

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

CAMILA CRISTINA NEVES ROMANATO RIBEIRO

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTOGESTÃO NA SAÚDE
EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS

UBERABA-MG

2023

CAMILA CRISTINA NEVES ROMANATO RIBEIRO

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTOGESTÃO NA SAÚDE
EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem” da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

UBERABA-MG

2023

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

R368v Ribeiro, Camila Cristina Neves Romanato
Validação da escala de autoeficácia para a autogestão na saúde em uma amostra de idosos brasileiros / Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro. -- 2024.
181 p.: il., fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Autoeficácia. 4. Autocuidado. 5. Estudos de validação. I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

CAMILA CRISTINA NEVES ROMANATO RIBEIRO

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTOGESTÃO NA
SAÚDE EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*
em Atenção à Saúde, área de
concentração “Saúde e Enfermagem” da
Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em
Atenção à Saúde.

Uberaba, de 12 de abril de 2023.

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **DARLENE MARA DOS SANTOS TAVARES**
Data: 05/02/2025 17:42:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Assinado por: **Albertina Lima de Oliveira**
Num. de Identificação: 07668555
Data: 2025.01.17 18:54:56+00'00'

Profa. Dra. Albertina Lima Oliveira
Universidade de Coimbra

Documento assinado digitalmente
 **JAIR SINDRA VIRTUOSO JÚNIOR**
Data: 10/09/2024 11:56:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **MARINA ALEIXO DINIZ REZENDE**
Data: 04/09/2024 12:53:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Marina Aleixo Diniz Rezende
Pontifícia Universidade Católica de Goiás



Documento assinado digitalmente

SILMARA ELAINE MALAGUTI TOFFANO

Data: 04/09/2024 10:19:42 -0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Silmara Malaguti Toffano
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho a meu filho **Heitor**, por
seu amor, companheirismo e compreensão.
Você é a razão da minha vida!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela força e coragem para chegar até aqui.

Aos meus pais, **Lusete, Nilson** e minha irmã **Fernanda**, pelo apoio, incentivo e amor. Por terem me ensinado o verdadeiro valor de família, união e perseverança.

Aos meus **tios, tias** e **primos**, pelo incentivo e compreensão de minha ausência.

À tia **Eliete** pelo amor, presença, ajuda e apoio nessa jornada.

Ao meu marido **João Paulo** e a minha sogra **Maria**, pelo apoio e incentivo.

À amiga- irmã **Stephania Marcacini** pelo apoio e escuta amiga.

Minha eterna gratidão as amigas **Lara Andrade** e **Érica Ikegami**. Vocês foram fundamentais para essa conquista.

Às amigas **Daniela Sarreta, Fernanda Rodrigues, Gianna Marchiori, Lenniara Santana, Luciana Ávila** e **Patrícia Prudêncio** pelo apoio e incentivo nessa jornada.

Aos amigos de **Portugal Raul Lima** e **Rita**.

Aos membros que compuseram o **Comitê de Especialistas** pela disponibilidade e colaboração.

Ao meu diretor **Marcio Pereira**, minha coordenadora **Andreza Maeda**, professora **Tânia Calimã** e demais **colegas da FAFRAM** pelo incentivo.

À querida **Natânia Rodrigues**, responsável pelo setor de **Educação em Saúde** da Prefeitura Municipal, por toda colaboração, incentivo e agilidade.

À Coordenadora da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) **Sáthia** e demais **colaboradores** da unidade pelo apoio.

À **Secretaria Municipal de Saúde** e de **Desenvolvimento Social de Uberaba** por ter autorizado a realização da pesquisa em parceria com a **Estratégia de Saúde da Família Abadia -1** e **Unidade de Atenção ao Idoso**.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pela concessão da bolsa de estudos.

Aos **membros da banca** pelo aceite do convite e suas contribuições.

À **Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares**, orientadora deste trabalho, por todos os ensinamentos, paciência e carinho. Agradeço imensamente por seu incentivo, mesmo nos momentos mais conturbados. Exemplo de pessoa e profissional a ser seguido.

Aos **idosos** pela participação neste trabalho, transmitindo sua sabedoria.

A **todos** que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho diretamente ou indiretamente.

Muito obrigado!

“Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos hoje no solo da vida. Se for para semear, então que seja para produzir milhões de sorrisos, de solidariedade e amizade.”

Cora Coralina

RESUMO

RIBEIRO, C. C. N. R. **Validação da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde em uma amostra de idosos brasileiros**. 2023. 176 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

O conceito de autoeficácia (AE) foi introduzido em 1977 e refere-se às convicções do indivíduo em relação a suas habilidades cognitivas, motivacionais e de comportamentos necessárias para a execução de uma tarefa específica em determinado momento e contexto. Com o envelhecimento populacional, tem-se a necessidade de identificar os fatores que se correlacionam com as condições de saúde da pessoa idosa, dentre elas a AE. A Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS) é um instrumento desenvolvido em Portugal, idioma português, composto por 16 itens distribuídos em quatro dimensões, com cinco opções de respostas que avaliam a crença do idoso para autogerir sua saúde. Este estudo teve como objetivo adaptar transculturalmente, para o uso no Brasil, a Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS) e avaliar suas propriedades psicométricas, em uma amostra de idosos brasileiros. Este estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, aprovado pelo parecer número 5.243.997, é do tipo metodológico, conduzido em duas etapas: adaptação transcultural da EAAS e a validação da estrutura interna da versão adaptada. A adaptação transcultural seguiu recomendações nacionais e internacionais, sendo: tradução, avaliação por um comitê de juízes, retrotradução, avaliação semântica e pré-teste. As propriedades psicométricas foram avaliadas por meio da validade e confiabilidade. Foram avaliadas as validades de face e de conteúdo e as validades de construto: dimensional, convergente e por grupos conhecidos. A confiabilidade foi analisada por meio da consistência interna e do teste-reteste. Na etapa de adaptação transcultural da EAAS para o português brasileiro, a versão adaptada apresentou equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural, as validades de face e de conteúdo. A fase de avaliação das propriedades psicométricas da versão adaptada contou com a participação de 201 idosos comunitários, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família-Abadia 1 no município de Uberaba-MG. Em relação à dimensionalidade, o modelo apresentou adequado ajuste à estrutura dimensional proposta em todos os parâmetros χ^2 (161,507; $p \leq 0,001$), *Root Mean Square Error of Approximation* (0,057; $p \leq 0,05$), *Goodness of Fit Index* (0,912), Índice de Tucker-Lewis (0,945), *Comparative Fit Index* (0,955). A validade de construto convergente foi evidenciada por meio das correlações entre os escores total da EAAS e as variáveis atividades instrumentais da vida

