



Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado

Cultural adaptation and validation of the scale to assess the capabilities of self-care

José Vitor da Silva¹, Elaine Aparecida Rocha Domingues²

Resumo

Introdução: A obtenção do autocuidado é o objetivo da enfermagem, pois é um indicativo de qualidade da saúde. **Objetivo:** realizar a adaptação transcultural e validação da Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado. **Casística e Métodos:** após a tradução, análise das equivalências e *back-translation*, o instrumento foi aplicado em 316 participantes, sendo 216 pessoas da comunidade e 108 pacientes hospitalizados. **Resultados:** o Alfa de Cronbach foi 0,8493 para o total de entrevistados; 0,8614, para as pessoas da comunidade e 0,8158, para os pacientes hospitalizados. A análise do teste-reteste mostrou concordância entre as respostas ($r = 0,873$; $p = 0,035$). A validação concorrente indicou que a Escala de Interesse/Preocupação Com a Saúde se correlacionou com a Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado ($r = 0,429$; $p < 0,001$). A validação discriminante registrou que não existe diferença entre as capacidades de autocuidado das pessoas da comunidade e hospitalizadas ($p = 0,116$). **Conclusão:** os resultados são indicativos de que a Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado, adaptada culturalmente, é uma alternativa útil para estudos que se propõem a avaliar as capacidades de autocuidado.

Descritores: Autocuidado; Enfermagem; Estudos de Validação.

Introdução

Em decorrência da substituição da doença aguda pela crônica, a necessidade de responsabilizar as pessoas para o controle da sua própria saúde foi fundamental. Esta responsabilidade pessoal ficou conhecida como autocuidado, o qual permite que os indivíduos desempenhem práticas para o seu cuidado por si só⁽¹⁾.

Autocuidado à saúde representa muito mais do que a capacidade do indivíduo de “fazer coisas” por si e para si mesmo. Esse conceito se refere ao conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, saúde e bem

Abstract

Introduction: The goal of nursing is to obtain the self-care is as it is indicative of health quality. **Objective:** Make a transcultural adaptation and validation of the Appraisal Self Care Agency Scale. **Patients and Methods:** After translation, equivalence analysis and back-translation, the instrument was applied in 316 participants, in which 216 people from the community and 108 hospitalized patients. **Results:** The Cronbach's Alpha was 0.8493 for the total interviewed; 0.8614 for the people in the community and 0.8158 for the hospitalized patients. The test-retest analysis showed concordance in the replies ($r = 0.873$; $p = 0.035$). The concurrent validation indicates that the Health Perception Questionnaire correlated itself with the Appraisal Self Care Agency Scale ($r = 0,429$; $p < 0,001$). The discriminating validation reported no difference between the self-care skills in people of the community and the hospitalized ones ($p = 0,116$). **Conclusion:** The results indicate that the scale, culturally adapted, is a useful alternative to studies that propose to assess the self-care capabilities.

Descriptors: Self Care; Nursing; Validation Studies

estar⁽²⁾. A partir dessa concepção, Orem elaborou a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, que é o substancial da Teoria de Orem, pois é nela que se mostra quando a enfermagem é necessária⁽³⁾.

Essa teoria está formada por três construções teóricas: a Teoria de Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, todas interligadas e inter-relacionadas, tendo como foco principal o autocuidado e sendo, ainda, passíveis de aplicação a todas as pessoas e pacientes que necessitam de autocuidado⁽²⁾. Ela constitui-se dos conceitos inter-relacionados: 1) ações de autocuidado; 2) capacidades de autocuidado; 3) demanda de autocuidado terapêutico; 4)

¹Escola de Enfermagem Wenceslau Braz-Itajubá-MG-Brasil e da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre-MG-Brasil.

²Universidade do Vale do Rio Verde-(UNINCOR)-Três Corações-MG-Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: JVS: coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. EARD elaboração do manuscrito, discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito.

Contato para correspondência: Elaine Aparecida Rocha Domingues

E-mail: elainerocha.contato@gmail.com

Recebido: 20/02/2017; **Aprovado:** 19/10/2017

déficit de autocuidado; 5) agência de enfermagem; 6) fatores condicionantes básicos⁽²⁾. Essa teoria, cada vez mais, tem sido utilizada no campo da pesquisa e da prática profissional.

Um dos conceitos mais importantes dessa teoria é a capacidade de autocuidado, pois diversos estudos têm demonstrado que é um importante construto no desenvolvimento e manutenção da saúde, assim como no controle das doenças. O termo capacidades de autocuidado significa, no contexto da teoria, aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria. Do ponto de vista do conceito, refere-se ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam obter para a realização do autocuidado⁽²⁾.

