

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CRENÇA DE AUTO-EFICÁCIA E VALIDAÇÃO DA
"CHRONIC PAIN SELF-EFFICACY SCALE"

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para obtenção
do Título de Mestre em Enfermagem

Marina de Góes Salvetti

Orientadora: Prof. Dra. Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta

São Paulo – 2004

MARINA DE GÓES SALVETTI

CRENÇA DE AUTO-EFICÁCIA E VALIDAÇÃO DA
"CHRONIC PAIN SELF-EFFICACY SCALE"

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

São Paulo

2004

Dedico este trabalho

*Ao meu incrível pai (Léo - in memoriam),
Que me ensinou amar a vida*

*À minha mãe (Ana Lúcia),
Que me ensinou amar o trabalho*

*Às minhas irmãs (Liz e Lara),
Que me ensinaram a sonhar*

*À minha filha (Vitória),
Razão de todas as minhas conquistas*

*E ao meu amor (Eduardo)
Meu porto seguro durante toda a jornada*

Meu profundo agradecimento

À Prof. Dra. Cibele Andruciole de Mattos Pimenta por ter me inspirado a paixão pelo estudo da dor e pela orientação deste trabalho.

À Prof. Dra. Diná Almeida Monteiro da Cruz, pelos livros, artigos, sugestões e orientação no estudo do conceito: auto-eficácia.

À Prof. Dra. Miako Kimura pela contribuição (desde a graduação) no estudo da validação de instrumentos.

À Dra. Laís Lage, pela autorização para a coleta de dados no Ambulatório de Fibromialgia do Hospital das Clínicas.

Ao Dr. José Oswaldo de Oliveira Junior e Dra. Sandra, pela autorização para a coleta de dados e por me receberem tão bem na Central da Dor do Hospital do Câncer.

Ao Dr. Roberto de Oliveira Rocha, pela autorização para a coleta de dados no Ambulatório e no Grupo de Dor do Hospital Santa Cruz.

À Dra. Maria de Fátima Malachias e Dr. Fábio Aurélio de Moraes, do Grupo de Dor da Unimed São Roque, pela autorização para a coleta de dados e pela confiança depositada em meu trabalho.

À CAPES pelo apoio financeiro durante esta trajetória.

Ao meu querido tio Newton, pela preciosa contribuição na revisão do texto.

Às amigas Dálete, Geana, Josi e Fernanda, pelo apoio e incentivo em todas as horas.

À Antonia, que sempre cuidou da Vitória com carinho e atenção, nas minhas inúmeras ausências.

Ao meu primo Marcus, pelo auxílio nas dúvidas referentes à língua inglesa.

Aos pacientes, que mesmo sentindo dor, aceitaram participar da pesquisa.

"Ser homem é precisamente ser responsável.

*É sentir vergonha diante da miséria,
Mesmo quando ela não parece ter qualquer relação com você.*

É ter orgulho de uma vitória dos companheiros.

*É sentir, ao colocar a sua pedra,
que você está contribuindo para construir o mundo."*

Antoine de Saint-Exupéry

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

Resumo

Abstract

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 2 |
| 1.1 Dor crônica e crenças..... | 4 |
| 1.2 A crença de auto-eficácia..... | 7 |
| 1.3 Estudos sobre auto-eficácia e dor..... | 12 |
| 1.4 Estudos que relacionam a percepção de auto-eficácia, situações de dor e estresse e sistema opiáceo endógeno..... | 17 |
| 1.5 Avaliação da auto-eficácia..... | 19 |
| 1.6 <i>Chronic Pain Self-efficacy Scale</i> | 22 |
| 1.7 Tradução e validação de instrumentos de medida..... | 24 |
| 2.OBJETIVOS..... | 29 |
| 3. CASUÍSTICA E MÉTODO..... | 31 |
| 3.1 Local e período de estudo..... | 31 |
| 3.2 População e amostra..... | 32 |
| 3.3 Procedimento de coleta de dados..... | 34 |
| 3.3.1 Tradução e <i>back-translation</i> | 34 |
| 3.3.2 Instrumento..... | 35 |
| 3.4 Tratamento estatístico dos dados..... | 36 |
| 3.4.1 Critérios para análise da confiabilidade e validade..... | 37 |
| 4. RESULTADOS..... | 40 |

| | |
|--|----|
| 4.1 Validação da " <i>Chronic Pain Self-efficacy Scale</i> " para a língua Portuguesa..... | 40 |
| 4.1.1 Análise fatorial..... | 40 |
| 4.1.2 Análises de correlação..... | 43 |
| 4.1.3 Confiabilidade..... | 44 |
| 4.1.4 Validade convergente..... | 46 |
| 4.2 Crença de auto-eficácia..... | 47 |
| 4.2.1 Associações de auto-eficácia com as demais variáveis..... | 49 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 56 |
| 6. CONCLUSÕES..... | 66 |
| Referências bibliográficas..... | 68 |
| Anexos..... | 77 |

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo local de coleta de dados.

TABELA 2 – Características da amostra estudada.

TABELA 3 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios da AEDC, segundo análise fatorial.

TABELA 4 – Correlação entre os domínios da escala AEDC e CPSS.

TABELA 5 – Análise de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala AEDC.

TABELA 6 – Correlações entre os escores dos domínios da AEDC, CPSS e IDB.

TABELA 7 – Crença de auto-eficácia na amostra estudada.

TABELA 8 – Comparação entre o escore médio de auto-eficácia de três estudos.

TABELA 9 – Associação entre os escores de auto-eficácia e variáveis sócio-demográficas.

TABELA 10 - Associação entre os escores de auto-eficácia e as variáveis relacionadas à dor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|--|
| ANOVA | - Análise da Variância |
| AEDC | - Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica |
| AED | - Auto-eficácia para controle da dor |
| AEF | - Auto-eficácia para funcionalidade |
| AES | - Auto-eficácia para outros sintomas |
| CPSS | - <i>Chronic Pain Self-efficacy Scale</i> |
| CSE | - <i>Self-efficacy for coping with symptoms</i> |
| DP | - Desvio padrão |
| FSE | - <i>Self-efficacy for physical function</i> |
| IDB | - Inventário de Depressão de Beck |
| KMO | - <i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i> |
| PSE | - <i>Self-efficacy for pain management</i> |

Salveti MG. Crença de auto-eficácia e validação da "*Chronic Pain Self-Efficacy Scale*" [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

RESUMO

A crença de auto-eficácia relaciona-se com a percepção da dor e com a funcionalidade física e psíquica dos doentes. Os objetivos deste estudo foram validar para a língua portuguesa a escala *Chronic Pain Self-efficacy Scale* e analisar as crenças de auto-eficácia de doentes com dor crônica. A amostra foi de 132 pacientes com dor crônica de etiologia variada (54,5% fibromialgia e 24,2% dor neuropática); 87,9% foram mulheres, a idade média foi de 46 anos (DP=12,6) e a escolaridade média de 10,1 anos. A média da intensidade da dor foi de 6,83 (DP=2,3) e o tempo médio de dor foi de 7,4 anos (DP=7,7). A validade da escala em língua portuguesa foi confirmada pela análise fatorial, que manteve os 3 domínios e os 22 itens da escala original; a variância explicada foi de 60,8%. A confiabilidade, analisada pelo alfa de Cronbach, variou entre 0,76 e 0,92 para os domínios e foi de 0,94 para a escala total. A validade convergente, verificada por meio da comparação entre os escores da Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) e os escores do Inventário de Depressão de Beck mostrou correlação negativa e estatisticamente significativa. As crenças de auto-eficácia foram analisadas em relação às variáveis sexo, idade, escolaridade, renda, intensidade da dor e tempo de dor. As variáveis escolaridade e intensidade da dor apresentaram associação com a auto-eficácia. Doentes com menor escolaridade relataram menor auto-eficácia, e naqueles com dor menos intensa, observou-se maior auto-eficácia. Este estudo disponibiliza para a língua portuguesa um instrumento válido e confiável para avaliar a auto-eficácia de pacientes com dor crônica. A validade da escala AEDC foi confirmada pela análise fatorial, análise da consistência interna e validade convergente.

PALAVRAS-CHAVE: auto-eficácia, dor crônica, escala, validação

Salvetti MG. Self-efficacy beliefs and "Chronic Pain Self-Efficacy Scale" validation. [Dissertação]. São Paulo (SP): University of São Paulo, School of Nursing; 2004.

ABSTRACT

The self-efficacy belief, relate to the pain perception and physical and psychiatric functionality. The goals of this study were to validate to the Portuguese language the Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) and analyze the self-efficacy beliefs of chronic pain patients. The subjects were 132 chronic pain patients with pain from diverse etiology (54,5% fibromyalgia, 24,2% neuropatic pain), 87,9% were women, the middle age were 46 years (SD=12,6) and educational level was 10,1 years. The pain intensity were 6,83 (SD=2,3) and the median time of pain were 7,4 years (SD=7,7). The scale validity in the Portuguese language was confirmed by factor analyzis, which maintained the 3 factors and 22 items of the original scale; the accounted variance was 60,8%. The reliability, analyzed by coefficient Cronbach´s alpha were 0,76 - 0,92 to the factors and 0,94 to the total scale. The convergent validity, verified by the comparison with the *Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC)* scores and Beck Depression Inventory (BDI) scores showed significantly negative correlation. The self-efficacy beliefs were analyzed related to sex, age, educational level, income, pain intensity and pain chronicity. The educational level and pain intensity were related with self-efficacy. Subjects with lower educational level reported lower self-efficacy levels and those ones with lower pain levels, reported higher self-efficacy. This study became available to the Portuguese language a valid and reliable instrument to assess self-efficacy in chronic pain patients. The scale (AEDC) validity was confirmed by factor analyzis, internal consistency and convergent validity.

KEY WORDS: self-efficacy, chronic pain, scale validation.

1. INTRODUÇÃO

Dor, na forma aguda ou crônica, é a principal razão de procura pelo sistema de saúde. É definida como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de uma lesão tecidual, real ou potencial; é subjetiva e cada indivíduo aprende a descrevê-la a partir de suas experiências traumáticas anteriores"⁽¹⁾.

Nos quadros agudos é sinal de alerta e sintoma freqüente nas afecções inflamatórias, infecciosas e ou traumáticas. Nos hospitais é queixa cotidiana, decorrente de cirurgias, de outros procedimentos invasivos e de processos patológicos diversos. Na situação crônica é a aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão, ou que está associada a processos patológicos crônicos. Apresenta-se com mais de três meses de duração e se manifesta de modo contínuo ou recorrente⁽²⁾.

"A dor crônica é mais que um sintoma. Sua presença constante e duração prolongada, em geral, são muito perturbadoras. Acarretam alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual, modificação do humor, baixa auto-estima, pensamentos negativos, apreciação desesperançada da vida, altera relações familiares, de trabalho e de lazer"⁽³⁾.

A dor prolongada torna-se o foco primário de atenção do doente e atrapalha grande parte das atividades. Está entre as principais causas de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade em condições de saúde crônicas.

A dor crônica é um problema de saúde pública, pela prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida de pacientes e de suas famílias⁽⁴⁾.

A prevalência de dor crônica na população brasileira é ainda pouco conhecida. Em âmbito mundial, embora haja diversos estudos, realizados especialmente em países desenvolvidos, a prevalência varia de acordo com o conceito de dor adotado, faixa etária pesquisada, métodos de investigação utilizados e origem da população avaliada⁽⁵⁾.

Estudo realizado no Brasil em 1995, baseado em informações fornecidas por 800 médicos, sugeriu que dor crônica acometeu cerca de 50% da população⁽⁶⁾.

Em pesquisa realizada na cidade de Londrina (PR), junto a população não-vinculada a serviços de saúde, que envolveu escolares, adultos trabalhadores e idosos, encontrou-se resultados que demonstram a magnitude da dor crônica na população. Foram avaliadas 915 escolares na faixa etária entre 7 e 14 anos e observou-se dor recorrente em 28,75% deles. Dor de cabeça foi a prevalente (15,96%), seguida de dor nos membros (6,99%) e dor abdominal (6,78%)⁽⁷⁾. Entre os 505 adultos avaliados, funcionários de uma universidade, observou-se dor crônica em 61,38% deles. Dor de cabeça foi a prevalente (26,36%), seguida de dor lombar (19,4%) e em membros inferiores (13,26%)⁽⁸⁾. Dos 451 idosos investigados, dor crônica ocorreu em 51,44%. As dores mais freqüentes foram localizadas no dorso (21,73%), membros inferiores (21,50%) e região cefálica (7,09%)⁽⁹⁾. Dor crônica foi mais freqüente em mulheres, adultas e idosas, do que em homens. Significativa parcela de

crianças, adultos e idosos referiu prejuízos advindos da dor para a execução de atividades escolares e laborativas, comprometimento do sono, do humor e do lazer.