diária, autoestima, afetividade positiva, afetividade negativa, satisfação com a vida e idade. A validade de construto por grupos conhecidos foi confirmada pela comparação de médias das dimensões da EAAS com as variáveis sexo, idade e estado conjugal. A reprodutibilidade teste-reteste confirmou a estabilidade temporal do instrumento e a consistência interna foi adequada ($\alpha = 0,83$), indicando a confiabilidade da EAAS. Concluiu-se que o processo de adaptação transcultural da versão foi concluído com êxito e que a análise psicométrica da versão adaptada da EAAS reuniu boas evidências de validade e confiabilidade, podendo ser utilizada com a população idosa brasileira.

Palavras-chave: idoso; envelhecimento; autoeficácia; autocuidado; estudos de validação

ABSTRACT

RIBEIRO, C. C. N. R. **Validation of the Self-Efficacy Scale for Self-Direction in Health in a sample of Brazilians older adults**. 2023. 176 f. Thesis (Doctorate in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

The concept of self-efficacy (SE) was introduced in 1977 and refers to the individual's convictions in relation to their cognitive, motivational and behavioral skills necessary to perform a specific task at a given time and context. With population aging, there is a need to identify the factors that correlate with the health conditions of older adults, including SE. The Self-Efficacy Scale for Self-Direction in Health (SSSH) is an instrument developed in Portugal, in Portuguese, consisting of 16 items divided into four dimensions, with five response options that assess the belief of older adults to self-manage their health. This study aimed to cross-culturally adapt the SSSH for use in Brazil and evaluate its psychometric properties in a sample of Brazilian older adults. This study, approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro, approved number 5.243.997, is methodological, conducted in two stages: cross-cultural adaptation of the EAAS and validation of the internal structure of the adapted version. The cross-cultural adaptation followed national and international recommendations, namely: translation, evaluation by a committee of judges, back-translation, semantic evaluation and pre-test. Psychometric properties were assessed through validity and reliability. Face and content validities and construct validities were evaluated: dimensional, convergent and by known groups. Reliability was analyzed using internal consistency and test-retest. In the cross-cultural adaptation stage of the SSSH into Brazilian Portuguese, the adapted version showed semantic, idiomatic, conceptual and cultural equivalence, face and content validity. The evaluation phase of the psychometric properties of the adapted version involved the participation of 201 community-dwelling older adults, registered in the Family Health Strategy-Abadia 1 in the city of Uberaba-MG. Regarding dimensionality, the model showed adequate adjustment to the proposed dimensional structure in all parameters χ^2 (161.507; $p \leq 0.001$), Root Mean Square Error of Approximation (0.057; $p \leq 0.05$), Goodness of Fit Index (0.912), Tucker-Lewis Index (0.945), Comparative Fit Index (0.955). The convergent construct validity was evidenced through the correlations between the total SSSH scores and the variables instrumental activities of daily living, self-esteem, positive affectivity, negative affectivity, satisfaction with life and age. Construct validity by known groups was confirmed by comparing the means of the SSSH dimensions with the variables gender, age and marital status. The test-

retest reproducibility confirmed the temporal stability of the instrument and the internal consistency was adequate ($\alpha = 0.83$), indicating the reliability of the SSSH. It was concluded that the cross-cultural adaptation process of the version was successfully completed and that the psychometric analysis of the adapted version of the SSSH gathered good evidence of validity and reliability, and can be used with the Brazilian older adults population.

Keywords: aged; aging; self efficacy; self care; validation studies.

RESUMEN

RIBEIRO, C. C. N. R. **Validación de la Escala de Autoeficacia para la Autodirección en Salud en una muestra de adultos mayores brasileños.** 2023. 176 f. Tesis (Doctorado en Atención de la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

El concepto de autoeficacia (AE) se introdujo en 1977 y se refiere a las convicciones del individuo en relación con sus habilidades cognitivas, motivacionales y conductuales necesarias para realizar una tarea específica en un momento y contexto determinados. Con el envejecimiento de la población, surge la necesidad de identificar los factores que se correlacionan con las condiciones de salud de los ancianos, incluida la AE. La Escala de Autoeficacia para la Autodirección en Salud (EAAS) es un instrumento desarrollado en Portugal, en portugués, que consta de 16 ítems divididos en cuatro dimensiones, con cinco opciones de respuesta que evalúan la creencia de los ancianos para autogestionar su salud. Este estudio tuvo como objetivo adaptar transculturalmente la Escala de Autoeficacia para la Autodirección en Salud (EAAS) para uso en Brasil y evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra de ancianos brasileños. Este estudio, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro, aprobado por dictamen número 5.243.997, es metodológico, realizado en dos etapas: adaptación transcultural de la EAAS y validación de la estructura interna de la versión adaptada.. La adaptación transcultural siguió las recomendaciones nacionales e internacionales, a saber: traducción, evaluación por un comité de jueces, retrotraducción, evaluación semántica y pre-test. Las propiedades psicométricas se evaluaron a través de la validez y la confiabilidad. Se evaluaron validez de cara, de contenido y de constructo: dimensional, convergente y por grupos conocidos. La confiabilidad se analizó mediante consistencia interna y test-retest. En la etapa de adaptación transcultural de la EAAS para el portugués brasileño, la versión adaptada mostró equivalencia semántica, idiomática, conceptual y cultural, validez aparente y de contenido. La fase de evaluación de las propiedades psicométricas de la versión adaptada contó con la participación de 201 ancianos residentes en la comunidad, registrados en la Estrategia Salud de la Familia-Abadia 1 en el municipio de Uberaba-MG. En cuanto a la dimensionalidad, el modelo mostró un adecuado ajuste a la estructura dimensional propuesta en todos los parámetros χ^2 (161.507; $p \leq 0.001$), Root Mean Square Error of Aproximation (0.057; $p \leq 0.05$), Goodness of Fit Index (0.912), Tucker-Lewis Índice (0,945), Índice de ajuste comparativo (0,955). La validez de constructo convergente se

evidenció a través de las correlaciones entre los puntajes totales de la EAAS y las variables actividades instrumentales de la vida diaria, autoestima, afectividad positiva, afectividad negativa, satisfacción con la vida y edad. La validez de constructo por grupos conocidos se confirmó comparando las medias de las dimensiones de la EAAS con las variables sexo, edad y estado civil. La reproducibilidad test-retest confirmó la estabilidad temporal del instrumento y la consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0,83$), indicando la confiabilidad de la EAAS. Se concluyó que el proceso de adaptación transcultural de la versión se completó con éxito y que el análisis psicométrico de la versión adaptada de la EAAS reunió buenas evidencias de validez y confiabilidad, y puede ser utilizado con la población anciana brasileña.

