely achieve them	1	2	3	4	5
10. I do not seem capable of dealing with most problems that come up in my life	1	2	3	4	5
11. When unexpected problems occur, I don't handle them very well	1	2	3	4	5
12. I feel insecure about my ability to do things	1	2	3	4	5

Fonte: BOSSCHER et al., 1998

A análise de itens para a GSES-12 obteve cargas fatoriais positivas e apresentou três itens para iniciativa, cinco para esforço e quatro na subescala persistência. Para avaliar a consistência interna dos três fatores e o fator de maior ordem, a autoeficácia geral, o alfa de Cronbach foi calculado e todos os valores foram altos o suficiente ( $> 0,70$ ), garantindo a melhoria da GSES-12 e suas subescalas (BOSSCHER et al., 1998).

## *4 Referencial Metodológico*

---

#### 4.1 O processo de adaptação transcultural de instrumentos

O desenvolvimento de pesquisas para a obtenção de instrumentos válidos e confiáveis capazes de mensurar determinados fenômenos tem aumentado. Os conceitos da Psicometria para a elaboração, adaptação e validação cultural desses instrumentos têm contribuído concomitantemente para a melhoria da assistência prestada, principalmente, na área da saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

A adaptação de instrumentos é uma tarefa complexa, que exige planejamento e rigor e exatidão quanto à conservação do seu conteúdo, características da psicometria e o quanto válido é para a população a quem se destina. Nesse processo, faz-se necessário comprovar as evidências acerca da equivalência semântica dos itens e as propriedades psicométricas da nova versão do instrumento (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

O processo de adaptação transcultural é composto por duas etapas: a tradução do instrumento da língua original e a sua adaptação para a cultura do país. O primeiro componente implica na tradução literal das frases de um idioma para outro, prosseguindo-se com a adaptação propriamente dita que envolve as etapas de síntese, retrotradução, comitê de juízes e pré-teste (OLIVEIRA et al., 2016; LINO et al., 2017).

Com relação à avaliação da equivalência cultural das versões original e final de instrumentos de medida são propostas algumas taxonomias. De acordo com os autores Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), destacam-se:

- Equivalência semântica: está relacionado ao significado das palavras, e alcançá-la pode apresentar problemas com vocabulário e gramática, sendo por vezes, necessário sofrer alterações gramaticais na construção das frases.

- Equivalência idiomática: refere-se a coloquialismos e expressões idiomáticas que raramente são traduzíveis, então expressões equivalentes devem ser encontradas ou itens precisam ser substituídos. É mais provável que isso seja necessário nas dimensões emocional e social.

- Equivalência cultural: as situações evocadas ou representadas na versão de origem devem incluir o contexto cultural alvo, o que pode resultar modificação de alguns itens.

- Equivalência conceitual: é relativa à validade do conceito explorado e aos eventos vivenciados pelas pessoas na cultura-alvo, uma vez que os itens podem ser equivalentes em significado semântico, mas não conceitualmente.

Os autores Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998), afirmam que:

- Equivalência funcional: refere-se à similaridade entre as ações dos sujeitos frente à mesma situação, embora pertençam a culturas diferentes;
- Equivalência métrica/escalar: quando um constructo é avaliado com a mesma medida isso demonstra que o instrumento tem equivalência escalar para duas culturas distintas;
- Equivalência operacional: está relacionado à capacidade do instrumento adaptado de ser usado nas várias formas propostas para a versão original (auto administrado, por entrevista, por telefone, via correio).

#### **4.2 Avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos**

Os instrumentos devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis, antes de serem considerados aptos para uso. Além disso, as medidas devem fornecer resultados cientificamente comprovados, e isso se deve, em grande parte, à confiabilidade e validade dos instrumentos, que são considerados como as principais propriedades de medida (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A confiabilidade ou fidedignidade trata-se de um dos critérios principais de qualidade de um instrumento, representa a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Estimativas de confiabilidade são afetadas por diversos aspectos, desde o ambiente de avaliação até o método estatístico utilizado, ela depende da função do instrumento, da população em que é administrado, das circunstâncias e do contexto. Portanto, os resultados de uma pesquisa utilizando instrumentos de medida só podem ser interpretados quando as condições de avaliação e a abordagem estatística são apresentadas de maneira clara (TERWEE et al., 2007; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). A seguir, serão abordados dois critérios da confiabilidade de um instrumento: estabilidade e consistência interna.

- Estabilidade

A estabilidade de uma medida é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, podendo ser realizada pelo método de teste-reteste, que tende a diminuir à medida que o tempo de reaplicação do teste é prolongado. Desse modo, considera-se adequado um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste. (POLIT, 2015; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). O coeficiente de correlação

*Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) é um dos testes mais utilizados para estimar a estabilidade de variáveis contínuas, pois leva em consideração os erros de medida (VET et al, 2006).

- Consistência interna

A consistência interna indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica, sendo o coeficiente alfa de Cronbach, o método mais utilizado para sua avaliação. Ele reflete o grau de covariância entre os itens (PASQUALI, 2013). Estudos determinam que valores superiores a 0,7 sejam os ideais (TERWEE et al., 2007; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994), embora algumas pesquisas consideram valores próximos a 0,60 como satisfatórios (BALBINOTTI; BARBOSA, 2008; STREINER; KOTTNER, 2014).

Os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida. Um número pequeno de itens por domínio de um instrumento pode diminuir os valores de alfa, afetando a consistência interna. Além disso, esse valor também é avaliado, se aumenta ou diminui, ao retirar um item de determinado domínio do instrumento. A correlação média entre os itens, será diretamente proporcional ao valor do coeficiente alfa de Cronbach (CORTINA, 1993). Portanto, se as correlações forem altas, há evidência de que os itens medem o mesmo construto, satisfazendo a avaliação da confiabilidade, que são considerados adequados valores médios de correlação entre os itens superiores a 0,30 (STREINER; KOTTNER, 2014).

Em se tratando da validade, refere-se ao fato de um instrumento medir exatamente o que se propõe. Ela não é uma característica do instrumento e deve ser determinada com relação a uma questão particular, pois se refere a uma população definida. As propriedades de medida, validade e confiabilidade, não são totalmente independentes, um instrumento confiável pode, às vezes, não ser válido. Dessa forma, uma confiabilidade elevada não garante a validade de um instrumento (ROACH, 2006; POLIT; BECK, 2018).

Existem três principais tipos de validade, a de conteúdo, de critério e de construto, que serão abordadas a seguir:

### I. Validade de conteúdo

A validade de conteúdo está relacionada ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o constructo que está sendo medido, ou seja, é a

avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um domínio de um conteúdo (POLIT, 2015). Como não existe um teste estatístico específico para avaliá-la, geralmente utiliza-se uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comitê de especialistas, e em seguida uma abordagem quantitativa com utilização do índice de validade de conteúdo, este mede a porcentagem de concordância dos juízes sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008). Segundo Pasquali (2010), nessa etapa é recomendado o número mínimo de três e no máximo cinco juízes.

## II. Validade de critério

A validade de critério consiste na relação entre pontuações de algum critério externo e de um determinado instrumento. Este critério deve consistir em uma medida amplamente aceita, com as mesmas características do instrumento de avaliação. As pontuações do instrumento de medida são correlacionadas com os escores do critério externo e esse coeficiente é analisado (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008). São desejáveis coeficientes de 0,70 ou superiores, indicando haver correlação, enquanto valores próximos de 0,00 indicam que não existe. Desse modo, quanto maior a relação entre os dois, maior a validade de critério (POLIT; BECK, 2018).

Distinguem-se dois tipos de validade de critério: validade preditiva e validade concorrente. A primeira é quando o critério está situado no futuro, e a segunda quando é contemporâneo. Ou seja, se um teste é aplicado e seus resultados são comparados com um critério aplicado um tempo depois, obtém-se a validade preditiva, e se ambos os testes são aplicados ao mesmo tempo, tem-se a validade concorrente (PASQUALI, 2009).

## III. Validade de construto

A validade de construto é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o que quer ser medido. A fim de ser estabelecida são geradas previsões com base na construção de hipóteses, sendo testadas para dar apoio a validade do instrumento. Quanto mais abstrato for o conceito, mais difícil será estabelecer a validade de construto (MARTINS, 2006).

É essencial que exista uma teoria vinculada ao processo dessa validação, pois quanto mais evidências, mais válida é a interpretação dos resultados. No entanto, dificilmente esse tipo de validade é obtido com um único estudo, comumente, são

realizadas diversas pesquisas sobre a teoria do constructo que se pretende medir. (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Existem dois tipos de definição para o construto: as constitutivas e as operacionais. A primeira está diretamente relacionada com os conceitos, que são abstratos, com a definição de termos em dicionários e encyclopédias e a segunda referem-se ao significado do construto por operações concretas (PASQUALI, 2010). Essa validade pode ser confirmada por procedimentos que incluem, a validade convergente e a discriminante ou divergente e a análise fatorial (PASQUALI, 2009).

A validade de construto é subdividida em três tipos, validade transcultural, já mencionada, anteriormente, teste de hipóteses e validade estrutural ou fatorial, descritos abaixo:

a) Teste de hipóteses

Existem diversas estratégias para confirmação da validade de construto pelo teste de hipótese, como a técnica de grupos conhecidos. Nesta abordagem, vários grupos com indivíduos diferentes preenchem o instrumento de pesquisa e em seguida, esses resultados são comparados, esperando-se que sejam divergentes e o instrumento se mostre sensível a ponto de detectar essas diferenças. Além dessa técnica para verificação da validade de construto, também é possível obtê-la pelas avaliações da validade convergente e da validade discriminante do instrumento de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

A validade convergente é testada por meio da correlação das pontuações do instrumento focal com os escores de outro instrumento que avalie um construto similar. Assim, é possível verificar se o instrumento avaliado está fortemente correlacionado a outras medidas já existentes e válidas. Em contrapartida, a validade discriminante ou divergente é realizado por meio da correlação com instrumentos que apresentam, comparativamente, baixas correlações (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

b) Validade estrutural ou fatorial

A análise fatorial fornece ferramentas para avaliar as correlações em um grande número de variáveis, definindo os fatores, ou seja, as variáveis fortemente relacionadas entre si. Pode ser realizada por dois métodos: análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC) (PASQUALI, 2005).

A AFE proporciona ao pesquisador a quantidade de fatores necessários para representar um conjunto de itens, enquanto a AFC é um modo de confirmar o quanto bem

as variáveis analisadas representam um número menor de construtos, como também para confirmar o modelo estrutural de um instrumento. Na AFE, as variáveis produzem cargas para todos os fatores, enquanto na AFC as variáveis só produzem cargas nos fatores indicados no modelo. Dessa forma, o modelo confirmatório é muito mais rigoroso e restritivo, sendo o motivo pelo qual é fortemente indicado para validação de questionários (POLIT, 2015).

A avaliação da qualidade dos instrumentos de medida, fornecendo medidas válidas e confiáveis, deve ser de fundamental importância, pois compreende-se que eles integram a prática clínica e a pesquisa científica em diferentes áreas do conhecimento.

#### **4.3 Teoria de Resposta ao Item**

A avaliação psicométrica vem sofrendo diversas modificações, em que anteriormente, quanto mais extenso fosse o instrumento para medir um construto, melhor eram suas propriedades de validade, contribuindo positivamente para a sua confiabilidade, representado pelo o alfa de Cronbach. Entretanto, ultimamente este conceito tem sido desafiado pela Teoria de Resposta ao Item (TRI), conhecida como a Psicometria Moderna, que propôs o uso de escalas mais curtas sendo tão confiáveis quanto as longas (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

A TRI foi sendo elaborada aos poucos desde os anos 1950 por vários autores, como Lord que em 1952 aplicou testes com respostas dicotômicas, e posteriormente, Samejima que em 1969 propôs o modelo de resposta gradual, politônicas, com o objetivo de obter mais informações das respostas dos indivíduos. Contudo, ela só veio ser utilizada a partir da década de 1980 por apresentar algoritmos matemáticos muito complexos, sendo possível a resolução apenas com o avanço tecnológico e a disponibilidade de softwares apropriados (PASQUALI; PRIMI, 2003).

A TRI, por ser caracterizada como um conjunto de modelos matemáticos, é uma ferramenta poderosa na avaliação de instrumentos, uma vez que a probabilidade de respostas corretas às questões do instrumento dependem da habilidade do respondente, que varia segundo seu traço latente e os parâmetros dos itens. Essa relação sempre expressa que quanto maior a habilidade, maior a probabilidade de acerto no item (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

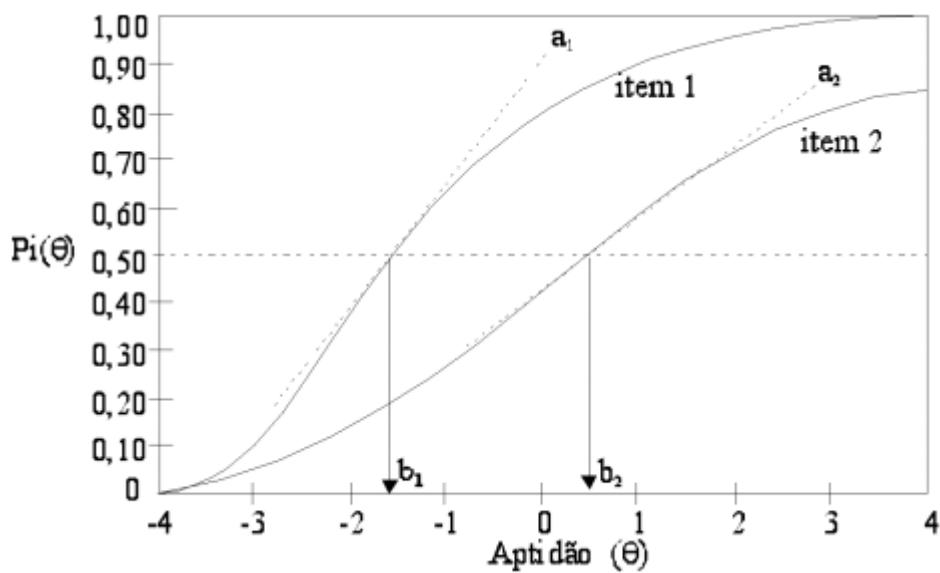
Essa teoria parte da suposição de que existe um traço latente, representado pelo teta, o qual é relativo a uma característica individual como por exemplo, a gravidade da

dependência de drogas, o nível de autoeficácia e de depressão, sendo entendido como um constructo. O nível do traço latente permite estimar se o indivíduo responderá positivamente ou não a um determinado item, estabelecendo para cada um a probabilidade de resposta relacionada à presença (ou intensidade) da condição avaliada (FLETCHER, 1994).

Um sujeito que tem maior aptidão, isto é, que possui um nível mais elevado do processo latente que um determinado item mede, terá uma probabilidade maior de acertar este item do que aquele com nível inferior. Se o traço latente é expresso como “q”, então esta probabilidade de acerto é definida como  $\pi_i(q)$ , que se lê como: a probabilidade ( $p$ ) de acertar o item ( $i$ ) dado um tamanho tal de teta ( $q$ ). Desta forma, a  $\pi_i(q)$  de acertar um dado item vai de 0 a 1, em que ela será 0 para o sujeito que não apresentar nenhuma aptidão que o item mede e 1 para o sujeito que tem uma aptidão teta ótima. Esta situação faz com que, à medida que cresce o tamanho do teta, cresça também a  $\pi_i(q)$ , provocando visualmente uma curva de tipo S na escala de aptidão (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Em relação aos parâmetros dos itens, existem o de dificuldade, chamado de  $b$ , e de discriminação, chamado de  $a$ . O primeiro é o ponto na escala de aptidão no qual a probabilidade de uma resposta correta é de 50% (ou seja, 0,5). A métrica teórica deste parâmetro vai de -3 a +3. O parâmetro da discriminação é expresso pela inclinação da Curva Característica Operacional (CCO) do item no momento da inflexão, isto é, quando a curva CCO corta a linha que corresponde à probabilidade de 0,5 de resposta correta. Na Figura 2, o parâmetro  $b$  do item corresponde ao ponto na escala de aptidão “q”, em que a probabilidade de resposta é 0,5. Quanto maior for o  $b$ , maior deve ser o nível de aptidão exigido para que o examinando tenha a chance de 50% de acertar o item, assim o item 1 exige aptidão de mais ou menos -1,6 e o item 2 aptidão de 0,60, sendo, neste caso, este último mais difícil (PASQUALI; PRIMI, 2003).

**Figura 2** - Parâmetros de dificuldades (b) e discriminação (a) de dois itens



Fonte: PASQUALI; PRIMI, 2003.

A TRI é um modelo bem mais complexo do que a Psicometria Clássica, no entanto, ela não veio para substituí-la, apenas partes dela, particularmente na análise dos itens e no tema da fidedignidade da medida, mas não referente a validade dos instrumentos (PASQUALI; PRIMI, 2003).

O desenvolvimento da TRI mostrou-se eficaz frente a tendência atualmente observada, tanto na área de pesquisa clínica, quanto na assistência, com relação a necessidade da utilização de instrumentos objetivos e breves, mas que possam abranger todo o constructo a que se referem. Nesse sentido, a teoria trouxe grandes avanços para a avaliação dos instrumentos, proporcionando ainda a possibilidade de otimizá-los, haja vista que foram validados por métodos clássicos (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

## *5 Método*

---

### **5.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo metodológico, de adaptação transcultural da GSES-12 construída para avaliar a autoeficácia geral. Para a sua operacionalização foram realizadas as seguintes etapas: tradução do instrumento; síntese das traduções; retro-tradução (*back-translation*); consolidação da versão traduzida por um comitê de juízes; avaliação semântica dos itens; validação de conteúdo por um comitê de juízes; pré-teste; aplicação na população e análise psicométrica dos dados (PASQUALI, 2010).

### **5.2 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba de acordo com o processo de nº 2.676.109, o qual obteve a aprovação por meio do Parecer Consustanciado CAAE nº 78302717.8.0000.5188 e com o protocolo nº 2.676.109 (ANEXO G).

Os participantes foram convidados a participar do estudo, sendo assegurada antes do preenchimento dos questionários, a sua privacidade e a não identificação. As informações obtidas foram registradas de modo a não identificá-los, contendo apenas um número de controle do pesquisador. Os objetivos do estudo foram apresentados aos sujeitos pela pesquisadora e com a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Após a concordância dos participantes, o referido documento era assinado pelo participante e pela pesquisadora, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país (BRASIL, 2012).

Para a execução desta pesquisa, também foi considerada à observância preconizada pela Lei nº 9.610, de 1998, que regula os direitos autorais (BRASIL, 1998).

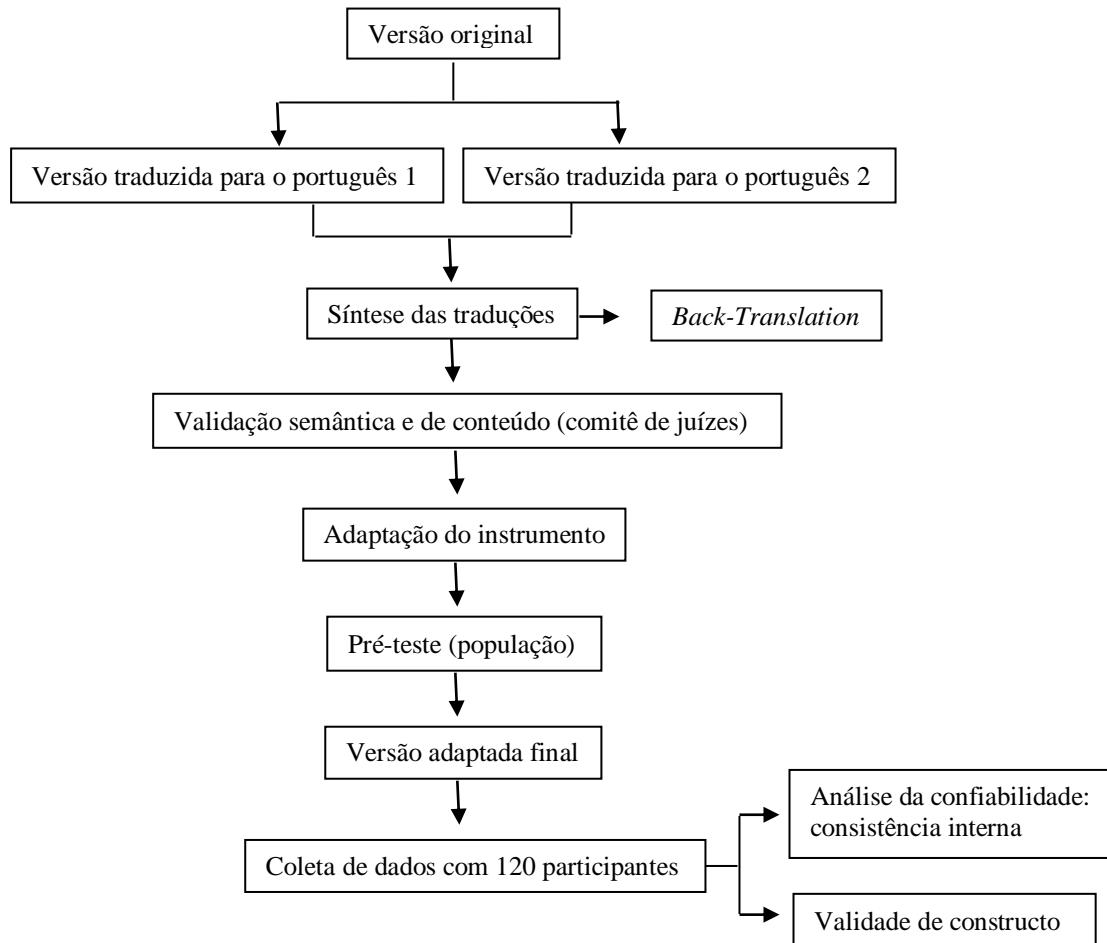
### **5.3 Permissão dos autores para a adaptação cultural do instrumento**

A permissão para adaptação cultural da GSES-12 foi solicitada ao Dr. James Maddux, um dos principais autores do instrumento, por via eletrônica (ANEXO A), o referido autor concedeu a permissão para a adaptação da escala para língua portuguesa. Após autorização, foram iniciadas as etapas de adaptação e validação da escala.