1.1 Dor crônica e crenças

A explicação do porquê as crenças podem influir na vivência dolorosa encontra-se no atual modelo teórico de dor.

“Modelos teóricos que consideram a importância dos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e culturais para o manejo da dor, ganharam impulso no final da década de 60 e início da década de 70, amparados pela Teoria da Comporta da Dor. A Teoria da Comporta foi desenvolvida por Melzak e Wall na década de 60, e forneceu a estrutura teórica que explicou a integração de estímulos periféricos aos fenômenos corticais e afetivos. Esse modelo teórico prevê que no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal e, em outras estruturas rostrais do sistema nervoso central, ocorre a modulação da dor”⁽³⁾.

O impulso doloroso advindo da periferia projeta-se na medula espinhal, e desta ascende para estruturas do tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões da córtex (frontal, sensitiva, motora, inespecífica). Dessas múltiplas projeções resultam diversos fenômenos, dos quais interessa destacar a "agregação" do componente emocional desagradável à experiência dolorosa pelas conexões do impulso com o sistema límbico, e a "agregação" de elementos cognitivos como crenças, expectativas e atenção à dor, pelas conexões do impulso em diversas estruturas corticais.

“A possibilidade do uso de conceitos psicossocioculturais no manejo de doentes com dor crônica advém do fato de que as crenças, as atitudes, os

valores e os comportamentos relacionados à saúde em geral, e à dor em especial, são culturalmente adquiridos e podem ser modificados⁽³⁾. "A Teoria Cognitivo-Comportamental é a mais estudada e divulgada na área do cuidado ao doente com dor crônica e tem enfatizado a importância de se conhecer e atuar nos pensamentos, emoções, comportamentos e atitudes dos doentes, buscando contribuir para o controle da dor, bem-estar e ajustamento dos indivíduos⁽³⁾.

Crenças são idéias consideradas pela pessoa como verdades absolutas⁽¹⁰⁾. São noções pré-existentes sobre a natureza da realidade que formam a percepção de nós mesmos, dos outros e do ambiente⁽¹¹⁾. Crenças disfuncionais sobre dor e seu controle não devem ser vistas como meros artefatos da experiência da dor crônica que desaparecerão assim que o correto diagnóstico e tratamento forem alcançados. Se verdadeiras ou falsas, adaptativas ou mal adaptativas, as crenças podem se tornar a realidade interna que controla o comportamento do paciente⁽¹¹⁾.

Diversos estudos clínicos mostraram que crenças são capazes de influir na experiência de dor.

Pimenta; Koizume; Teixeira⁽¹²⁾ estudaram as crenças de doentes com dor oncológica e observaram naqueles com crenças de que a dor do câncer não pode ser controlada e que remédios são perigosos, entre outras, relato de dor mais intensa do que naqueles que não tinham tais crenças. Esse estudo confirmou a hipótese de que as crenças do doente sobre sua doença e tratamento repercutem na vivência do quadro doloroso.

Outros estudos mostraram a influência de crenças na funcionalidade física e psíquica dos doentes. Jensen; Turner; Romano; Lawler⁽¹³⁾ estudaram

as relações entre crenças de dor específicas e ajustamento à dor crônica e concluíram que as crenças de pacientes sobre sua condição predizem funcionalidade, mesmo quando controladas para variáveis relacionadas à dor e variáveis demográficas. Além disso, os achados sugerem que crenças específicas relacionadas à dor estão associadas a dimensões específicas de ajustamento.

Crenças disfuncionais¹ em doentes com dor crônica foram observadas em nosso meio. Em estudo sobre crenças frente à dor crônica observou-se que “41,7% dos doentes foram favoráveis à crença de que poderiam influir no controle da dor; 50% consideraram desejável a solicitude de outros frente à sua manifestação de dor; 51% acreditaram que dor significa dano físico; pouco mais da metade (56,9%) reconheceu a relação entre suas emoções e a intensidade da dor; 57,5% acreditaram ser a dor a causa de sua incapacidade; 63,3% tinham a crença de que medicamentos são o melhor tratamento para o controle da dor crônica e 73,8% criam na existência de cura médica para a dor crônica. Não crer na sua influência pessoal sobre a dor, julgar desejável comportamento de solicitude, crer que dor representa dano tecidual, não reconhecer a relação entre emoção e dor, julgar que a dor é incapacitante, acreditar que medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica e esperar, sempre, cura médica para dor crônica, são crenças pouco adaptativas, que diversos estudos mostraram estarem associadas à pior evolução do quadro doloroso” (3).

¹ Crença disfuncional é compreendida como uma crença que distorce a realidade, é quase sempre negativa e interfere na habilidade do paciente de atingir suas metas (Beck, 1997)

Geisser et al (2003) afirmam que fatores psicossociais têm mostrado impacto significativo na funcionalidade, principalmente entre pacientes com dor crônica.

Asghari, Nicholas⁽¹⁴⁾ examinaram a relação entre crenças de auto-eficácia para realizar atividades diárias, em situações de dor persistente, e diferentes tipos de comportamentos relacionados à dor, por um período de 9 meses. Os resultados indicaram que crenças de auto-eficácia relacionada à dor apresentaram correlação negativa com comportamento geral de dor, de evitação da dor e comportamentos de queixa. Quanto menor a crença de auto-eficácia, maior a quantidade de comportamentos dolorosos. No entanto, a intensidade da dor não explicou a variação dos comportamentos dolorosos quando combinados com idade, gênero e duração da dor, o que indica que outros fatores, além da intensidade da dor estão envolvidos no comportamento doloroso. Esse estudo observou que o grau de incapacidade foi capaz de explicar que quanto maior a incapacidade, maior o relato de comportamento doloroso.

Pimenta⁽³⁾ observou que as crenças disfuncionais sobre dor crônica permaneceram as mesmas em doentes avaliados duas vezes no período entre 06 e 15 meses de tratamento, e podem ser problema central para a reabilitação.

Especialmente em relação à dor crônica o sucesso no tratamento, freqüentemente, envolve modificações nos componentes cognitivo-motivacionais da dor, mesmo que os componentes sensoriais permaneçam intactos⁽¹⁵⁾.

Dentre as crenças que são descritas como importantes para a vivência e manejo de quadros de dor crônica, a de auto-eficácia merece destaque.

O conceito de auto-eficácia foi desenvolvido por Bandura^(16a), e é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável^(16a). Pode-se falar em crenças de auto-eficácia pois não se trata de uma crença geral, ou uma característica pessoal. O senso de auto-eficácia está relacionado à situações específicas. Um indivíduo pode se julgar muito eficaz numa área e menos em outras⁽¹⁷⁾.

1.2 A crença de auto-eficácia

A Teoria Comportamental explicou que a apresentação, manutenção ou extinção de um comportamento estão diretamente relacionadas às conseqüências desse. Se para o emissor do comportamento as conseqüências forem prazerosas isso se constituirá em reforço positivo, e o comportamento persistirá. Se as conseqüências forem negativas o comportamento tenderá a se extinguir.

A contribuição da Teoria do Aprendizado Social de Bandura^(16b) foi o avanço na compreensão de que processos cognitivos intermediam a relação entre comportamento e conseqüência, e são fundamentais para aquisição e manutenção de padrões de comportamento. O conceito de auto-eficácia foi desenvolvido no contexto da Teoria do Aprendizado Social, porém a partir de 1986 Bandura passa a chamar seu trabalho de Teoria Cognitiva Social visando diferenciar sua contribuição, dos demais autores do Aprendizado Social.

A seguir, apresenta-se síntese dos conceitos básicos relacionados à crença de auto-eficácia, elaborada a partir dos textos de Bandura^(16a e 16b).

Aprende-se pela observação do comportamento dos outros, analisando-se seus antecedentes e conseqüências. Dessa observação resultam concepções que servirão de guias em situações futuras. Esses guias são refinados pela própria experiência, isto é, pela análise e atribuição de significados às conseqüências advindas do próprio comportamento. As conseqüências informam sobre o que se deve fazer para se obter benefícios ou evitar punições, isto é, aprende-se pelos resultados de um comportamento.

Bandura destaca que mais do que as conseqüências *de per si*, a atribuição de significado que se dá às conseqüências (processo cognitivo) é quem determinará se o comportamento será mantido, reforçado ou extinto. Uma conseqüência pode ser ou não vista como positiva.

A aquisição e manutenção de comportamentos é mediada pela motivação, que diz respeito primariamente à escolha do comportamento^(16b). Uma fonte de motivação é a representação cognitiva de resultados futuros, isto é, a antecipação de que comportar-se de um determinado modo resultará em benefícios ou evitará dificuldades. Uma segunda fonte de motivação é o tipo de objetivo que se quer alcançar e a auto-avaliação de desempenho frente a esse objetivo.

A percepção de discrepância negativa entre os objetivos e a auto-avaliação de desempenho leva a insatisfações, que podem motivar correções do comportamento visando a alcançar os resultados desejados. Pode, também, levar a comportamentos de fuga e evitação, visto que as pessoas temem

situações que avaliam como excedendo sua capacidade de lidar com ela. A auto-eficácia é um componente da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, e tem papel fundamental nessa estrutura teórica e, conseqüentemente, na aquisição e mudança de comportamento ^(16a).

Auto-eficácia é definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação. Esse conceito é considerado um grande mediador das mudanças terapêuticas⁽¹⁸⁾.

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

A diferença entre expectativa de auto-eficácia e expectativa de resultados pode ser compreendida entendendo-se que uma pessoa pode ter a crença de que determinado comportamento produz um certo resultado, mas não ter a crença de que é capaz de realizar ou manter esse comportamento. De outro modo, alguém pode se julgar capaz de executar e manter um certo comportamento, mas não acreditar que tal comportamento possa levar a determinados resultados. A força da crença de expectativa de auto-eficácia e de expectativa de resultados influenciarão na decisão de iniciar certas ações, no esforço e na persistência de uma pessoa para lidar com certas situações e manter determinados comportamentos^(16a). Cessar prematuramente o esforço para lidar com determinada situação pode resultar em auto-avaliação

depreciativa, que resultarão em medo e evitação da situação, às vezes por longo tempo.

A expectativa de auto-eficácia compreende as dimensões: magnitude, generalização e força.

Magnitude refere-se à expectativa do grau de dificuldade para desempenhar um comportamento necessário para alcançar um objetivo. A dificuldade pode ser avaliada como pequena, moderada ou grande. Generalização refere-se à percepção de que se é eficaz para desempenhar certos tipos de comportamento ou à percepção de que se é eficaz de um modo mais amplo, um pouco mais generalizado. A expectativa também varia em força, isto é, pode-se ter uma expectativa débil ou fortemente arraigada. Expectativas fracas levam a comportamentos facilmente extinguíveis, enquanto indivíduos com expectativas fortes tenderão a apresentar comportamentos mais persistentes.

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

Realizações pessoais: são as fontes de informação mais importante para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. O sucesso aumenta a avaliação de eficácia, e o fracasso a diminui. Pessoas que têm certeza de suas capacidades percebem melhor fatores situacionais, esforço insuficiente e estratégias erradas como as causas do fracasso. Os ganhos em auto-eficácia tendem a se generalizar para outras situações, nas quais o desempenho estava prejudicado por percepção de inadequação.

Observação de experiências: Observar as pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las, ou obter algum ganho de desempenho. Embora a observação seja, geralmente, fonte de auto-eficácia mais fraca do que a experiência pessoal, elas podem produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho.

Persuasão verbal: é uma estratégia largamente utilizada, pois é fácil e está sempre disponível. Pela persuasão as pessoas podem sentir-se estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como superando suas habilidades. Embora a persuasão seja uma fonte mais fraca para a melhora da auto-eficácia, ela pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é oferecido dentro dos limites reais e se organiza a experiência de modo que a pessoa possa ter sucesso. No entanto, provavelmente é mais difícil produzir melhora duradoura na percepção de auto-eficácia por meio da persuasão verbal do que de destruí-la.

Respostas emocionais: Situações estressantes eliciam respostas emocionais que, dependendo da situação, podem interferir na percepção de competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal estar geral, tendem a influir negativamente na percepção de auto-eficácia. Tende-se a julgar que não se é capaz de lidar com situações que evocam tais respostas. Minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade, o medo, entre outras, melhora a percepção de auto-eficácia e o desempenho.