Palabras clave: anciano; envejecimiento; autoeficacia; autocuidado; estudios de validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Cálculo das propriedades psicométricas da versão adaptada da EAAS	56
Figura 2-	Processo metodológico para adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	58
Figura 3 -	Representação diagramática da Análise Fatorial Confirmatória da EAAS, Uberaba-MG, 2022	95
Quadro 1 -	Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022	68
Quadro 2 -	Modificações sugeridas pelo comitê de especialistas para obtenção da Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS), Uberaba-MG- 2022	74
Quadro 3 -	Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) obtida após avaliação do Comitê de Especialistas, Uberaba-MG, 2022	77
Quadro 4 -	Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)	80
Quadro 5 -	Versão Português Brasil Consenso 4 (VPBC 4) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde obtida após a análise semântica, Uberaba- MG, 2022	86
Quadro 6 -	Versão Português Brasil Final (VPBF) da EAAS obtida após pré-teste, Uberaba- MG, 2022	90
Quadro 7 -	Coeficiente de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial da Escala de Autoeficácia para Autogestão na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização das variáveis sociodemográficas e econômicas dos 201 idosos que participaram da etapa de validação psicométrica da Escala de Autoeficácia para Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022	93
Tabela 2 -	Correlação entre o escore total da EAAS e da Escala de Lawton e Brody, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa, Escala de Satisfação com a Vida e idade dos idosos. Uberaba-MG, 2022	97
Tabela 3 -	Comparação dos escores médios dos domínios da EAAS segundo sexo, idade e estado conjugal das pessoas idosas, Uberaba-MG, 2022	99
Tabela 4 -	Comparação do escore total da EAAS segundo sexo, idade e estado conjugal das pessoas idosas. Uberaba-MG, 2022	100
Tabela 5 -	Medidas de tendência central, variabilidade e consistência interna para os domínios e escore total da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022	100
Tabela 6 -	Análise da confiabilidade teste-reteste dos itens da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS) - Uberaba-MG, 2022	102
Tabela 7 -	Análise da confiabilidade teste-reteste segundo domínios e escore total da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022	103

LISTA DE SIGLAS

AE – Autoeficácia

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AGFI – Adjusted Goodness off Fit Index

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

BOMFAQ – Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire

CEP-UFTM – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CFI – Comparative Fit Index

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EAAS – Escala de Autoeficácia para a Autodireção em Saúde

EAN – Escala de Afetividade Negativa

EAP – Escala de Afetividade Positiva

EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESV – Escala de Satisfação com a Vida

GFI – Goodness of Fit Index

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclass

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OARS – Older Americans Resources and Services

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLI – Índice de Tucker-Lewis

TSC – Teoria Social Cognitiva

UAI – Unidade de Atenção ao Idoso

VO – Versão Original

VPBC1 – Versão Português Brasil Consenso 1

VPBC2 – Versão Português Brasil Consenso 2

VPBC3 – Versão Português Brasil Consenso 3

VPBC4 – Versão Português Brasil Consenso 4

VPBF – Versão Português Brasil Final

VPBT1 – Versão Português Brasil Tradutor 1

VPBT2 – Versão Português Brasil Tradutor 2

VPPF – Versão Português de Portugal Final

VPPT1 – Versão Português Portugal Tradutor 1

VPPT2 – Versão Português Portugal Tradutor 1

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO	25
2.1	ENVELHECIMENTO HUMANO	25
2.2	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	28
2.3	TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	29
2.4	AUTOEFICÁCIA	30
2.4.1	Teoria Social Cognitiva	33
2.4.2	AE e a motivação para aprender sobre saúde	35
2.4.3	AE e comportamentos de saúde em idosos	37
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	40
3.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS COM CONSTRUTO SUBJETIVO	40
3.2	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DE INSTRUMENTOS	42
3.3	INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS NA LITERATURA PARA AVALIAR A AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS	45
4	JUSTIFICATIVA	48
5	OBJETIVOS	49
5.1	OBJETIVO GERAL	49
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
6	MÉTODO	50
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	50
6.2	AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, VALIDAÇÃO E UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTODIREÇÃO NA SAÚDE	50
6.3	ASPECTOS ÉTICOS	50
6.4	LOCAL DO ESTUDO	51
6.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
6.6	COLETA DE DADOS	52
6.6.1	Instrumentos de coleta de dados	52
6.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS	55

6.8	ANÁLISE DOS DADOS	55
6.9	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA EAAS PARA UTILIZAÇÃO NO BRASIL	57
6.9.1	Tradução da EAAS para o português do Brasil e obtenção da primeira versão do instrumento em português do Brasil	59
6.9.2	Avaliação do Comitê de Especialistas (juízes) e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da EAAS	59
6.9.3	Retrotradução, consenso da Versão Português de Portugal Final (VPPF), envio a autora principal e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 3 (VPBC3)	60
6.9.4	Análise Semântica da EAAS	60
6.9.5	Pré-teste	61
6.10	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO ADAPTADA DA EAAS	62
6.10.1	Análise da validade	62
6.10.1.1	<i>Validade de face e conteúdo</i>	63
6.10.1.2	<i>Validade de construto</i>	63
6.10.1.2.1	Dimensionalidade	63
6.10.1.2.2	Validade de grupos conhecidos	64
6.10.1.2.3	Validade convergente	65
6.10.2	Análise de confiabilidade	65
6.10.2.1	<i>Consistência interna</i>	65
6.10.2.2	<i>Confiabilidade teste-reteste</i>	65
7	RESULTADOS	67
7.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	67
7.1.1	Tradução da EAAS para o português do Brasil e obtenção do primeiro consenso	67
7.1.2	Avaliação pelo Comitê de Especialistas (juízes)	73
7.1.3	Retrotradução, obtenção do consenso da versão em português de Portugal final (VPPF) e submissão à autora principal para comparação com a versão original da EAAS	79
7.1.4	Análise semântica	85
7.1.5	Pré-teste	88