## 5.4 Processo de adaptação transcultural da GSES-12

As etapas realizadas para a adaptação transcultural da *General Self-Efficacy Scale-12* (GSES-12) são expressas na Figura 3.

**Figura 3** - Processo de adaptação transcultural da General Self-Efficacy Scale-12 (GSES-12)



Fonte: Elaboração própria, 2018.

Todos os passos que compõem esta etapa seguiram as orientações de Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010), sendo o modelo utilizado por Pasquali (2010).

### 5.4.1 Tradução para a língua portuguesa da GSES-12

Esta etapa teve como objetivo a tradução da GSES-12 da Língua Inglesa para o Português do Brasil. Para isso, a versão original (ANEXO C) foi inicialmente entregue para duas tradutoras brasileiras que possuíam experiência com a cultura americana,

docentes do curso de Língua Inglesa há mais de dez anos e que desconheciam os objetivos da pesquisa, sendo pago o valor atribuído pelas tradutoras. Os instrumentos traduzidos foram denominados nesse estudo de “versão traduzida para Português (1)” e “versão traduzida para Português (2)”. Após esta etapa, foi realizada a síntese das traduções por três pesquisadores doutores, todas enfermeiras, sendo uma com experiência em adaptação transcultural de instrumentos.

#### 5.4.2 A retro-tradução (*back-translation*)

Nesta etapa a “síntese das traduções para o português” foi encaminhada para um tradutor americano, residente no Brasil, que realizou a retro-tradução do instrumento para a língua de origem do instrumento, também houve custos nessa etapa. Esse tradutor também não tinha conhecimento dos objetivos do estudo.

#### 5.4.3 Consolidação da versão preliminar do instrumento

As versões do instrumento: a original, a síntese das traduções para o Português e a *back-translation*, foram analisados por dois juízes, de modo a unificar a versão preliminar do instrumento. Participaram desse processo, um pesquisador da área com conhecimento da Língua Inglesa e a pesquisadora, com objetivo de analisar os pontos convergentes e divergentes das traduções, minimizando assim os possíveis vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compressão encontrados na tradução. Após esse processo, foi estruturada a versão preliminar da GSES-12, chamada “versão traduzida para o Português” (APÊNDICE D). Essas versões foram encaminhadas para o autor da escala para que ele pudesse fazer uma síntese e dar sugestões (ANEXO B). Em seguida, a versão traduzida foi submetida ao processo de validação semântica.

#### 5.4.4 Validação semântica e de conteúdo do instrumento

Nesse momento foi realizada a validação de conteúdo da versão traduzida por um comitê de três juízes, que foi formado por meio de uma avaliação pelo currículo lattes, com exigência na formação acadêmica e Doutorado em Enfermagem e com experiência em validação e/ou pessoas com deficiência, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para avaliar o grau de concordância entre os juízes-avaliadores, utilizou-se o coeficiente de validade de conteúdo (CVC), que avalia a concordância entre os juízes. A avaliação dos itens é feita

mediante uma escala tipo *Likert* que varia de 1 a 5, em que 1 representa “pouquíssima”, 2 “pouca”, 3 “média” 4 “muita” e 5 “muitíssima”, com quatro critérios: clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002). A avaliação dessa etapa é feita por meio do cálculo do teste do CVC, como mostra a seguir:

- 1) Com base nas notas do juízes (1 a 5), calcula-se a média das notas de cada item

( $M_x$ ):

$$M_x = \frac{\sum_{i=1}^j x_i}{J}$$

Onde  $i = 1$  representa a soma das notas dos juízes e  $J$  o número de juízes que avaliaram o item.

- 2) Com base na medida calcula-se o CVC inicial para cada item ( $CVC_i$ ):

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{\max}}$$

Onde  $V_{\max}$  representa o valor máximo que o item pode receber.

- 3) É recomendado ainda o cálculo do erro ( $Pe_i$ ), para descontar possíveis vieses dos juízes-avaliadores, para cada item:

$$Pe_i = \left( \frac{1}{J} \right)^J$$

- 4) Com isso o CVC final de cada item ( $CVC_c$ ):

$$CVC_c = CVC_i - Pe_i$$

- 5) Para o cálculo do CVC total do questionário ( $CVC_t$ ), para cada uma das características (clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica):

$$CVC_c = Mcvc_i - Mpe_i$$

Onde,  $Mcvc_i$  represeta média dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens do questionário e  $Mpe_i$  a média dos erros dos itens do questionário.

Após o cálculo, recomenda que só serão aceitáveis as questões que obtiverem  $CVC_c$  maior ou igual a 0,8.

Ao final dessa etapa, os juízes fizeram algumas sugestões para uma melhor compreensão dos itens. Essa versão foi chamada de “versão adaptada” (APÊNDICE E).

#### 5.4.5 Pré-teste da versão adaptada da GSES-12

O pré-teste tem a finalidade de verificar se os procedimentos foram adequados, se algum item permanece incompreensível, ou ainda se comporta de forma diferente da esperada pelo pesquisador. Nessa etapa, foi possível detectar e corrigir erros antes da realização da pesquisa. A análise semântica da “versão adaptada” foi realizada por cinco pessoas, duas que apresentavam baixa escolaridade (primário incompleto), um participante havia completado o ensino médio e dois tinham ensino superior completo. Devido as dificuldades no entendimento de alguns itens, foram feitas sugestões pelos participantes do ensino superior completo. Essa versão foi chamada de “versão adaptada final” (APÊNDICE F), sendo considerada adequada para aplicação com a população estudada.

### 5.5 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada em um centro integrado de apoio à pessoa com deficiência no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, sendo referência no serviço de habilitação e reabilitação nas quatro áreas da deficiência (física, intelectual, visual e auditiva), em todo o estado da Paraíba, onde essas pessoas são atendidas por uma equipe multidisciplinar, como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonodolodílogos, educadores físicos, nutricionistas e assistente social.

A população do estudo foi composta de pessoas com deficiência física. A amostra foi definida com base em Pasquali (2010), o qual sugere, que para uma amostra adequada destinada a validação de instrumentos de medida, seja coletado no mínimo, 10 sujeitos por item do instrumento que será validado. Neste caso, como a GSES-12 é composta por 12 itens, a amostra foi constituída de 120 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa foram: estar no local no momento que o pesquisador estivesse coletando os dados da pesquisa, ter idade igual ou superior a 18 anos e apresentar algum tipo de deficiência física. Foram excluídos aquelas pessoas que tinham outro tipo de deficiência, além da física.

Os dados foram coletados no período de Julho à Outubro de 2017 por meio de entrevistas individuais. No primeiro momento, foi feito um contato prévio com o responsável pela instituição objetivando a liberação do estudo, sendo entregue a cópia do projeto e documentação oriunda da instituição na qual o pesquisador encontra-se

inserido, como também a declaração do Comitê de Ética em Pesquisa. Desta forma, foram preservados critérios éticos e legais e inerentes ao estudo.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e por dois discentes de curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade privada que participavam do Programa de Iniciação Científica, após um treinamento prévio, que envolveu apresentação, explicação e aplicação da escala entre as discentes para padronizar o processo de coleta dos dados.

### **5.6 Instrumentos utilizados para a coleta de dados**

Foram coletados dados, por meio de entrevista, relativos à caracterização sociodemográfica, hábitos de vida, situação de saúde e relacionadas à deficiência, com as seguintes informações: idade, sexo, conjugalidade, escolaridade, situação profissional, renda pessoal e familiar, comorbidades, origem da deficiência, congênita ou adquirida, e tempo de origem da deficiência, se adquirida (APÊNDICE C).

Além desses dados foram aplicados quatro instrumentos: a versão traduzida da GSES-12, a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Resiliência para a convergência e a de Estresse Percebido para divergência.

#### ***General Self Efficacy-12 Scale***

A GSES-12 foi adaptada por Herrero et al. (2014) é do tipo Liket e possui cinco pontos que variam de discordo totalmente a concordo totalmente. A escala total obteve alfa de Cronbach de 0,70.

#### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

A Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), se baseia na adaptação de Hutz (2000) para o Brasil. Possui dez itens, sendo seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa (ANEXO D). Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos que variam entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente.

#### **Escala de Resiliência**

O instrumento utilizado para mensurar a resiliência foi a escala desenvolvida por Wagnild & Young no ano de 1993, adaptada e validada para o Brasil por Pesce et al.,

(2005). Esta escala possui 25 itens em que as respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) (ANEXO E). Os escores variam entre 25 e 175. Escores de até 125 representam uma baixa resiliência, entre 125 e 145 uma resiliência média e acima de 145 uma alta resiliência (WAGNILD, 2009).

### **Escala de Estresse Percebido**

Desenvolvido por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), traduzido e validado para uma versão em português por Luft et al. (2007). A EEP é um escala geral, que pode ser utilizada em diversos grupos etários, visto que não contém questões específicas do contexto. Os itens avaliam o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas, possuindo uma validade preditiva de 4-12 semanas. Existem duas versões para a referida escala: a versão com 14 itens e com 10 itens, em que esta última apresenta elevada consistência interna (0,78) e é recomendada para pesquisa (COHEN; WILLIAMSON, 1988). Diante disso, a versão com 10 itens foi adotada para realização do presente estudo (ANEXO F). Cada item consiste em afirmações pontuadas de acordo com a frequência com que ocorrem, recebendo uma pontuação que varia entre 0 e 4. As questões com conotação positiva (4, 5, 7 e 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As questões negativas devem ser somadas diretamente. Os escores totais podem variar de 0 a 40, em que escores mais altos sugerem níveis mais elevados de estresse (LUFT et al., 2007).

### **5.7 Análise descritiva e psicométricas dos dados**

Inicialmente foi realizada a elaboração do banco e digitação dos dados, posteriormente, procedeu-se a análise por meio do Programa de Análises Estatísticas IBM® e Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 25.0, para Windows 10.1.

Em seguida foram realizadas análises de frequência, medidas de tendência central e dispersão para caracterização da amostra; AFE e AFC para validação de constructo da GSES-12; correlação bivariada de Pearson entre medidas e instrumentos e análise de relação qui-quadrado para variáveis categóricas; análise de correlação bivariada de Pearson entre a GSES e a Escala de Autoestima de Rosenberg e de

Resiliência para validade convergente e entre a Escala de Estresse Percebido para validade divergente.

Foram preciso realizar algumas análises estatísticas referentes à adequação da amostra, antes do cálculo da AFE, sendo a primeira delas a Medida de Adequação Amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para o instrumento como um todo e também para os itens em específico, chamada de *Measure of Sampling Adequacy* (MSA) verificados em uma matriz anti-imagem. Para o KMO é preciso que o instrumento apresente um resultado de no mínimo 0,70 e para o MSA o valor é de no mínimo 0,50 por item (HAIR et al., 2009). Kaiser (1974) classificou os resultados para o KMO da seguinte forma: 0,90 é maravilhoso; 0,80 é meritório; 0,70 é mediano; 0,60 é modesto; 0,50 é miserável e abaixo não é aceitável. O Teste de Esfericidade de Bartlett, é outra medida realizada antes da AFE que corresponde a um teste de hipóteses cuja hipótese nula é a de que a matriz de covariâncias é igual a uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlações entre os itens do instrumento. Neste teste de hipótese se objetiva que a hipótese nula seja rejeitada, ou seja, que o teste tenha p-valor abaixo ou igual a 0,05, sendo então significativo (BARTLETT, 1954).

A AFE foi alcançada a partir do método da Fatoração do Eixo Principal (FEP) e a consistência interna foi verificada por meio do Alfa de Cronbach, cujo valor a ser apresentado deve ser maior ou igual a 0,70 para que o instrumento possa ser considerado como fidedigno (OVIEDO; CAMPO-ARIAS, 2005).

Ainda acerca da AFE, é preciso salientar que alguns índices e valores devem ser observados após a sua realização. O princípio que rege esta análise é a parcimônia, ou seja, a melhor solução com a menor quantidade de dados. Alguns dados são encontrados na AFE e se referem aos seguintes pontos: 1) Comunalidade ( $h^2$ ), que se refere à medida da relação inter-itens para este valor não há um ponto de corte, porém o máximo é 1,0 que indicaria a relação perfeita; 2) Valor próprio, que é utilizado no critério de definição do número de fatores e foi proposto por Kaiser-Guttman (DAMÁSIO, 2013), segundo esse critério todo valor próprio superior a 1,0 deve ser considerado como um fator; 3) Gráfico de escarpa, conhecido como *Screeplot*, que é utilizado pelo critério de Cattell, também para definição de fatores, para identificar um fator é preciso considerar os pontos que se destacam da variância unificada (CATTELL, 1966); 4) Carga fatorial, que é o valor atribuído à relação de pertencimento do item ao fator, sendo o valor ideal igual ou superior a 0,300 (HAIR et al., 2009).

Para realizar a AFC foi utilizado o programa IBM® SPSS® AMOS 21.0. Esta análise é realizada por meio da Modelagem de Equações Estruturais (MEE) que é adequada para comprovar a estrutura fatorial pela análise de regressão. A MEE permite especificar e comparar os modelos teoricamente relevantes e identificar os fatores de primeira e segunda ordem. Os indicadores de ajuste a serem considerados são indicados por Byrne (2010) e Tabachnick e Fidell (2013):

- $\chi^2$  (qui-quadrado) este indicador verifica a probabilidade do modelo teórico se ajustar aos dados; neste caso, quanto mais baixo o valor melhor. Como a sua utilização na literatura é baixa, torna-se comum considerar a razão em relação ao grau de liberdade ( $\chi^2/g.l.$ ). Assim, o valor máximo para um ajuste adequado é três;
- Comparative Fit Index (CFI) e Tucker-Lewis Index (TLI) são dois indicadores que, de forma geral, comparam o modelo estimado e o nulo, para isto eles consideram valores próximos a 1 como indicador satisfatório de ajustamento. Ou seja, é indicado que os escores sejam superiores a 0,90 para dizer que o modelo pretendido representa da melhor forma o constructo;
- Godness-of-Fit Index (GFI) e o Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) referem-se ao  $R^2$  em regressão múltipla, ou seja, indicam qual a proporção da variância-covariância explicada pelo modelo a partir dos dados. Os valores indicados são superiores a 0,90;
- Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), é um índice cujos valores devem ser inferiores a 0,05 em casos de amostras grandes, sendo aceito o valor de 0,08. Este índice conta com um intervalo de confiança de 90%, que é considerado um bom indicador com relação a altos valores, indicando que o modelo não está bem ajustado;
- Parsimonious Goodness-of-fit Index (PGFI), é um índice de qualidade do ajuste parcimonioso, sendo ele uma reespecificação do GFI com valores maiores, que refletem uma maior parcimônia. Os valores indicados são superiores a 0,90.

A confiabilidade composta (CC) e a variância média extraída (VME) também foram calculados; no primeiro indicador exige-se que o nível do escore seja acima de 0,70, enquanto no segundo é preciso um nível acima de 0,50 (HAIR et al., 2009).

A análise dos itens foi realizada por meio da discriminação e dificuldade dos itens, utilizando-se a TRI no Programa Parscale versão 4.1. A TRI é a teoria do traço

latente, que pode ser compreendida como um conjunto de modelos psicométricos usados para desenvolver e refinar instrumentos psicológicos. Esta teoria possui duas suposições principais para a realização da análise que são a unidimensionalidade dos itens e a independência local. A primeira se trata de que um único traço latente está na base do comportamento. Enquanto a segunda afirma que as respostas que um sujeito dá a dois itens diferentes são independentes estatisticamente, ou seja, o desempenho em um item não influencia e não tem relação com outro item (PASQUALI, 2013).

A TRI estima o teta ( $\theta$ ) que também pode ser chamado de habilidade, aptidão ou nível do constructo. Além disso, de acordo com o modelo escolhido podem ser estimados parâmetros de dificuldade ( $b$ ) e discriminação ( $a$ ) (PASQUALI, 2007). Para este estudo foi utilizado o Modelo de Resposta Gradual de Samejima que investiga os parâmetros em escalas ordinais ou categóricas. Este modelo entende que cada item deve ser analisado a partir de parâmetros de categorias, ou seja, se o item possui uma escala de 5 pontos, ela será analisada com base em 4 categorias compreendidas como: 1 e 2, 2 e 3, 3 e 4, 4 e 5, assim, cada categoria tem um limiar que fica entre dois níveis de resposta. Para estimar os limiares há o cálculo da Curva Característica Operacional (CCO) na qual o parâmetro de dificuldade vai existir para cada categoria.

Ainda sobre a TRI, o parâmetro de dificuldade ( $b$ ) é expresso como um ponto na escala no qual a probabilidade da resposta estar correta é de 50% (0,5), assim a métrica vai de menos infinito a mais infinito, contudo na prática adota-se de -3 a +3 (PASQUALI, PRIMI, 2003). O parâmetro de discriminação ( $a$ ) é expresso pela inclinação da curva, nesta medida não se consideram os valores negativos, indo de 0 a 3, na qual 0 é a ausência de discriminação e 3 é a discriminação perfeita. Discriminação é a capacidade do item de diferenciar sujeitos com níveis próximos do constructo.

## *6 Resultados*

---

## 6.1 Resultados relacionados ao processo de tradução e adaptação da GSES-12

No Quadro 2 evidencia-se a descrição da tradução da GSES-12. Na primeira coluna encontra-se os itens da versão original, na segunda e na terceira coluna, pode-se observar as duas versões, denominadas “versão traduzida (1)” e “versão traduzida (2) e na quarta a síntese das traduções.

**Quadro 2 – Versão original, Versões traduzidas (1) e (2) e Síntese das traduções**

Original	Versão traduzida para o Português (1)	Versão traduzida para o Português (2)	Síntese das traduções
If something looks too complicated I will not even bother to try it	Se alguma coisa parecer complicado demais eu nem me incomodarei em tentar	Se algo parece muito complicado, eu nem vou tentar	Se algo parece muito complicado, eu nem tento fazer
I avoid trying to learn new things when they look too difficult	Evito tentar aprender novas coisas quando elas parecem muito difíceis	Eu evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem muito difíceis	Evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis
When trying to learn something new, I soon give up if I am not initially successful effort	Ao tentar aprender algo novo, desisto rapidamente se não for um esforço bem-sucedido inicialmente	Ao tentar aprender algo novo, logo desisto se não for um esforço inicialmente bem-sucedido	Ao tentar aprender algo novo, desisto rapidamente se não for bem-sucedido inicialmente
When I make plans, I am certain I can make them work	Quando faço planos, certamente posso fazê-los acontecer	Quando faço planos, tenho certeza de que posso fazê-los funcionar	Quando faço planos, tenho certeza de que irão dar certo
If I can't do a job the first time, I keep trying until I can	Se eu não conseguir fazer um trabalho de cara, eu continuo tentando até conseguir	Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, eu continuo tentando até que eu consiga	Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, eu continuo tentando até conseguir
When I have something unpleasant to do, I stick to it until I finish it	Quando tenho algo desagradável para fazer, me prenho nele até terminá-lo	Quando tenho algo desagradável para fazer, eu tento até terminar	Quando tenho algo desagradável para fazer, eu tento até terminar
When I decide to do something, I go right to work on it	Quando decido fazer alguma coisa, vou diretamente trabalhar nela	Quando eu decido fazer alguma coisa, vou imediatamente fazê-la	Quando eu decido fazer alguma coisa, faço imediatamente
Failure just makes me try harder persistence	O fracasso apenas me faz ser mais persistente	Falhar só me faz tentar persistir	O fracasso me faz ser mais persistente

When I set important goals for myself, I rarely achieve them	Quando determino metas importantes para mim, raramente eu as alcanço	Quando estabeleço metas importantes para mim, raramente as alcanço	Quando estabeleço metas importantes para mim, raramente eu as alcanço
I do not seem capable of dealing with most problems that come up in my life	Eu não pareço capaz de lidar a maioria dos problemas que aparecem na minha vida	Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida	Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida
When unexpected problems occur, I don't handle them very well	Quando problemas inesperados acontecem, não lido com eles muito bem	Quando problemas inesperados ocorrem, eu não os manejo muito bem	Quando problemas inesperados acontecem, não lido muito bem com eles
I feel insecure about my ability to do things	Me sinto inseguro quando se diz respeito a minhas capacidades de fazer as coisas	Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade de fazer coisas	Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer as coisas

O Quadro 3 mostra na primeira coluna a versão original, a síntese das traduções na segunda e o *Back-translation* na terceira, em que se pode observar a existência de poucas alterações nos itens da versão retraduzida.