Os estudos sobre auto-eficácia parecem promissores e sugerem que a teoria da auto-eficácia pode ajudar a refinar intervenções cognitivo comportamentais e melhorar os resultados do tratamento e a manutenção desses⁽¹⁹⁾.

Apreciação favorável da auto-eficácia tem-se mostrado relacionada a estilos de vida saudáveis. Boa auto-eficácia foi capaz de prever a intenção de deixar de fumar, a participação em programas de rastreamento e ajustamento ao câncer, a adesão ao tratamento, comportamentos de auto-cuidado, melhor funcionalidade e diminuição de sintomas físicos e psicológicos^(20,21,22).

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

Arnstein, Wells-Federman, Caudill (2001) afirmam que as pesquisas têm mostrado que as crenças de auto-eficácia contribuem significativamente para a extensão com a qual uma pessoa torna-se incapaz pela dor crônica.

Estudos sobre auto-eficácia e dor crônica estão a seguir apresentados.

1.3 Estudos sobre auto-eficácia e dor

Diversos estudos observaram relação entre auto-eficácia e dor. Os estudos experimentais envolvem dor induzida e tratam da tolerância à dor relacionada à auto-eficácia.

Dolce, Doleys, Raczynski, Lossie, Poole, Smith⁽²³⁾ investigaram o papel das expectativas de auto-eficácia na predição da tolerância à dor. O estudo envolveu 64 voluntários que se submeteram a um teste de tolerância à dor por pressão fria. Os voluntários foram randomizados em 4 grupos (controle, quota, reforço e placebo) e os pesquisadores foram cegados para a hipótese experimental e para o uso de placebos. Foram realizadas medidas de tolerância à dor, intensidade da dor e auto-eficácia. Os resultados mostraram que as expectativas de auto-eficácia apresentaram correlação positiva com o tempo de tolerância à dor. As expectativas de auto-eficácia explicaram melhor a tolerância à dor do que a intensidade da dor.

Litt⁽²⁴⁾ estudou auto-eficácia e percepção de controle como mediadores cognitivos da tolerância à dor. A pesquisa envolveu dois experimentos com dor induzida por pressão fria para investigar a auto-eficácia como determinante causal da mudança de comportamento e as percepções de controle e auto-eficácia como determinantes da escolha do comportamento. 102 mulheres participaram do estudo, 62 no experimento 1 e 40 no experimento 2. Foram realizadas medidas de auto-eficácia baseadas nos modelos de Bandura. Os resultados indicaram que modificações nas expectativas de auto-eficácia predisseram modificações na tolerância à dor e sugeriram que as expectativas de auto-eficácia podem ser os determinantes causais do comportamento.

Cipher, Fernandez⁽²⁵⁾ estudaram a influência da expectativa na predição da tolerância e evitação da dor em pacientes com dor crônica. O estudo envolveu 39 sujeitos (12 homens e 27 mulheres) em um experimento com dor induzida por pressão fria. Foram investigadas as contribuições de quatro

variáveis relacionadas as expectativas para a tolerância e evitação da dor. Os resultados mostraram relação positiva entre auto-eficácia e tolerância à dor, no entanto, os resultados sugerem que a tolerância à dor é melhor explicada pela expectativa de resultado do que pela expectativa de eficácia. A expectativa de tolerância predisse significativamente a tolerância real e a expectativa de perigo predisse significativamente a evitação da dor. Clinicamente os dados sugeriram que os pacientes que sofrem de dor crônica geralmente associam dor à lesão tecidual e assim evitam a atividade.

Outros estudos investigaram especificamente a auto-eficácia e o comportamento doloroso. Buescher, Johnston, Parker, Smarr, Buckelew, Anderson, et al ⁽²⁶⁾ estudaram os efeitos da auto-eficácia nos comportamentos dolorosos exibidos por pacientes com artrite reumatóide. 72 pacientes foram avaliados através de um procedimento padronizado de filmagem e os comportamentos foram classificados. Os pacientes responderam questionários para medida de auto-eficácia e depressão (*Arthritis Self-efficacy Scale – ASES e Beck Depression Inventory - BDI*). Os resultados mostraram relação negativa entre altos escores de auto-eficácia e número de comportamentos dolorosos e sintomas depressivos. Não encontrou-se relação entre depressão e comportamento doloroso.

Buckelew, Parker, Keefe, Deuser, Crews, Conway, et al ⁽²⁷⁾ investigaram auto-eficácia e comportamento doloroso entre pacientes com fibromialgia. O estudo foi desenvolvido para explicar a relação entre comportamentos dolorosos e variáveis psicológicas. 73 pacientes com diagnóstico de fibromialgia participaram do estudo. O método de observação de comportamento doloroso

foi utilizado, a auto-eficácia foi avaliada pela *Arthritis Self-efficacy Scale (ASES)* e a depressão avaliada pela *Centre for Epidemiological Study-Depression Scale*. Os achados mostraram relação negativa entre auto-eficácia e comportamento doloroso e não mostraram relação entre depressão e comportamento doloroso.

Maddux, Rogers (1983) estudaram como a modificação nas expectativas de auto-eficácia através de manipulações experimentais podem determinar mudanças nas intenções de comportamento subsequentes. Os resultados mostraram que a expectativa de auto-eficácia não só influenciou significativamente as intenções de adotar o comportamento de coping recomendado, mas a expectativa de auto-eficácia provou ser o mais poderoso preditor das intenções de comportamento.

Oetker-Black, Hart, Hoffman, Geary (1992)⁽²⁸⁾ investigaram os mecanismos através dos quais orientações pré operatórias diminuem complicações pós-operatórias. O estudo envolveu 68 mulheres submetidas à colecistectomia e avaliou as relações entre comportamentos de auto-eficácia no pré e pós operatório. Os resultados mostraram relação positiva entre os escores da escala de expectativa de eficácia, respiração profunda e deambulação pós operatória. Os escores da escala de expectativa de resultado apresentaram relação negativa com necessidade de medicação para dor no pós operatório. Os pesquisadores concluíram que a auto-eficácia mostrou-se positivamente relacionada a comportamentos pós operatórios designados para diminuir complicações e facilitar a recuperação e que a auto-eficácia foi capaz de explicar o mecanismo através do qual as orientações pré operatórias exercem seus efeitos no pós-operatório.

Alguns estudos tratam da relação entre dor crônica, auto-eficácia, incapacidade e depressão. Arnstein; Caudill; Mandle; Norris; Beasley⁽²⁹⁾ estudaram a auto-eficácia como mediador entre intensidade da dor, incapacidade e depressão em pacientes com dor crônica. O estudo tinha como objetivo estabelecer as relações existentes entre os componentes físicos e psicossociais da dor crônica. A amostra incluía 126 pacientes com dor crônica. A intensidade da dor foi avaliada pela *Pain intensity – visual analog scale*, a auto-eficácia foi avaliada pela *Chronic Pain Self Efficacy Scale (CPSS)*, a incapacidade foi avaliada pelo *Pain disability index*, e a depressão foi avaliada pela *Centre for Epidemiological Study - Depression scale*. A análise dos resultados mostrou que dor intensa e baixa auto-eficácia contribuíram para o desenvolvimento de incapacidade e depressão em pacientes com dor crônica. Os dados mostraram também que dor intensa tem impacto negativo nos estados cognitivos (baixa auto-eficácia) e afetivos (maior depressão) e que depressão não contribuiu para a sensação de incapacidade na amostra estudada.

Arnstein⁽⁴⁾ estudou a auto-eficácia como mediadora da incapacidade em diferentes amostras de pacientes com dor crônica. 479 pacientes com dor crônica participaram do estudo, que envolveu três amostras: pacientes de hospital terciário n=226, pacientes de uma clínica da comunidade n=137 e uma terceira amostra combinando os dois locais n=116. A intensidade da dor foi avaliada pela *Pain intensity – visual analog scale*, a auto-eficácia foi avaliada por meio da *Chronic Pain Self Efficacy Scale (CPSS)*, a incapacidade foi avaliada pelo *Pain disability index*, e a depressão foi avaliada pela *Centre for Epidemiological Study-Depression scale*. Os resultados mostraram que

intensidade da dor e crenças de auto-eficácia são preditores importantes da incapacidade em pacientes com dor crônica e que pacientes com dor crônica tornam-se incapazes, em parte, por causa de sua baixa auto-eficácia.

Keefe, Kashikar-Zuck, Robinson, Salley, Beaupre, Caldwell, et al ⁽³⁰⁾ investigaram a relação entre estratégias de *coping* para dor e auto-eficácia de pacientes com osteoartrite e a avaliação de auto-eficácia dos pacientes, realizada pelas esposas. 130 indivíduos com osteoartrite e dor persistente no joelho responderam ao *Coping Strategies Questionnaire*, *Arthritis Self-efficacy Scale (ASES)* e *McGill Pain Questionnaire*. Os dados foram analisados e os autores concluíram que estratégias de *coping* para dor estão relacionadas aos julgamentos dos pacientes sobre sua auto-eficácia para tarefas específicas relacionadas à artrite: controlar dor, realizar tarefas da vida diária e controlar outros sintomas (como fadiga ou frustração). Um aspecto relevante deste estudo foi o fato de que estratégias de *coping* relacionadas à dor predisseram auto-eficácia, mesmo quando controladas para os efeitos da intensidade da dor. Como era esperado, altos níveis de dor se relacionaram à baixa auto-eficácia. Pacientes que lidam com a dor ignorando as sensações dolorosas tiveram auto-eficácia muito maior para controle da dor e relataram níveis de dor muito menores nas medidas da dimensão afetiva da dor. Os pesquisadores encontraram também relação entre estratégias de *coping* e auto-eficácia, mas por se tratar de um estudo correlacional, foi impossível determinar se *coping* influencia auto-eficácia ou vice-versa. As relações entre *coping* e auto-eficácia devem ser recíprocas.

Kores, Murphy, Rosenthal, Elias e North⁽³¹⁾ estudaram a relação entre percepção de auto-eficácia e resultados do tratamento em uma população com dor crônica de difícil tratamento. O estudo envolveu 62 indivíduos em dois experimentos separados nos quais se aplicou uma escala de auto-eficácia em um tratamento que combinava tratamento médico e terapia cognitivo-comportamental. Os resultados encontrados mostraram que as crenças de auto-eficácia estavam associadas ao nível de funcionalidade destes pacientes e à sua resposta ao tratamento. Os pacientes com altos escores de auto-eficácia, após o tratamento se consideravam melhor, e demonstraram melhor funcionalidade geral, com reduções importantes nos comportamentos de doença crônica no seguimento. Estes achados confirmam o mérito das medidas de auto-eficácia como preditores dos resultados do tratamento em pacientes com dor crônica.

Arnstein, Wells-Federman, Caudill (2001) estudaram os efeitos de um programa integrado com terapia cognitivo-comportamental para o controle da dor na intensidade da dor, nas crenças de auto-eficácia e na depressão de pacientes com dor crônica. Os resultados mostraram que a melhora nas crenças de auto-eficácia produz reduções na dor, na incapacidade e na depressão.

1.4 Estudos que relacionam a percepção de auto-eficácia, situações de dor e estresse e sistema opiáceo endógeno

Alguns estudos abordam a percepção de auto-eficácia em situações relacionadas à dor ou ao stress, e permitem que se observe como a auto-eficácia afeta as respostas psicológicas e bioquímicas quando se lida com a dor

ou estresse. Tais pesquisas são úteis para elucidar microrelações entre aspectos psicossociais, mediadores cognitivos e os processos neuroendócrinos que controlam reações de stress (Bandura, Taylor, Williams, Mefford, Barchias).

Bandura, Taylor, Williams, Mefford, Barchas (1985) testaram a hipótese de que a percepção de auto-eficácia media os efeitos de estressores ambientais e a secreção de catecolaminas. Os sujeitos apresentaram maior secreção de adrenalina e noradrenalina nas tarefas em que tinham dúvidas sobre sua auto-eficácia, e com a melhora na percepção de auto-eficácia, a secreção de catecolaminas diminuiu. As catecolaminas também diminuía bruscamente quando os sujeitos recusavam atividades consideradas acima de suas capacidades de *coping*. Os resultados confirmaram que a percepção de auto-eficácia foi um mediador cognitivo das reações do stress.