7.2	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EAAS - VERSÃO PORTUGUÊS DO BRASIL	91
7.2.1	Perfil dos participantes da validação das propriedades psicométricas	91
7.2.2	Análise da validade	93
7.2.2.1	<i>Validade de face e conteúdo</i>	93
7.2.2.2	<i>Validade de construto</i>	94
7.2.2.2.1	Dimensionalidade	94
7.2.2.2.2	Validade de construto convergente	96
7.2.2.2.3	Validade de construto de grupos conhecidos	98
7.2.3	Análise de confiabilidade	100
7.2.3.1	<i>Consistência interna</i>	100
7.2.3.2	<i>Confiabilidade teste-reteste</i>	101
8	DISCUSSÃO	104
9	CONCLUSÃO	112
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A – Solicitação de permissão à autora principal para uso da EAAS no Brasil	123
	APÊNDICE B – Autorização do Departamento de Desenvolvimento Social	124
	APÊNDICE C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG	127
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (Juízes).	131
	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (Idosos).	134
	APÊNDICE F – Carta convite aos juízes do comitê de especialistas	137
	APÊNDICE G – Ficha de avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da VPBC1	139
	ANEXO A – Escala de autoeficácia para a autodireção em saúde (EAAS) original	148
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	150
	ANEXO C – Mini exame do estado mental (MEEM)	159
	ANEXO D – Older Americans Resources and Services (OARS)	162

ANEXO E – Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton e Brody	164
ANEXO F – Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)	165
ANEXO G – Escala de afetividade positiva (EAP) e Escala de afetividade negativa (EAN)	166
ANEXO H – Escala de satisfação com a vida (ESV)	167
ANEXO I – Escala verbal numérica	168
ANEXO J - Escala de autoeficácia para a autogestão na saúde (EAAS) adaptada	178

1 INTRODUÇÃO

A longevidade é uma conquista da sociedade e demonstra o vasto potencial para ao desenvolvimento humano (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Mudanças demográficas decorrentes da diminuição da taxa de fecundidade e elevação da expectativa de vida e diminuição da taxa mortalidade infantil, fizeram do envelhecimento populacional um fenômeno global estudado mundialmente. Busca-se compreender as causas e os efeitos que se instalam ao longo da vida, bem como a melhor maneira de minimizar suas consequências (BARROS; GOLDBAUM, 2018; MORAES; AZEVEDO; MORAES, 2016).

O aumento da expectativa de vida teve início em países desenvolvidos, porém, recentemente são aqueles em desenvolvimento que apresentam crescente envelhecimento populacional (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O envelhecimento populacional desencadeou outro fenômeno, a transição epidemiológica. Este alterou o perfil de morbimortalidade, que antes era decorrente, principalmente, de doenças infecciosas decorrentes de parasitas, levando ao predomínio de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que subsistem por anos, demandando cuidados constantes (NUNES *et al.*, 2018; OMRAN, 2005).

Países em desenvolvimento estão experienciando o aumento das mortes decorrentes das DCNT, enquanto taxa de mortalidade se mantém regular nos países desenvolvidos (NUNES *et al.*, 2018).

Desse modo, os fenômenos de transição demográfica e epidemiológica demandaram uma maior atenção aos cuidados direcionados a promoção de saúde e prevenção de doenças. A longevidade deve ser experienciada com avanços nas condições de saúde de modo que se possa vivenciar um envelhecimento ativo (NUNES *et al.*, 2018; UNITED NATIONS, 2017).

Levando em consideração que não há um delimitador exato, o processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, sendo evidenciado no transcorrer da vida, levando a uma diminuição funcional orgânica de diversos sistemas do ser humano (PAPALÉO NETTO, 2017).

Porém, deve-se levar em conta que a saúde é condição essencial para que o envelhecimento possa ocorrer de forma bem-sucedida, estando relacionado aos cuidados que a pessoa tem consigo ao longo de toda uma vida (LODOVICI, 2018).

Indivíduos que se mantêm ativos ao longo dos anos, com hábitos de vida saudáveis, tendem a manter sua vitalidade na velhice, com boa saúde, bem-estar físico e emocional (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Assim, as pessoas que estão envelhecendo de forma ativa, estão mais propensas a manterem ou adquirirem saúde, aprendizado, participação e segurança gozando de qualidade de vida diante ao envelhecimento (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Dentre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo e bem-sucedido, acredita-se que a autoeficácia (AE), descrita pela Teoria Social Cognitiva (TSC), tenha destaque, por contemplar o quanto o indivíduo crê em sua capacidade para desempenhar um comportamento com sucesso, visando resultados específicos (BANDURA, 1995).

Essas crenças se adequam às novas rotinas, concepções e entendimento diante do mundo e da sociedade, à medida que as pessoas envelhecem, constituindo novas crenças de acordo com novas competências (BANDURA, 2008; NADAI; PINHEIRO; MELO, 2018).

De acordo com a TSC, o ambiente, fatores pessoais e comportamentos interagem entre si fazendo com que o indivíduo tenha uma AE positiva ou negativa (BANDURA, 2008).

O avanço no conhecimento sobre as relações entre a AE e a funcionalidade física, psicológica e social, vem contribuindo para um melhor entendimento em relação à adaptação dos idosos a novos desafios (SOUSA *et al.*, 2020).

O idoso deve ser capaz de reconhecer os fatores que possam promover melhorias em sua saúde, desempenhando o autocuidado nas dimensões da aprendizagem, recursos e ações (ANSAI *et al.*, 2019).

A aprendizagem requer motivação, estratégias cognitivas e metacognitivas. No que concerne aos aspectos motivacionais, a AE desempenha papel crucial, influenciando vários aspectos como a autoavaliação, automonitoramento, gerenciamento do tempo, estabelecimento de metas e a capacidade de utilizar estratégias (SOUZA, 2010).

A AE está relacionada à capacidade de planejamento e execução de ações para que a pessoa alcance seus objetivos. Dessa forma, o maior planejamento pode influenciar a definição de metas e hábitos saudáveis de vida dos idosos (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018).