**Quadro 3** – Síntese das traduções e Back-translation da GSES-12.

Versão Original	Síntese das versões traduzida para o Português	Back-translation
If something looks too complicated I will not even bother to try it	Se algo parece muito complicado, eu nem tento fazer	If something seems too complicated, I don't even try to do it
I avoid trying to learn new things when they look too difficult	Evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis	I avoid trying to learn new things when they seem to be very difficult
When trying to learn something new, I soon give up if I am not initially successful effort	Ao tentar aprender algo novo, desisto rapidamente se não for bem-sucedido inicialmente	When I try to learn something new, I give up quickly if I didn't succeed initially
When I make plans, I am certain I can make them work	Quando faço planos, tenho certeza de que irão dar certo	When I make plans, I'm sure they will work out.
If I can't do a job the first time, I keep trying until I can	Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, eu continuo tentando até conseguir	If I can not do a job for the first time, I keep trying until I can
When I have something unpleasant to do, I stick to it until I finish it	Quando tenho algo desagradável para fazer, eu tento até terminar	When I have something unpleasant to do, I still try to finish it

When I decide to do something, I go right to work on it	Quando eu decido fazer alguma coisa, faço imediatamente	When I decide to do something, I do it immediately.
Failure just makes me try harder persistence	O fracasso me faz ser mais persistente	Failure makes me more persistent
When I set important goals for myself, I rarely achieve them	Quando estabeleço metas importantes para mim, raramente eu as alcanço	When I set goals that are important to me, I rarely achieve those goals
I do not seem capable of dealing with most problems that come up in my life	Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida	I do not feel able to deal with most of the problems that arise in my life
When unexpected problems occur, I don't handle them very well	Quando problemas inesperados acontecem, não lido muito bem com eles	When unexpected problems happen, I don't deal well with them
I feel insecure about my ability to do things	Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer as coisas	I feel insecure about my ability to do things

#### 6.1.1 Etapa de avaliação semântica e de conteúdo

Após a tradução, essa versão foi submetida a avaliação semântica com o comitê de três juízes para avaliação de conteúdo, clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica. Foi observado um índice de concordância em todos os itens igual ou superior à 0,80 (Tabela 1).

**Tabela 1** – Coeficiente de validade de conteúdo entre o comitê de juízes dos itens da GSES-12 (versão traduzida)

Itens da GSES-12 (Versão Traduzida)	Clareza de linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica	Dimensão teórica
1. Se algo parece muito complicado, eu nem tento fazer	0,85	0,85	1,00	1,00
2. Evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis	0,85	1,00	1,00	0,85
3. Ao tentar aprender algo novo, desisto rapidamente se não for bem-sucedido inicialmente	0,80	0,85	1,00	1,00
4. Quando faço planos, tenho certeza de que irão dar certo	1,00	1,00	1,00	1,00
5. Se eu não consigo fazer um	1,00	1,00	1,00	0,85

trabalho pela primeira vez, eu continuo tentando até conseguir				
6. Quando tenho algo desagradável para fazer, eu tento até terminar	1,00	0,85	1,00	1,00
7. Quando eu decido fazer alguma coisa, faço imediatamente	1,00	0,80	1,00	0,85
8. O fracasso me faz ser mais persistente	1,00	1,00	1,00	1,00
9. Quando estabeleço metas importantes para mim, raramente eu as alcanço	0,85	0,85	1,00	1,00
10. Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida	1,00	1,00	1,00	1,00
11. Quando problemas inesperados acontecem, não lido muito bem com eles	0,85	0,85	1,00	1,00
12. Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer as coisas	0,85	1,00	1,00	1,00

#### 6.1.2 Adaptação da GSES-12 após análise de juízes

O instrumento apresentou um alto índice de concordância entre os juízes em relação a clareza dos itens, contudo foram realizadas algumas sugestões. Diante disso, optou-se por realizar uma adaptação, em que essa versão foi denominada como “versão adaptada” (Quadro 4).

**Quadro 4** – Adaptação após análise de juízes da GSES-12

Versão Traduzida	Versão Adaptada
Se algo parece muito complicado, eu nem tento fazer	Se alguma coisa parece muito complicado, eu não tento fazer
Evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis	Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser difíceis
Ao tentar aprender algo novo, desisto rapidamente se não for bem-sucedido inicialmente	Ao tentar aprender algo novo, se eu não for inicialmente bem-sucedido, desisto rapidamente

Quando faço planos, tenho certeza de que irão dar certo	Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo
Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, eu continuo tentando até conseguir	Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, continuo tentando até conseguir
Quando tenho algo desagradável para fazer, eu tento até terminar	Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar
Quando eu decido fazer alguma coisa, faço imediatamente	Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente
O fracasso me faz ser mais persistente	O fracasso me faz ser mais persistente
Quando estabeleço metas importantes para mim, raramente eu as alcanço	Quando estabeleço metas importantes para minha vida, raramente eu as alcanço
Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida	Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida
Quando problemas inesperados acontecem, não lido muito bem com eles	Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles
Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer as coisas	Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa

#### 6.1.3 Adaptação da GSES-12 após o pré-teste

Devido a algumas dificuldades no entendimento de alguns itens, foram feitas sugestões pelos participantes. Essa versão foi chamada de “versão adaptada final”, sendo considerada adequada para aplicação com a população (Quadro 5).

**Quadro 5** – Adaptação da GSES-12 após o pré-teste

Versão adaptada	Adaptação Semântica	Versão adaptada final
Se alguma coisa parece muito complicado, eu não tento fazer	Nenhuma alteração	Se alguma coisa parece muito complicado, eu não tento fazer
Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser difíceis	Nenhuma alteração	Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser difíceis
Ao tentar aprender algo novo, se eu não for inicialmente bem-sucedido, desisto rapidamente	<b>Do original</b> ‘se eu não for inicialmente bem-sucedido’ ... <b>para a sugestão</b> ‘se inicialmente eu não conseguir’.	Ao tentar aprender algo novo, se inicialmente eu não conseguir, desisto rapidamente
Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo	Nenhuma alteração	Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo

Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, continuo tentando até conseguir	<b>Do original</b> ‘um trabalho’ ... <b>para a sugestão</b> ‘uma atividade’.	Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir
Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar	Nenhuma alteração	Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar
Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente	Nenhuma alteração	Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente
O fracasso me faz ser mais persistente	Nenhuma alteração	O fracasso me faz ser mais persistente
Quando estabeleço metas importantes para minha vida, raramente eu as alcanço	<b>Do original</b> ‘...raramente eu as alcanço.’ <b>para a sugestão</b> ‘geralmente eu não as alcanço.’	Quando estabeleço metas importantes para minha vida, geralmente eu não as alcanço
Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida	<b>Do original</b> ‘dos problemas’ ... <b>para a sugestão</b> ‘das dificuldades’.	Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria das dificuldades que surgem na minha vida
Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles	Nenhuma alteração	Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles
Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa	Nenhuma alteração	Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa

## 6.2 Dados sociodemográficos, hábitos de vida, estado de saúde, arranjo familiar e aspectos relacionados às pessoas com deficiência física

Dentre as 120 pessoas com deficiência física que participaram do estudo, houve prevalência do sexo masculino (66,7%), com idade entre 22 e 45 anos (50,8%), constituindo uma porcentagem predominantemente de adultos, solteiros (57,5%), com nove anos e mais de estudos (60,8%), que não possuíam ocupação (84,2%). Referiram ter religião (90,8%), destacando-se a católica (43,3%), tinham uma renda individual e familiar de 1 a 2 salários mínimos, (85,8% e 66,7%, respectivamente), e eram aposentados (39,2%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Resultados descritivos das variáveis sóciodemográficas dos participantes do estudo. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=120)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	80	66,7
Feminino	40	33,3
<b>Faixa etária</b>		
Adulto jovem (18 – 21 anos)	8	6,7
Adulto (22 – 45 anos)	61	50,8
Meia-idade (46 – 59)	40	33,3
Idoso (60 anos e mais)	11	9,2
<b>Conjugualidade</b>		
Solteiro	69	57,5
Casado ou com companheiro	32	26,7
Separado ou divorciado	12	10,0
Viúvo	7	5,8
<b>Escolaridade (anos)</b>		
1 – 4 anos de estudo	10	8,3
5 – 8 anos de estudo	34	28,3
9 anos e mais de estudo	73	60,8
Analfabeto	3	2,5
<b>Ocupação</b>		
Não	101	84,2
Sim	19	15,8
<b>Religião</b>		
Sim	109	90,8
Não	11	9,2
<b>Tipo de religião</b>		
Católica	52	43,3
Evangélica	45	37,5
Espírita	4	3,3
Outra	8	6,7
Não tem religião	11	9,2
<b>Renda individual</b>		
< 1 salário mínimo *	8	6,7
1 – 2 salários mínimos	103	85,8
3 – 4 salários mínimos	6	5,0
5 ou mais salários mínimos	3	2,5
<b>Renda familiar</b>		
< 1 salário mínimo	7	5,8
1 – 2 salários mínimos	80	66,7
3 – 4 salários mínimos	26	21,7
5 ou mais salários mínimos	7	5,8
<b>Tipo de renda</b>		
Aposentadoria	47	39,2
Auxílio doença	42	35,0
Trabalho próprio	17	14,2
Pensão	9	7,5
Não tem renda	3	2,5
Aluguel	1	0,8
Doação	1	0,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018. \* valor do salário mínimo R\$ 954,00.

Em relação as condições de saúde, observa-se que a maioria dos participantes referiu a saúde como boa (48,3%), não fumava (88,3%) e não ingeria bebida alcoólica (80,0%) e não realiza atividade física (63,3%), praticava atividade de lazer (68,3%) e apresentava hipertensão arterial sistêmica (HAS) (26,7%) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Resultados descritivos das variáveis dos hábitos de vida e estado de saúde dos participantes do estudo. João Pessoa/PB, Brasil, 2018 (n=120)

Variáveis	n	%
<b>Estado de saúde autorreferido</b>		
Boa	58	48,3
Nem ruim, nem boa	38	31,7
Muito boa	16	13,3
Ruim	6	5,0
Muito ruim	2	1,7
<b>Tabagismo</b>		
Não	106	88,3
Sim	14	11,7
<b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b>		
Não	96	80,0
Sim	24	20,0
<b>Atividade física</b>		
Não	76	63,3
Sim	44	36,7
<b>Atividades de lazer</b>		
Sim	82	68,3
Não	38	31,7
<b>Morbidade autorreferidas*</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica	32	26,7
Diabetes Mellitus	13	10,8
Cardiopatia	5	4,2
Problema renal	3	2,5
Osteoporose	1	0,8
Problema respiratório	1	0,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

\*Os participantes poderiam marcar mais de uma alternativa.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

No que se refere às características da deficiência quanto a origem, prevaleceu a deficiência adquirida (88,3%), com o tempo de 11 anos e mais (37,5%), o tipo paraparesia (22,5%), seguido de paraplegia (19,2%), usam cadeira de rodas (46,6%), fazem reabilitação (72,5%), e o tipo mais prevalente é a fisioterapia (72,5%). Em sua maioria não fazem psicoterapia (93,3%) e terapia ocupacional (98,3%) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Resultados descritivos das variáveis características da deficiência. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=120)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Origem da deficiência</b>		
Adquirida	106	88,3
Congênita	14	11,7
<b>Tempo de deficiência</b>		
11 anos e mais	45	37,5
1 – 5 anos	39	32,5
6 – 10 anos	22	18,3
< 1 ano	14	11,7
<b>Tipo de deficiência física</b>		
Paraparesia	27	22,5
Paraplegia	23	19,2
Ampuração	19	15,8
Monoparesia	18	15,0
Hemiparesia	13	10,8
Hemiplegia	12	10,0
Monoplegia	5	4,2
Triparésia	3	2,5
<b>Uso de dispositivo</b>		
Cadeira de rodas	56	46,6
Muletas	30	25,0
Prótese	14	11,6
Andador	10	8,3
Bengala	10	8,3
<b>Reabilitação</b>		
Sim	87	72,5
Não	33	27,5
<b>Fisioterapia</b>		
Sim	87	72,5
Não	33	27,5
<b>Psicoterapia</b>		
Não	112	93,3
Sim	8	6,7
<b>Terapia ocupacional</b>		
Não	118	98,3
Sim	2	1,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018

### 6.3 Resultados relacionados à análise da validade de constructo da versão adaptada da GSES-12

#### 6.3.1 Resultados obtidos pela Análise Fatorial Exploratória

Verificou-se a adequação amostral por meio do KMO que apresentou resultado suficiente para a realização da análise (KMO = 0,757), sendo realizada antes da AFE. Além disso, realizou-se o Teste de Esfericidade de Bartlett que apresentou resultado adequado para a realização da AFE [ $\chi^2(66) = 279,933$ ;  $p<0,001$ ], sendo estatisticamente significativo e refutando a hipótese nula de igualdade entre a matriz de covariâncias e uma matriz identidade. Na Tabela 5 encontram-se as pontuações MSA por item, o indicativo é um valor mínimo de 0,500. Observa-se que o item 7 apresentou pontuação inferior a esse indicativo, contudo como o valor é bastante próximo (MSA = 0,474), decidiu-se pela sua manutenção para o resto das análises.

**Tabela 5** – Distribuição dos itens da versão adaptada da GSES-12 de acordo com a *Measure of Sampling Adequacy*. João Pessoa - PB, Brasil. 2018. (n=120)

Item	MSA*
1. Se alguma coisa parece muito complicada, eu não tento fazer.	0,818
2. Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis.	0,788
3. Ao tentar aprender algo novo, se inicialmente eu não conseguir, desisto rapidamente.	0,764
4. Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo.	0,573
5. Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir.	0,709
6. Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar.	0,772
7. Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente.	0,474
8. O fracasso me faz ser mais persistente.	0,841
9. Quando estabeleço metas importantes para minha vida, geralmente eu não as alcanço.	0,812
10. Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria das dificuldades que surgem na minha vida.	0,752
11. Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles.	0,736
<b>12. Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa.</b>	<b>0,780</b>

\*MSA - *Measure of Sampling Adequacy*

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Foi realizada a AFE utilizando o método de FEP, em que se verificaram os valores próprios por fator e a variância explicada por eles. Mediante o conceito de Kaiser, indica-se que um fator deve ser retido quando apresenta valor próprio igual ou

acima de 1. Dessa forma, conforme os resultados, emergiram três fatores com valor próprio superior a um, explicando 50,49% da variância total do constructo (Tabela 6).

**Tabela 6** – Fatores, valores próprios e variância explicada da versão adaptada da GSES-12. João Pessoa - PB, Brasil. 2018. (n=120)

Fatores	Valor Próprio	% de variância
1	3,379	28,161
2	1,416	11,801
3	1,264	10,535
% de Variância Total Explicada		50,496

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

O gráfico de *screeplot* apresenta os fatores em forma de pontos e indica que eles existem a partir do momento em que estão com variância explicada independente. Como é possível verificar no gráfico, a indicação é de apenas um fator acima da linha vermelha, abaixo da linha vermelha a variância se torna unificada (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Screeplot da GSES-12



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Desta forma, procedeu-se uma nova AFE, com um único fator que gerou a Tabela 7 com as cargas fatoriais dos itens explicando 28,16% da variância total do construto. Nesta tabela também é possível verificar a communalidade, o Alfa de Cronbach geral, o valor próprio e a variância explicada. Para esta análise foi considerado como

indicativo de permanência do item nas análises uma carga fatorial de valor mínimo 0,300. O Alfa de Cronbach foi aceitável, com um valor de 0,76.

**Tabela 7** – Distribuição dos itens da versão adaptada da GSES-12 de acordo com as cargas fatoriais e a comunalidade. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120)

Item	Fator 1	$h^2^*$
3. Ao tentar aprender algo novo, se inicialmente eu não conseguir, desisto rapidamente.	0,721	0,519
1. Se alguma coisa parece muito complicado, eu não tento fazer.	0,668	0,447
2. Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser difíceis.	0,642	0,409
8. O fracasso me faz ser mais persistente.	0,513	0,263
5. Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir.	0,503	0,253
11. Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles.	0,439	0,193
6. Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar.	0,435	0,189
12. Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa.	0,379	0,143
10. Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria das dificuldades que surgem na minha vida.	0,363	0,132
9. Quando estabeleço metas importantes para minha vida, geralmente eu não as alcanço.	0,302	0,091
4. Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo.	0,240	0,057
7. Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente.	0,039	0,002
Valor próprio	3,379	
Variância explicada	28,16%	
Alfa de Cronbach	0,76	

\* $h^2$  - comunalidade

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

### 6.3.2 Resultados obtidos pela Análise Fatorial Confirmatória

De acordo com o que teoricamente se propõe, procedeu-se a realização da AFC, pela Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Para as análises foi utilizado o banco de dados final com todos os respondentes (n=120) sem discriminação de questionários respondidos, pois a AFC utiliza as relações entre as variáveis (correlações ou covariâncias) como base nas análises. Para cada item foram avaliados os índices de ajuste do modelo, unidimensionalidade e validade convergente.

Na Tabela 8 encontram-se os indicadores de ajuste da MEE para a validação da GSES, no qual considera-se que a escala está validada de acordo com os critérios indicativos.

**Tabela 8** – Indicadores de ajuste da MEE para validação da GSES-12.

Indicador de ajuste	Critérios para bom ajuste do modelo	Modelo final
Ajuste absoluto		
Função de discrepância: $\chi^2$ (valor p)	-	79,203 (0,050*)
Qui-quadrado normado ( $\chi^2/gl$ )	Valor entre 1 e 5	79,203/62 = 1,277
GFI (índice de qualidade de ajuste)	A partir de 0,90	0,900
AGFI (índice de qualidade de ajuste ajustado)	A partir de 0,90	0,901
RMSEA (raiz média quadrática dos erros de aproximação)	Entre (0,05;0,10] p (H <sub>0</sub> : rmsea≤0,05)	0,048
Ajuste relativo		
TLI (índice Tukey-Lewis)	A partir de 0,90	0,905
CFI (índice de ajuste comparativo)	A partir de 0,90	0,902
Ajuste parcimonioso		
PGFI (parcimônia do GFI)	Entre: (0,60; 0,80]	0,707

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Esses resultados foram confirmados quando se observaram as estimativas de predição, a partir da análise de regressão revelada para o modelo proposto, identificando a ocorrência de validade convergente para o único fator da GSES-12, em que todas as variáveis foram significativas e a razão critério estiveram dentro do que é estatisticamente exigido ( $t > 1,96$ ,  $p < 0,05$ ). Pode-se observar também que o CC de 0,750 e o VME de 0,547 com valores acima do exigido na literatura (Tabela 9).