A estrutura desse conceito está formada por três elementos básicos: 1) Disposições e capacidades fundamentais; 2) Componentes de poder e 3) Operações de autocuidado. Esses elementos quando dispostos estruturalmente e se fosse possível ordená-los quanto a sua formação e desenvolvimento em um triângulo, poderia ser dito que as disposições das capacidades fundamentais consistem nas necessidades básicas e fundamentais para aprendizagem e realização de alguma atividade na vida. A acuidade visual e auditiva adequadas são alguns exemplos desse elemento. Os componentes do poder se referem ao aprendizado específico ou próprio para a realização do autocuidado, como por exemplo, a aprendizagem da importância da alimentação e ingestão hídrica para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Finalmente, as operações de autocuidado constituem o limite entre as capacidades e as ações de autocuidado. Esse elemento significa que a pessoa já se encontra preparada para a prática do autocuidado⁽²⁾.

Portanto, percebe-se que o autocuidado é um conceito abrangente, o qual se refere às competências do indivíduo no desempenho de suas atividades de promoção e manutenção da saúde, tanto em situações agudas e crônicas⁽⁴⁾.

Diversos instrumentos têm sido desenhados para medir o conceito de capacidades de autocuidado. Contudo, nesses instrumentos não existe uma distinção clara entre capacidades e ações de autocuidado.

O instrumento internacional mais conhecido que mede capacidade de autocuidado é a escala para avaliar as capacidades de autocuidado (ASA-A). Esta escala foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores americanos e holandeses, na década de 80. A versão holandesa dessa escala foi frequentemente testada num programa de pesquisa⁽⁵⁾ consistindo de sete diferentes estudos. A consistência interna e a estabilidade das versões (dinamarquesa, norueguesa e holandesa) têm sido estudadas em projetos de adaptação cultural com pacientes idosos e suas enfermeiras⁽⁶⁾. A versão norueguesa da escala foi testada em relação a sua confiabilidade e validação discriminante entre idosos⁽⁷⁾. A versão sueca foi testada entre idosos em dois diferentes estudos^(6,8), a confiabilidade e validade da versão final da escala em estudos com idosos em fase terminal⁽⁹⁾.

Desse modo, acredita-se que a utilização da escala ASA-A em amostra brasileira será de extrema importância para prática clínica da enfermagem e para pesquisas sobre cuidados em saúde. No entanto, para disponibilizar essa escala no Brasil, foi necessário passar por algumas etapas para adaptá-la à língua portuguesa e cultura brasileira. Nesse contexto, o presente estudo se propôs a seguir essa metodologia.

Finalmente, é preciso demonstrar que a adaptação e a validação de uma medida pré-existente para o contexto cultural de uma população-alvo têm as seguintes vantagens: fornece uma medida-padrão para o uso em estudos internacionais, muitos dos quais estão sendo conduzidos atualmente; permite a inclusão de imigrantes, evitando o preconceito frequente de representar apenas a cultura dominante no país; permite a comparação entre grupos culturais nacionais, contando com uma medida-padrão projetada e adaptada para medir o

fenômeno transcultural; proporciona menor custo e consumo de tempo do que criar uma nova escala. Contudo, deve-se ter em mente que a adaptação e a validação culturais requerem uma atenção cuidadosa, envolvem muitas pessoas e requerem certo consumo de tempo⁽¹⁰⁾.

O objetivo do estudo foi realizar a adaptação cultural da “*Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*” e verificar as propriedades psicométricas da escala adaptada culturalmente, por meio da confiabilidade e validade.

Casuísta e Métodos

Este estudo foi de abordagem quantitativa e do tipo metodológico. O estudo teve início após a autorização de um dos autores da versão original, Dra. Marjorie Isenberg, e aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antonio Garcia Coutinho”, unidade Central, conforme Parecer Consubstanciado 1050/10.

Para o desenvolvimento do processo de adaptação cultural, utilizaram-se as etapas preconizadas na literatura e que são as seguintes: 1) tradução; 2) avaliação por corpo de juízes; 3) *back-translation* ou retrotradução e 4) pré-teste⁽¹⁰⁾.