Os comportamentos de saúde envolvem fatores individuais e coletivos que variam de acordo com cada pessoa, estando à manutenção deste vinculada a uma expectativa de sucesso. Assim, quando se espera que um comportamento de saúde seja desenvolvido é necessário

estabelecer as expectativas entre respostas e resultados para os indivíduos (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018).

A AE influencia o indivíduo a assumir ou não determinado comportamento, a perseverar nesse comportamento, bem como a reagir aos obstáculos e às recaídas de hábitos antigos indesejáveis (SOUSA *et al.*, 2020).

Tantos os estereótipos positivos quanto os negativos do envelhecimento influenciam as atitudes e os comportamentos dos idosos. A percepção negativa da AE tem efeito prejudicial no sentimento de autocontrole e desempenho, desencorajando ações relacionadas ao comportamento saudável (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

A AE é uma ferramenta que auxilia na adesão a tratamentos e enfrentamento de agravos à saúde, uma vez que as pessoas possuem controle significativo sobre seu comportamento por intermédio dos processos cognitivos (BANDURA, 2008; SOUSA *et al.*, 2020).

Somados à AE elevada, o envelhecimento ativo se dá pelas condições de manter uma boa dieta, controle da ingestão de bebidas alcoólicas, sensação do consumo de tabaco, bom desempenho físico e mental e relação eficaz com a vida (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018; NADAI; PINHEIRO; MELO, 2018).

O envelhecimento ativo está consonante ao decréscimo das capacidades mentais e físicas do indivíduo e a conquista dos propósitos almejados através de estratégias traçadas pelos profissionais de saúde juntamente com o idoso e sua rede de apoio (ILHA *et al.*, 2016).

As crenças na AE colaboram para as escolhas do ser humano, os meios de se chegar aos seus objetivos específicos, o esforço e à persistência diante aos obstáculos (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

Em se tratando de um fenômeno complexo que abarca variados aspectos, o envelhecimento requer a contribuição multiprofissional, para uma precisa e eficiente apreciação das políticas públicas, objetivando resultados plausíveis para oferecer ao idoso qualidade aos anos vividos (COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2017).

Em decorrência das particularidades e especificidade da saúde da população idosa, cabe aos profissionais de saúde uma melhor compreensão dos fatores determinantes do envelhecimento e suas consequências para que estratégias sejam traçadas com vistas a minimizar possíveis incapacidades (SOUSA *et al.*, 2020).

Deste modo, cabe a equipe multiprofissional a promoção de ações que incentivem um estilo de vida saudável ao idoso, estimulando o envolvimento em grupos de práticas que trabalhem a cognição e também o convívio social. Deve-se ainda levar em consideração a

percepção do indivíduo em relação à sua capacidade de adequação às mudanças decorrentes do envelhecimento e as condições associadas (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015; ILHA *et al.*, 2016).

A educação em saúde aliada a AE pode contribuir para a melhoria dos hábitos de saúde de idosos. O aprendizado ativo sobre suas morbidades, participação no planejamento do tratamento e a adaptação de suas condições potencializam a AE e intensificam o autocuidado (LEE *et al.*, 2019).

Características próprias do envelhecimento fazem com que os profissionais que trabalham com esse público, em especial a enfermagem, adquiram conhecimento mais específico atendendo as necessidades dos idosos, principalmente no cuidado (BIDEL *et al.*, 2016).

O aprender sobre saúde exerce influência positiva na AE encorajando o idoso na adoção de comportamentos saudáveis e na autogestão de saúde (LEE *et al.*, 2019).

A colaboração do enfermeiro na educação em saúde contribui para aquisição de aprendizado de práticas relacionadas ao autocuidado referente a saúde, agregando conhecimentos técnicos e populares, contemplando hábitos de vida saudável em idosos (CARVALHO *et al.*, 2018).

A AE juntamente com o conhecimento de suas morbidades, facilitam a adoção de comportamentos saudáveis e a autogestão de saúde entre idosos, cabendo ao profissional de saúde o fornecimento de informações e orientações de modo a encorajar a participação ativa desse público (CHOI, 2020; LEE *et al.*, 2019).

Com o envelhecimento populacional, tem-se a necessidade de identificar os fatores que se correlacionam com as condições de saúde dos idosos, dentre elas a AE, objeto de interesse de pesquisadores que almejam constatar como esse construto contribui para um baixo risco de mortalidade e incapacidades físicas e mentais (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018).

Com o propósito de colaborar e difundir a AE no campo da gerontologia, este estudo objetiva realizar a adaptação cultural e psicométrica da Escala de Autoeficácia para a Autodireção em Saúde (EAAS) (ANEXO A), desenvolvida em Portugal, para o português do Brasil.

A adaptação de um instrumento já concebido dispõe de vantagens quando comparada à construção de novas ferramentas, em decorrência do menor tempo e gastos, possibilitando comparações transculturais e generalização de resultados (BEATON *et al.*, 2007; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

No entanto, a adaptação de um instrumento é um processo complexo e rigoroso, exigindo do pesquisador precisão metodológica (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Deste modo, para que um instrumento seja utilizado em diferentes idioma, população e cultura, é necessário que se realize uma adaptação abarcando possíveis alterações linguística, cultural e semântica, além das propriedade psicométricas (BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER) .

Enquanto educadores, cabe a Enfermagem o desenvolvimento de intervenções abrangentes que motivem a AE e identifiquem as principais barreiras na adoção de comportamentos saudáveis em idosos (CHOI, 2020).

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

A seguir, será apresentado o referencial teórico que fornece bases conceituais e teóricas para o desenvolvimento do estudo.

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento humano é conceituado como uma contínua transformação nas esferas biológica, psicológica e social. É também considerado um processo progressivo, que deve ser visto de forma individualizada, pois reflete as adaptações de cada indivíduo ao ambiente no qual está inserido (QUADROS *et al.*, 2016).

Refere-se a uma etapa de um todo, com início a partir do nascimento e finalizada com a morte, caracterizando-se como um processo dinâmico e contínuo no decorrer da vida, com tendência de diminuição da funcionalidade dos sistemas orgânicos do corpo humano (PAPALÉO NETTO, 2017).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), conceitua envelhecimento como sendo:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio de membros de uma mesma espécie, de maneira que o tempo torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (OPAS, 2005, p. 45).