**Tabela 9** – Estimativas de predição a partir da análise de regressão para o construto Autoeficácia. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120)

Confiabilidade e Validade	Construto	Estimativa	Erro Desvio	Razão Critério (t)	p-valor
CC <sup>1</sup> = 0,750	1 ← Autoeficácia	0,176	0,824	2,829	0,01
	2 ← Autoeficácia	0,191	0,809	5,628	0,01
	3 ← Autoeficácia	0,200	0,800	7,427	0,01
	4 ← Autoeficácia	0,173	0,827	3,710	0,01
	5 ← Autoeficácia	0,274	0,726	11,378	0,01
	6 ← Autoeficácia	0,163	0,837	2,687	0,01
VME <sup>2</sup> = 0,547	7 ← Autoeficácia	0,156	0,844	3,944	0,01
	8 ← Autoeficácia	0,240	0,760	7,290	0,01
	9 ← Autoeficácia	0,154	0,846	2,850	0,01
	10 ← Autoeficácia	0,149	0,851	2,767	0,01
	11 ← Autoeficácia	0,156	0,844	2,588	0,01
	12 ← Autoeficácia	0,147	0,853	3,432	0,01

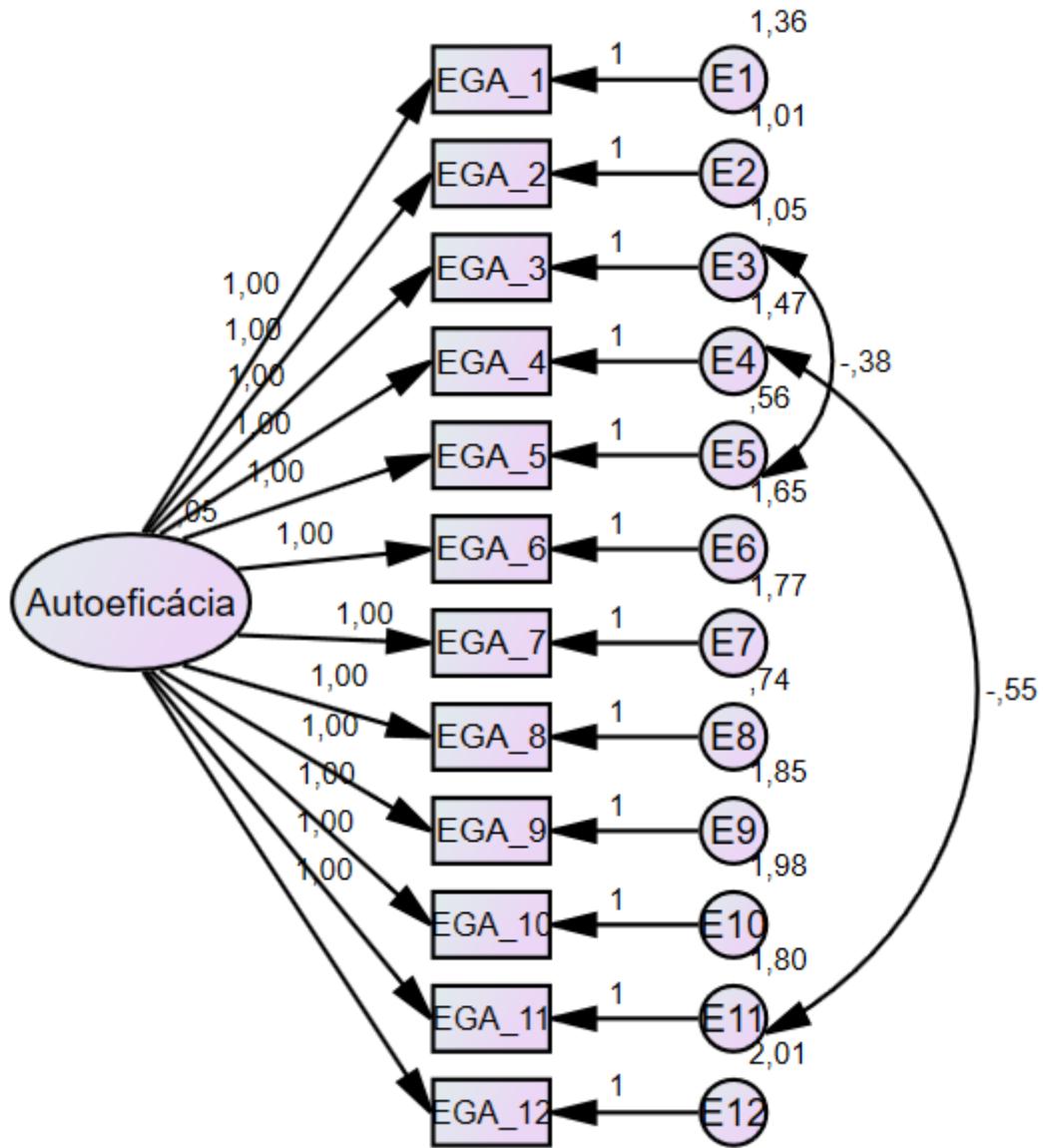
(1) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,70 (HAIR et al., 2014)

(2) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,50 (HAIR et al., 2014)

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Foi construído um diagrama de caminhos no *software*, utilizando o Modelo Escores Generalizados, conforme pode ser visto na figura 4, em que a estrutura factorial da GSES-12 para a autoeficácia mostrou-se adequada para a avaliação deste construto.

**Figura 4** - Diagrama de Caminhos para a Autoeficácia. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120)



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

### 6.3.3 Resultados obtidos pela Teoria de Resposta ao Item

Foi realizada a análise a partir da TRI, visando estabelecer os parâmetros de dificuldade e discriminação. As análises indicaram a presença de um único fator, portanto, atendendo ao critério da unidimensionalidade da TRI.

Os itens 4, 5, 6, 7 e 8 apresentaram Correlação de Pearson e Polyserial abaixo de 0,400, apresentando falta de convergência com o modelo, portanto foi necessário retirar estes itens para que o resto da análise pudesse ser realizada (Tabela 10).

**Tabela 10** – Distribuição dos itens da versão adaptada da GSES-12 para as Correlações de Pearson e Polyseriais.

Item	Correlação de Pearson	Correlação Polyserial
1. Se alguma coisa parece muito complicada, eu não tento fazer.	0,512	0,612
2. Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis.	0,632	0,796
3. Ao tentar aprender algo novo, se inicialmente eu não conseguir, desisto rapidamente.	0,493	0,670
4. Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo.	<b>0,189</b>	<b>0,209</b>
5. Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir.	<b>-0,082</b>	<b>-0,114</b>
6. Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar.	<b>0,100</b>	<b>0,110</b>
7. Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente.	<b>0,315</b>	<b>0,370</b>
8. O fracasso me faz ser mais persistente.	<b>-0,152</b>	<b>-0,184</b>
9. Quando estabeleço metas importantes para minha vida, geralmente eu não as alcanço.	0,437	0,485
10. Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria das dificuldades que surgem na minha vida.	0,544	0,642
11. Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles.	0,499	0,548
12. Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa.	0,453	0,526

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na Tabela 11 encontram-se os resultados para os itens restantes, referente também aos parâmetros *a* (discriminação) e *b* (dificuldade). Em relação à discriminação (*a*), a maioria apresentou uma discriminação baixa. O item 11 se destaca como o mais discriminante (1,025), ou seja, é o item que mais consegue diferenciar os sujeitos com níveis de aptidão semelhantes. Com relação ao parâmetro *b*, dividido em categorias, de 1 a 4 (*b*<sub>1</sub>, *b*<sub>2</sub>, *b*<sub>3</sub> e *b*<sub>4</sub>), as categorias *b*<sub>1</sub>, *b*<sub>2</sub>, *b*<sub>3</sub> são consideradas de fácil endosso, sendo mais provável que o sujeito escolha uma delas, enquanto a categoria *b*<sub>4</sub>, que representa os

pontos 4 e 5, é mais difícil, sendo menos provável que os sujeitos escolha essa categoria, ou esses pontos.

**Tabela 11** – Correlação polyserial e parâmetros  $a$  e  $b$  para os itens da GSES-12.

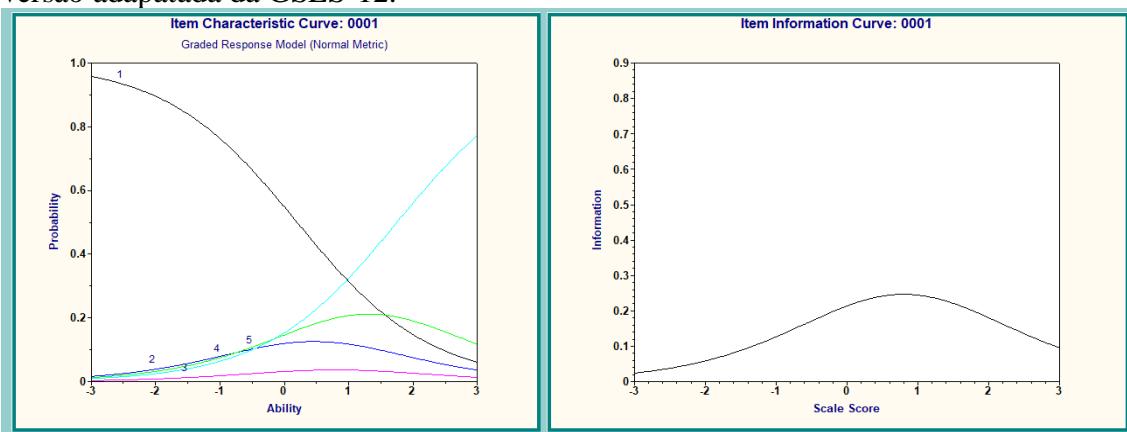
Item	Correlação Polyserial	Parâmetro $a$ (DP)	Parâmetro $b_1$ (DP)	Parâmetro $b_2$ (DP)	Parâmetro $b_3$ (DP)	Parâmetro $b_4$ (DP)
<b>1</b>	0,836	0,573 (0,106)	0,198 (0,202)	0,717 (0,201)	0,869 (0,200)	1,752 (0,185)
<b>2</b>	0,886	0,788 (0,144)	0,627 (0,186)	1,146 (0,185)	1,298 (0,184)	2,181 (0,169)
<b>3</b>	0,884	0,610 (0,118)	1,171 (0,301)	1,690 (0,300)	1,842 (0,299)	2,725 (0,284)
<b>9</b>	0,563	0,865 (0,126)	-0,222 (0,113)	0,297 (0,112)	0,449 (0,111)	1,332 (0,096)
<b>10</b>	0,658	0,588 (0,093)	0,227 (0,178)	0,746 (0,177)	0,898 (0,176)	1,781 (0,161)
<b>11</b>	0,672	1,025 (0,168)	-0,486 (0,090)	0,033 (0,089)	0,185 (0,088)	1,068 (0,073)
<b>12</b>	0,631	0,633 (0,111)	0,022 (0,148)	0,541 (0,147)	0,693 (0,146)	1,576 (0,131)
<b>Parâmetro <math>a</math> médio (DP)</b>		0,726 (0,172)				
<b>Parâmetro <math>b</math> médio (DP)*</b>		-0,343 (0,225)				

\*DP: Desvio padrão

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na Figura 5 é possível verificar a CCO do item 1, “Se alguma coisa parece muito complicada, eu tento não fazer”, indicando que as maiores probabilidades do sujeito escolher algum nível de resposta estão concentradas nos níveis 1 e 5, enquanto os outros níveis apresentam um pouco confusos sobre o endosso. Ainda conforme a Figura 5, pode ser visto que o nível 1 exige habilidade 0,2 e o nível 5 em média de 2, sendo este último mais difícil que o primeiro. Dessa forma, entende-se que a informação do item concentra-se entre os tetas 0 e 2. O parâmetro de discriminação dos níveis é representado pela inclinação da curva, em que a probabilidade de resposta correta é 50%, ou seja, 0,5, assim, o nível 5 é menos discriminativo, pois a inclinação da curva dele é menor que a do nível 1.

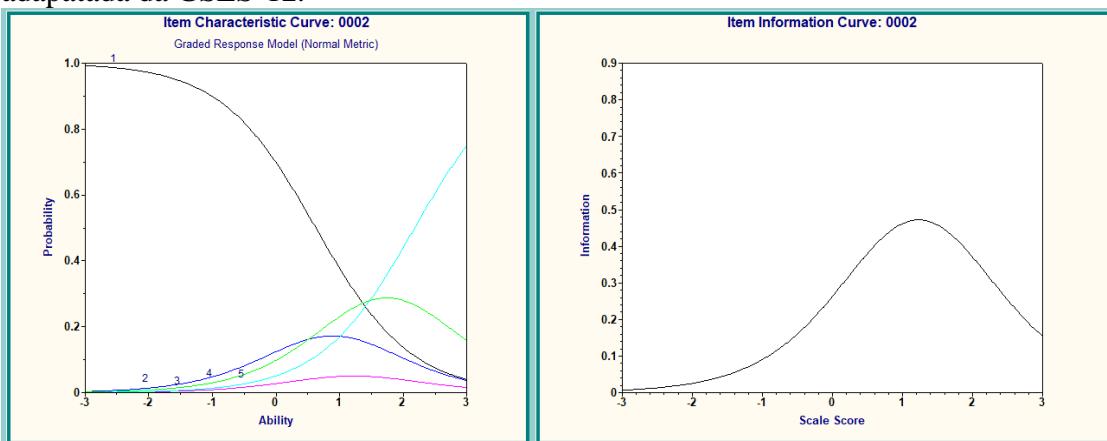
**Figura 5** – Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 1 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A CCO do item 2, “Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis” encontra-se na Figura 6, em que as maiores probabilidades de escolha do sujeito concentram-se no nível 1 e 5 da escala. Em contrapartida, a informação do item está concentrada entre os tetas 0,5 e 2,5.

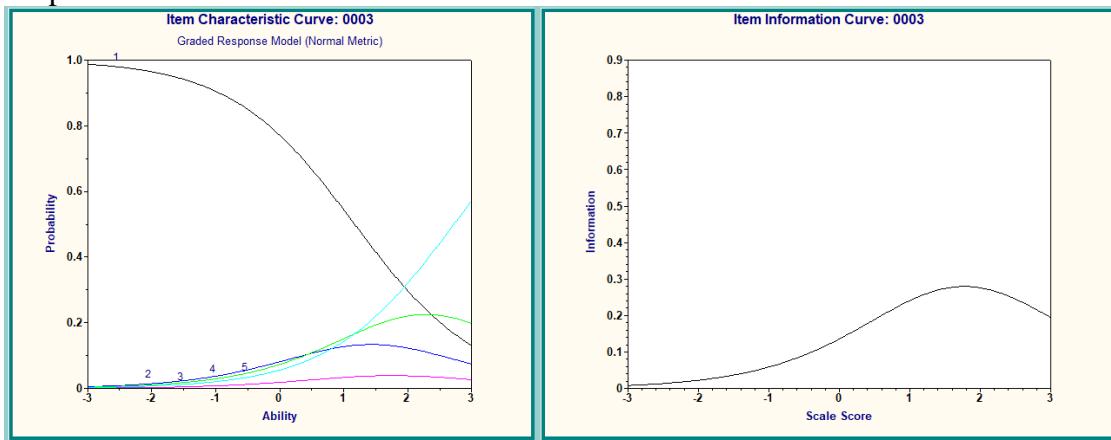
**Figura 6** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 2 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

O item 3, “Ao tentar aprender algo novo, se inicialmente eu não conseguir, desisto rapidamente”, apresenta, também, alta concentração de probabilidade de respostas no nível 1, seguido do nível 5 e a maior quantidade de informações está entre os tetas 1 e 3 (Figura 7).

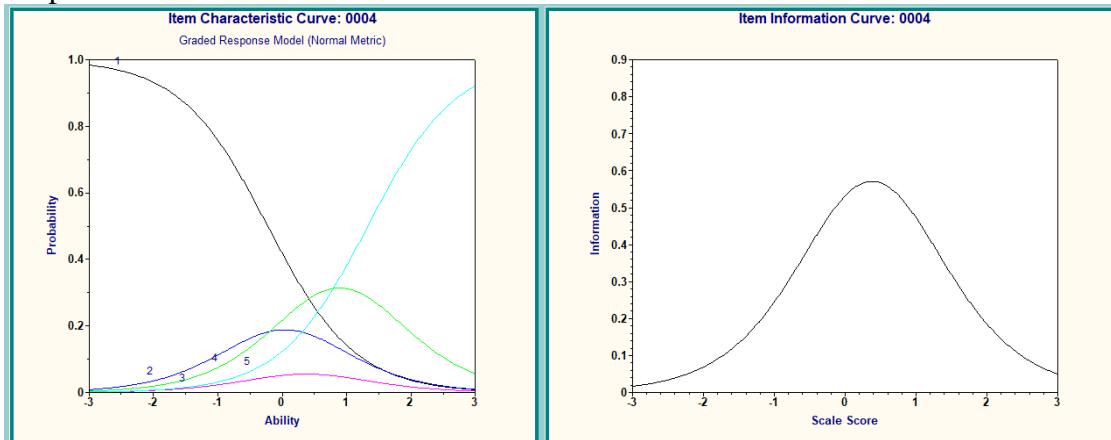
**Figura 7** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 3 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na Figura 8 encontram-se a CCO e a curva de informação referentes ao item 9, “Quando estabeleço metas importantes para minha vida, geralmente eu não as alcanço”. Observa-se que esse item tem uma distribuição de probabilidades menos concentrada, contudo, ainda há um foco grande nos níveis 1 e 5, sendo melhor distribuído em relação à curva de informações, que concentra-se entre os tetas -0,5 e 1,5.

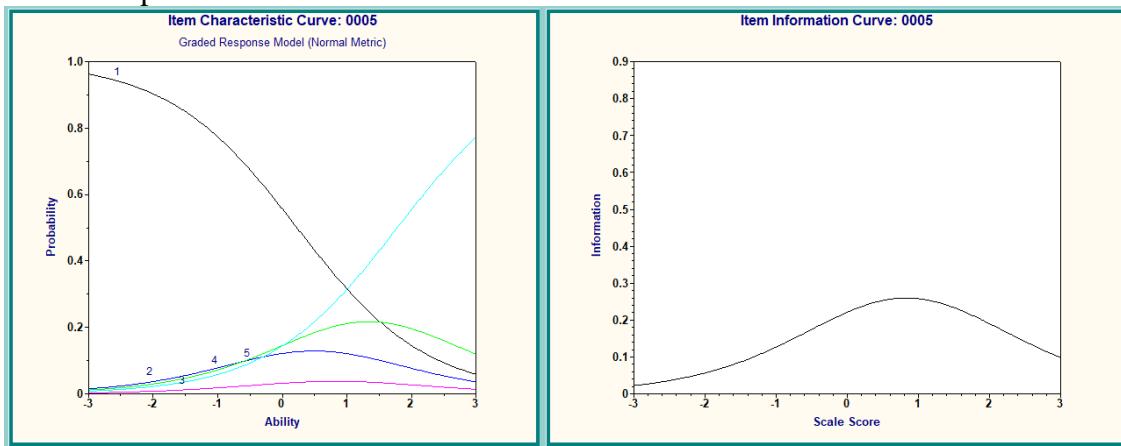
**Figura 8** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 9 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A CCO do item 10, “Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria das dificuldades que surgem na minha vida”, demonstra, a concentração de probabilidade de escolha especialmente no nível 1 e 5 e a curva de informações se encontra concentrada entre os tetas 0 e 2 (Figura 9).

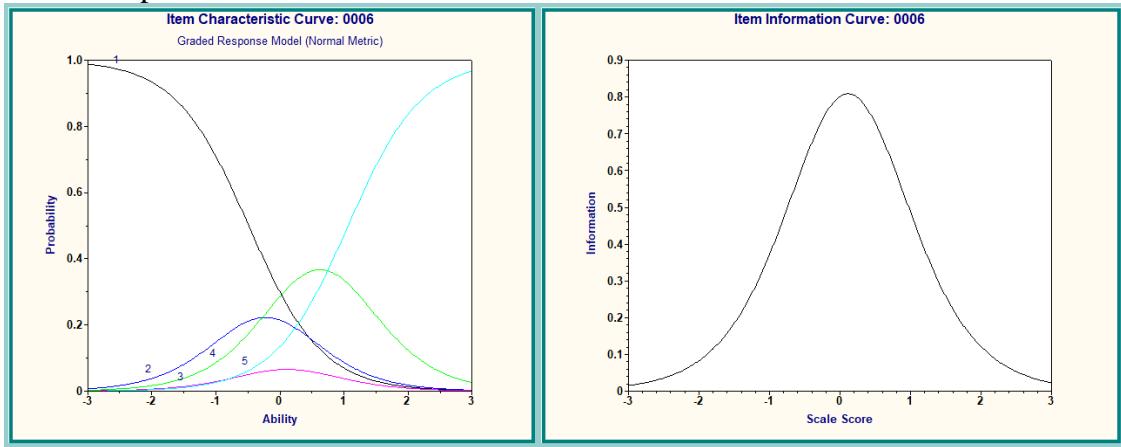
**Figura 9** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 10 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na Figura 10 encontram-se a CCO e a curva de informações do item 11, “Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles”. Esta CCO é um pouco menos concentrada no nível 1, distribuindo-se as probabilidades de escolha também para o nível 5, seguidos dos níveis 4 e 2. Já a curva de informação encontra-se mais bem distribuída e concentrando bastante informação entre os tetas -0,5 e 1.

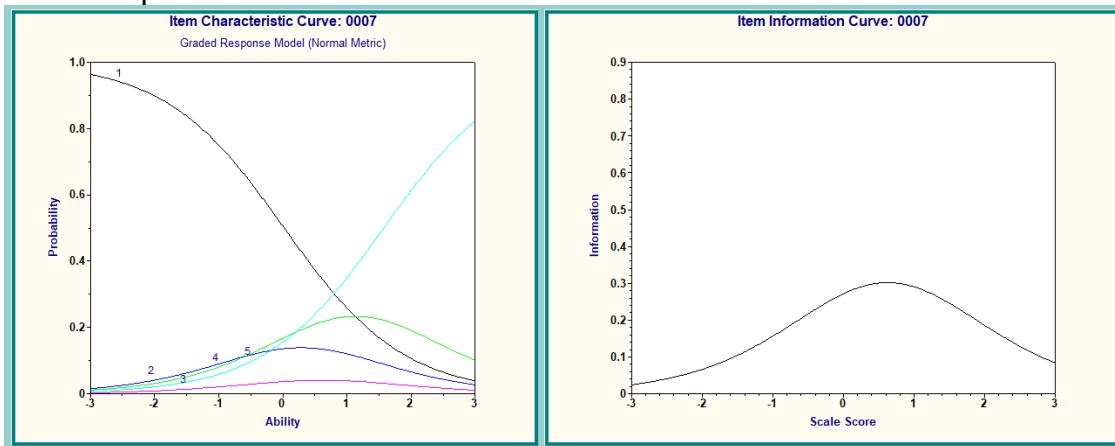
**Figura 10** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 11 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Finalmente o item 12, “Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa”, tem sua CCO e sua curva de informações na Figura 11. A CCO encontra suas probabilidades bem concentradas, especialmente no nível 1 e 5. Com relação à curva de informação, o item concentra mais informação entre os tetas 0 e 2.