A tradução da “*Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA - A)*” para a língua portuguesa foi realizada, separadamente, por um mediador e por dois professores de inglês. Os dois tradutores eram bilíngues, nativos do idioma-alvo e efetuaram a tradução separadamente. O primeiro tradutor tinha conhecimento do conceito medido pela escala e foi considerado o tradutor “especialista”. O segundo tradutor não tinha conhecimento do instrumento e não foi informado sobre o conceito, assim como dos objetivos da tradução e foi contemplado como tradutor “leigo”. As traduções procuraram considerar os aspectos linguísticos e o significado atribuído aos termos em nossa realidade. As duas traduções foram analisadas pelos dois tradutores, pesquisador e mediador, que mediou as discussões referentes às diferenças nas traduções, resultando em uma tradução comum, obtida por consenso entre os tradutores, mediador e pesquisador e elaborou-se a primeira versão.

Essa versão foi submetida a um corpo de cinco juízes, os quais efetuaram a análise das equivalências semântica e idiomática dos itens do instrumento. Eles ativeram aos significados das palavras e construção gramatical (equivalência semântica), assim como às expressões idiomáticas e coloquiais. Para compor esse comitê, foram convidados professores de língua portuguesa de instituições de ensino superior com título de doutor.

Após as análises, foram realizadas as alterações sugeridas pelo citado corpo de juízes e constituiu-se a segunda versão da Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC ASA-A).

A segunda versão foi encaminhada a outro comitê, constituído também por cinco juízes, sendo um especialista em metodologia de adaptação de instrumentos; dois enfermeiros com amplo conhecimento sobre a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado; um especialista em línguas (português-inglês) e um tradutor para o português e inglês, todos eles com título de doutor, para a análise das equivalências conceitual, que se refere à correspondência do conceito traduzido com o da cultura-alvo; assim como equivalência cultural ou experiencial, que se destina à coerência com as experiências vivenciadas e pela população à qual se destina o conceito a ser estudado. Esse grupo sugeriu algumas modificações que foram efetuadas, aceitando-se como equivalentes os itens com, pelo menos, 80% de concordância entre os avaliadores. Constituiu-se, assim, a terceira versão do instrumento.

De posse da terceira versão, a escala foi submetida a *back-translation*, para assegurar que o conteúdo do instrumento na segunda língua reflete o conteúdo da versão original, por dois norte-americanos com conhecimento da língua portuguesa,

leigos, sem acesso ao instrumento original, não conheciam e não foram informados sobre os objetivos e o conceito de capacidades de autocuidado. As divergências observadas nas versões traduzidas foram revisadas e ajustadas pelo mediador e pesquisador.

Após a obtenção da versão final da retrotradução, a Escala foi enviada à Dra. Marjorie A. Isenberg, que sugeriu algumas modificações nos itens 1, 10 e 19, as quais foram atendidas. O produto final do instrumento, quarta versão, foi submetido a um pré-teste com 17 pessoas idosas, que também sugeriram algumas alterações, que foram efetuadas. Com isso, obteve-se a quinta versão, apresentação final e definitiva da EACAC (ASA-A).

Os participantes do estudo foram pessoas, tanto do gênero masculino quanto do feminino, a partir de 18 anos de idade, residentes na comunidade ou estando hospitalizados, nas cidades de Itajubá e Pouso Alegre, MG.

A amostra foi constituída por 324 participantes, divididos em dois grupos, assim ordenados:

Grupo 1: pessoas da comunidade, totalizando de 216 participantes, sendo 108 residentes no município de Itajubá, MG, e os demais, na cidade de Pouso Alegre, MG. As pessoas eram procedentes dos diversos bairros daquelas cidades, tanto da zona urbana como da rural.

Grupo 2: das 108 pessoas hospitalizadas, 30 foram entrevistadas no Hospital Escola, 24 na Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e as demais no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, MG.

Os critérios estabelecidos para estipular o tamanho da amostra levaram em consideração que, quanto maior a amostra, mais representativa ela tende a ser; quanto maior a amostra, menor o erro de amostragem⁽¹¹⁾. Para o tamanho da mostra do reteste, como não há padrão estabelecido na literatura, estabeleceram-se 108 avaliações entre as pessoas da comunidade, que correspondem a 50% da amostra desses entrevistados. A amostragem foi do tipo não probabilístico por cotas (gênero, idade e faixa etária). Os participantes da comunidade foram entrevistados em suas residências ou nas diversas unidades básicas de saúde, de ambas as cidades, após agendamento prévio, por contato pessoal ou por telefone. Os pacientes hospitalizados foram entrevistados, após convite e anuência de cada um deles, em sala privada, existente nas unidades de internação. A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de entrevista estruturada direta e ocorreram 15 recusas em relação à participação do estudo, entre pessoas da comunidade e hospitalizadas.