A relação entre a percepção de auto-eficácia e mecanismos opióides de controle da dor foram analisados por Bandura, O'Leary, Taylor, Gauther, Gossard (1987). Os pesquisadores testaram a relação dos mecanismos opióides à percepção de coping eficaz quando a percepção de auto-eficácia é aumentada por placebos ou por estratégias de controle cognitivo. Foram utilizados três grupos de pacientes para os testes. Um grupo recebeu placebo apresentado como analgésico, um grupo recebeu treinamento cognitivo para controle da dor e o terceiro grupo, que foi controle, não recebeu intervenção. Todos os grupos passaram então por um teste de tolerância à dor. Após esta fase todos os sujeitos foram randomizados para dois grupos e receberam uma injeção de naloxona ou de solução salina e sua percepção de auto-eficácia e tolerância à dor foi medida novamente em intervalos periódicos.

Bandura, Cioffi, Taylor, Brouillard (1988) analisaram as relações entre a percepção de eficácia, stress e produção de opióides endógenos. Observaram que em indivíduos eficazes e não estressados o sistema opióide endógeno não foi ativado na presença de estímulo doloroso induzido pelos métodos de pressão fria e solução salina. À administração de naloxona (antagonista opióide) não modificou a tolerância à dor, confirmando a hipótese de que o sistema opiáceo endógeno não foi ativado. No grupo de pessoas estressadas e com baixo senso de auto-eficácia e o sistema opiáceo endógeno foi ativado, visto que foram capazes de tolerar estímulos dolorosos crescentes e quando da administração de naloxona a dor ficou intolerável.

No Brasil foram desenvolvidos alguns estudos sobre auto-eficácia nas áreas da psicologia da educação (Medeiros, Loureiro, Linhares, 2000)⁽³²⁾, educação física (Dobranszki, Machado, 2001), odontologia (Souza, Silva, Galvão, 2002)⁽³³⁾, e infectologia (Leite et al, 2002). Não se encontrou estudo sobre auto-eficácia e dor, nem estudos realizados por enfermeiras. No entanto, as enfermeiras estão envolvidas em auxiliar doentes a realizarem ações para manter ou restabelecer sua saúde, e auto-eficácia parece ser um construto fundamental para o manejo do tratamento e para a adaptação de pacientes a doenças crônicas, como a dor.

Uma limitação para os estudos de auto-eficácia em nosso meio é a ausência de instrumentos de avaliação em língua portuguesa. A seguir apresentam-se os instrumentos para avaliar auto-eficácia na área de dor.

1.5 Avaliação da auto-eficácia

O conceito de auto-eficácia tem sido estudado em contextos variados e relacionado a diversos problemas crônicos de saúde. Existem escalas que medem auto-eficácia relacionada à artrite, à diabetes, à dor lombar, à prática de exercícios, ao controle de peso, entre outras.

Em busca bibliográfica realizada na internet através do Medline (de 1999 a 2002) e Pubmed (de 1990 a 2002), com as palavras-chave: "self-efficacy", "chronic pain". Foram encontrados 111 artigos que tratavam de auto-eficácia. Entre estes, foram localizados 33 artigos que tratavam de auto-eficácia e dor. Da avaliação destes artigos identificou-se uma escala de auto-eficácia e dor relacionada à artrite (*Arthritis Self-efficacy Scale - ASES*) e duas escalas para avaliar auto-eficácia relacionada à dor: *Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)* e *Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)*.

A *Arthritis Self-efficacy Scale - ASES* foi desenvolvida em 1989 por Lorig, Chastain, Ung, Shoor, Holman⁽³⁴⁾, baseada em comportamentos importantes para pessoas com artrite: controlar a dor e a incapacidade. A escala inicial tinha 43 itens e foi testada em uma amostra com 97 sujeitos com artrite. Depois desta etapa, a escala foi reduzida para 25 itens e foram identificados 2 fatores: auto-eficácia para função física e auto-eficácia para controle dos sintomas. Na terceira etapa foram identificados 3 fatores (auto-eficácia para funcionalidade - AEF, auto-eficácia para outros sintomas - AEO e auto-eficácia para dor - AED) e 20 itens. O coeficiente alpha estimou a confiabilidade em 0,89 para o fator AEF, 0,87 para o fator AEO e 0,76 para o fator AED. As três sub-escalas agem como a Teoria de auto-eficácia prediz e a auto-eficácia se relaciona com estado de

saúde presente e futuro. Foram realizadas análises confirmatórias das sub-escalas, confiabilidade pelo teste-reteste e teste de hipóteses.

A *Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)* foi desenvolvida por Anderson e publicada em 1995⁽²³⁾. É composta por 22 itens e foi construída a partir da adaptação da *Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES)* cujas propriedades psicométricas já foram testadas.

A CPSS foi validada inicialmente com uma amostra de 141 sujeitos que participaram de um programa ambulatorial para tratamento da dor. Uma análise exploratória das respostas identificou 3 fatores (auto-eficácia para controle da dor - AED, auto-eficácia para outros sintomas - AES e auto-eficácia para função física - AEF). A escala foi administrada para uma amostra replicada de 136 pacientes com dor crônica. A análise fatorial confirmou a estrutura dos 3 fatores. Os escores das sub-escalas derivados da análise fatorial tiveram correlação significativa com medidas de depressão, desesperança, preocupação somática e adaptação à experiência da dor crônica⁽²²⁾.

A PSEQ foi desenvolvida por Nicholas em 1989 e apresentada na Conferência Anual da Sociedade Britânica de Psicologia. A escala desenvolvida por Nicholas é composta por 10 itens, que medem a força e a generalidade da crença do paciente sobre sua habilidade em realizar uma variedade de atividades, apesar da dor.

A PSEQ é um inventário auto-aplicável, os itens incluem afirmações como: "Eu posso realizar a maioria das tarefas de casa apesar da dor". Os sujeitos devem especificar em uma escala de 7 pontos quanta confiança/certeza têm sobre sua capacidade de realizar as atividades ou

funções descritas em cada item. A escala varia de 0 a 6, onde 0 equivale a nenhuma confiança/certeza e 6 equivale a certeza absoluta/confiança total sobre a afirmação. O escore é calculado pela soma dos 10 itens, alcançando um escore máximo de 60⁽¹⁴⁾.

Asghari, Nicholas, ⁽¹⁴⁾ estudaram as crenças de auto-eficácia e o comportamento doloroso num estudo prospectivo que utilizou diversas medidas e, entre elas, o PSEQ, que obteve o alpha de Cronbach de 0,92.

A confiabilidade pelo teste-reteste e a consistência interna do PSEQ foram testadas em dois estudos diferentes em pacientes com dor crônica e foram relatados como 0,79 e 0,92 respectivamente⁽¹⁴⁾.

As duas escalas (PSEQ e CPSS) apresentam bons índices de validade e confiabilidade. A construção e validação da PSEQ foi pouco divulgada, a escala foi apresentada em um evento científico e posteriormente utilizada, o artigo de construção e validação inicial não foi publicado, mas um dos autores foi localizado e enviou a escala (Anexo) e o trabalho de construção e validação. Foram encontrados poucos estudos que utilizaram a PSEQ, sempre envolvendo o autor da escala e nenhum trabalho apresentou a escala na íntegra.

A CPSS foi escolhida para este estudo, por ser uma escala mais ampla, que aborda vários aspectos da auto-eficácia relacionados à dor. Foi utilizada em outros estudos sobre auto-eficácia e dor crônica e trata-se ainda de uma adaptação da ASES, uma escala com propriedades psicométricas já testadas e amplamente utilizada.

A CPSS é uma escala específica para dor crônica, dividida em 3 fatores, que abrange a auto-eficácia relacionada à dor, à função física e ao controle de sintomas.

1.6 *Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)*

A *Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)* foi desenvolvida para medir a percepção de auto-eficácia e a capacidade para lidar com as conseqüências da dor em pacientes com dor crônica. O instrumento é formado por 3 fatores: auto-eficácia para controle da dor (PSE), auto-eficácia para lidar com sintomas (CSE) e auto-eficácia para função física (FSE)⁽²²⁾.

A escala tem 22 itens, nos quais a pessoa indica sua percepção de habilidade para desempenhar atividades específicas ou conseguir resultados específicos relacionados ao controle da dor, *coping* e função física. A PSE tem 5 itens, a FSE possui 9 itens e a CSE possui 8 itens. Cada crença é avaliada numa escala de Likert que varia de 10 a 100, e corresponde à certeza que se tem em relação a cada item⁽²²⁾.

É possível obter-se um escore para cada fator e a soma de todos os fatores fornece o escore total da escala. O escore máximo possível é 300.

O procedimento para determinação dos escores, segundo Anderson⁽²²⁾, inclui a contagem independente dos escores de cada domínio (PSE, FSE, CSE) e a soma dos escores de todos os domínios. O primeiro domínio (PSE) contém 5 itens. As respostas devem ser somadas e o resultado dividido por 5. O segundo domínio (FSE) contém 9 itens e o procedimento é o mesmo, mas o resultado da

soma das respostas deve ser dividido por 9. Repete-se o procedimento no terceiro domínio (CSE) e divide-se a soma por 8, que é o número de itens.

A análise dos escores das sub-escalas (ou domínios) apresentou correlação significativa com medidas de depressão, desesperança, preocupação somática e adaptação à experiência de dor crônica. Análises de regressões múltiplas mostraram suporte adicional para a validação concorrente e de construto da CPSS⁽²²⁾. A estimativa da consistência interna através do coeficiente alpha foi de 0.91 para CSE, 0.91 para FSE e 0.86 para PSE⁽²²⁾.

A CPSS foi replicada a uma amostra adicional de 136 sujeitos cujas características demográficas não diferiam significativamente da amostra inicial. Foi realizada uma análise fatorial que mostrou que a estrutura de 3 fatores explica 61% da variância nas respostas. O coeficiente alpha foi de 0.88, 0.87 e 0.90 para PSE, FSE e CSE respectivamente⁽²²⁾.

Os escores das sub-escalas de auto-eficácia foram significativamente relacionados ao escore total do Inventário de Depressão de Beck e do *Beck Hopelessness Scale*. Pacientes que relataram níveis altos de auto-eficácia também relataram humor mais positivo, menos sintomas de depressão e menos desesperança. Pacientes com níveis mais altos de auto-eficácia relataram dor de menor intensidade, menor interferência da dor em suas vidas, melhor percepção de controle sobre a vida e menos angústia emocional⁽²²⁾.

Os pacientes com os maiores níveis de auto-eficácia funcional e para lidar com sintomas relataram também os mais altos níveis de atividade geral quando comparados aos pacientes com os menores escores nestes mesmos domínios⁽²²⁾.

Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, Beasley⁽³⁵⁾ utilizaram a CPSS e encontraram alpha de 0,95 para o escore total e alpha de 0,84 a 0,90 para os sub-escores.

Segundo Arnstein⁽⁴⁾ a confiabilidade tem sido comprovada em diferentes amostras através da consistência interna (alpha Cronbach entre 0,90 e 0,91 para as sub-escalas e a escala total). Em estudo realizado por ele a estimativa de confiabilidade para o escore total foi de 0,95.

1.7 Tradução e validação de instrumentos de medida

A adaptação do instrumento para cultura diferente da original requer o uso de método que garanta que a estrutura original do construto testado não se modifique no processo de adaptação.

A avaliação de que se manteve a integridade do instrumento original é estimada por testes de validade e confiabilidade. A adaptação de instrumentos com propriedades psicométricas já consagradas em outras realidades permite ampliar as possibilidades de pesquisar conceitos ainda pouco explorados numa dada sociedade e comparar os dados entre culturas diferentes. Para Guillemin et al⁽³⁶⁾ a adaptação de instrumentos de medidas pré-existentes consome menos tempo e recursos do que gerar um novo instrumento.

A adaptação transcultural de um instrumento de medida inclui dois componentes: a tradução literal das palavras e sentenças de uma língua para outra e a adaptação em relação ao idioma, ao contexto cultural e ao estilo de vida⁽³⁶⁾.

A confiabilidade refere-se à reprodutibilidade dos resultados de uma escala sob diferentes condições. É um passo necessário para estabelecer a utilidade da escala, mas não é suficiente. O próximo passo é determinar a validade, que mostra se a escala realmente mede o que deveria medir (Streiner, Norman, 1995).

A confiabilidade é uma propriedade definida como o “grau de precisão com que o instrumento mede o atributo a que se propõe a medir” e geralmente é estimada pela avaliação da sua consistência interna ⁽³⁷⁾.