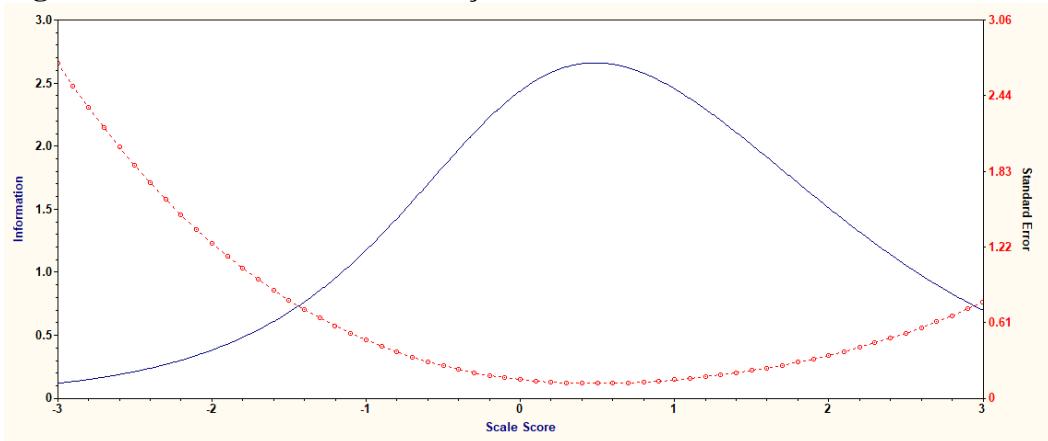
**Figura 11** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 12 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A Curva Total de Informação apresenta na linha azul a quantidade de informação por escore na GSES e a linha vermelha pontilhada a quantidade de erro contido por escore. Observa-se que a maior quantidade de erro encontra-se nos escores próximos a -3. Enquanto a maior quantidade de informação fica entre os escores -1 e 2 (Figura 12).

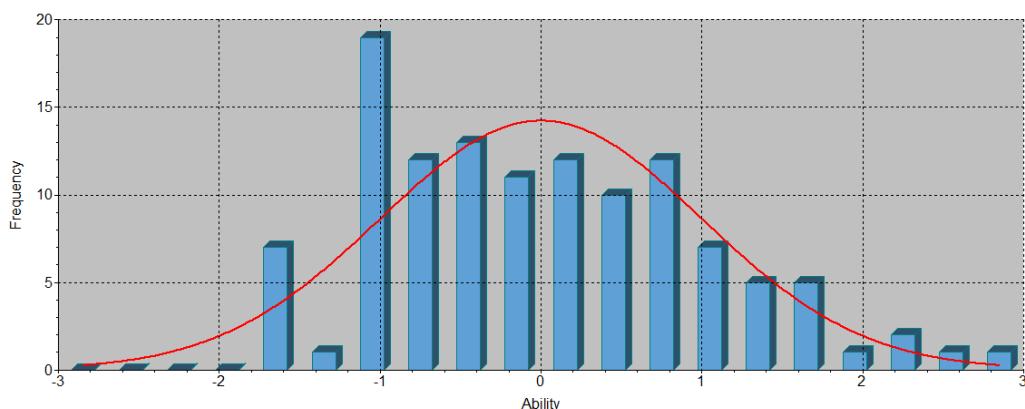
**Figura 12** - Curva Total de Informação da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018

O gráfico 2 apresenta o histograma com a distribuição das habilidades (tetas) dos sujeitos que responderam à GSES-12, em relação aos itens de 1 a 3 e de 9 a 12. Observa-se uma alta concentração de respondentes com teta -1, o que indica que eles se consideram autoeficazes, tendo em vista que esses itens são negativos, sendo opositos à alta autoeficácia. Contudo há uma ausência de tetas entre -3 e -2, ou seja, não há sujeitos que se considerem fortemente autoeficazes.

**Gráfico 2** - Histograma de habilidades dos tetas das pessoas com deficiência física respondentes à GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Considerando a retirada dos itens de 4 a 8 da análise, foi realizada uma nova tentativa, com apenas estes itens, tendo em vista que eles são positivos e vão na direção oposta aos demais. Os itens 7 e 8 precisaram ser retirados das análises, pois não havia convergência, dessa forma são apresentados na Tabela 12 os resultados acerca dos itens 4, 5 e 6. Observa-se que os itens são discriminativos devido ao parâmetro  $a$  relativo à discriminação. Em relação ao parâmetro  $b$ , dividido em categorias, de 1 a 4 ( $b_1, b_2, b_3$  e  $b_4$ ), todas podem ser consideradas como de fácil endosso, ou seja, a probabilidade de que o sujeito escolha qualquer uma delas, independente do seu teta, é alta. A categoria que apresentou mais dificuldade que as outras foi a  $b_4$  que representa os níveis 4 e 5 na escala.

**Tabela 12** – Correlação de Pearson, polyserial e parâmetros  $a$  e  $b$  para os itens 4, 5 e 6 da GSES.

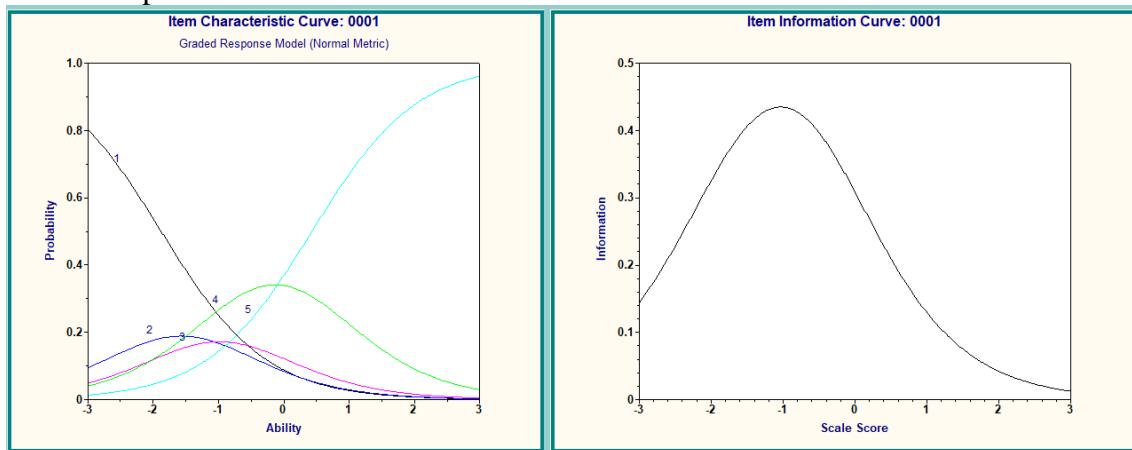
Item	Correlação de Pearson	Correlação Polyserial	Parâmetro $a$ (DP)	Parâmetro $b_1$ (DP)	Parâmetro $b_2$ (DP)	Parâmetro $b_3$ (DP)	Parâmetro $b_4$ (DP)
4	0,683	0,757	0,733 (0,120)	-1,879 (0,035)	-1,263 (0,053)	-0,706 (0,062)	0,434 (0,065)
5	0,570	0,787	0,651 (0,130)	-3,547 (0,172)	-2,934 (0,190)	-2,377 (0,199)	-1,237 (0,202)
6	0,820	0,903	0,647 (0,102)	-0,884 (0,039)	-0,271 (0,057)	0,286 (0,066)	1,286 (0,069)
<b>Parâmetro <math>a</math> médio (DP)</b>			0,677 (0,049)				
<b>Parâmetro <math>b</math> médio (DP)</b>				-0,392 (0,070)			

\*DP: Desvio padrão

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na Figura 13 são apresentadas a CCO do item 4 “Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo”, e sua curva total de informação, sendo observado que há uma maior probabilidade de endosso para os níveis 1 e 5, sendo o nível 5 mais discriminante. A informação concentrou-se entre os níveis de teta -2 e 0,5.

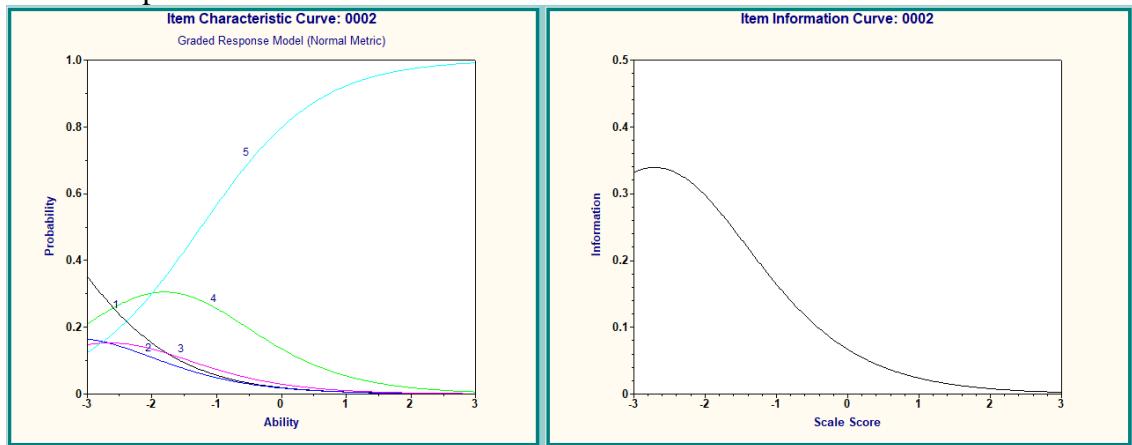
**Figura 13** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 4 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A Figura 14 traz a CCO e a curva de informação do item 5, “Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir”, na qual verifica-se que praticamente não há probabilidade de endosso nos outros níveis além do 5. A informação do item concentra-se nos tetas entre -3 e -1.

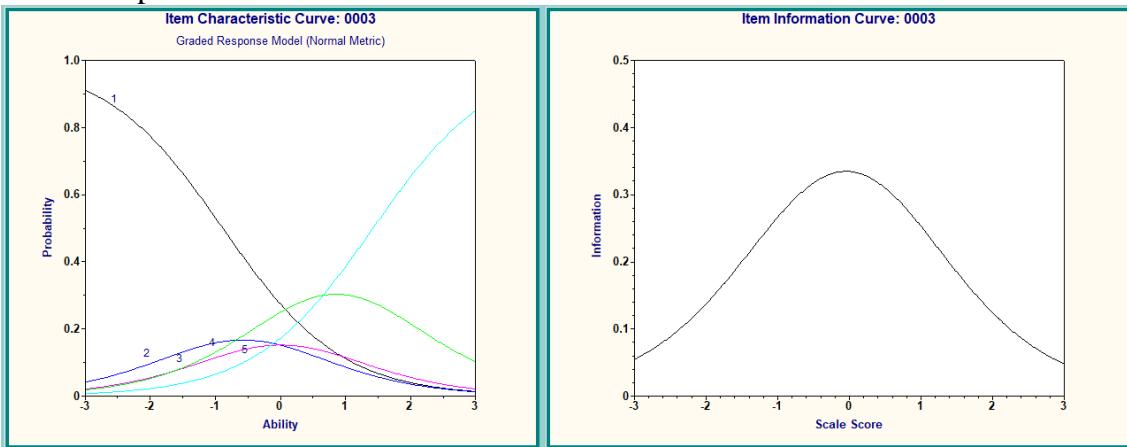
**Figura 14** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 5 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na figura 15 encontram-se as CCO e a curva de informação para o item 6, “Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar”. Na CCO é possível observar que os níveis 1 e 5 concentram as maiores probabilidades de endosso. A informação neste item está mais bem distribuída, abrangendo todos os valores, mas concentra-se, principalmente, entre os tetas -1 e 1,3.

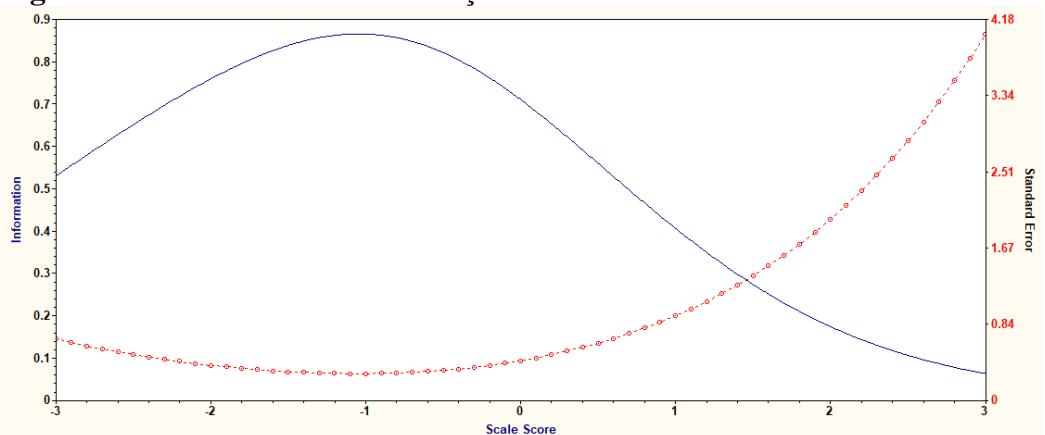
**Figura 15** - Curva Característica Operacional e Curva de Informação do Item 6 da versão adaptada da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na Figura 16 observa-se a curva total de informação referente aos itens 4, 5 e 6, na qual a informação concentra-se entre os teta -3 e 1, enquanto o erro aumenta entre os tetas 2 e 3.

**Figura 16** - Curva Total de Informação dos itens de 4 a 6 da GSES-12.

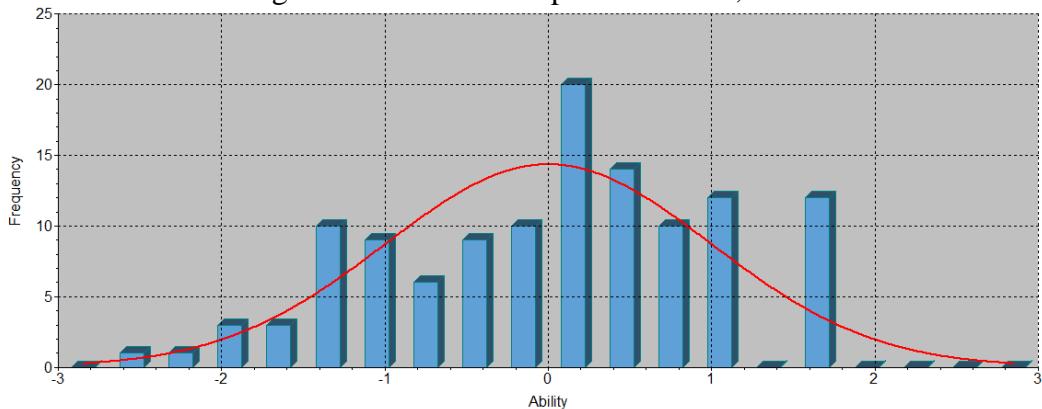


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

No Gráfico 3 é apresentado o histograma de habilidades dos participantes referente aos mesmos itens. Observa-se uma maior concentração de respondentes com

tetas de 0 a 1, indicando que eles se consideram autoeficazes, tendo em vista que esses itens são positivos à autoeficácia. Contudo, há uma ausência de tetas entre 2 e 3, ou seja, não havendo pessoas que se consideram fortemente autoeficazes.

**Gráfico 3** - Histograma de habilidades para os itens 4 e 6 da GSES-12.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

#### 6.4 Resultados obtidos pela correlação entre constructos (validade de constructo convergente e divergente)

Na análise convergente, a GSES-12 correlacionou-se negativamente com autoestima ( $r = -0,479$ ) e com os três fatores da escala de resiliência, fator 1 ( $r = -0,442$ ), fator 2 ( $r = -0,446$ ) e fator 3 ( $r = -0,279$ ). A relação negativa refere-se ao caso de que os itens de autoeficácia algumas vezes representavam o sentimento contrário à esta, portanto, a relação com a autoestima e com a resiliência se dá como negativa no sentido de que, quando um construto aumenta o outro diminui. Assim, na análise divergente houve correlação positiva com o estresse ( $r = 0,109$ ). Todos os resultados foram significativos  $p < 0,05$  (Tabela 13).

**Tabela 13** – Análise Convergente e Divergente da GSES-12. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120)

Escalas	Autoeficácia Total
Autoestima total	-0,479*
Resiliência Fator 1 – ações e valores	-0,442*
Resiliência Fator 2 – independência e determinação	-0,446*
Resiliência Fator 3 – autoconfiança e adaptação a situações	-0,279*
Estresse Percebido total	0,109*

\* p-valor <0,05

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

## 6.5 Resultados da comparação com características sociodemográficas

Para avaliação de grupos distintos das PCD física foram avaliados a associação da GSES-12 com as seguintes variáveis: sexo, idade, renda, escolaridade, estado de saúde e tempo de deficiência. Observa-se que apenas as variáveis estado de saúde autorreferido ( $p=0,015$ ) e tempo de deficiência ( $p=0,013$ ), apresentaram relação estatisticamente significativa com a GSES-12, exibindo-se uma maior autoeficácia naqueles que referiam melhor o estado de saúde e mais tempo de deficiência (Tabela 14).

**Tabela 14** – Relação entre a GSES-12 e características sociodemográficas. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=120)

Variável Principal	Variável sociodemográfica	Qui-quadrado	p-valor
<b>GSES-12</b>	Sexo	46,407	0,076
	Idade	1492,187	0,902
	Renda	699,093	0,985
	Escolaridade (Anos de estudo)	581,757	0,805
	Estado de Saúde	174,072	0,015*
	Tempo de deficiência	1265,167	0,013*

\* p-valor significativo ao nível  $< 0,05$

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

## 7 *Discussão*

---

## 7.1 Processo de tradução e adaptação da GSES-12

Os procedimentos de tradução e de adaptação de um instrumento para uma nova língua consiste em diferentes etapas, que requer atuação com uniformidade, impessoalidade e obediência ao segmento metodológico que se propõe utilizar, de forma que os valores refletidos pelo instrumento e os significados de seus itens se mantenham equivalentes entre as culturas, tornando-se fundamental para a adequada realização do processo (MACHADO et al., 2018).

A validação de conteúdo permitiu verificar que os itens incluídos no instrumento foram representativos e relevantes para abranger o fenômeno, considerando as possibilidades de questões sobre o tópico em estudo. A adequação cultural de um instrumento traduzido possibilita que sua aplicabilidade seja equivalente ao original. Esse aspecto melhora a interação e a comunicação durante a busca de informações do que se pretende avaliar (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

A equivalência conceitual e idiomática é o primeiro aspecto a ser alcançado pelo processo de adaptação. Entretanto, ainda que os métodos qualitativos sejam imprescindíveis para assegurar a adequação do processo de adaptação, eles não fornecem qualquer informação sobre as propriedades psicométricas do novo instrumento. Nesse sentido, adicionalmente à estas etapas, devem ser realizadas análises estatísticas para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi adaptado (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

## 7.2 Caracterização sociodemográfica, hábitos de vida, situação de saúde e aspectos relacionados às características da deficiência

No que concerne às características sociodemográficas, este estudo demonstrou que a maioria dos participantes era do sexo masculino. Outras pesquisas ratificam esse mesmo achado (NOGUEIRA et al., 2016; COUTINHO et al., 2017), o que pode ser explicado devido ao elevado número de acidentes, que geram deficiências, e em que as maiores vítimas são homens. Em contrapartida, diferente desses resultados o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), descreveu uma prevalência de deficiência física mais significativa em mulheres no Brasil (BRASIL, 2010). Porém, pesquisadores contrariam esses dados, uma vez que o censo é feito com

base em perguntas não muito específicas, o que pode gerar informações errôneas e imprecisas (ANDREUCCETTI et al., 2011).

A faixa etária que prevaleceu foi a adulta, de 22 a 45 anos. Outros estudos com a mesma população, encontraram resultados semelhantes, como de Seron, Arruda e Greguol (2015) realizado em um Centro de Reabilitação da cidade de Londrina/PR, o qual verificou que 55,8% apresentavam idade menor que 40 anos; o de Chesani et al. (2018), evidenciou que as pessoas cadeirantes adultas tiveram uma porcentagem de 62,5%; na pesquisa de Kirby et al. (2016), a idade mediana foi de 39 anos. E Dolan e Henderson (2013) concluíram também que 53,4% das PCD física apresentaram média de idade de 45 anos.

Com relação à conjugalidade, se sobressaiu as pessoas solteiras. Isso pode ser justificado devido ao fato de que ainda existe uma valorização do corpo que corresponda a determinados padrões estéticos e o impacto dessas exigências no processo de socialização dos sujeitos. Essa perspectiva implica em muitas dificuldades de se lidar com o corpo deficiente, podendo acarretar danos psicológicos e de interação. (LUIZ; NUERNBERG, 2018). No concernente à sexualidade das PCD física, geralmente sofrem o preconceito social de que elas não têm relação sexual, não se casam e não podem ter filhos. Esta representação errônea contribui no processo de discriminação (ARAGAO et al., 2016).

O perfil escolar dos participantes foi de nove anos e mais de estudos. Esses achados corroboram os dados obtidos pelo censo de 2010, onde foi identificado que 81,7% das pessoas que apresentavam pelo menos um tipo de deficiência, seja ela física, mental ou visual eram alfabetizadas, destes, 14,2% possuíam o fundamental completo, 17,7%, o médio completo e 6,7% possuíam superior completo (BRASIL, 2010).

Aproximadamente 2/3 do total amostral deste estudo não possuía ocupação. O desemprego entre as PCD é decorrente de diversos fatores, como a história, a educação, o transporte, o ambiente de trabalho, o acesso e a cultura (BARNES, 2016). Em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência destacou o direito à qualificação profissional, à garantia de condições de acesso e de permanência no trabalho e o incentivo ao empreendedorismo e ao trabalho autônomo. Em concordância com esse aspecto, torna-se essencial discutir valores como, a não discriminação, a igualdade de oportunidades e a promoção da equidade, considerando que pessoas com limitações, muitas vezes, não têm oportunidades de participar de cursos de qualificação, permanecendo fora do trabalho (AOKI et al., 2018).