O período das entrevistas foi de março a outubro de 2011. Elas foram realizadas por três entrevistadores devidamente capacitados não só para a aplicação dos instrumentos, mas também em relação à abordagem dos participantes e ao conhecimento do construto: capacidades de autocuidado.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: aceitar participar do estudo, ser capaz de se comunicar verbalmente e não portar desordens cognitivas (para os dois grupos), assim como residir em Itajubá ou Pouso Alegre MG, nas zonas urbana e rural (pessoas residentes na comunidade) e estar internados nos hospitais mencionados anteriormente, há, pelo menos, 24 horas.

Quanto aos procedimentos de coleta de dados, os participantes foram orientados em relação aos objetivos do estudo, explicando-lhes quanto aos instrumentos a serem respondidos e assinatura ou aposição do polegar direito no do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e retiradas todas as dúvidas.

Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos:

1) Aspectos sociodemográficos (ASD): instrumento elaborado pelo autor e constituído por dados relacionados ao gênero, estado civil, escolaridade, religião, situação de trabalho e de saúde, entre outros,

2) Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC): formada por 24 itens, tendo como opção de resposta os seguintes reativos: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos) nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). A pontuação mínima é de 24 e a máxima de 120 pontos. Quanto mais próximo de 120 pontos, melhores as capacidades de autocuidado e quanto mais próximo de 24, piores as mencionadas capacidades. Para se facilitar a avaliação, elaborou-se a seguinte classificação das capacidades de autocuidado, de acordo com a pontuação obtida: 24 a 40 pontos: péssima; 40 a 56 pontos: ruim; 56 a 72 pontos: regular; 72 a 88 pontos: boa; 88 a 104 pontos: muito boa e 104 a 120 pontos: ótima.

3) Escala de Interesse/Preocupação com a Saúde (EIPS). Foi elaborada por John E. Ware Jr., busca medir o grau que o sujeito se preocupa/interessa por sua saúde. É composta de cinco itens e prevê cinco níveis de resposta: concordo totalmente (= 5); concordo em parte (= 4); não sei (= 3); discordo em parte (= 2) e discordo totalmente (= 1). A mesma foi traduzida e adaptada do "Health Perception Questionnaire". O escore total é obtido somando-se os escores de cada item, cuidando-se para inverter os valores atribuídos aos itens 1 e 4 (5 = 1; 4 = 2; 2 = 4 e 1 = 5). O escore resultante pode variar entre 5 e 25. Maiores escores correspondem a maior preocupação/interesse com a própria saúde.

O registro dos resultados ocorreu em banco de dados, utilizando-se planilha eletrônica e os dados foram analisados, estatisticamente, por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 15.0). Neste estudo foram utilizados seguintes procedimentos estatísticos: a confiabilidade, que foi aferida por meio de duas estratégias: consistência interna dos itens da escala e fidedignidade ou análise teste-reteste. A Avaliação da consistência interna da EACAC foi realizada por meio do Alfa de Cronbach, que foi realizada tanto para o total de entrevistados quanto, separadamente, para cada grupo, sendo utilizado o critério de significância de $p < 0,05$. Para as comparações efetuadas, utilizou-se o teste *t de Student*; para a avaliação do teste-reteste, utilizaram-se a medida de Kappa, coeficiente de correlação de Pearson e teste *t* pareado. Da estatística descritiva, em relação às variáveis contínuas ou numéricas, empregaram-se a média e o desvio padrão; para as variáveis categóricas utilizaram-se a frequência absoluta e a relativa.

Resultados

Em relação às características biossociais e de saúde das pessoas da comunidade, encontrou-se que 50,0% dos participantes do estudo eram de gênero masculino; a média da idade foi 47,8 anos (DP=16,6); 11,1% possuíam ensino fundamental incompleto; 66,9,7% eram casados; 83,8% eram católicos; 61,4% trabalhavam por conta própria; 34,5% a consideraram sua saúde "boa"; 76,6% não eram portadores de alguma doença crônica e entre aqueles que possuíam determinado agravo à saúde, 49,1% apontaram a hipertensão arterial sistêmica.

No que se refere às pessoas hospitalizadas, 80% eram mulheres; a média de idade foi 49,3% (DP= 16,0); 11,1% tinham o ensino fundamental incompleto; 61,1% eram casados; 83,3% eram católicos; 46,6% trabalhavam por conta própria; 100% eram portadores de determinada doença crônica; 28% eram portadores de hipertensão arterial sistêmica e 69,3% perceberam sua saúde regular.