Segundo Jacobson⁽³⁸⁾ e Burckhardt⁽³⁹⁾, a confiabilidade pode ser conceituada em termos de estabilidade, equivalência ou consistência interna. A estabilidade pode ser avaliada na forma de teste-reteste, que testa os mesmos sujeitos em duas ocasiões diferentes. A equivalência pode ser avaliada pelo modo paralelo (ou alternativo), onde duas medidas são usadas para avaliar uma mesma variável ou inter-observadores, onde vários observadores realizam a mesma medida. A consistência interna fornece a intercorrelação dos itens, ou seja, o grau em que os itens construídos para medir um mesmo conceito estão correlacionados e refere-se à certificação de que todos os itens da escala medem o mesmo conceito.

A validade é outra propriedade de um instrumento de medida. É definida como o poder dos instrumentos de medir o que se propõe a medir^(37 e McDowell Newell 1996). Segundo Jacobson ⁽³⁸⁾, a validade depende da confiabilidade.

Validar uma escala é um processo que permite a determinação do grau de confiança que se pode colocar nas inferências que se fazem sobre as pessoas, baseadas nos escores obtidos nas escalas (Streiner, Norman, 1995).

A validade de uma medida é mais difícil de ser avaliada do que a confiabilidade porque geralmente não há um critério (padrão ouro) e muitos conceitos que vem sendo estudados estão ainda em definição⁽³⁹⁾.

Um dos aspectos mais problemáticos para se avaliar a validade é a terminologia variada. Segundo Bowling⁽⁴⁰⁾ a literatura tende a focar em validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto.

A validade de conteúdo ou aparente é o julgamento consensual por peritos no assunto. A validade de critério verifica se o instrumento tem relação com outra medida para o mesmo conceito ou fenômeno, geralmente assume-se um padrão ouro. A validade de construto visa avaliar a relação do construto em estudo com outros construtos a ele relacionados.

A validade de construto pode ser estimada pelo teste de validação convergente-discriminante, que segundo Pasquali⁽⁴¹⁾ é uma técnica para testar um instrumento a partir da determinação de dois aspectos: 1) a correlação do instrumento com outras variáveis com as quais o construto medido deveria teoricamente estar relacionado (validade convergente) e 2) a discriminação de grupos–critério que difiram entre si no fenômeno que o instrumento pretende medir (validade discriminante).

Pode-se concluir, que são variadas as técnicas e a terminologia utilizadas pelos autores no que se refere à validação de instrumentos. Uma forma mais objetiva e que facilita o entendimento dessa questão é a que encontramos em Last⁽⁴²⁾, no seu Dicionário de Epidemiologia. O autor distingue duas grandes variedades de estudos de validação: interna e externa.

A validação interna (confiabilidade de medida) recorre a técnicas de avaliação de reprodutibilidade e consistência interna, enquanto que a validação externa consiste em contrastar as medidas propostas a representações conhecidas da realidade utilizando-se testes de concordância, sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

A qualificação dos elementos envolvidos na experiência dolorosa é necessária. A avaliação da auto-eficácia de pacientes com dor crônica pode contribuir para a compreensão dos aspectos cognitivos-motivacionais da dor e fornecer subsídios para a assistência a esses pacientes.

2. OBJETIVOS

Geral

Disponibilizar um instrumento em língua portuguesa, para a avaliação de auto-eficácia de pacientes com dor crônica.

Específicos

- Validar para a língua portuguesa a *Chronic Pain Self-efficacy Scale*
- Analisar as relações entre as crenças de auto-eficácia e variáveis sócio-demográficas e de características da dor.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Local e período de estudo

O estudo foi desenvolvido em quatro Serviços de Saúde simultaneamente: Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ambulatório de Reumatologia), Ambulatório do Grupo de Dor do Hospital Santa Cruz, Ambulatório da Central da Dor do Hospital do Câncer (A. C. Camargo) e Serviço de Medicina Preventiva – (Qualivida) Unimed São Roque. Optou-se por coletar os dados em vários centros pela necessidade de se atender aos prazos do Programa de Pós-Graduação. A Tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes segundo o local de coleta de dados.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo local de coleta de dados. São Paulo, 2004.

| <i>Local</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|-----------------------|----------|----------|
| Hospital das Clínicas | 43 | 32,6 |
| Hospital Santa Cruz | 23 | 17,4 |
| Hospital do Câncer | 38 | 28,8 |
| Unimed São Roque | 28 | 21,2 |
| Total | 132 | 100,0 |

O Projeto deste estudo foi aprovado pelas Comissões de Ética em Pesquisa dos quatro Serviços de Saúde onde se realizou coleta de dados (Anexos 2, 3, 4 e 5).

O presente estudo é parte do Projeto intitulado: "Crenças disfuncionais em dor crônica: avaliação de um programa cognitivo em doentes com fibromialgia", que tem como pesquisadora a Profa. Dra. Cibele Andrucio de Mattos Pimenta.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro de 2003 e fevereiro de 2004.

3.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por pacientes com dor crônica não oncológica, de etiologias variadas. A amostra, de conveniência, foi constituída por 132 pacientes. Os critérios de inclusão foram: dor há pelo menos 6 meses, diagnóstico médico de dor crônica, idade superior a 18 anos e no mínimo de 4 anos de escolaridade.

A Tabela 2 apresenta as características da amostra estudada.

Tabela 2: Características da amostra estudada. São Paulo, 2004.

| Características | Amostra total |
|---------------------------------------|----------------------|
| Sexo (n=132) | |
| Feminino | 116 (87,9%) |
| Masculino | 16 (12,1%) |
| Idade (n=132) | |
| Média (DP) | 45,91 (12,68) |
| Mediana | 45,00 |
| Variação | 22 – 82 |
| Escolaridade (n=132) | |
| ≤ 8 anos | 48 (36,3%) |
| 9 ≤ 11 anos | 46 (34,8%) |
| ≥ 12 anos | 38 (28,7%) |
| Situação de trabalho (n=132) | |
| Aposentado/afastado/desempregado | 35 (26,5%) |
| Atividade remunerada | 64 (48,4%) |
| Atividade não remunerada* | 33 (25,0%) |
| Renda** (n=109) | |
| Média (DP) | 3,31 (3,24) |
| Mediana | 2,00 |
| Variação | 0,4 – 20,8 |
| Etiologia da dor (n=132) | |
| Fibromialgia | 72 (54,5%) |
| Dor neuropática | 32 (24,2%) |
| Origem desconhecida | 8 (6,1%) |
| Cefaléia | 6 (4,5%) |
| Outras*** | 14 (10,6%) |
| Intensidade da dor (n=132) | |
| Média (DP) | 6,83 (2,3) |
| Mediana | 7 |
| Variação | 1 – 10 |
| Tempo de dor – em anos (n=132) | |
| Média (DP) | 7,4 (7,7) |
| Mediana | 5 |
| Variação | 0,5 – 40 |

DP = desvio padrão n = amostra

*Atividade não remunerada refere-se à tarefas do lar.

**A renda foi obtida em salários mínimos (R\$240,00) e o n foi de 109 pois nem todos os sujeitos da pesquisa souberam ou quiseram especificar a renda.

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

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados antes ou após a consulta médica, nos três ambulatórios citados. No Serviço de Medicina Preventiva Qualivida - Unimed São Roque, os doentes faziam parte de um programa de atendimento multiprofissional em grupo para o controle da dor crônica e responderam à pesquisa no segundo encontro.

Os doentes foram convidados a participar do estudo e receberam orientações sobre o objetivo da pesquisa, e sobre o caráter voluntário de sua participação. Aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento pós-informado, em duas vias. A todos os doentes foi assegurado que a não concordância ou a interrupção de sua participação não lhe traria nenhum dano ou restrição ao tratamento.

Os doentes responderam ao instrumento de Identificação (Anexo ..), à Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica – AEDC- (Anexo ..) e ao Inventário de Depressão de Beck – IDB - (Anexo..). Os doentes optaram por responder às escalas de auto-eficácia sozinhos ou acompanhando a leitura com a pesquisadora.

3.3.1 Tradução e back-translation

A autorização para a realização da tradução e adaptação transcultural foi obtida com Anderson, autora da escala original, via e-mail (Anexo 3).

A tradução para o português foi realizada por uma tradutora profissional especializada na área da saúde. Essa tradutora forneceu duas opções para a pergunta principal da escala: *Quanta certeza você tem de que pode.....* ou

Você acredita que pode... . Estas versões foram submetidas à avaliação de duas juízas e a um pré teste.

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

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

3.3.2 Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi composto por: termo de consentimento pós-informado (Anexo 6), caracterização sócio-demográfica dos

pacientes (Anexo 7), Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica (AEDC - Anexo 8) e pelo Inventário de Depressão de Beck (Anexo 9).

Os estudos sobre auto-eficácia e dor mostram relação entre os conceitos de auto-eficácia e depressão e a análise da validade convergente foi baseada na comparação dos escores de auto-eficácia e de depressão.

O Inventário de depressão de Beck, utilizado neste estudo, foi traduzido para a língua portuguesa e publicado no livro *Terapia Cognitiva da Depressão*⁽⁴³⁾. A validação para a língua portuguesa foi realizada por Gorenstein e Andrade⁽⁴⁴⁾. O inventário é composto de 21 itens com afirmações graduadas de 0 a 3, que refletem a intensidade do sintoma. O escore máximo é 63, denotando o maior nível de depressão. As categorias avaliadas nos 21 itens são: humor deprimido, pessimismo, sensação de fracasso, perda de satisfação, sentimentos de culpa, sensação de punição, auto-rancor (ódio, aversão), auto-acusação, ideação suicida, choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, imagem corporal alterada, inibição para o trabalho, anormalidades do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda de libido. Existem várias interpretações dos escores obtidos na escala de Beck. Segundo Gorenstein e Andrade⁽⁴⁴⁾ os pontos de corte para indivíduos sem diagnóstico prévio de depressão são: 0 a 15 - ausência de depressão; 16 a 20 - disforia e acima de 20 - depressão.

3.4 Tratamento estatístico dos dados

Os dados foram inseridos em banco de dados no programa Excel e o programa estatístico utilizado para efetuar os cálculos foi o SPSS versão 11.0. O

nível de significância adotado foi 0,05. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva em que as variáveis qualitativas foram resumidas em frequências simples e relativas (porcentagens) e as variáveis quantitativas foram expressas em médias, medianas, desvios padrão, erros padrão, 1º e 3º quartis, valores mínimos e máximos.

Para analisar as associações entre as escalas e as demais variáveis quantitativas, também foram utilizados coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman, no caso de variáveis sem distribuição Normal. Alternativamente, as variáveis quantitativas foram categorizadas segundo os tercis da distribuição e assim transformadas em qualitativas. Neste caso as associações foram analisadas comparando-se as médias das escalas em cada categoria. Para comparar as médias foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA), seguida pelo método de comparações múltiplas de Tukey para localizar as diferenças duas a duas. A suposição de normalidade, necessária para a realização dos testes, foi verificada pelos coeficientes de assimetria e curtose, diagramas do tipo "Box-plot" e gráficos normais de probabilidade.

3.4.1 Critérios para análise da confiabilidade e validade

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

Para análise da confiabilidade da escala buscou-se realizar também o teste-reteste, que permitiria verificar a estabilidade da escala. Este teste consiste em aplicar o mesmo instrumento de medida em diferentes ocasiões para os mesmos sujeitos com intervalos de tempo fixos. Como a coleta de dados foi realizada em diferentes centros e os pacientes não retornavam com um período de tempo fixo optou-se por realizar o teste-reteste pelo correio. A pesquisadora entregou um envelope selado que continha a escala (AEDC) e uma re-avaliação da intensidade da dor a 30 pacientes. Eles foram informados de que deveriam responder novamente a escala após 15 dias e enviar pelo correio. O retorno foi de apenas 12 instrumentos, o que inviabilizou a análise destes dados. Assim, a confiabilidade pelo teste-reteste não foi realizada.

A validade foi avaliada através da validade de construto e validade convergente. Para a validade de construto utilizou-se a análise fatorial, que permite a confirmação dos fatores ou domínios e confirmação dos itens em cada fator/domínio. Esta análise se baseia na correlação entre os itens. O método utilizado foi o de componentes principais e a rotação foi oblíqua, que permite que os fatores sejam correlacionados. A validade convergente foi analisada pelos coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) e o Inventário de Depressão de Beck.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos na validação do instrumento "*Chronic Pain Self-efficacy Scale*", para a língua portuguesa e a análise das crenças de auto-eficácia na amostra estudada. Quando necessário para a adequada compreensão dos resultados, algumas comparações entre as duas escalas serão adiantadas neste capítulo.