A maioria dos participantes afirmaram que possuía religião e que fazia parte da católica. A busca por uma religião é um suporte emocional/social para as dificuldades enfrentadas pelas PcD. Corroborando esse aspecto, uma pesquisa que analisou a associação de fatores sociodemográficos dessa população com a resiliência, constatou que 96,7% de uma amostra total de 583 participantes tinham alguma religião e afirmou que a fé pode interferir no processo de resiliência por ser um motivo capaz de influenciar o indivíduo a superar dificuldades (BÖELL, 2016).

Em relação à renda, a maior parte dos entrevistados tinha uma renda individual e familiar de 1 a 2 salários mínimos, respectivamente. Além disso, uma amostra preponderante recebe aposentadoria e benefício por invalidez, o que dificulta a inserção destas pessoas no mercado de trabalho, seja por condições para desempenhar as funções ou por oportunidades (NOGUEIRA et al., 2016). Estes achados sustentam os resultados de um estudo realizado por Holanda et al (2015), no cenário local, com 120 PcD física, identificando que 88,3% dos entrevistados recebiam algum tipo de benefício da previdência social.

Acerca dos hábitos de vida, a maior parte dos cuidadores relatou que não fuma e que não consome bebida alcoólica. Esses fatores refletem positivamente sobre a saúde, o que poderia justificar a autoavaliação desta como boa. Porém, a maioria afirmou que não praticava atividade física e a HAS foi a morbidade autorreferida que prevaleceu. A prática de exercícios físicos é um grande aliado na prevenção da hipertensão, pois contempla os mecanismos diretos, dentre os quais uma redução da atividade simpática, aumento da sensibilidade barorreflexa e melhora na função endotelial, fatores que contribuem para que ocorra um efeito anti-hipertensivo (ROQUE et al., 2013).

Vários são os fatores que contribuem para o sedentarismo nas PcD físicas, dentre eles: limitações físicas, falta de energia ou cansaço físico, falta de recursos financeiros, falta de habilidades físicas, dor, além disso, algumas barreiras, como a falta de espaço adequado, equipamentos específicos, ambientes seguros e falta de profissional preparado (SERON; ARRUDA; GREGUOL, 2015).

No que tange a origem da deficiência, prevaleceu a adquirida, esta que pode surgir de diversas causas, como traumas, patologias ou acidentes (NOGUEIRA, 2015). Uma pesquisa realizada em Florianópolis/SC, com 139 pessoas que apresentavam deficiência física foi identificado que as principais causas foram doenças crônicas não transmissíveis e acidentes de trânsito (NOGUEIRA et al., 2016).

Os tipos de deficiência, paraparesia e paraplegia, tiveram maior prevalência no resultado da pesquisa, sendo imprescindível o uso de dispositivos ortopédicos, em decorrência tanto a diminuição de força em membros inferiores, quanto da sua perda, dificultando e/ou impossibilitando a locomoção de uma pessoa, tornando-a dependente de um equipamento de apoio, como a cadeira de rodas, que também prevaleceu como uso de dispositivos pelos participantes. Esse resultado também foi encontrado em uma pesquisa realizada na Colômbia com população semelhante (SOTO; PÉREZ, 2013).

Os comprometimentos funcionais decorrentes de uma deficiência física variam de um indivíduo para o outro, ocorrendo prejuízos no desempenho das atividades da vida diária, o que predispõe a pessoa, muitas vezes, a um quadro de incapacidade e provoca vários graus de dependência, principalmente no tocante à mobilidade e locomoção, aos cuidados de higiene, à alimentação, à realização das atividades domésticas, dentre outros (FIGUEIREDO-CARVALHO et al., 2014).

Quando questionados sobre a realização de reabilitação, a maior parte afirmou que fazia, sendo a fisioterapia o tipo mais prevalente. A reabilitação em PCD física é uma atividade que engloba aspectos físicos, motores, funcionais, emocionais e sociais e objetiva promover a independência e autonomia (VIRIATO et al, 2014). Além disso, é responsável por possibilitar novas habilidades às pessoas que necessitam, tornando possível o enfrentamento dos obstáculos cotidianos e promovendo a inclusão. Para reabilitar e habilitar alguém novamente de algo que foi perdido é fundamental o envolvimento de uma equipe multidisciplinar (MELO; LUCENA; SARAIVA, 2017; MACHADO et al., 2018).

O enfermeiro é membro da equipe de reabilitação, a sua atuação diante do paciente com deficiência contempla a educação em saúde para o autocuidado dessas pessoas, a fim de atender a todas as suas necessidades. Outro aspecto para o qual se deve atentar é a inserção dessa categoria profissional nas instituições de apoio às PCD, para que se possa compreender as condições, as limitações e as possibilidades de quem vive e convive com uma deficiência física, não apenas no concernente à reabilitação, mas também aos aspectos de promoção e acessibilidade à saúde (CRUZ et al., 2015).

### 7.3 Análise da validade de constructo da versão adaptada da GSES-12

Neste estudo, a validade de constructo foi realizada por meio da análise fatorial, sendo utilizado dois métodos, a AFE e AFC. O primeiro proporcionou a quantidade de fatores existente no instrumento, e o segundo confirmou o modelo estrutural (PASQUALI, 2005).

Verificou-se a adequação da amostragem geral mediante dois testes (KMO e Esfericidade de Bartlett), que apresentaram resultados estatisticamente significativos, sendo adequado para a realização da AFE. Além disso, foi utilizando o MSA que retrata a adequação da amostra por item, no entanto, apenas o item 7 apresentou pontuação inferior ao indicativo (0,474), mas foi mantido devido a aproximação com o valor mínimo (0,5).

A amostra foi constituída de 120 sujeitos baseado no que a literatura recomenda, que para uma amostra adequada destinada a validação de instrumentos de medida deve ser coletado, no mínimo, 10 sujeitos por item (PASQUALI, 2010), sendo a GSES-12 composta por 12 itens.

Para a realização da AFE, utilizou-se a FEP, que tem a finalidade de extrair o número máximo de fatores do instrumento, sendo identificado, pelo conceito de Kaiser, três fatores com valor próprio superior a um, porém os autovalores dos fatores 2 e 3 foram bem inferiores ao valor do fator 1. Além disso, foi utilizado outro teste adotado para a decisão quanto ao número de fatores que indicou apenas um. Observou-se que inicialmente o instrumento apresentou três fatores, mas obteve melhores resultados quando unificado. Assim, esse resultado se assemelha a versão original proposta por Sherer e Maddux (1982), em que em sua construção obteve três fatores correlacionados, iniciativa, esforço e persistência, e um fator de ordem superior, a autoeficácia geral. Neste estudo, optou-se por manter a estrutura unifatorial.

A AFE tem sido um dos procedimentos estatísticos mais comumente utilizados para o refinamento de instrumentos psicológicos, que tem como objetivo analisar a estrutura das inter-relações de um determinado número de variáveis observadas e definir a quantidade de fatores que melhor explica a sua covariância. As variáveis observadas pertencem a um mesmo fator quando partilham uma variância em comum, ou seja, são influenciadas pelo mesmo construto subjacente (BROWN, 2015).

A variância explicada pelo único fator foi de 28,16%, não são sugeridos pela literatura um ponto de corte para um nível de aceitabilidade de variância explicada e que

sua porcentagem não deve ser considerada como um indicador de importância para a interpretação de uma AFE (DAMÁSIO, 2012).

A communalidade é o índice atribuído às variáveis originais que expressam, em termos percentuais, o quanto da variabilidade é explicada pelos fatores extraídos e o que os itens têm em comum entre si. Os resultados obtidos foram de 0,002 a 0,519, em que usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,50 (FIGUEIREDO; SILVA, 2010). No entanto, de acordo com Hair et al. (2009), esse valor podem variar de 0 a 1, sendo que quanto mais próximos de 1 melhor a variância explicada pelos fatores. Os itens que apresentaram valores mais baixos foram: “Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo” (0,057) e “Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente” (0,002), isso quer dizer que esses itens têm pouco em comum com os demais.

As cargas fatoriais foram de 0,039 até 0,721. A literatura preconiza valores mínimos acima de 0,30 (HAIR et al., 2014), a maioria dos itens fatoraram acima do valor indicado, exceto os itens: “Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo” (0,240) e “Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente” (0,039). Entretanto, optou-se pela permanência deles na escala, haja vista que, autores afirmam que as cargas fatoriais indicam a influência das variáveis nos fatores identificados e que podem variar de -1 a 1, quanto mais próximos de -1 ou 1 indicam que a variável influencia fortemente o fator. Em contrapartida, variáveis com valores próximos à 0 exercem pouca influência sobre o fator (FIGUEIREDO; SILVA, 2010; HAIR et al., 2009).

No que se refere à confiabilidade da GSES-12, a consistência interna realizada pelo Alfa de Cronbach foi de 0,76, maior que o encontrado na escala de 12 itens, cujo alfa foi de 0,70 (BOSCHER et al., 1998). Valores acima de 0,60 e 0,70 são considerados adequados e satisfatórios em pesquisas exploratórias (HAIR et al., 2014). Neste caso, a medida encontrada foi internamente consistente, permitindo assegurar que a GSES-12 adaptada para o contexto brasileiro manteve a fidedignidade da escala original.

A confiabilidade de uma estrutura fatorial pode ser obtida por meio de diversos critérios, dependendo tanto das escolhas do pesquisador quanto do delineamento do estudo. Dentre vários critérios apresentados na literatura, o cálculo do índice de consistência interna, pelo alfa de Cronbach, é o método mais utilizado, uma vez que avalia o grau em que os itens de uma matriz de dados estão correlacionados entre si (PASQUALI, 2013). O valor desse método é influenciado tanto pela correlação dos

itens, quanto pelo número de itens avaliados, por isso, fatores com poucos itens tendem a apresentar valores menores (DÁMASIO, 2012).

Para confirmar o modelo estrutural, partindo do pressuposto teórico e empírico estabelecido pela GSES-12, foi realizada a AFC por meio da MEE. Essa análise tem como finalidade testar em que medida determinadas variáveis são representativas de um conceito, verificando as regressões com uma estatística mais robusta e precisa (FIGUEIREDO; SILVA, 2010). A unidimensionalidade do instrumento foi apoiada por índices, indicando um bom ajuste. De acordo com os critérios, a GSES-12 pode ser considerada adequada e validada para o que se pretende mensurar com a amostra estudada.

Evidenciou-se também a confiabilidade e a validade convergente do constructo da autoeficácia, por meio da CC e VME, em que todas as variáveis apresentaram resultados satisfatórios, justificando a adequação da estrutura fatorial pela medida proposta de forma confiável e segura. O primeiro indicador prioriza as variáveis de acordo com as suas confiabilidades e é usado para avaliar se a amostra está livre de vieses, ou ainda, se as respostas em seu conjunto são confiáveis, enquanto a VME, mede o quanto as variáveis se correlacionam positivamente com os seus respectivos constructos (HAIR et al., 2014).

Após a realização da AFE e AFC, foi realizada a TRI, que é a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma certa resposta a um item e as suas habilidades na área do conhecimento avaliado. Essa análise indicou a presença de um único fator, atendendo ao critério da unidimensionalidade da TRI, isto é, a homogeneidade do conjunto de itens que deve estar medindo um único traço latente, a autoeficácia geral. No entanto, cinco itens apresentaram correlação de Pearson e Polyserial abaixo do valor indicado, foram eles: item 4 “Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo”, item 5 “Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir”, item 6 “Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar”, item 7 “Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente” e item 8 “O fracasso me faz ser mais persistente”, observa-se que esses itens são positivos, não estando na mesma direção dos demais, apresentando falta de convergência com o modelo da TRI, sendo necessário retirá-los, nesse momento, para que o restante da análise pudesse ser realizada.

A TRI surgiu como uma forma de considerar cada item particularmente, sem levar os escores totais, assim, as conclusões não se baseiam diretamente no resultado

obtido do instrumento como um todo, mas de cada item que o compõe. Deste modo, a teoria não entra em conflito com os princípios que fundamentam a AFC e possibilita uma nova proposta de análise estatística, centrada em cada item (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

A utilização da TRI é adequada para a exploração de parâmetros, tais como a invariância de itens e a estabilidade do instrumento entre culturas. Visando estabelecer os parâmetros de dificuldade e discriminação item a item, os quais a TRI propõe, o item que se destacou como o mais discriminante, que possibilitou diferenciar pessoas com distintos níveis do construto medido, ou seja, aquele que demonstrou a maior capacidade de discriminar os participantes com maior autoeficácia daqueles com menor, foi o item 11: ‘Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles’. Com relação ao parâmetro de dificuldade, ocorreu de forma crescente, a categoria  $b_1$  representada pelos níveis 1 e 2 foi considerada mais fácil e a  $b_4$  a mais difícil, constituída pelos níveis 4 e 5.

Esta teoria propõe um modelo matemático que caracteriza a relação entre a situação na qual uma pessoa responde a um determinado construto. Neste caso, quanto maior a habilidade da pessoa no fator requerido, maior será a probabilidade de que ela responda corretamente. Isto é representado por meio da CCO do item, que indica a probabilidade de acerto em função da habilidade das pessoas que o respondem e da dificuldade do problema. Observou-se mediante a CCO dos itens analisados, que todos demonstraram maior probabilidade de endosso nos níveis 1 e 5, sendo o nível 5 mais difícil, pois para atingir 50% de acerto era necessário ter uma habilidade maior.

Uma implicação importante da aplicação da TRI é que, uma vez conhecida a habilidade de uma pessoa, pode-se estabelecer as expectativas de acerto nos itens que avaliam aquela habilidade. Por exemplo, quando uma pessoa tem habilidade igual ao índice de dificuldade do item, as chances são de 50% de que ela o acerte. À medida que é aumentada em relação à dificuldade do item, suas chances de acertá-lo serão maiores do que 50%. Portanto, tendo em mãos o escore de uma pessoa, pode-se prever quais itens ela terá mais chances de acertar ou errar, informando-se o domínio que a pessoa possui do que foi avaliado (PRIMI, 2004).

Após a realização de uma nova análise, considerando apenas os itens de 4 a 8, que haviam sido retirados da anteriormente, os itens de 4 a 6 apresentaram resultados satisfatórios. No entanto, os itens 7 e 8 precisaram ser retirados da análise, pois não houve convergência. Neste caso, o item mais discriminante foi o item 4 “Quando faço

planos, tenho certeza que irão dar certo”. E quanto a dificuldade das categorias, a *b<sub>4</sub>* que representa os níveis 4 e 5 na escala, apresentou mais dificuldade que as demais.

Os histogramas de habilidades dos sujeitos que responderam a GSES-12, tanto os itens negativos (1 a 3 e 9 a 12), como os positivos (4 a 6), obtiveram resultados semelhantes, em que os participantes não apresentaram altos níveis de autoeficácia. Esse fato pode ser justificado devido a incapacidade que as PCD física tem para o desempenho de atividades cotidianas, gerando, muitas vezes, um grau de dependência que determina a necessidade de ajuda de outras pessoas, haja vista que a autoeficácia reflete a habilidade para avaliar a própria capacidade em realizar uma determinada tarefa (RESENDE; GOUVEIA, 2011; OLIVEIRA; MATSUKURA; FONTAINE, 2017).

Considerando o exposto e diante das características dos itens, a GSES-12 atingiu um bom nível de consistência interna, ou seja, as questões avaliam, homogeneamente, em maior ou menor grau, o conhecimento geral que as PCD física possuem sobre a autoeficácia. Pode-se dizer que o instrumento está validado, mas é importante salientar que as estimativas têm erros-padrões, que pode ser justificado pelo tamanho da amostra que não foi suficiente para estimar satisfatoriamente os parâmetros do modelo. Recomenda-se que para estimar parâmetros precisos da TRI, a amostra deve ser constituída por, no mínimo, 200 indivíduos (PASQUALI, 2003; BORTOLOTTI, ANDRADE, 2007).

Não obstante, cabe ressaltar, que a avaliação da validade de qualquer instrumento de medida deve constituir-se em um processo contínuo e permanente, de forma a possibilitar a detecção precoce de eventual necessidades de adaptação ou reformulação, levando em consideração os diferentes contextos que dele se apropriam (BALAN et al., 2014).

A validação convergente e a divergente, foi verificada por meio das escalas de autoestima, resiliência e estresse, respectivamente. Foi confirmada convergência entre a GSES-12 e a autoestima e os três fatores de resiliência, “ações e valores”, “independência e determinação” e “autoconfiança e adaptação a situações”, e divergência entre com a escala de estresse percebido.

A autoestima pode ser definida como um conjunto de crenças positivas sobre o próprio valor como pessoa, sendo relacionada com as características da autoeficácia. Uma baixa autoeficácia se refere a um sentimento de vulnerabilidade à adversidade e incapacidade na resolução e enfrentamento de problemas, isto pode acarretar o

desenvolvimento de crenças negativas sobre si mesmo e sobre o ambiente em que se está inserido, interferindo negativamente sobre a autoestima (PEREIRA et al., 2018).

A autoeficácia e autoestima foram avaliadas em diversos estudos, estando relacionadas a bons resultados escolares, a atuação de fatores de proteção na transição para a vida adulta e a prevenção de ideação suicida (SBICIGO et al., 2012; DUTRA-THOME et al., 2017; PEREIRA et al., 2018). As crenças de autoeficácia são associadas aos melhores níveis de autoestima e ambos parecem exercer efeito protetor em diferentes etapas do ciclo vital, podendo ainda promover processos de resiliência (DUTRA-THOME et al., 2017).

A resiliência é definida como a capacidade de recuperação e adaptação frente às adversidades, traumas, tragédias ou ameaças (SADLER et al., 2016). A relação entre as crenças de autoeficácia e resiliência é embasada nos conceitos de autorregulação, em que a maneira como os indivíduos enfrentam situações de tensão ou estresse, ao longo da vida, vai determinar a forma como eles acreditarão em si e em suas potencialidades (FONTE; AZZI, 2012).

Devido aos diversos obstáculos impostos ao indivíduo no cotidiano, o bem-estar e as realizações humanas devem requerer senso de eficácia resiliente (BANDURA, 2004). Desse modo, esses conceitos podem ser relacionados quando se referir ao enfrentamento de mudanças sociais, econômicas e laborais causadas pela globalização, e até mesmo às condições adversas, como a deficiência, envolvendo o contexto cultural e a responsabilidade coletiva (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

Quanto ao estresse, este tem como característica a repercussão de um desequilíbrio físico e mental, podendo ter efeito negativo ou positivo, de acordo com a percepção e interpretação de cada pessoa. No entanto, quando o reestabelecimento do equilíbrio acontece a longo prazo, torna-se necessária a implementação de tratamento para controlá-lo, evitando assim o desenvolvimento de outras doenças (SILVA; SALLES, 2016). E como uma importante variável relacionada à saúde e com a capacidade de influenciar o comportamento e a motivação, a autoeficácia pode ser uma preditora de mudanças de aspectos negativos em relação a si mesmo (CHAU; VILELA, 2017), estando relacionada, significativamente e inversamente, com a depressão, ansiedade e estresse (MORTON; MERGLER; BOMAN 2014; VARGHESE, NORMAN; THAVARAJ, 2015).

Corroborando esse aspecto, um estudo realizado no Chile com pacientes hipertensos identificou uma maior adesão ao tratamento quando associado a altos níveis

de autoeficácia no controle de sua doença e a baixos níveis de estresse (DÍAZ; NAZAR; PARRA, 2018). Como também, Schönfeld et al (2016) descobriram em uma amostra de adultos na Alemanha e em estudantes universitários da Rússia e China, que o efeito do estresse sobre a saúde mental foi diminuída pela autoeficácia. Esses achados sugerem que o constructo está relacionado tanto aos recursos pessoais quanto aos comportamentos que contribuem para uma melhor saúde física e mental (CHAU; VILELA, 2017).

#### **7.4 Avaliação da autoeficácia e a comparação com características das pessoas com deficiência física**

A autoeficácia foi avaliada por meio de comparação entre grupos de PCD física, que envolveu sexo, idade, renda, escolaridade, estado de saúde e tempo de deficiência. O resultado mostrou que apenas o estado de saúde e tempo de deficiência estiveram associados à GSES-12. Os participantes que referiram um bom estado de saúde apresentaram maior autoeficácia em relação aqueles que afirmaram com ruim, e os que conviviam com a deficiência a mais tempo, também exibiram-se mais autoeficazes.

As PCD física têm o enfrentamento focado na emoção que fornece um recurso psicológico para responder a uma situação incapacitante que, na maioria dos casos, não haverá mudança. Neste sentido, o bom estado de saúde nesta população pode estar relacionado à uma melhor satisfação e bem-estar social, físico e mental, como também à um alcance da adaptação frente as limitações físicas que apresentam e uma melhor autonomia quanto à realização de atividades cotidianas. Concomitante a isto, uma elevada autoeficácia facilita a percepção de bem-estar, porque o indivíduo percebe metas como atingíveis e acredita que seu comportamento irá produzir os resultados esperados, dando sentido ao seu projeto de vida (SOTO; PÉREZ, 2013).