Os dados referentes à confiabilidade da EACAC apresentam-se, a seguir, nas Tab. 1. A análise da confiabilidade é evidenciada em dois momentos distintos. No primeiro, apresenta-se a consistência interna, por meio do teste Alfa de Cronbach, para o total de entrevistados, ou seja, participantes da comunidade e hospitalizados. No segundo momento, registra-se a estabilidade da escala (teste-reteste).

Tabela 1. Consistência interna da Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (total de entrevistados) traduzida para a língua portuguesa. Itajubá e Pouso Alegre, MG, 2011 (n= 324).

Item	Correlação	Alfa se o item for excluído
1	0,3940	0,8441
2	0,4870	0,8405
3	0,4238	0,8435
4	0,2552	0,8489
5	0,4905	0,8425
6	0,5402	0,8406
7	0,5830	0,8390
8	0,1732	0,8496
9	0,3749	0,8454
10	0,4341	0,8426
11	0,4259	0,8438
12	0,3571	0,8457
13	0,1988	0,8518
14	0,3797	0,8445
15	0,4476	0,8424
16	0,3606	0,8461
17	0,3281	0,8477
18	0,4110	0,8443
19	0,6042	0,8364
20	0,5858	0,8364
21	0,3674	0,8452
22	0,3471	0,8456
23	0,5532	0,8375
24	0,3618	0,8452

Alfa de Cronbach = 0,8493. Fonte = EACAC

Analisando os resultados, pode-se observar que a confiabilidade da Escala é consideravelmente alta (0,8493). Apenas dois itens: 8 e 13, se retirados, aumentariam a consistência interna. Como o acréscimo é muito pequeno (0,0025 para o item 13), optou-se por mantê-los na Escala.

Para as pessoas da comunidade, a consistência interna também é bem alta (0,8614). O item 8 foi o único, cuja exclusão aumentaria o coeficiente Alfa de Cronbach em apenas 0,0002 e diante disso, não se excluiu esse item.

Considerando apenas as pessoas internadas, embora a consistência interna seja menor em relação a todos os participantes e às pessoas da comunidade, ela é também bastante satisfatória (0,8616). Quatro itens (8, 13, 16 e 17) apresentaram Alfa de Cronbach maior do que o total. O maior deles, item 13, se excluído traz um acréscimo de 0,011, que também não é alto e por isso, ele foi mantido. Nesta nova avaliação, dois itens foram indicados para exclusão: 8 e 17. Com a exclusão do item 17, o Alfa de Cronbach passa de 0,8268 para 0,8310 (acréscimo de apenas 0,004). Mediante esse resultado, os mencionados itens foram mantidos.

A fidedignidade, por meio da análise teste-reteste, foi explicada de duas maneiras: na primeira, utilizou-se a medida de Kappa.

A Tabela 2, a seguir, mostra as medidas Kappa calculadas para cada item. Todas as medidas foram consideradas estatisticamente significativas ($p < 0,001$), indicando que existe concordância entre as respostas.

Tabela 2. Concordância entre a primeira e a segunda entrevista da Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado das pessoas da comunidade de Itajubá e Pouso Alegre, MG, 2011 (n= 108).

Item	Kappa
1	0,670*
2	0,508*
3	0,406*
4	1,000*
5	0,789*
6	0,467*
7	0,528*
8	0,999*
9	0,706*
10	0,632*
11	0,769*
12	0,710*
13	0,704*
14	0,689*
15	0,731*
16	0,686*
17	0,671*
18	0,626*
19	0,669*
20	0,678*
21	0,606*
22	0,409*
23	0,792*
24	0,572*

* $p < 0,001$

Na segunda análise, compararam-se os escores médios obtidos na primeira e na segunda avaliação. Os resultados apresentados na Tab. 5 mostram que a correlação entre as duas medidas é significativamente alta (superior a 0,8). A comparação entre as médias do teste e reteste também indicou nível de significância de 0,035, revelando igualdade entre as duas avaliações. O diagrama de dispersão apresentado na figura 1 ilustra também, a concordância entre as duas entrevistas. Pode-se observar que os pontos mostram-se distribuídos em torno da diagonal com poucos pontos discrepantes. Com o objetivo de facilitar a interpretação dos escores, a escala original foi transformada em escala de 0 a 100 pontos.

Tabela 3. Comparação entre os escores médios da primeira e da segunda entrevista da Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado das pessoas da comunidade de Itajubá e Pouso Alegre, MG, 2011 (n=216).