Assim, envelhecer acarreta a queda progressiva das capacidades funcionais, reduzindo a adaptação de respostas em situações como estresse e doenças. No decorrer da vida, as pessoas se tornam mais suscetíveis a fatores ambientais e comportamentais adversos tendo por consequência elevada possibilidade de diminuição da funcionalidade tanto biológica quanto física, bem como o aparecimento de doenças (OPAS, 2005).

Não é possível que se estabeleça uma definição única para idoso que abarque suas dimensões biológica, cronológica, econômica e psicológica (OMS, 1989).

Envelhecer demanda um complexo processo, porém que acontece naturalmente, seja de forma individual ou coletiva, uma vez que não se pode especificar as diferentes dimensões abarcadas, como modificações psicológicas, sociais, econômicas e biológicas (BIDEL *et al.*, 2016).

O envelhecimento é marcado por distinção de aspectos multidimensionais do desenvolvimento humano, de acordo com as dimensões físicas, sociais, psicológicas e cognitivas, dificultando a distinção entre o envelhecimento patológico e normal. Fatores decorrentes do estilo de vida, aspectos psicossociais e ambientais, influenciam as alterações celulares, funcionais e moleculares podendo se diferenciar em velocidade, duração e intensidade, de forma que cada indivíduo vivencia o envelhecimento de maneira única (PAPALÉO NETTO, 2017).

Assim, o envelhecer se torna um processo natural ao ser humano, ocorrendo de acordo com aspectos biológicos e suas consequências a nível individual do ser humano (BIDEL *et al.*, 2016; OPAS, 2005; PAPALÉO NETTO, 2017).

O envelhecimento torna-se mais amplo quando se consideram as demandas biológicas, psicológicas e socioeconômicas, abordando o envelhecimento no âmbito individual e coletivo (BIDEL *et al.*, 2016).

No âmbito biológico, o envelhecimento é resultante de deteriorações moleculares e celulares decorrentes do passar dos anos, levando a uma queda gradativa da capacidade física e mental predispondo maior probabilidade de doenças e findando com a morte (OPAS; OMS, 2018a). Biologicamente, o processo de envelhecimento tem início na puberdade e continua durante toda a vida por meio de transformações celulares, contudo sem prejuízo na vivência do que se caracterizaria como uma velhice normal (BOECHAT; RODRIGUES, 2017).

O conceito cronológico de idoso está associado ao desenvolvimento econômico do país. Assim, em países economicamente desenvolvidos são idosos aqueles indivíduos com 65 anos ou mais. Já em países que estão em desenvolvimento econômico, as pessoas são considerados idosos a partir dos 60 anos (OMS, 1984). Deste modo, no Brasil, são considerados idosos pessoas 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 1994).

Neste estudo utilizaremos o conceito cronológico de idoso, sendo este adotado em grande parte de pesquisas científicas em decorrência de impasses de definição biológica. Tal fato se dá em decorrência da contradição referente ao início do processo de envelhecimento, sendo ele iniciado após a concepção, após os trinta anos ou próximo a morte (PAPALÉO NETTO, 2017). Em decorrência de sua complexidade, estratifica-se o idoso em: 60 a 74 anos (idoso jovem), 75 a 84 anos (idoso-idoso) e 85 anos ou mais (idoso mais velho) (PAPALIA *et al.*, 2013).

O envelhecimento social refere-se ao nível de adequação no desempenho do indivíduo, bem como sua função na sociedade e comportamentos esperados para sua idade (MARTINS,

2017). Economicamente, são considerados idosos aqueles que interrompem suas atividades de trabalho em idade determinada pelo Estado (OMS, 1989).

Já na dimensão psicológica, o envelhecimento está concernente ao processo de adaptação do indivíduo diante as alterações sentimentais, cognitivas, motivacionais dentre outras habilidades que podem ser autocontroladas (MAIA, 2017; MARTINS, 2017).

O envelhecimento é algo singular e individual não podendo ser categorizado apenas em decorrência da idade cronológica, pois envolve aspectos relativos aos anos vividos e a cultura em que esse indivíduo está inserido. Deve ser visto como um processo complexo que requer mais estudos para ser compreendido, tanto por quem o vivencia, como pela sociedade e não somente um momento da vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Assim, o envelhecimento pode ainda ser influenciado pela herança genética, por comportamentos individuais, por fatores sociais, ambientais, econômicos e políticos (MAIA, 2017). Associa-se ainda as modificações no decorrer da vida como aposentadoria, necessidade de moradia adequada e a perda de amigos e entes próximos. Assim, deve-se considerar não apenas questões relacionadas a saúde, mas também abordagens que estimulem a adaptação e o crescimento psicossocial dos idosos (OPAS; OMS, 2018a).

A velhice ótima ou bem-sucedida é caracterizada como um “conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto de um ponto de vista físico como mental, estando apoiado e três vertentes: 1) baixo risco de doenças ou incapacidades relacionadas com a doença; 2) funcionamento físico e mental elevado; 3) empenhamento ativo na vida” (SIMÕES, 2006, p. 141).

O envelhecimento bem sucedido refere-se também ao significado que o idoso atribui ao seu papel social, capacidade funcional adequada e visão positiva sobre a vida e autoimagem, bem como o interesse em aprender (CRUZ *et al.*, 2017).

Já a velhice patológica tem sua origem no aparecimento ou piora de doenças crônicas que vão incapacitando gradativamente o idoso na realização de suas atividades, tornando-o dependente de cuidados. Relaciona-se normalmente com eventos biológicos, e podem se relacionar a eventos externos, como os psicossociais (BOECHAT; RODRIGUES, 2017).

Os indivíduos não devem ser resultados de suas circunstâncias de vida, mas sim, estruturadas, produtivas, capazes de gerir suas vidas, e com conceitos próprios, sendo o pensamento e a ação uma interação recíproca e dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais (BANDURA, 2008).

O Brasil está entre os que mais envelhecem demograficamente em todo o mundo, condição que acontecerá de forma rápida ao longo do século XXI. Esse processo está ocorrendo em meio a poucos recursos e grandes desigualdades sociais (LIMA-COSTA *et al.*, 2018).