Para garantir a própria independência, seja no ato da locomoção, da transferência ou do autocuidado, as PCD física, muitas vezes, exigem um esforço maior devido às suas limitações funcionais que afetam diretamente as atividades de vida diária e profissionais. No entanto, devido às habilidades adquiridas ao longo tempo, essas pessoas, tornam-se conscientes de sua condição e da própria realidade, o que pode ser um fator de adaptação que as favoreçam, aumentando sua autoeficácia (GIANINI; CHAMLIAN; ARAKAKI, 2006).

Desse modo, conviver durante um tempo maior com uma deficiência física compreende alcançar uma competência adaptativa com mais facilidade e uma melhor capacidade para responder com autoeficácia aos eventos e desafios que surgem na vida, acarretados pela deficiência. Concomitante a isto, implica que essas pessoas conseguem manter relações sociais positivas, lutar por direitos, encontrar equilíbrio para lidar com as adversidades físicas e atitudinais impostas por uma sociedade ainda despreparada para a diversidade humana, muitas vezes, não respeitando as diferenças e as particularidades de cada pessoa. Os sistemas de crenças e de atitudes ajudam os indivíduos a definir e compreender o mundo e a si mesmos, se posicionando positivamente diante das situações vividas no dia-a-dia (RESENDE; GOUVEIA, 2011).

Para tanto, um dos aspectos relevantes que deve ser levado em consideração para o aumento da autoeficácia em PCD é a inclusão social, que deve envolver, necessariamente, a capacidade do indivíduo e a vontade da sociedade em aceitar as diferenças e limitações inerentes à condição. Essas pessoas têm barreiras internas à sua participação em atividades sociais recreativas, educacionais e de emprego, relacionadas com restrições funcionais, fadiga, depressão, vulnerabilidade ao estresse, entre outros. No entanto, existem barreiras externas relacionadas ao ambiente físico e social, como a mobilidade, os obstáculos urbanos, o transporte, as atitudes sociais estereotipadas, a falta de oportunidades, o reduzido acesso aos recursos que podem ser controladas por meio de iniciativas e programas para a população (SOTO; PEREZ, 2013).

Nesta perspectiva, a avaliação das crenças de autoeficácia pode ser utilizada como uma ferramenta para nortear as condutas dos profissionais de saúde, como o enfermeiro, frente às PCD físicas, podendo identificar suas fragilidades, bem como as potencialidades, a fim de determinar e/ou incentivar a autoconfiança desses pacientes para que possam desenvolver suas atividades, mesmo com as limitações, de forma autônoma e eficaz.

## *8 Conclusão*

---

A GSES-12 adaptada e validada para a Língua Portuguesa apresenta equivalência conceitual, semântica, cultural e operacional em relação versão original, e propriedades psicométricas satisfatórias para a aplicação direcionada à população brasileira na prática clínica e em pesquisa, apresentando validade de constructo e boa consistência interna. A estrutura unifatorial foi confirmada pela AFE e apoiada pela AFC com índices indicando um bom ajuste. Na TRI, os itens apresentarem-se discriminantes, avaliando, homogeneamente, em maior ou menor grau, o conhecimento geral que as PCD físicas possuem sobre a autoeficácia. Foi confirmada a convergência com a escala de autoestima e os três fatores de resiliência e divergência com a escala de estresse percebido. No teste de comparação entre grupos distintos, houve associação da GSES-12 com estado de saúde e tempo de deficiência, demonstrando maior autoeficácia naqueles com que afirmaram à saúde com boa e os que conviviam com à deficiência a mais tempo.

Portanto, esse instrumento é eficaz para a mensuração da autoeficácia, sendo de significativa importância para profissionais de saúde, utilizando-o tanto para as PCD físicas como em outras populações sob maior vulnerabilidade, pois devido a abrangência da escala pode ser testadas em pessoas idosas, indivíduos com dor e doenças crônicas, com câncer, entre outros. Além disso, por ser um instrumento breve e fácil de ser administrado, poderá ser uma valiosa ferramenta de avaliação para identificar aspectos estigmatizados na vida dessas pessoas, como resultado de suas limitações, subsidiando intervenções e consequentemente, melhora da assistência.

Essa pesquisa tem implicações para a prática, pesquisa e ensino da Enfermagem, uma vez que se faz necessário incluir na formação e atuação do enfermeiro aspectos voltados para uma visão crítica psicossocial do paciente, e não apenas biológica. Além disso, implica-se também a nível governamental, trazendo reflexões sobre uma melhor implementação e incorporação das políticas voltada a esta população, devendo ser consideradas no sentido de satisfazer todas as necessidades, sejam elas físicas, emocionais, sociais e financeiras.

O estudo apresentou algumas limitações, como os altos custos com traduções e análises psicométricas, a restrição da pesquisa apenas com PCD física, não sendo avaliado a sua efetividade com outras deficiências, como a visual, auditiva e intelectual; a realização da coleta de dados exclusivamente em um local, restringindo o tamanho da amostra, apesar de ter sido suficiente para a realização da análise; e a generalização dos resultados limitados a população que residem em apenas uma região geográfica do país,

os quais apresentam costumes e cultura específica, o pode influenciar nas respostas do instrumento.

Recomenda-se em futuras pesquisas a avaliação das propriedades psicométricas da escala em outras populações, e contextos assistenciais distintos, assim como uma amostra mais expressiva para ajuste de possíveis parâmetros. Sugere-se ainda, estudos longitudinais para documentar o desempenho da GSES-12 durante períodos mais longos.

## *Referências*

---

ALVES, M.L.T; DUARTE, E. Relação entre a imagem corporal e deficiência física. Uma pesquisa bibliográfica. **Revista Digital**. v.15, n.143, 2010.

ANDERSON, K.O; et al. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **C Pain**. v.63 n.1, p.77-84, 1995.

ANDRADE, D.F; TAVARES, H.R; VALLE, R.C. **Teoria de Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 2000.

ANDREUCCETTI G; et al. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001–2010) conducted in Brazil: reducing blood alcohol limits for driving. **Addiction**. v.106, n.12, p. 2124-2131, 2011.

AOKI, M; et al. Pessoas com Deficiência e a Construção de Estratégias Comunitárias para Promover a Participação no Mundo do Trabalho. **Rev. bras. educ. espec.** v. 24, n. 4, p. 517-534, 2018.

ARAGAO, J.S; et al. Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 21, n. 10, p. 3143-3152, 2016.

ARAUJO, E.A.C, ANDRADE, D.F; BORTOLOTTI, S.L.V. Teoria de Resposta ao Item. **Rev Esc Enferm USP**. v.43; n.Esp, p.1000-1008, 2009

AZEVEDO, T. R. et al. Accesibilidad para personas con discapacidad física en los hospitales públicos. **Enfermería Global**, v. 14, p. 310-318, 2015.

BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L. Análise da consistência interna e factorial confirmatória do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. **Psico-USF**. v. 13, n. 1, p. 1-1, 2008.

BALAN, M.A.J; et al. Validação de um instrumento de investigação de conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n,2, p.373-381, 2014.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p.191-215, 1977.

BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman, 1997.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior** v.31, n.2, p.143–164, 2004.

BANDURA, A. **Adolescent development from an agentic perspective**. In: F. Pajares & T. Urdan (Eds.). Self-efficacy beliefs of adolescentes. v. 5, p. 1-43, 2006.

BANDURA, A.; AZZI, R. G; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARNES, C. Deficiência, trabalho e proteção social: Aplicação do modelo social. In B. S. Martins, & F. Fontes (Eds.), **Deficiência e emancipação social: para uma crise da normalidade**. (pp. 79-100). Coimbra: Edições Almedina, 2016.

BARREIRA, D.D; NAKAMURA, A.P. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. **Aletheia**, n.23, p.75-80, 2006.

BARTLETT, M. S. A note on the multiplying factors for various chi square approximations. **J. Royal Stat. Soc**, Series B, 16, p. 296-298, 1954.

BLOSTEIN, D.L. The role of goal instability and career self-efficacy in the career exploration process. **Journal of Vocational Behavior**. v.35, p.194-203, 1989.

BÖELL, J. E. W. et al. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.24, n.2786, p.1-9, 2016.

BORSA, J. C; DAMÁSIO, B. F; BANDEIRA, D. R. Artigo Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**. v.22, n.53, 423-432, 2012.

BORTOLOTTI, S.L.V; ANDRADE, D.F. Aplicação de um Modelo de Desdobramento Graduado Generalizado - GGUM da Teoria da Resposta ao Item. **Est Aval Educ**. v.18, n.3, p.157-188, 2007.

BOSSCHER, R. J; et al. Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. **Behaviour Research and Therapy**. v.36, n.3, p.339-343, 1998.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências**; 1998

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**; 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.

BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research**. New York: The Guilford Press; 2015.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming**. Nova Iorque: Routledge, 2010.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M.A.A; TEODORO, M.L.M. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In Pasquali, L.

**Instrumentação psicológica:** Fundamentos e práticas. pp. 506-520. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CATTELL, R. B. The Scree Plot Test for the Number of Factors. **Multivariate Behavioral Research**, v.1, p.140-161, 1966.

CATUSSO, R.L; CAMPANA, A.N.N.B; TAVARES, M.C.G.C.F. A Resiliência e a imagem corporal de adolescentes e adultos com mielomeningocele. **HU Revista**. v.36, n.1, p.37-45, 2010.

CHAU, C; VILELA, P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. **Revista de Psicología**. v. 35, n. 2, p. 387-422, 2017.

CHEN, G; GULLY S; EDEN D. Validation of a New General Self-Efficacy Scale. **Organ Res Meth**. v.4, n.1, p.62-83, 2001.

CHESANI, F.H; et al. A percepção de qualidade de vida de pessoas com deficiência motora: diferenças entre cadeirantes e deambuladores. **Fisioter. Pesqui.** v. 25, n. 4, p. 418-424, 2018.

COHEN, S; KAMARCK, T; MERMELSTEIN, R. A Global Measure of Perceived Stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.24, n.4, p.385-396, 1983.

COHEN, S; WILLIAMSON, G. M. Perceived Stress in a Probability Sample in the United States. In: S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.), **The Social Psychology of Health**. Newbury Park, UK: Sage, 1988.

CONNOLLY, J. Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. Canadian Journal of Behavioural Science. **Revue canadienne des sciences du comportement**. v.21, n.3, p. 258-269, 1989.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**. v. 78, p. 98-104, 1993.

COUTINHO, B.G; et al. Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física. **Trab. educ. saúde**. v. 15, n. 2, p. 561-573, 2017.

CRUZ, D.M; et al. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. **Cienc. enferm., Concepción**. v. 21, n. 1, p. 23-33. 2015.

DAHLBECK, D.T; LIGHTSEY JR, O.R. Generalized Self-Efficacy, Coping, and Self-Esteem as Predictors of Psychological Adjustment Among Children With Disabilities or Chronic Illnesses. **Children's Health Care**, v.37. p.293–315, 2008.

DAMASIO, B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.** v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DÁMASIO, B.F. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 211-220, 2013.

DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** v.32, n.6, p.734-744, 2003.

DÍAZ, F.C M; NAZAR, G; PARRA, S.M. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. **Hacia Promoc. Salud.** v.23, n.2, p.67-78, 2018.

DOLAN, M.J; HENDERSON, G.I. Patient and equipment profile for wheelchair seating clinic provision. **Disabil Rehabil Assist Technol.** v.9, n.2, p.136-143, 2013.

DUTRA-THOME, L; et al. Factores de protección y de riesgo en la transición para la vida adulta en cinco regiones brasileñas. **Av. Psicol. Latinoam.** v. 35, n. 3, p. 485-499, 2017 .

FIGUEIREDO-CARVALHO, Z.M; et al. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan.** v. 14, n. 2, p. 148-158, 2014 .

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Pública.** v. 16, n. 1, p.160-185, 2010.

FLETCHER, P. A teoria da resposta ao item: medidas invariantes do desempenho escolar. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação.** v.1, n.2, p.21-28, 1994.

FONTES A.P; AZZI R.G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estud. psicol.** v.29, n.1, 2012.

GALENKAMP, H; et al. Estimates of prospective change in self-rated health in older people were biased owing to potential recalibration response shift. **J Clin Epidemiol;** v.65, n.9, p.978-988, 2012.

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.21; n.10. p.3061-3070, 2016.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem:** versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GIANINI, P. E. S., CHAMLIAN, T. R., & ARAKAKI, J. C. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. **Acta Ortopédica Brasileira.** v.14, n.1, p.44-47, 2006.

GIGNAC, M.A.M., COTT, C. A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. **Social Science and Medicine.** v.47, n.6, p.793-753, 1998.

GOMES, A.L.A. et al. Validação e confiabilidade da Self-efficacy and their child's level of asthma control. **Rev Bras Enferm.** v.71, n.2, p.433-440, 2018.

GOMES, T.M. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência visual nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem UERJ,** v. 25, p. 1-6, 2017.

GUILLEMIN F.; BOMBARDIER C.; BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol.** v. 46, n. 12, p.1417-1432, 1993.

HAIR, J.F. et al. **A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling.** Los Angeles: SAGE, 2014.

HAIR, J.F; et al. **Análise Multivariada de Dados.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

HEALE, R; GRIFFIN, M.T. Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing.** v.65,n.4, p.912–918, 2009.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res.** v.7, n.4, p.323-335, 1998.

HERRERO, R; et al. Psychometric properties of the General Self Efficacy-12 scale in Spanish: general and clinical population samples. **Comprehensive Psychiatry**, 2014.

HOLANDA, C.M.A; et al. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p. 175-184, 2015.

HUTZ, C. **Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg.** Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

JONKER I, SIJBRANDIJ M, WOLF J. Toward Needs Profiles of Shelter-Based Abused Women: Latent Class Approach. **Psychol Women Q.** v.36, n.1, p.38-53, 2012.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res.** v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KIMBERLIN, C.L; WINTERSTEIN, A.G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **Am J Health-Syst Pharm.** v.65, n.1, p.2276-2284, 2008.

KIRBY, R.L; et al. Wheelchair skills capacity and performance of manual wheelchair users with spinal cord injury. **Arch Phys Med Rehabil.** v.97, n.10, p.1761-1769, 2016.

KVARME, L. G. et al. Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. **Health Qual Life Outcomes.** v.7, n.85, 2009.

LEAL, D.R; MATTOS, G.D; FONTANA, R.T. Trabalhador com deficiência física: fragilidades e agravos autorreferidos. **Rev. bras. Enferm.** v. 66, n. 1, p. 59-66, 2013.

LINO, C. R. M. et al. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do brasil: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.** v. 26, n. 4, 2017.

LIU, T. A concept analysis of self-efficacy among Chinese elderly with diabetes mellitus. **Nursing Forum.** v.47, n.4, p.226–235, 2012.

LORD, F. M. **A theory of test scores.** 7<sup>a</sup> Ed. Psychometric Monograph. 1952.

LUFT, C.D.B; et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública,** v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

LUIZ, K.G; NUERNBERG, A.H. A sexualidade da pessoa com deficiência nas capas da Revista Sentidos: inclusão ou perpetuação do estigma? **Fractal, Rev. Psicol.** v. 30, n. 1, p. 58-65, 2018.

LUSZCZYNASKA A, GUTIÉRREZ-DOÑA B, SCHWARZER R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. **Int J Psychol.** v.40, n.2, p.80–89, 2005.

MACHADO, W.C.A; et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto contexto - enferm.** v. 27, n. 3, e4480016, 2018.

MAIBACH, E; MURPHY, D.A. Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement. **Health Education Research.** v.10, n.1, p.37–50, 1995.

MARTINELLI, S.C; SASSI, A.G. Relações entre Autoeficácia e Motivação Acadêmica. **Psicologia ciência e profissão.** v.30, n.43, p.780-791, 2010.

MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN.** v.8, n.20, p.1-12, 2006.

MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.21, n.10, p.3153-3160, 2016.

MARTINS, K. P. et al. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. **Cuidado é Fundamental (Online),** v. 10, p. 1150-1155, 2018.

MARTINS, K. P. **Acessibilidade de pessoas com deficiência física e sensorial em Unidades de Saúde da Família.** 2014. 75f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)

MATA, L. R. F; et al. Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.23, n.5, p.806-813, 2015.

MATTO; S.K; MALHOTRA, R. Self-efficacy Scale: Hindi translation and factor structure. **Indian J Clin Psychol.** v.25, p.154-158, 1998

MELO, F. R.; LUCENA, N. M.; SARAIVA, L. Atuação de fisioterapeutas na inclusão de alunos com deficiência física no ensino regular. **Revista Educação em Questão**, v. 55, n. 45, p. 176-199, 2017.

MISSEL, A; COSTA, C. C; SANFELICE, G. R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trab. educ. saúde**. v.15, n.2, 2017.

MORTON, S; MERGLER, A; BOMAN, P. Managing the transition: the role of optimism and self-efficacy for first-year Australian university students. **Australian Journal of Guidance and Counselling**. v.24, n.1, p.1090-1081, 2014.

MOWAT J; SPENCE LASCHINGER, H.K. Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people. **Journal of Advanced Nursing**. v.19, n.6, p.1105–1113, 1994.

MYSTAKIDOU, K, et al. General perceived self-efficacy: Validation analysis in Greek cancer patients. **Supportive Care in Cancer**. v.16, n.12, p.1317-1322, 2008.

NANDA-INTERNACIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação**, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NOGUEIRA, G.C. et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 21, n. 10, p. 3131-3142, 2016.

NOGUEIRA, R.F. C. **Intervenção sociodramática com pessoas com deficiência e incapacidade**: processos e mudança pelo olhar dos participantes. Porto: EdUPT, 2015.

NORA, C.R.D; ZOBOLI, E; VIEIRA, M.M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 648-651, 2017.

NUNNALLY, J.C; BERNSTEIN, I.H. The Assessment of Reliability. **Psychometric Theory**. v.3, p.248-292, 1994.

OLIVEIRA, A.K.C; MATSUKURA, T.S; FONTAINE, A.M.G.V. Autoconceito e Autoeficácia em Crianças com Deficiência Física: Revisão Sistemática da Literatura. **Rev. bras. educ. espec.** v. 23, n. 1, p. 145-160, 2017.

OLIVEIRA; et al. O grupo operativo como instrumento de aprendizagem do cuidado por mães de filhos com deficiência. **Esc. Anna Nery**. v.20; n.3, 2016.

OMELAS; M. Percepción de Autoeficacia en la Solución de Problemas y Comunicación Científica en Universitarios de Ingeniería y Ciencias Sociales. **Form. Univ.** v.8 n.4 La Serena, 2015.

OVIEDO, H. C.; CAMPO-ARIAS, A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 4, 2005.

PACE, A.E. et al. Adaptação e validação da Diabetes Management Self-efficacy Scale para a língua portuguesa do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.25, e2861, 2017.

PAGLIUCA. et al. Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. **Esc. Anna Nery.** v.19, n.3, 2015.

PAJARES, F. Self-efficacy during childhood and adolescence: implications for teachers and parents. In: Pajares F. & Urdan T. **Self-efficacy Beliefs of Adolescents.** p.339-367, 2005.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2003.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores.** Porto Alegre: Artmed; 2005.

PASQUALI, L. **Teoria de resposta ao item:** teoria, procedimentos e aplicações. Brasília: LabPAM, 2007.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 43, n. esp, p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica:** fundamentos e prática. Brasília: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

PASQUALI, L; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. **Avaliação Psicológica:** Interamerican Journal of Psychological Assessment, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

PEINADO; J. E; et al. Invarianza Factorial de la Escala de Autoeficacia en la Solución de Problemas y Comunicación en Estudiantes Universitarios. **Form. Univ.** v.8, n.4, 2015.

PEREIRA, A.S; et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 23, n. 11, p. 3767-3777, 2018.

PESCE, R. P; et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública,** v.21, n.2, p.436-448, 2005.

POLIT, D. F. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. **Int J Nurs Stud.** v. 52, n. 11, p.1746-1753, 2015.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

PRIMI, R. Avanços na Interpretação de Escalas com a Aplicação da Teoria de Resposta ao Item. **Avaliação Psicológica.** v.3; n.1, p. 53-58, 2004.

RAMADA-RODILLA, J.M; SERRA-PUJADAS, C; DELCLÓS-CLANCHET, G.L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud pública de México**. v.55, n.1, 2013.

REICHENHEIM, M; MORAES, C. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev Saúde Pública**. v.41,n.4, p.665-673, 2007.

RESENDE, M.C; GOUVEIA, V.V. Qualidade de vida em adultos com deficiência física. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 24, n. 1, p. 99-106, 2011.

RESNICK B. Self-efficacy. In: Peterson S.J. & Bredow T.S. **Middle Range Theories: Application to Nursing Research** (pp. 82–95). Wolters Kluwer Health, 2013.

ROACH, K.E. Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. **J Prosthet Orthot.** v.18, n.1S, p.8-12, 2006.

ROJAS-ROJAS, L. M; ARBOLEDA-TORO, N; PINZÓN-JAIME, L. J. Caracterización de población con discapacidad visual, auditiva, de habla y motora para su vinculación a programas de pregrado a distancia de una universidad de Colombia. **Educare**. v.22, n.1, 2018.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROONEY, R.A; OSIPOW, S.H. Task-Specific Occupational Self-Efficacy Scale: The Development and Validation of a Prototype. **Journal of Vocational Behavior**. v.40, n.1, p.14-32, 1992.