	1ª avaliação (teste) Média (DP)	2ª avaliação (reteste) Média (DP)	Coefficiente de correlação de Pearson	Teste t-pareado (p-valor)
Capacidade de autocuidado (escala de 0 a 100)	79,5 (1,3)	80,2 (1,3)	0,873	0,035*

*Estatisticamente significante ($p < 0,05$)

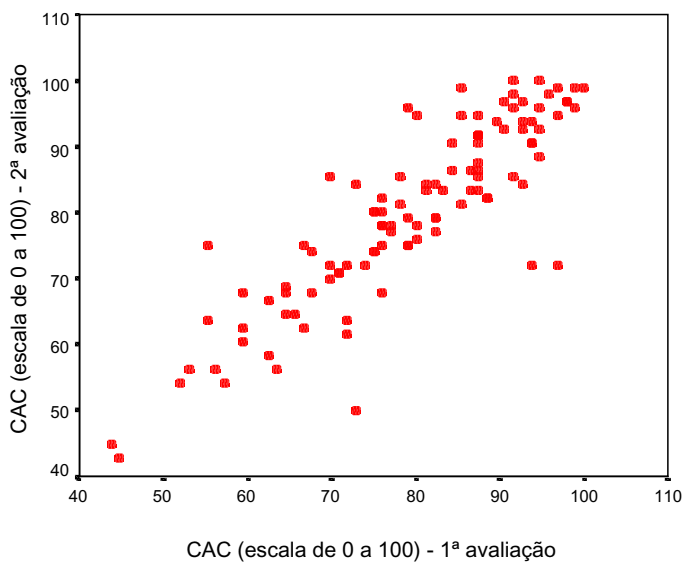


Figura 1. Concordância entre as duas entrevistas da Escala para avaliar as Capacidades de Autocuidado das pessoas da comunidade de Itajubá e Pouso Alegre, MG, 2011 (n=216).

A validade discriminante e a concorrente foram as estratégias metodológicas selecionadas para apreciar a validade da Escala em questão.

Para estimar a validade discriminante, comparou-se o escore médio da EACAC das pessoas da comunidade com o escore médio dos pacientes hospitalizados (grupo-controle). Observou-se que não existe diferença em relação às capacidades de autocuidado de ambos os grupos ($p=0,116$), conforme se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação dos escores da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado entre pessoas da comunidade e pacientes hospitalizados (grupo-controle) de Itajubá e Pouso Alegre, MG, 2011 (n=324).

	Comunidade Média (DP)	Internadas Média (DP)	Teste t-de student (p-valor)
Capacidade de autocuidado (escala de 0 a 100)	80,9 (0,8)	82,9 (1,0)	0,116**

Fonte = EACAC. **Estatisticamente não significante

Para desenvolver a avaliação da validade concorrente, procedeu-se à comparação da EACAC com a EIPS, com o objetivo de investigar a relação entre as duas medidas.

Para tal investigação, calculou-se, inicialmente, o coeficiente de correlação linear de Pearson para o total da amostra, entre as duas escalas. O coeficiente obtido foi 0,429 ($p < 0,001$).

Ao efetuar as correlações, separadamente, para os dois grupos (comunidade e hospitalizados), os resultados foram os seguintes: comunidade $r = 0,359$ ($p < 0,001$) e pacientes hospitalizados $r = 0,583$ ($p = 0,001$).

Discussão

Adaptação transcultural significa ajustar um item ao outro. É um processo metodológico, o qual deve seguir sistematicamente distintas etapas, para que finalmente o instrumento possa ser utilizado de maneira segura no novo contexto cultural⁽¹²⁾.

Para a concretização do processo de adaptação cultural, utilizaram-se as etapas: 1) tradução; 2) avaliação por corpo de juízes; 3) *back-translation* ou retrotradução e 4) pré-teste.

Essas etapas são elencadas pelo guia da *Academy of Orthopedic Surgeons/Institute for Work and Health*, a qual destaca que a utilização de instrumentos adaptados para ser utilizados em outros locais com diferentes culturas ou idiomas distintos e obter as equivalências no processo é fundamental que siga os passos metodológicos⁽¹³⁾.

A realização destas etapas coincide com um trabalho de adaptação transcultural: tradução; análise semântica por um grupo de juízes; *back-translation*, submissão à autora da versão original e pré-teste⁽¹⁴⁾.

Outro estudo realizado, no Brasil, com 150 portadores de Diabetes Mellitus baseou-se no processo de adaptação cultural, utilizou as etapas: tradução; análise semântica por um grupo de juízes; *back-translation*⁽¹⁵⁾.

Avaliar as propriedades psicométricas de instrumentos é fundamental para decretar se o instrumento é adequado para ser utilizado no contexto cultural adaptado, bem como se atende seus objetivos propostos⁽¹⁶⁾.