2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A longevidade é um dos maiores feitos da sociedade atual. A velhice, antes possível somente em países desenvolvidos, hoje é um fenômeno mundial (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O envelhecimento populacional, pode ser explicado pela transição demográfica, que em países desenvolvidos aconteceu tempos depois de sua estruturação econômica, queda das desigualdades sociais, permitindo avanços tecnológicos e sociais de maneira mais acelerada (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Já nos países como o Brasil, em desenvolvimento, tiveram sua população envelhecida antes de se estruturarem (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

A transição demográfica, decorre de uma elevada taxa de fecundidade e mortalidade para uma queda das mesmas, acontece de forma gradual na sociedade. Dessa forma, quando há uma estabilidade entre essas taxas, inicia-se o processo de envelhecimento populacional (PEREIRA, 2017; PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Este processo acontece em quatro etapas, sendo a primeira considerada a da fase “pré industrial” ou primitiva em que houve um aumento tanto nas taxas de fecundidade quanto de mortalidade. Já a segunda etapa considerada “intermediária de divergente dos coeficientes” há uma diminuição da mortalidade e da natalidade, permitindo um rápido crescimento populacional. A terceira etapa denominada “intermediária de convergência dos coeficientes” tem-se uma rápida redução da natalidade com relação a mortalidade, reduzindo o quantitativo populacional no Brasil. Por fim, na quarta etapa, a “moderna” ou de “pós-transição”, as taxas tanto de mortalidade quanto de natalidade aproximam-se em níveis baixos, permitindo uma estabilização e consequentemente o envelhecimento populacional (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016; PEREIRA, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma nação é considerada envelhecida quando a porcentagem de indivíduos com idade a partir dos 60 anos, atinge 7% tendendo ao crescimento (OMS, 1984). Entre os anos de 1991 e 2000, o número de idosos no Brasil teve um aumento de 35,5%. Em 2018 os idosos representavam 9,2% da população (IBGE, 2018). Para 2050, estima-se que a população idosa do mundo alcance os dois bilhões, sendo que 80%

desses idosos estarão vivendo em países de renda média e baixa (OPAS; OMS, 2018b). Espera-se que em 2060 essa representatividade chegue a 25,5% (IBGE, 2018).

No Brasil, o envelhecimento populacional ocorre de maneira distinta em decorrência das desigualdades regionais, sendo os menores percentuais encontrados no norte (10,1%) e os maiores no sul (15,9%) e sudeste (15,6%) brasileiro (IBGE, 2016).

O acréscimo na expectativa de vida da população brasileira só foi possível graças a fatores como a urbanização, melhoria das condições sociais, ações de saúde pública: incentivo ao pré-natal, ao aleitamento materno, vacinação, criação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e avanços tecnológicos relacionados à área de saúde (ERVATTI *et al.*, 2015).

No entanto, mudanças no padrão demográfico acarretaram alterações nas características epidemiológicas da população (PAPALÉO NETTO, 2017). A alta mortalidade, antes decorrente de doenças infecto parasitárias, passa a ocorrer por DCNT como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e demências senis, que podem ser progressivas levando a incapacidade funcional (MORAES; AZEVEDO; MORAES, 2016).

2.3 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A transição epidemiológica é descrita como sendo um “processo de mutações decorrente dos preceitos de saúde e doença, e que, geralmente, acontecem concomitante a outras transformações como as, sociais, econômicas e demográficas (OMRAN, 2005, p. 732).

O envelhecimento populacional gradativo, acrescido as mudanças referentes ao perfil da morbimortalidade, fizeram com que pesquisadores ampliassem seus conhecimentos com o objetivo de compreender as DCNT, ao invés das doenças infectocontagiosas mais prevalentes até então. Assim, buscou-se identificar o comportamento da saúde e da doença, sua ocorrência, distribuição e os fatores determinantes na população (PEREIRA, 2017).

Transformações nos padrões de morbidades e mortalidades fazem com que as demandas para a assistência à saúde se renovem constantemente. Adaptações e adequações de políticas públicas são necessárias, com a intenção de melhorar o planejamento e o acesso as unidades de saúde ofertando intervenções de excelência aos idosos (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

À medida que as pessoas envelhecem, suas necessidades de saúde tendem a se tornar mais complexas e crônicas, demandando uma prestação de cuidados integrados (WHO, 2017). As DCNT, que podem ser decorrentes de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, fazem com que o indivíduo consuma mais serviços de saúde, internações

prolongadas e frequentes, demandando acompanhamento constante, cuidados permanentes e medicações contínuas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

As enfermidades relacionadas a doenças cardiovasculares, infecção urinária, acidente vascular encefálico, pneumonia, diabetes *mellitus*, câncer, enfisema, osteoporose, bronquite crônica e osteoartrose são as que mais acometem os idosos, sendo a causa de 70% de todas as mortes no mundo (MELO *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2018; OPAS; OMS, 2018a). A crescente ocorrência dessas morbidades está relacionado a fatores comportamentais modificáveis como sedentarismo, tabagismo, alimentação pouco saudável e uso nocivo de álcool, além de desordem metabólicas dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hiperglicemia e hiperlipidemia (ALMEIDA *et al.*, 2020). Mudanças nos hábitos de vida devem ser considerado parte do tratamento das DCNT (SOUSA *et al.*, 2020).

Dentre as dez prioridades para a área da saúde, proposta pela OMS, destaca-se o controle de DCNT, da influenza, os cuidados prestados na atenção primária, entre outros. Essas metas exercem influência na vida da pessoa idosa, uma vez que 39,5% desse público possui alguma doença crônica e quase 30% possui duas ou mais (LIMA-COSTA *et al.*, 2018; OPAS; OMS, 2018a).

Os idosos, além de alta prevalência das DCNT, possuem maior risco de desenvolverem pelos menos mais duas morbidades associadas, gerando custos e dependência (CHOI, 2020). Multimorbidades demandam cuidados mais complexos uma vez que a longo prazo podem gerar incapacidades. Nesse sentido a AE desempenha papel crucial, propiciando uma percepção positiva de bem estar e qualidade de vida aos indivíduos que a possuem (CLAASSENS *et al.*, 2016).

2.4 AUTOEFICÁCIA

O conceito de AE foi introduzido em 1977 no contexto da TSC dando significado as crenças que o indivíduo possui em sua capacidade de planejamento e execução de ações que permitam o alcance do resultado esperado (BANDURA, 1977).

Refere-se às convicções do indivíduo em relação as suas motivações, habilidades cognitivas e comportamentais para desempenhar de uma tarefa específica em um dado contexto (BANDURA, 2004).