4.1 Validação da "*Chronic Pain Self-efficacy Scale*" para a língua portuguesa

Nesta fase foram estabelecidas as características psicométricas do instrumento na versão em português (Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica – AEDC), visto que instrumentos traduzidos e adaptados para outras culturas podem ter sua estrutura interna modificada. A escala, traduzida e adaptada para a língua portuguesa foi aplicada a 132 doentes com dor crônica. As respostas foram submetidas à análise fatorial, análise da consistência interna e validade convergente, por meio da comparação entre a escala AEDC e o IDB.

4.1.1 Análise Fatorial

Para a análise dos fatores foi utilizada a rotação oblíqua em vez da rotação varimax. Tal decisão deveu-se à observação de que todos os itens eram correlacionados (análise da consistência interna) e se os itens eram correlacionados espera-se que os fatores (combinações lineares dos itens) também apresentem alguma correlação.

Os valores absolutos da variância explicada (Eigenvalue) obtidos para os três fatores foram de 10,29, 1,62 e 1,45, confirmando a estrutura de três fatores da escala. Pode-se observar que escolhendo estes 3 fatores, temos 60,8% da variância explicada. Porém, como a idéia é entender as correlações entre itens e não eliminá-los e trabalhar com os fatores, a solução com 3 componentes pode ser útil para entender quais seriam os agrupamentos no caso de 3 dimensões. Vale observar que para obter um percentual de explicação da variância de pelo menos 80% seriam necessários 9 componentes.

A seguir apresentam-se as correlações entre cada item e os fatores. Com base nessas correlações podemos interpretar claramente os fatores como: fator 1: funcionalidade (AEF), fator 2: outros sintomas (AES), fator 3: controle da dor (AED). Em geral, os itens pertencentes ao mesmo domínio permaneceram mais correlacionados com o mesmo fator. A única exceção foi o item 2 do domínio controle da dor (AED) correspondente à realização de atividades diárias, que se mostrou mais correlacionado com o fator de funcionalidade (AEF) do que com controle da dor.

A seguir apresenta-se as comparações dos domínios do AEDC segundo análise fatorial.

Tabela 3: Matriz de correlações entre os itens e os domínios da AECD segundo análise fatorial. São Paulo, 2004.

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

Na tabela 3 observa-se que foram identificados 3 domínios: o domínio auto-eficácia para controle da dor (AED) com 4 itens, o domínio auto-eficácia para outros sintomas (AES) com 8 itens e o domínio auto-eficácia para funcionalidade (AEF) com 10 itens. Tais domínios equivalem aos domínios da escala original (CPSS), porém observa-se que o item 2 do domínio AED correlaciona-se positivamente com todos os itens do domínio funcionalidade (a correlação com o item 4 chega a ser bem alta $R=0,73$).

A inclusão desse item no domínio AEF aumenta um pouco a confiabilidade, no entanto esse aumento não é tão significativo (passa de 0,9224 para 0,9266). Assim, o item foi mantido no domínio AED, como na escala original.

Exploratoriamente analisamos as soluções com mais de 3 fatores, porém, não houve “migração” de nenhum item, ou seja, as correlações com os demais fatores foram baixas não modificando a interpretação. Além disso, cada um desses fatores adicionais explicam menos de 5% da variabilidade total.

Para confirmação da adequação do tamanho da amostra para a análise fatorial realizou-se o teste KMO para a estrutura de 3 fatores e obteve-se o valor de 0,924, que indica ótima adequação, já que ela é melhor quanto mais se aproxima de 1 (maior que 0,90 = ótima).

4.1.2 Confiabilidade

A confiabilidade da escala foi analisada através da consistência interna, utilizando-se o alfa de Cronbach. Todas as correlações entre os itens foram positivas e significativamente diferente de zero, o que indica que faz sentido compor uma escala com estes itens.

Tabela 4: Resultados da análise de consistência interna (α de Cronbach) da escala AECD. São Paulo, 2004.

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

O domínio auto-eficácia para controle da dor (AED) obteve um alfa de 0,76 e o item 3 foi o menos correlacionado com a escala. Entretanto, sua

exclusão aumentaria muito pouco a confiabilidade (apenas 0,0056) o que não justifica a retirada do item.

O domínio auto-eficácia para funcionalidade (AEF) obteve um alfa de 0,92, indicando ótima confiabilidade. Os itens são consistentes, pois a exclusão de nenhum deles aumentaria o valor do alfa. O domínio auto-eficácia para outros sintomas (AES) obteve um alfa de 0,89 e todos os itens foram consistentes.

O artigo da escala original não menciona o alfa da escala total, mas pode-se analisar a escala total de duas maneiras: analisando-se o alfa dos 22 itens juntos ou o alfa dos 3 domínios associados. Considerando os 22 itens para compor a escala global de auto-eficácia obtém-se alfa de 0,94, que indica alta confiabilidade, confirmando a homogeneidade dos itens. Analisando-se a confiabilidade dos 3 domínios obtém-se um alfa de Cronbach de 0,84, que também indica confiabilidade muito boa.

4.1.3 Validade convergente

A validade convergente foi analisada através das correlações entre os escores obtidos na escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) e no Inventário de Depressão de Beck (IDB).

Em caráter exploratório analisou-se a consistência interna do Inventário de Depressão de Beck, traduzido e validado no Brasil por Gorestein e Andrade (1998). O alfa obtido neste estudo foi de 0,87, confirmando a confiabilidade do instrumento.

Tabela 5: Correlações entre os escores dos domínios da AEDC, CPSS e IDB. São Paulo, 2004.

| AEDC (n = 132) | | | CPSS (n = 125) | | | |
|-----------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|--------|
| | AED | AEF | AES | PSE | FSE | CSE |
| IDB | - 0,29 | - 0,41 | - 0,55 | - 0,44 | - 0,42 | - 0,62 |

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

A tabela acima apresenta as correlações entre os escores dos domínios de auto-eficácia (AED, AEF e AES) e o escore do IDB, obtido no presente estudo e na escala original.

Foi aplicado o teste de correlação de Pearson e observou-se que embora as correlações entre a escala AEDC e o IDB não tenham sido altas (menores que 0,5), foram negativas e estatisticamente significantes. Esta observação significa que quanto maior o escore na escala AEDC, menor o escore do IDB, ou seja, quanto melhor a auto-eficácia do doente menos sintomas depressivos ele apresenta.

4.2 Crença de auto-eficácia

Na amostra estudada, pode-se dizer que a auto-eficácia dos sujeitos foi moderada. A Tabela 6 apresenta a média, o desvio padrão e a mediana do escore de auto-eficácia obtido na amostra estudada. A Figura 1 apresenta a representação gráfica dos escores de auto-eficácia dos sujeitos deste estudo nos três domínios e na escala total.

Tabela 6: Crença de auto-eficácia na amostra estudada. São Paulo, 2004.

| <i>Crença de AE</i> | <i>Média (DP)</i> | <i>Mediana</i> | <i>Varição</i> |
|---------------------|-------------------|----------------|----------------|
| AED | 52,21 (19,52) | 52,00 | 16,00 – 100,00 |
| AEF | 62,37 (24,68) | 63,30 | 11,10 – 100,00 |
| AES | 56,24 (20,32) | 55,00 | 15,00 – 100,00 |
| AEDC (escore total) | 170,80 (56,66) | 173, 05 | 66,40 – 296,90 |

4.3 Associações da escala com as demais variáveis

Antes de analisar a influência das demais variáveis sobre as escalas, verificou-se se seguiam uma distribuição Normal. Em todas as sub-escalas (AED, AEF, AES) não houve violação da suposição de normalidade, tornando possível a utilização de testes paramétricos.

A análise em relação ao sexo ficou limitada em função do pequeno número de homens na amostra (12,1%). Em caráter exploratório comparou-se as médias dos escores nos dois grupos (homens e mulheres), e não houve diferença estatisticamente significativa. Em relação à idade, as correlações com as escalas foram muito baixas (abaixo de 0,15). Alternativamente os pacientes foram divididos em 3 grupos de faixas etárias (considerando os tercis de distribuição) e comparou-se as médias dos 3 grupos. Os grupos foram divididos da seguinte maneira: 22 a 40 anos, 41 a 50 anos e mais de 50 anos. Nas escalas de auto-eficácia não houve diferença entre os grupos. No IDB, o escore médio obtido no grupo de pacientes com mais de 50 anos foi inferior aos outros dois grupos ($p=0,001$ e $p=0,026$, respectivamente), indicando que na amostra estudada os pacientes mais jovens com dor crônica apresentavam mais sintomas depressivos.

Os resultados da variável escolaridade (quantitativa discreta) são apresentados também na abordagem não paramétrica, embora não tenham apresentado rejeição da hipótese de normalidade. Tanto na correlação de Pearson quanto na de Spearman, os coeficientes foram baixos.

A variável escolaridade foi analisada também de forma qualitativa, dividindo os pacientes em 3 grupos: até 8 anos de escolaridade, de 9 a 11 anos

e mais de 11 anos de escolaridade. Neste caso, as diferenças entre os grupos quanto às escalas de auto-eficácia foram significativas. Nas comparações 2 a 2, verificamos que estas diferenças estavam na comparação entre o grupo 1 (menos de 8 anos) e o grupo 2 (9 a 11 anos).

Pode-se notar que o grupo com maiores médias é o intermediário (9 a 11 anos). Logo, não existe uma relação linear do tipo quanto maior a escolaridade, maior o escore, o que justifica a falta de correlação linear na análise quantitativa.

A informação sobre a renda foi obtida em 111 pacientes (84% da amostra). O dado foi obtido em salários mínimos (SM), considerando-se um salário mínimo igual a duzentos e quarenta reais (R\$240,00). Na análise da distribuição identificamos a presença de 2 valores muito discrepantes, com renda per capita acima de 20 salários mínimos. Com isso a hipótese de normalidade foi rejeitada. Após a exclusão destas observações, a distribuição Normal pôde ser assumida. Sendo assim, realizamos as análises das correlações sem estes valores (n=109). Novamente as correlações com as escalas foram baixas, não sendo possível estabelecer uma relação linear entre a renda e auto-eficácia.

Embora a variável intensidade da dor, não tenha demonstrado violação da suposição de normalidade, na análise descritiva, foi analisada através das correlações não paramétricas de Spearman (por se tratar de uma variável discreta com apenas 10 valores). Nas comparações de médias, verificou-se que, em geral, pacientes com dor fraca (1 a 4) apresentam escores médios maiores, quando comparados a pacientes com dor moderada (5 a 7) ou forte (8 a 10).

Em relação à variável tempo de dor, verificou-se que a distribuição não era Normal, pois além de assimétrica, continha várias observações com valores muito mais altos que os demais. Utilizando uma transformação logarítmica, a hipótese de normalidade foi aceita. As correlações apresentadas por esta variável foram baixas e não significativas estatisticamente. Nas comparações entre as médias, não houve diferenças entre os escores nas diferentes categorias de tempo de dor.

As Tabelas 7 e 8 apresentam as associações dos escores dos domínios e da escala total de auto-eficácia (AED, AEF, AES e AEDC) com as variáveis estudadas.