Assim, ao analisar a consistência interna da versão em português da EACAC, detectou-se que tanto a amostra total quanto aquela referente às pessoas hospitalizadas e da comunidade apresentaram os valores alfa de Cronbach muito altos. Estudos utilizando a escala de autocuidado também encontraram confiabilidade satisfatória, permeando de 0,74⁽¹⁵⁾ e 0,79⁽¹⁷⁾. Isto significa que todos os itens do construto capacidades de autocuidado estão correspondendo com sua medida, ou seja, todos eles o integram, fazem parte dele.

Portanto, o instrumento permite avaliar de maneira confiável a capacidade do autocuidado, auxiliando o profissional na tomada de decisões na prática a reconhecer os fatores facilitadores e dificultadores do processo, além de favorecer o desenvolvimento do ser humano em cuidar de si próprio⁽¹⁸⁾. Atrelado a este fato, a avaliação exata do constructo fornece conhecimentos fundamentais para a construção de políticas públicas de saúde, visando melhores resultados referentes ao autocuidado da população⁽¹⁹⁾.

Outra maneira de verificar a confiabilidade de um instrumento é por meio do teste-reteste, também denominado estabilidade, cuja finalidade é atestar a estabilidade ou a repetibilidade da escala, por meio do tempo. Para isso, o instrumento é aplicado duas vezes no mesmo participante, em período de tempo suficiente (7 a 15 dias), para que ele se esqueça das respostas originais, a fim de se comparar os escores obtidos⁽⁴⁾.

Na avaliação item a item, foi realizada a análise Kappa, mostrando que houve concordância entre o teste e reteste. Os valores do Índice de Kappa foram moderados e fortes e muito fortes (0,409; 0,792 E 1,00) para os diversos itens, assim como houve também, diferença estatisticamente significativa.

Ao analisar os outros procedimentos estatísticos utilizados para análise da estabilidade, detectou-se na comparação entre as médias, por meio do teste t pareado, caracterizando diferença estatisticamente significativa entre os resultados e concordância entre o teste e reteste.

A estabilidade da EACAC, neste estudo, coincide com uma pesquisa realizada com 120 idosos e 233 enfermeiras holandeses, dinamarqueses e noruegueses, por meio da análise interobservadores, que evidenciou também estabilidade da ASA-A⁽⁶⁾. Foi realizado também, um trabalho com 78 idosos noruegueses, divididos em dois grupos: grupo 1: idosos de unidades de reabilitação geriátrica e grupo 2: idosos independentes, que também evidenciou pela análise interobservadores, estabilidade na ASA⁽⁷⁾.

Neste estudo, a Escala de Preocupação/Interesse com a Saúde foi selecionada para a realização da validade concorrente pelo fato da saúde estar sempre relacionada com as capacidades de autocuidado. Orem frequentemente comentava que o propósito do autocuidado é manter a vida, a saúde e o bem-estar⁽²⁾. Foi realizada a correlação para tal investigação e, para isso, calculou-se, inicialmente, o coeficiente de correlação linear

de Pearson para o total da amostra, entre as duas escalas. A seguir, efetuou-se, separadamente, as correlações para os dois grupos (comunidade e hospitalizados), os resultados mostram que houve correlação positiva e significativa entre todos eles. Por outro lado, as correlações divergiram no que se refere à magnitude, porém foram consistentes.

Para realizar a validação discriminante, que permite a distinção entre os integrantes da amostra, esperando-se obter diferença entre os entrevistados comparou-se a versão em português da EACAC aplicada em pessoas residentes na comunidade, com a mesma versão. Ao contrário do que se esperava, não houve discriminação. Isso pode ser entendido por fatores referentes ao instrumento, que foi elaborado para ser usado com adultos em quaisquer estados de saúde, com ênfase nos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento, e não nos requisitos de desvio da saúde, como é o caso das pessoas internadas.

Em um estudo realizado com 629 idosos americanos, da população geral foi efetuada a validação concorrente com a Escala “Health Promoting Lifestyle Profile” (HLPL II), no qual houve correlação positiva e significativa entre os dois instrumentos.

No estudo realizado entre adultos mexicanos portadores de DM, divididos em dois grupos, conforme se descreveu, anteriormente, foi submetido à validação discriminante e constatou-se que o escore de capacidades de autocuidado foi maior no grupo de pessoas sob atendimento ambulatorial.

No estudo realizado com idosos suecos, já citado anteriormente, foi efetuada a validação discriminante e encontrou-se que os idosos com mais de 80 anos e vivem no domicílio tinham maiores capacidades de autocuidado. Efetuou-se também, a validação convergente por meio da correlação entre a EACAC e a Escala SASE (Habilidades de Autocuidado para pessoas idosas). A relação estabelecida entre as variáveis foi $r = 0,69$.