ROQUE, F.R. et al. Aerobic exercise reduces oxidative stress and improves vascular changes of small mesenteric and coronary arteries in hypertension. **British Journal of Pharmacology**, v.168, n.3, p. 686–703, 2013.

SADLER, E; et al. Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke. **Health Soc Care Community**. v.25, n.5, p.1590-1600, 2016.

SAMEJIMA, F. A. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometric Monograph**, 1969.

SARTES, L.M.A; SOUZA-FORMIGONI, M.L.O. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 26, n. 2, p. 241-250, 2013.

SBICIGO, J. B; et al. Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). **PSICO**, v.43, n. 2, p. 139-146, 2012.

SCHÖNFIELD, P; et al. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v.16, p.1-10, 2016.

SCHWARZER R, JERUSALEM M. Generalized Self-Efficacy scale. In Weinman J, Wright S. Johnston M, editors. **Measures in health psychology: A user's portfolio.** Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON; 1995.

SERON, B. B.; ARRUDA, G. A; GREGUOL, M. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. **Rev Bras Ciênc Esporte.** v. 37, n. 3, p. 214-221, 2015.

SHERER M, MADDUX J, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers R. The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. **Psychol Rep.** v.51, p.663-671, 1982.

SILVA, L.C; SALLES, T.L.A. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. **ReCaPe Revista de Carreiras e Pessoas.** v. 6, n. 2, p. 234-247, 2016.

SILVA, M. S; et al. Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. **Rev. Eletr. Enf.** v.18, e1145, 2016.

SOTO, P.A.O; PEREZ, C.L. Psychosocial predictors of quality of life in people experiencing physical disability. **Act. Colom. Psicol.** v. 16, n. 2, p. 125-137, 2013.

SOUZA, F.R; PIMENTEL, A.M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** v.20, n.2, p.229-237, 2012.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 26, n. 3, p.649-659, 2017.

STEUNENBERG, B; et al. Personality predicts recurrence of latelife depression. **J Affect Disord.** v.123, n.1, p.164-172, 2010.

STREINER, D. L.; KOTTNER, J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. **J Adv Nurs.** v. 70, n. 9, p. 1970-1979, 2014.

TABACHNICK BG, FIDELL LS. **Using multivariate statistics.** Nova Iorque: Allyn & Bacon, 2013.

TERWEE, C. B; et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol.** v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TOWNSEND, L; SCANLAN, J.M. Self-efficacy related to student nurses in the clinical setting: a concept analysis. **International Journal of Nursing Education Scholarship** v.8, n.1, p.1-15, 2011.

VAN DER BIJL, J.J; VAN POELGEEST-EELTINK, A; SHORTRIDGE-BAGGET L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. **J Adv Nurs,** 1999.

VARGHESE, R.P; NORMAL, S.J; THAVARAJ, H.M. Perceived stress and self-efficacy among college students: a global review. **International Journal of Human Resource Management and Research.** v.5, n.3, p.15-24, 2015.

VET, H.C. et al. When to use agreement versus reliability measures. **J Clin Epidemiol.** v.59, n.10, p.1033-1039, 2006.

VIRIATO, R. H; et al. Contribuições da dançaterapia no aspecto emocional de pessoas com deficiência física durante programa de reabilitação. **Acta Fisiatr.** v. 21, n. 2, p. 66-70, 2014.

VOSKUIL, V.R; ROBBINS, L.B. Youth physical activity self-efficacy: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing.** v.71, n.9, 2015.

WAGNILD, G.M. **The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale.** New York, University Press, 2009.

WAGNILD, G.M; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement.** v.1, n.2, p.165-168, 1993.

WOLF, M.S, et al. Development and validation of the Communication and Attitudinal Self-Efficacy scale for cancer (CASE-cancer). **Patient Educ Couns.** v.57, n.3, p.333-341, 2005.

WOOD, IM.R; et al. African American parents ‘guardians’ health literacy and self-efficacy and their child’s level of asthma control. **J Pediatr Nurs,** 2010.

WOODRUFF, S; CASHMAN, J. Task, domain, and general efficacy: A reexamination of the Self-efficacy Scale. **Psychological Reports,** v.72, p.423-432, 1993.

YILDIRIM, F; ILHAN, I.O. The validity and reliability of the General Self-Efficacy scale Turkish form. **Turk Psikiyatri Derg.** v.21,n.4, p.301-308, 2010

YEO, G., NEAL, A. An examination of the dynamic relationship between self-efficacy and performance across levels of analysis and levels of specificity. **Journal of Applied Psychology.** v.91, p. 1101-1088, 2006.

ZAMBRANO, C. Autoeficacia, Prácticas de Aprendizaje Autorregulado y Docencia para fomentar el Aprendizaje Autorregulado en un Curso de Ingeniería de Software. **Form. Univ.** v.9, n.3, 2016.

## *Apêndices*

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa tem como título a Adaptação e validação da *General Self-Efficacy Scale-12* em pessoas com deficiência física no Brasil e está sendo desenvolvida por **Kaisy Martins de Albuquerque Madruga**, enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profª Drª Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa. O objetivo do estudo realizar a adaptação transcultural da *GSES-12* para o português do Brasil em pessoas com deficiência física. A finalidade deste trabalho é contribuir através da apresentação das propriedades psicométricas dessa escala, identificar senso de autoeficácia na clientela assistida, sendo de significativa importância para sociedade e para a prática da Enfermagem, pois seu conceito nas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde apresenta-se operativo, inovador e atual.

Solicitamos a sua colaboração para entrevista com tempo médio de aproximadamente 30 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a saúde dos participantes.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação em sua rotina de trabalho na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Kaisy Pereira Martins

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou responsável legal

Impressão dactiloscópica

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Kaisy Pereira Martins, Telefone: (83) 999746352 ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde - Endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar. Campus I - Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [eticacccsufpb@hotmail.com](mailto:eticacccsufpb@hotmail.com) Telefone: (83) 3216 7791.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUÍZES

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa tem como título Adaptação e validação da *General Self-Efficacy Scale-12* em pessoas com deficiência física no Brasil está sendo desenvolvida por Kaisy Martins de Albuquerque Madruga, enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profª Drª Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa. O objetivo do estudo realizar a adaptação transcultural da *GSES-12* para o português do Brasil em pessoas com deficiência física. A finalidade deste trabalho é contribuir através da apresentação das propriedades psicométricas dessa escala, identificar senso de autoeficácia na clientela assistida, sendo de significativa importância para sociedade e para a prática da Enfermagem, pois seu conceito nas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde apresenta-se operativo, inovador e atual.

Solicitamos a sua colaboração para participar como Juiz do processo de validação de conteúdo da escala BCOS, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a saúde dos participantes.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação em sua rotina de trabalho na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Kaisy Pereira Martins

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou responsável legal

Impressão dactiloscópica

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Kaisy Pereira Martins, Telefone: (83) 999746352 ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde - Endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar. Campus I - Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com) Telefone: (83) 3216 7791.

## **APÊNDICE C – INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

### **1. Identificação sociodemográfica**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** (1) Feminino (2) Masculino

**Você tem alguma ocupação:** (1) Sim (2) Não. Qual? \_\_\_\_\_

**Religião:** (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Umbandista (5) Ateu (6) Não tem religião (7) Outra \_\_\_\_\_

**Estado civil:** (1) Solteiro (2) Casado ou união estável (3) Viúvo (4) Divorciado

**Anos de estudos:** \_\_\_\_\_

**Renda individual:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** \_\_\_\_\_

**Tipo de renda:** (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Aluguel (4) Trabalho próprio (5) Doação – família, amigos, instituição (6) Outras (7) Não tem

### **2. Hábitos de Vida e situação de saúde**

**Fuma:** (1) Sim (2) Não **Bebida alcoólica:** (1) Sim (2) Não

**Atividade física:** (1) Sim (2) Não Qual? \_\_\_\_\_

**Atividades de lazer:** (1) Sim (2) Não. **Se sim, frequência** (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Quinzenalmente (4) Mensalmente (5) Anualmente

**Estado de saúde autorreferido:** (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim, nem boa (4) Boa (5) Muito boa

**Morbidades autorreferida:** (1) Hipertensão Arterial Sistémica (2) Diabetes Mellitus (3) Osteoporose (4) Cardiopatia (5) Renal (6) Hepática (7) Respiratória (8) Outras

### **3. Características referentes a deficiência:**

**Origem da deficiência:** (1) Adquirida (2) Congênita. **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**Tipo de deficiência física:** (1) paraplegia (2) paraparesia (3) monoplegia (4) monoparesia (5) tetraplegia (6) tetraparesia (7) triplegia (8) triparesia (9) hemiplegia (10) hemiparesia (11) amputação

**Uso de algum dispositivo:** (1) Sim (2) Não **Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**Fez/Faz reabilitação:** (1) Sim (2) Não. **Se sim, qual especialidade:** (1) Fisioterapia (2) Psicoterapia (3) Terapia Ocupacional (4) Outros \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – VERSÃO TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS

### ESCALA GERAL DE AUTOEFICÁCIA

Instruções: Este questionário é uma série de declarações sobre suas atitudes e características pessoais. Leia cada uma e decida até que ponto ela te descreve. Não existem respostas certas ou erradas. Você provavelmente irá concordar com algumas declarações e discordar de outras. Por favor, indique o seu sentimento pessoal a respeito de cada afirmação abaixo marcando a letra que melhor descreve sua atitude ou sentimento. Por favor seja bastante verdadeiro e se descreva como você realmente é, não como você gostaria de ser.

Marque:

- 1 – se você DISCORDAR TOTALMENTE da afirmação;
- 2 – se você DISCORDAR PARCIALMENTE da afirmação;
- 3 – se você nem concorda nem discorda da afirmação;
- 4 – se você CONCORDA TOTALMENTE com a afirmação;
- 5 – se você CONCORDA PARCIALMENTE com a afirmação.

	1	2	3	4	5
Se algo parece muito complicado, eu nem tento fazer					
Evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem ser muito difíceis					
Ao tentar aprender algo novo, desisto rapidamente se não for bem-sucedido inicialmente					
Quando faço planos, tenho certeza de que irão dar certo					
Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, eu continuo tentando até conseguir					
Quando tenho algo desagradável para fazer, eu tento até terminar					
Quando eu decido fazer alguma coisa, faço imediatamente					
O fracasso me faz ser mais persistente					
Quando estabeleço metas importantes para mim, raramente eu as alcanço					
Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida					
Quando problemas inesperados acontecem, não lido muito bem com eles					
Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer as coisas					

## APÊNDICE E – VERSÃO ADAPTADA

### ESCALA GERAL DE AUTOEFICÁCIA

Instruções: Este questionário é uma série de declarações sobre suas atitudes e características pessoais. Leia cada uma e decida até que ponto ela te descreve. Não existem respostas certas ou erradas. Você provavelmente irá concordar com algumas declarações e discordar de outras. Por favor, indique o seu sentimento pessoal a respeito de cada afirmação abaixo marcando a letra que melhor descreve sua atitude ou sentimento. Por favor seja bastante verdadeiro e se descreva como você realmente é, não como você gostaria de ser.

Marque:

- 1 – se você DISCORDAR TOTALMENTE da afirmação;
- 2 – se você DISCORDAR PARCIALMENTE da afirmação;
- 3 – se você nem concorda nem discorda da afirmação;
- 4 – se você CONCORDA TOTALMENTE com a afirmação;
- 5 – se você CONCORDA PARCIALMENTE com a afirmação.

	1	2	3	4	5
Se alguma coisa parece muito complicado, eu não tento fazer					
Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser difíceis					
Ao tentar aprender algo novo, se eu não for inicialmente bem-sucedido, desisto rapidamente					
Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo					
Se eu não consigo fazer um trabalho pela primeira vez, continuo tentando até conseguir					
Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar					
Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente					
O fracasso me faz ser mais persistente					
Quando estabeleço metas importantes para minha vida, raramente eu as alcanço					
Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria dos problemas que surgem na minha vida					
Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles					
Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa					

## APÊNDICE F – VERSÃO ADAPTADA FINAL

### ESCALA GERAL DE AUTOEFICÁCIA

Instruções: Este questionário é uma série de declarações sobre suas atitudes e características pessoais. Leia cada uma e decida até que ponto ela te descreve. Não existem respostas certas ou erradas. Você provavelmente irá concordar com algumas declarações e discordar de outras. Por favor, indique o seu sentimento pessoal a respeito de cada afirmação abaixo marcando a letra que melhor descreve sua atitude ou sentimento. Por favor seja bastante verdadeiro e se descreva como você realmente é, não como você gostaria de ser.

Marque:

- 1 – se você DISCORDAR TOTALMENTE da afirmação;
- 2 – se você DISCORDAR PARCIALMENTE da afirmação;
- 3 – se você nem concorda nem discorda da afirmação;
- 4 – se você CONCORDA TOTALMENTE com a afirmação;
- 5 – se você CONCORDA PARCIALMENTE com a afirmação.

	1	2	3	4	5
1. Se alguma coisa parece muito complicado, eu não tento fazer					
2. Evito aprender coisas novas quando elas parecem ser difíceis					
3. Ao tentar aprender algo novo, se inicialmente eu não conseguir, desisto rapidamente					
4. Quando faço planos, tenho certeza que irão dar certo					
5. Se eu não consigo fazer uma atividade pela primeira vez, continuo tentando até conseguir					
6. Quando tenho algo desagradável para fazer, tento até terminar					
7. Quando decido fazer alguma coisa, faço imediatamente					
8. O fracasso me faz ser mais persistente					
9. Quando estabeleço metas importantes para minha vida, geralmente eu não as alcanço					
10. Eu não me sinto capaz de lidar com a maioria das dificuldades que surgem na minha vida					
11. Quando problemas inesperados acontecem, não sei lidar muito bem com eles					
12. Eu me sinto inseguro sobre minha capacidade para fazer qualquer coisa					

## *Anexos*

---

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA GENERAL SELF-EFFICACY SCALE-12

Hello, Dr. James Maddux  
My name is Kaisy, I'm doctoral student of the Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Paraíba - BRAZIL, guide of Prof. Dr. Katia Neyla de Freitas Macedo Costa. I've been through this ask for permission to test the validation of the instrument - General Self Efficacy Scale (GSES-12) for use in Brazil as a proposal for my doctoral thesis.

The purpose of my thesis is to validate the GSES-12 in people with disabilities in Brazil, with the following question: What is the reliability of the psychometric properties of the GSES-12 in the Brazilian context? And with the following objectives: Check semantic equivalences, idiopathic, cultural and conceptual of the Brazilian version of the PRS through a committee of Brazilian judges; Analyse the internal consistency of the Brazilian version of the GSES-12; and establishes the factor analysis of GSES-12. As for the method, it will be all the validation process, first the cross-cultural adaptation of the scale, with the translation and back-translation and analysis of the scale by a panel of judges to make the comparison and correct translation errors then will be applied the instrument, it will be held after the analysis of internal consistency by Cronbach's alpha coefficient, followed by the criterion validity and construct, and the last step is the validation of exploratory and confirmatory factor analysis of the items and factors of scale.

I'll be grateful, as I am anxious to continue my research, since I can only do it with your permission for the adaptation and validation of PRS in Brazil.

Have a nice day and thank you for your attention.

Sincerely,  
Kaisy Martins

 James E. Maddux to you Mar 22, 2018

Dear Ms. Martins:

I am pleased that you would like to use the scale in your research, and you have my permission to do so. I would love to have a copy of the Portuguese translation of the scale to add to my collection of translations.

By the way, a graduate student in Uruguay is planning a similar study using a Spanish version of the scale. Perhaps you and he might benefit from communicating with each other about your research plans. He speaks excellent English.

Best regards,

## ANEXO B – ENCAMINHADO PARA O AUTOR A SÍNTESE DAS TRADUÇÕES PARA O PORTUGUÊS E O BACK-TRANSLATION

Re: Copy of the Portuguese translation of the scale GSES-12

 James Maddux <jmaddux@gmu.edu>  
 Você ✉  
 Thanks very much, Kaisy. I hope your study turned out well.  
 Would you mind if I shared this with a psychologist I know from Portugal who is now teaching in Uruguay? I'm sure that he would be interested.  
 Jim  
 James E. Maddux, Ph.D.  
 University Professor Emeritus - Department of Psychology  
 Senior Scholar - Center for the Advancement of  
 Well-Being  
 George Mason University  
 Fairfax, Virginia  
 Website: <http://psychology.gmu.edu/people/jmaddux>  
 Mailing address: 414 Seward Square SE #201  
 Washington, DC 20003

Now available: *Subjective Well-Being and Life Satisfaction*.  
<https://www.routledge.com/Subjective-Well-Being-and-Life-Satisfaction/Maddux/p/book/9781138282087>

---

From: Kaisy Martins <kaisyjp@hotmail.com>

To: James Maddux  
 Subject: Copy of the Portuguese translation of the scale GSES-12

Hi Jim,  
 I am sending the copy of the Portuguese translation of the scale and the back translation for the comparison of the translated version.  
 Best regards,  
 Kaisy

## ANEXO C – VERSÃO ORIGINAL DA *GENERAL SEFL-EFFICACY SCALE-12*

Instructions: This questionnaire is a series of statements about your personal attitudes and traits. Each statement represents a commonly held belief. Read each statement and decide to what extent it describes you. There are no right or wrong answers. You will probably agree with some of the statements and disagree with others. Please indicate your own personal feelings about each statement below by marking the letter that best describes your attitude or feeling. Please be very truthful and describe yourself as you really are, not as you would like to be.

Mark:

- 1 – if you **DISAGRE STRONGLY** with the statement;
- 2 – if you **DISAGREE MODERATELY** with the statement;
- 3 – if you neither agree nor disagree with the statement;
- 4 – if you **AGREE MODERATELY** with the statement;
- 5 – if you **AGREE STRONGLY** with the statement.

	1	2	3	4	5
1. If something looks too complicated I will not even bother to try it					
2. I avoid trying to learn new things when they look too difficult					
3. When trying to learn something new, I soon give up if I am not initially successful					
4. When I make plans, I am certain I can make them work					
5. If I can't do a job the first time, I keep trying until I can					
6. When I have something unpleasant to do, I stick to it until I finish it					
7. When I decide to do something, I go right to work on it					
8. Failure just makes me try harder persistence					
9. When I set important goals for myself, I rarely achieve them					
10. I do not seem capable of dealing with most problems that come up in my life					
11. When unexpected problems occur, I don't handle them very well					
12. I feel insecure about my ability to do things					

## ANEXO D – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.  
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concorde Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

## ANEXO E – ESCALA DE RESILIÊNCIA

**Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:**

	DISCORDO			NEM CONCOR DO NEM DISCOR DO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantendo interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO F – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

### *Perceived Stress Scale – PSS (10 item)*

**Instrução:** Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

0= nunca 2= quanse nunca 3= algumas vezes 4=frequentemente 5= muito frequente

	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

## ANEXO G – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Titular da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA GENERAL SELF EFFICACY-12 SCALE EM UMA AMOSTRA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NO BRASIL

**Pesquisador:** Kaisy Pereira Martins

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 78302717.8.0000.5188

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.676.109

#### Apresentação do Projeto:

Tese de doutorado com delineamento transversal que será realizada em um centro integrado de apoio à pessoa com deficiência no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população do estudo será composta por 200 pessoas com deficiência física.

#### Objetivo da Pesquisa:

Validar a General Self Efficacy-12 Scale em uma amostra de pessoas com deficiência física no Brasil.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos a exemplo de: constrangimento durante a realização das perguntas, riscos emocionais ou psicológicos ao abordar a referida temática e desconforto devido ao tempo necessário para a coleta dos dados.

#### Benefícios:

A pesquisa trará benefícios ao meio científico, aos profissionais de saúde terão conhecimento e poderão utilizar a escala de resiliência adaptada e validada na versão brasileira em toda população sob maior risco e vulnerabilidade, de modo a colaborar na adesão ao plano de cuidados a estes indivíduos, favorecendo o enfrentamento diante de desafios, dificuldades e adversidades.

<b>Endereço:</b> UNIVERSITARIO S/N	<b>CEP:</b> 58.051-900
<b>Bairro:</b> CASTELO BRANCO	<b>Município:</b> JOAO PESSOA
<b>UF:</b> PB	<b>Fax:</b> (83)3216-7791
<b>Telefone:</b> (83)3216-7791	<b>E-mail:</b> comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.678.109

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

sem comentários

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos e documentos exigidos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1112437_E1.pdf	16/04/2018 11:21:11		Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	16/04/2018 11:17:09	Kaisy Pereira Martins	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/04/2018 11:16:31	Kaisy Pereira Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/04/2018 11:16:20	Kaisy Pereira Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Certidao_ppgenf.pdf	16/04/2018 11:16:11	Kaisy Pereira Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia.pdf	16/04/2018 11:15:58	Kaisy Pereira Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	16/04/2018 11:15:40	Kaisy Pereira Martins	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	16/04/2018 11:10:35	Kaisy Pereira Martins	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
 UF: PB Município: JOAO PESSOA  
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.676.109

Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	06/11/2017 15:54:56	Kaisy Pereira Martins	Aceito
-----------	---------------	------------------------	-----------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 25 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br