Tabela 7: Associação entre os escores de auto-eficácia e variáveis demográficas estudadas. São Paulo, 2004.

| <i>Variável</i> | <i>AED média (DP)</i> | <i>AED mediana</i> | <i>AEF Média (DP)</i> | <i>AEF Mediana</i> | <i>AES média (DP)</i> | <i>AES mediana</i> | <i>AEDC média (DP)</i> | <i>AEDC Mediana</i> | <i>Teste</i> |
|----------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------|
| Sexo | | | | | | | | | |
| Feminino (n=116) | 51,71(19,21) | 52,00 | 61,19(24,02) | 62,76 | 55,63(20,14) | 55,00 | 168,50(55,42) | 170,90 | T de Student |
| Masculino (n=16) | 55,88(21,91) | 54,00 | 70,88(28,40) | 86,60 | 60,70(21,72) | 60,00 | 187,45(64,42) | 206,58 | |
| | (p=0,425) | | (p=0,142) | | (p=0,351) | | (p=0,211) | | |
| Idade (n=132) | | | | | | | | | |
| 22 a 40 anos | 54,55(19,04) | 56,00 | 61,57(22,46) | 62,20 | 54,28(19,74) | 53,75 | 170,41(53,39) | 174,15 | ANOVA |
| 41 a 50 anos | 48,00(19,57) | 46,00 | 58,69(27,39) | 59,41 | 52,50(20,53) | 50,00 | 159,19(59,84) | 153,87 | |
| 51 a 82 anos | 53,51(19,80) | 54,00 | 66,47(24,31) | 71,10 | 61,61(20,04) | 58,75 | 181,53(56,25) | 195,85 | |
| | (p=0,256) | | (p=0,338) | | (p=0,084) | | (p=0,193) | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| 4 a 8 anos | 46,67(19,32) | 47,00 | 55,61(24,59) | 50,50 | 50,81(16,34) | 51,25 | 153,09(53,58) | 150,98 | ANOVA |
| 9 a 11 anos | 55,65(19,10) | 56,00 | 68,10(23,48) | 70,55 | 60,73(22,54) | 61,25 | 184,48(56,12) | 191,13 | |
| mais de 11 anos | 55,05(19,18) | 54,00 | 63,96(24,80) | 71,65 | 57,66(20,96) | 60,63 | 176,60(56,70) | 187,98 | |
| | (p=0,046) | | (p=0,043) | | (p=0,052) | | (p=0,019) | | |
| Renda (n=109) | | | | | | | | | |
| Menos de 1,5 SM | 52,38(18,92) | 50,00 | 62,68(25,14) | 64,41 | 55,90(18,26) | 58,75 | 170,95(52,48) | 177,59 | ANOVA |
| 1,5 a 3,0 SM | 51,18(19,74) | 52,00 | 60,18(22,88) | 60,50 | 56,47(18,99) | 54,38 | 167,83(55,30) | 160,38 | |
| mais de 3,0 SM | 52,22(52,00) | 52,00 | 63,07(26,12) | 71,10 | 57,22(22,51) | 55,00 | 172,45(61,52) | 184,50 | |
| | (p=0,965) | | (p=0,866) | | (p=0,960) | | (p=0,938) | | |

Tabela 8: Associação entre os escores de auto-eficácia e as variáveis relacionadas à dor estudadas. São Paulo, 2004.

| <i>Variável</i> | <i>AED média (DP)</i> | <i>AED mediana</i> | <i>AEF Média (DP)</i> | <i>AEF Mediana</i> | <i>AES média (DP)</i> | <i>AES mediana</i> | <i>AEDC média (DP)</i> | <i>AEDC mediana</i> | <i>Teste</i> |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------|
| Intensidade da dor | | | | | | | | | |
| Menos de 5 | 62,35(20,29) | 62,00 | 74,50(19,75) | 77,70 | 61,85(19,25) | 61,25 | 198,69(51,41) | 208,80 | ANOVA |
| 5 a 7 | 49,83(16,85) | 50,00 | 60,86(26,31) | 67,70 | 53,48(21,11) | 53,75 | 164,11(55,15) | 169,86 | |
| 8 a 10 | 50,26(20,21) (p=0,022) | 50,00 | 59,01(24,01) (p=0,031) | 55,50 | 56,25(19,87) (p=0,272) | 54,38 | 165,52(57,37) (p=0,033) | 163,07 | |
| Tempo de dor | | | | | | | | | |
| Menos de 3 anos | 57,41(19,36) | 54,00 | 64,87(26,03) | 66,60 | 58,66(20,43) | 55,00 | 180,94(56,70) | 185,42 | ANOVA |
| 3 a 7 anos | 48,18(18,88) | 50,00 | 60,40(24,10) | 62,20 | 52,22(21,06) | 52,50 | 160,73(56,14) | 163,53 | |
| mais de 7 anos | 51,52(19,64) (p=0,086) | 52,00 | 62,07(24,36) (p=0,703) | 62,76 | 58,02(19,03) (p=0,262) | 55,63 | 171,60(56,66) (p=0,256) | 173,14 | |

5. Discussão

Dor crônica é uma experiência de difícil avaliação e controle. O conceito de auto-eficácia pode ser muito útil no manejo da dor crônica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos relacionados à dor. A avaliação deste traço nos doentes que sofrem de dor crônica pode direcionar a assistência de enfermagem prestada a estes doentes.

Segundo O'Leary (1985) avaliar as percepções de auto-eficácia para o controle da dor, e melhorá-las quando são baixas, pode ter grande utilidade clínica.

Pode-se trabalhar com intervenções específicas para melhorar a auto-eficácia de pacientes com dor crônica, mas para se avaliar os resultados é fundamental que se disponha de uma medida confiável e válida para determinar as modificações obtidas com estas intervenções.

O conceito de auto-eficácia começa a ser explorado em nosso meio e a possibilidade de medir a auto-eficácia amplia a possibilidade de estudos com intervenções de enfermagem para a dor crônica. A validação inicial da AEDC permite o desenvolvimento deste tipo de estudo.

O método de tradução e validação de instrumentos recomendado internacionalmente começa a ser questionado por alguns autores, que procuram simplificar a metodologia. Ferraz, Ciconelli, Falcão (2003) realizaram um estudo para avaliar os passos metodológicos freqüentemente propostos na tradução e adaptação cultural de instrumentos de medida. Este estudo aplicou duas versões de três instrumentos de avaliação de qualidade de vida a 50 pacientes com artrite reumatóide. Uma versão era a tradução literal do

questionário e a outra era resultado de um processo de tradução e adaptação cultural seguindo as recomendações internacionalmente aceitas.

Os resultados mostraram correlação significativa, clínica e estatisticamente entre as versões literal e adaptada dos questionários. Assim, os autores sugerem que outros estudos reavaliem cuidadosamente a metodologia complexa proposta para a tradução e validação de instrumentos de medida.

Quanto à validação da escala CPSS para a língua portuguesa pode-se fazer algumas comparações: A análise fatorial realizada nas escalas original (CPSS) e traduzida (AEDC) foi realizada a partir de técnicas estatísticas diferentes, rotação varimax e rotação oblíqua respectivamente, porém o valor da variância explicada obtida nos dois casos se aproxima, sendo de 64,0% na escala original (CPSS) e 60,8% na AEDC.

A análise fatorial da escala traduzida (AEDC) confirmou a estrutura de 3 fatores da escala original. Os valores absolutos da variância explicada (Eigenvalues) das duas escalas também se aproximam, sendo 10,59; 2,03 e 1,36 na CPSS e 10,29; 1,62 e 1,45 na AEDC.

Na análise fatorial da escala AEDC o item 2 do domínio AED mostrou correlação maior com o domínio AEF, embora tenha correlação boa no domínio original (AED) como pode-se observar na Tabela 3. A modificação do item 2 do domínio AED para o AEF, no entanto, aumentaria muito pouco a confiabilidade da escala (0,9224 para 0,9266), de modo que optou-se por manter o item no seu domínio original (AED).

Vale lembrar que faz sentido o item 2 apresentar correlação alta com o domínio funcionalidade já que ele trata da realização de atividades diárias, que estão presentes de maneira mais detalhada no domínio funcionalidade.

Sobre a análise da confiabilidade pode-se dizer que a escala AEDC apresenta valores muito bons (tabela x) e portanto apresenta alta confiabilidade. Pode-se observar que os valores do alfa de Cronbach obtidos neste estudo se aproximam bastante dos valores obtidos na validação da escala original (CPSS). Assim, o alfa de Cronbach obtido para os domínios AED, AEF e AES foram respectivamente 0,76, 0,92 e 0,89 na escala traduzida (AEDC) e 0,86, 0,92 e 0,91 na escala original (CPSS). Este resultado indica que a tradução da escala manteve a confiabilidade da escala original.

O presente estudo analisou também o alfa da escala total e dos 3 domínios associados e obteve alfa de 0,94 e 0,84 respectivamente, confirmando também a confiabilidade da escala quando analisada como um todo.

Outros estudos analisaram a confiabilidade da escala CPSS. Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, Beasley⁽³⁵⁾ encontraram alpha de 0,95 para o escore total e alfa de 0,84 a 0,90 para os domínios.

Segundo Arnstein⁽⁴⁾ a confiabilidade da CPSS tem sido comprovada em diferentes amostras através da consistência interna (alfa de Cronbach variando entre 0,90 e 0,91 para os domínios e a escala total).

Foram analisadas também as correlações entre os domínios, dois a dois. Na escala original obteve-se: AED x AEF, $r=0,55$, AED x AES, $r= 0,71$ e AEF x AES, $r= 0,66$, todos para $p <0,001$. Na escala traduzida (AEDC) as correlações

foram de AED x AEF, $r=0,62$, AES x AED, $r=0,61$ e AEF x AES, $r=0,73$, todos para $p=0,001$.

Para a verificação da validade convergente o presente estudo explorou as correlações entre a escala AEDC e o IDB e obteve números que se aproximam das correlações obtidas na validação da escala original (Tabela 5). Observou-se correlações negativas e significantes, entre auto-eficácia e depressão, embora essas correlações não tenham sido muito altas.

Os resultados deste trabalho confirmam estudos internacionais que tratam da relação inversa entre auto-eficácia e depressão em pacientes com dor crônica. A literatura internacional indica que os pacientes com baixa auto-eficácia apresentam mais sintomas depressivos.

No estudo de validação da escala original desenvolvido por Anderson et al os escores dos domínios de auto-eficácia foram significativamente relacionados ao escore total do Inventário de Depressão de Beck e do *Beck Hopelessness Scale*. Pacientes com os níveis mais altos de auto-eficácia relataram humor mais positivo, menos sintomas depressivos, menos desesperança e menos angústia emocional⁽²²⁾.

Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, Beasley (1999) estudaram auto-eficácia como mediadora da relação entre intensidade da dor, incapacidade e depressão em pacientes com dor crônica. Foram realizadas análise de regressão múltiplas para testar hipóteses e modelos alternativos para explicar melhor essas relações. Os resultados mostraram que a intensidade da dor e a auto-eficácia contribuíram para o desenvolvimento de depressão em pacientes com dor

crônica e que a sensação de incapacidade não contribuiu para a depressão desses pacientes.

Lefebvre, Keefe, Affleck, Raezer, Starr, Caldwell, Tennen (1999) estudaram a relação da auto-eficácia de pacientes com artrite à dor, ao humor e ao coping relacionado à dor. Os resultados indicaram que os sujeitos que apresentaram níveis mais altos de auto-eficácia para outros sintomas relataram humor mais positivo.

Algumas das variáveis estudadas neste trabalho também aparecem em outros estudos que exploram a questão da auto-eficácia e dor crônica.

No presente estudo encontrou-se correlação significativa entre intensidade da dor e auto-eficácia (Tabela 8), resultado semelhante ao encontrado por Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards, Peeters-Asdourian (1995) na validação inicial da CPSS. Estes autores afirmam que pacientes com níveis mais altos de auto-eficácia relataram dor de menor intensidade, menor interferência da dor em atividades diárias e melhor percepção de controle sobre a vida do que pacientes com baixa auto-eficácia.

Em relação ao tempo de dor, os resultados deste estudo não apresentaram diferenças significantes (tabela 8), porém observa-se que os pacientes com menos de 3 anos de dor apresentam.....

Chong, Cogan, Randolph, Racz (2001) estudaram os efeitos da idade, do sexo e do tempo de dor na auto-eficácia relacionada à dor crônica. As análises dos dados mostraram relação inversa e significativa entre auto-eficácia e intensidade da dor e auto-eficácia e idade.

Este estudo analisou a auto-eficácia de três grupos de idades: 17 a 35 (adultos jovens), 36 a 55 (adultos de meia idade) e 56 a 73 (adultos de idade avançada). Os resultados mostraram que os adultos jovens apresentaram escores de auto-eficácia menores do que os indivíduos de meia idade, e não encontraram diferenças significativas entre a auto-eficácia de adultos jovens e de idade avançada.

O presente estudo analisou a auto-eficácia de três grupos de idade (22 a 40, 41 a 50 e 51 a 82). Embora os grupos sejam um pouco diferentes entre os dois estudos, nos dois casos pode-se dividir entre adultos jovens, adultos de meia idade e de idade avançada. A comparação dos escores de auto-eficácia entre os grupos de idade neste estudo mostrou que os adultos jovens apresentaram auto-eficácia maior do que os adultos de meia idade e menor do que os adultos de idade avançada, embora as diferenças não sejam significantes ($p = 0,193$) como pode-se observar na Tabela 7.

Em relação ao sexo, o estudo realizado por Chong, Cogan, Randolph, Racz (2001) encontrou uma tendência leve de auto-eficácia maior entre as mulheres do que entre os homens, embora a diferença não tenha sido significativa ($p < 0,10$). No presente estudo a comparação entre auto-eficácia de homens e mulheres também não apresentou significância ($p = 0,211$), mas os escores obtidos pelos homens foram maiores do que os escores obtidos pelas mulheres, como pode-se observar na Tabela 7.