No estudo desenvolvido com idosos noruegueses, também efetuou-se a validade discriminante e o escore de capacidades de autocuidado foi maior no grupo de idosos independentes de cuidado.

Na pesquisa concluída com idosos e enfermeiras holandeses, dinamarqueses e noruegueses, já esclarecido anteriormente, efetuou-se a validação de construto divergente por meio da correlação entre ASA A e ASA B. As correlações foram as seguintes: $r = 0,25$ em Noruega; $r = 0,39$ em Dinamarca e $r = 0,47$ na Holanda.

Conclusão

O estudo realizado para desenvolver a adaptação cultural e a validação da “*Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*” mostrou que a sua versão original, em português, apresentou bom desempenho psicométrico quando estudada a partir de uma amostra de pessoas da comunidade e de pacientes hospitalizados nas cidades de Itajubá e Pouso Alegre, no Sul de Minas Gerais. A escala apresentou características alta consistência interna e estabilidade ou teste-reteste, assim como de validade discriminante e concorrente.

O presente estudo é uma aplicação inicial do instrumento, portanto é necessário dar continuidade a essa linha de pesquisa, desenvolvendo estudos de aplicação desse instrumento em diferentes populações e contextos socioculturais do país.

Referências

- Galvão MTRL, Janeiro JMS. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm.* 2013;17(1):225-30. DOI: 10.5935/1415-2762.20130019.
- Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea

Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron.* 2014;36(6):835-45.

- Souza ELV, Moura GN, Nascimento JC, Lima MZ, Pagliuca LMF, Caetano JA. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual. *Rev Rene.* 2012;13(3):542-51.

- Galvão MTRL, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm.* 2013;17(1):225-30. DOI: 10.5935/1415-2762.20130019.

- Evers GCM, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency. *Int J Nurs Study.* 1993;30(4):331-42.

- Van Achterberg T, Lorensen M, Isenberg MA, Evers GC, Levin E, Philipsen H. The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self Care Agency scale: comparing reliability aspects. *Scand J Caring Sci.* 1991;5(2):101-8.

- Lorensen M, Holter IM, Evers GC, Isenberg MA, Van Achterberg T. Cross-cultural testing of the “appraisal of self-care agency: ASA scale” in Norway. *Int J Nurs Stud.* 1993;30(1):15-23.

- Söderhamn O, Lindencrona C, EK AC. Validity of two self-care instruments for the elderly. *Scand J Occup Ther.* 1996;3(4):173-9. <http://dx.doi.org/10.1080/11038128.1996.11933204>

- Sonninen AL. Testing reliability and validity of the finnish version of the appraisal of self-care agency (ASA) scale with elderly finns. *Kuopio University Publications E.* 1997;E44:220.

- Coster WJ, Mancini MC. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em Terapia Ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015;26(1):50-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-57>.

- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

- Oliveira AF, Hildenbrand L, Lucena RS. Cross-cultural adaptation of measuring instruments and evaluation in health: study methodologies. *Rev Acred.* 2015;5(10):13-33.

- Ferreira L, Neves AN, Campana MB, Tavares MCGCF. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. *Aval Psicol.* 2014;13(3):457-61.

- Rocha EA, Alexandre NMC, Silva JV. Cultural adaptation and validation of the Freiburg Life Quality Assessment – Wound Module to Brazilian Portuguese. *Rev Latinoam Enferm.* 2016;24:e2684. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0289.2684>.

- Stacciarini TSG, Pace AE. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(3):221-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400038>.

- Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015;26(1):50-7. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-57.

- Guo L, Zauszniewski JA, Ding X, Zhang L, Gao H, Guo Q, et al. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R). *Western J Nurs Res.* 2016;29(11):1459-76.

- Araújo RA, Silva TM, Ramos VP. Capacidade para o autocuidado em pacientes no pré-operatório de revascularização miocárdica: uma pesquisa analítica. *Online Braz J Nurs.* 2015;14(4):499-507.

- Damásio BF, Koller SH. The Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(10):2071-82. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00165312>.

José Vitor da Silva é enfermeiro, professor pós-doutor da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz e da Universidade do Vale do Sapucaí. E-mail: enfjvitorsilva@oi.com.br

Elaine Aparecida Rocha Domingues é enfermeira, professora doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas e é professora da Universidade do Vale do Rio Verde. E-mail: elainerocha.contato@gmail.com