Em relação à intensidade da dor o estudo desenvolvido por Chong, Cogan, Randolph, Racz (2001) encontrou relação inversa entre auto-eficácia e intensidade da dor, embora a quantidade da variância tenha sido relativamente

pequena ($r^2 = 0,0484$) No presente estudo encontrou-se relação inversa e significativa ($p=0,033$) entre intensidade da dor e auto-eficácia, como pode-se observar na Tabela 8. Assim, os pacientes com dor mais intensa (maior que 5) apresentaram escores mais baixos de auto-eficácia.

Outros estudos tratam da relação entre auto-eficácia e intensidade da dor. Lefebvre, Keefe, Affleck, Raezer, starr, Caldwell, Tennen (1999) estudaram a relação da auto-eficácia de pacientes com artrite à dor, ao humor e ao coping relacionado á dor. Os resultados indicaram que os sujeitos com maiores níveis de auto-eficácia para função física relataram menores níveis de dor.

Em relação à variável tempo de dor não encontrou-se relação com a auto-eficácia neste, e no estudo desenvolvido por Chong, Cogan, Randolph, Racz (2001).

6. Conclusões

Os testes psicométricos realizados para validação inicial da AEDC mostraram que a escala traduzida manteve a validade e a confiabilidade da escala original. Outros estudos, no entanto, devem confirmar a validade da escala AEDC em nosso meio.

Sobre as crenças de auto-eficácia da amostra estudada pode-se dizer que a auto-eficácia dos doentes foi moderada. Identificou-se percepção de auto-eficácia inversamente relacionada à intensidade da dor e à depressão. Em relação à escolaridade o presente estudo encontrou percepção de auto-eficácia maior entre os sujeitos que tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade.

As variáveis sexo, idade, renda e tempo de dor não apresentaram significância, embora algumas diferenças possam ser observadas nas variáveis sexo e idade.

Referências bibliográficas

1. International Association Study of Pain, 1986.
2. Merskey H, Bogduk N, (eds) Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2.ed. Seattle: IASP Press; 1994.
3. Pimenta CAM. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor. Tese (Livro-Docência) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
4. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. Disability & Rehabilitation 2000; 22 (17): 794-801.
5. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Leresche LL, Korff MV. Epidemiology of pain. Seattle: IASP Press; 1999.
6. Teixeira MJ, Shibata M, Pimenta CAM, Corrêa CF. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. São Paulo: Limay; 1995.
7. Rosseto EG. Dor recorrente em escolares na cidade de Londrina: prevalência, caracterização e impacto nas atividades diárias. (Dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
8. Kreling MCGD. Prevalência de dor crônica em adultos trabalhadores. (Dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

9. Dellaroza MSG. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos servidores municipais de Londrina – PR. (Dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
10. Beck JS. Terapia Cognitiva – Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas;1997.
11. DeGood DE, Shetty MS. Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy. In: Turk DC, Melzack R, editors. Hand book of Pain Assessment. New York: Guilford; 1992. p. 214-234.
12. Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. Arquivos de neuropsiquiatria 1997; 55 (3-A): 370-380.
13. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. Pain 1994; 57: 301-309.
14. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour: A prospective study. Pain 2001; 96: 85-100.
15. Weisenberg M. Cognitive aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. 4ed. WB Saunders;1999.
- 16a. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84: 191-215.
- 16b. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
17. Van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. The Theory and Measurement of self-efficacy Construct. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal 2001; 15 (3):189-207.
18. Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychosocial factors in pain. Critical perspectives. New York: Guilford Press; 1999.

19. Dolce JJ. Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behav Res Ther* 1987; 25(4):289-299.
20. Lev EL. Bandura's Theory of Self-efficacy: applications to oncology. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 1997; 11(1):21-37.
21. Beck KH, Lund AK. The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal Applied Social Psychology* 1981; 11: 401-415.
22. Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Peeters-Asdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain* 1995; 63: 77-84.
23. Dolce JJ, Doleys DM, Raczynski JM, Lossie J, Poole L, Smith M. The role of self-efficacy expectancies in the prediction of pain tolerance. *Pain* 1986; 27: 261-272.
24. Litt MD. Self-Efficacy and Perceived Control: Cognitive Mediators of Pain Tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54 (1): 149-160.
25. Cipher DJ, Fernandez E. Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy* 1997; 35 (5): 437-444.
26. Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, Kay DR, Hewett J. Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromialgia. *Pain*, 1994; 59: 377-384.

27. Buescher KL, Johnston JA, Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, Anderson SK, Walker SE. Relationship of Self-Efficacy to Pain Behavior. *The Journal of Rheumatology* 1991; 18: 968-72.
28. Oetker-Black SL, Hart F, Hoffman J, Geary S. Preoperative Self-Efficacy and Postoperative Behaviors. *Appl Nurs Res* 1992; 5 (3): 134-139.
29. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999; 80: 483-491.
30. Keefe FJ, Kashikar-Zuck S, Robinson E, Salley A, Beaupre P, Caldwell D, Baucom D, Haythornthwaite J. Pain coping strategies that predict patients and spouses ratings of patients self-efficacy. *Pain* 1997; 73: 191-199.
31. Kores RC, Murphy WD, Rosenthal TL, Elias DB, North WC. Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale. *Behavior Research and Therapy* 1990; 28 (2):165-169.
32. Medeiros PC, et al. A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicol Reflex Crit* 2000; 13 (3): 327-336.
33. Souza GA, Silva AMM, Galvão R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16 (1): 57-62.
34. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1989; 32(1):37-44.

35. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999; 80:483-491.
36. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related Quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993; 46(12).
37. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing Research*. 2nd ed., Davis, 1991.
38. Jacobson SF. Evaluating instruments for use in clinical nursing research. In :Frank-Stromborg M, Olsen SJ. *Instruments for clinical health-care research*. 2nd ed. London: Jones & Bartlett; 1997.
39. Burckhardt C. Use of quality of life instruments. [on line]: Disponível na Internet: <http://www.uib.no/isf/people/doc/qol/comp0003.htm> (9/ 28/ 1999).
40. Bowling A. *Measuring Health – a review of Quality of Life measurement scales*. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press; 1997.
41. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.
42. Last JM. *Dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1983.
43. Beck AT. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar;1982.
44. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín* 1998; 25 (5-nº esp):245-250.

Bandura, Cioffi, Taylor, Brouillard. Perceived Self-Efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation – Journal of Personality and Social Psychology 1988, vol 55, n 3.

Bandura, O'Leary, Taylor, Gauthier, Gossard. Perceived Self-Efficacy and Pain Control: Opioid and nonopioid mechanisms. Journal of Personality and Social Psychology 1987.

Dobranszky IA, Machado AA. Auto-eficácia: um estudo da sua contribuição para a avaliação de desempenho de atletas. Psico-USF, v 6, n 2, p. 67-74, Jul/Dez. 2001.

Leite JCC, Drachler ML, Centeno MO, Pinheiro CAT, Silveira VL Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15 (1) pp 121-133.

Maddux JE, Rogers RW. Protection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change. Journal of Experimental Social Psychology 19, 469-479 (1983).

Beck HK, Lund AK. The Effects of Health Threat Seriousness and Personal Efficacy upon Intentions and Behavior. Journal of Applied Social Psychology, 1981, 11, 5, pp 401-415.

Bandura A, Taylor CB, Williams L, Mefford IN, Barchas JD. Catecholamine secretion as a Function of Perceived Coping Self-Efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985, v 53 n 3, 406 – 414.

Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS)

In the following questions, we'd like to know how your pain affects you. For each of the following questions, please circle the number which corresponds to your certainty that you can now perform the following tasks.

1. How certain are you that you can decrease your pain quite a bit?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

2. How certain are you that you can continue most of your daily activities?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

3. How certain are you that you can keep your pain from interfering with your sleep?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

4. How certain are you that you can make a small-to-moderate reduction in your pain?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

5. How certain are you that you can make a large reduction in your pain?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

Self-Efficacy Function

We would like to know how confident you are in performing certain daily activities. For each of the following questions, please circle the number which corresponds to your certainty that you can perform the tasks as of now without help from another person. Please consider what you routinely can do, not what would require a single extraordinary effort.

AS OF NOW, HOW CERTAIN ARE YOU THAT YOU CAN:

1. Walk ½ mile on flat ground?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

2. Lift a 10 pound box?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

3. Perform a daily home exercise program?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

4. Perform your household chores?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

5. Shop for groceries or clothes?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

6. Engage in social activities?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

7. Engage in hobbies or recreational activities?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

8. Engage in family activities?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

9. Perform the work duties you had prior to the onset of chronic pain?

(For homemakers, please consider your household activities as your work duties.)

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|------------|----|----|----|---------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very | | | | moderately | | | | very | |
| uncertain | | | | certain | | | | certain | |

Self-Efficacy Other Symptoms

In the following questions, we'd like to know how you feel about your ability to control physical symptoms such as fatigue and pain. For each of the following questions, please circle

the number which corresponds with the certainty that you can now perform the following activities or tasks.

1. How certain are you that you can control your fatigue?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

2. How certain are you that you can regulate your activity so as to be active without aggravating your physical symptoms (e.g., fatigue, pain)?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

3. How certain are you that you can do something to help yourself feel better if you are feeling blue?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

4. As compared to other people with chronic medical problems like yours, how certain are you that you can manage your pain during your daily activities?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

5. How certain are you that you can manage your physical symptoms so that you can do the things you enjoy doing?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

6. How certain are you that you can deal with the frustration of chronic medical problems?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

7. How certain are you that you can cope with mild to moderate pain?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

8. How certain are you that you can cope with severe pain?

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|--------------------|----|----|----|--------------|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| very uncertain | | | | moderately certain | | | | very certain | |

uncertain

certain

certain

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____

Autorizo a utilização das informações fornecidas para a pesquisadora, para uso em seu estudo sobre dor crônica. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal e as informações fornecidas serão sigilosas.

Estou ciente também de que o objetivo da pesquisa é testar uma intervenção cognitiva para o controle da dor crônica e que a não concordância ou a interrupção de minha participação não me trará nenhum dano ou restrição ao tratamento.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura _____

A pesquisadora fica à disposição no caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos:

Marina 4784-2032 ou 9907-8667

Nº _____

Identificação do doente e caracterização da dor

1) Nome:

2) Sexo:

3) Idade:

4) Escolaridade (em anos):

5) Ocupação:

6) Endereço:

7) Telefone:

8) Diagnóstico da dor:

9) Intensidade da dor:

|_____|

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11) Local da dor que mais incomoda:

12) Outros locais de dor:

13) Há quanto tempo sente dor:

Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC)

Nome: _____ Data _____

Auto-eficácia para controle da dor (AED)

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

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco sua dor ?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | Moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | Certeza | | | | certeza |

2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | Moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | Certeza | | | | certeza |

3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira com seu sono?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | Moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | Certeza | | | | certeza |

4. Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | Moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | Certeza | | | | certeza |

5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | Moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | Certeza | | | | certeza |

Auto-eficácia para funcionalidade (AEF)

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

ATUALMENTE QUANTA CERTEZA VOCÊ TEM DE QUE PODE:

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

4. Realizar os trabalhos de cuidados da casa?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

6. Participar de atividades sociais?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

8. Participar de atividades familiares?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | moderada certeza | | muita certeza | | | |

9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica?

(Para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa como as tarefas de trabalho).

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita incerteza | | | | Moderada certeza | | muita certeza | | | |

Auto-Eficácia para lidar com outros sintomas (AES)

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

1. Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---------|
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| muita | | | | | moderada | | | | muita |
| incerteza | | | | | certeza | | | | certeza |

Inventário de Depressão de Beck

Nome:.....

Data:.....

Neste questionário existem grupos de frases.

Escolha, em cada grupo, a frase que melhor descreve como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste.
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar.

2. 0 Não estou sem coragem para o futuro.
 1 Sinto-me sem coragem quanto ao futuro.
 2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
 3 Sinto que o futuro é sem esperança e as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4. 0 Obtenho tanta satisfação nas coisas como costumava ter.
 1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
 2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
 1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
 2 Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja sendo castigado(a).
 1 Sinto que possa ser castigado(a).
 2 Espero ser castigado(a).
 3 Sinto que estou sendo castigado(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
 3 Eu me odeio.

8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.

9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
1 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Atualmente choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que eu queira.
11. 0 Não me irrita mais agora do que em qualquer outra época.
1 Fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisão alguma.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo mais velho(a) e sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) que de hábito.
1 Fico mais cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
() Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos.
20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores ou aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse no sexo.

Escore total:.....