A teoria da AE tem por objetivo explicar como as pessoas lidam com as exigências do cotidiano, de acordo com a crença que o indivíduo possui para agir e exercer efetivamente um

determinado comportamento mediante situações que possam afetar sua vida (BANDURA, 1977).

Demonstra como as crenças pessoais influenciam a motivação e o agir por meio da motivação nos objetivos e nas intenções que as pessoas apresentam. Por meio das crenças de AE as pessoas escolhem quais serão seus desafios, quão intenso será seus esforços para alcançarem o objetivo desejado e por quanto tempo persistiram diante os obstáculos encontrados (BANDURA, 1997).

A crença na AE vai além de opções para realizar a ação, regulando também a implementação necessária para o alcance dos objetivos pretendidos (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018). Embora a AE possa ser investigada de forma independente, apresenta maior consistência quando pautada pela TSC (BANDURA, 2006; POLYDORO; AZZI; VIEIRA, 2010).

Segundo a TSC, as crenças de AE são estimuladas por meio de um discreto grau de dificuldade apresentado em determinada competência pelo indivíduo. Nessas condições o sujeito tenderá a envolver-se com a tarefa proposta e seus possíveis desafios, o que resultará em novas competências (BANDURA, 2009).

A AE pode ser desenvolvida por quatro fontes que interagem entre si: experiência direta ou exitosa, experiência indireta ou vigária, persuasão social e pelos estados emocionais e fisiológicos (BANDURA, 2009).

A experiência direta ou exitosa é considerada o meio mais efetivo na conquista de uma elevada AE uma vez que o indivíduo vivencia o sucesso pessoal na realização de tarefas cotidianas específicas por ele executadas. No entanto, para os indivíduos as experiências de sucesso devem ser de forma rápida e fácil. Em situações contrárias, as pessoas se sentiram desencorajadas e desestimuladas a perseverarem frente às dificuldades encontradas. Falhas frequentes afetariam de forma negativa a AE (BANDURA, 2004, 2009).

O desenvolvimento da AE por meio de experiências vicárias se dá ao observar a perseverança, o esforço e o sucesso de outras pessoas com características e condições semelhantes à do indivíduo, fazendo com que o sujeito tenha crença na sua capacidade de sucesso. A AE pode ser prejudicada quando é identificado o insucesso do outro, apesar de todo esforço despendido (BANDURA, 2004, 2009).

A terceira fonte se refere à persuasão social. Pessoas encorajadas a acreditarem em si exercerão ações de maneira determinada, despendendo maior esforço para sua concretização. Para que o encorajamento seja efetivo deve partir de pessoas conhecidas ou próximas e que

executem as ações que estão incentivando. Os êxitos deverão ser mensurados pelas aquisições progressivas do indivíduo e não pelo sucesso de outras pessoas próximas (BANDURA, 2009).

Por fim, a quarta e última fonte se refere aos aspectos emocionais e fisiológicos. As tensões, ansiedades e exaustão são interpretadas como sinais de ineficiência pessoal, interferindo de forma negativa na percepção que o indivíduo tem de sua AE. A redução da ansiedade e de sintomas depressivos aliados ao aumento da resistência e força física promove o aumento da AE (BANDURA, 2009).

Dessa forma, as fontes de AE se interagem e se complementam influenciando mudanças comportamentais (BANDURA, 2008). No entanto, é importante salientar que as escalas de AE não mensuram conhecimentos, habilidades e atitudes, mas sim a crença que o indivíduo possui em realizar uma ação em determinada circunstância (BANDURA, 2008; POLYDORO; AZZI; VIEIRA, 2010).

Assim, a avaliação da AE relaciona-se à crença lidar com os diversos empecilhos envolvidos em certas situação, e não apenas às habilidades exigidas na tarefa (AZZI; POLYDORO, 2006).

Reitera-se que a crença de AE se difere da intenção de realizar algo. A primeira refere-se ao julgamento sobre a capacidade. Já a intenção de realizar algo é uma afirmação de intenção de efetivamente fazer algo, inserindo-se no conceito de atitude. Embora a AE seja substancial na intenção, os dois construtos são conceitualmente e empiricamente diferentes (POLYDORO; AZZI; VIEIRA, 2010).

A AE bem como a capacidade de autodeterminação e o controle sobre sua própria vida são essenciais para um envelhecimento saudável, uma vez este constructo considera as realizações, o desempenho e experiências positivas vivenciadas pelo indivíduo como essências, em especial no que tange a resiliência e superação de desafios (CRUZ *et al.*, 2017).

O modo como o idoso compreende sua saúde é permeada por vários fatores, que exercem influências na sua qualidade de vida, entre eles a prática de exercícios físicos, o bom relacionamento social, autonomia e independência para exercer suas atividades, sendo substanciais para a satisfação pessoal (BOECHAT; RODRIGUES, 2017).

A promoção de ações que incentivem comportamentos saudáveis em idosos aumenta a AE, reforçando a independência e a participação social (CRUZ *et al.*, 2017).

Seleção, otimização e compensação podem constituir determinantes mais robustos para o envelhecimento quando somados às crenças positivas de AE (BANDURA, 2008). A seleção se refere à escolha dos objetivos. A otimização é indicada pela criação de condições mais favoráveis para se atingir o objetivo. Já a compensação deve ser buscada quando a maneira de

atingir os objetivos estiver indisponível. Assim, como recompensa o indivíduo modifica os fatores internos e externos para diminuir as perdas e aumentar os ganhos (NADAI; PINHEIRO; MELO, 2018). Assim, quanto antes iniciar comportamentos saudáveis, mais recompensados os indivíduos serão, podendo desfrutar de boa saúde (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015)

Se o indivíduo possui uma crença positiva em sua AE, possivelmente terá maior êxito em realizar suas tarefas ou passar por adversidades e, caso encontre dificuldades, conseguirá superá-las. Pessoas com crenças negativas poderão ter mais dificuldade na realização de tarefas (BANDURA, 2008).

A AE é descrita como um fator protetivo do envelhecimento, uma vez que sinais de vulnerabilidade podem levar o indivíduo a uma baixa AE em relação a seus comportamentos de saúde (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018)

Entre os idosos, a AE deve estar em consonância com suas condições pessoais e contextuais. Incentivar o desenvolvimento da AE em idosos proporciona bem-estar, uma vez que atua como um sistema compensatório em relação às perdas de crenças em si (SOUSA *et al.*, 2020).

Os indivíduos devem aprimorar suas capacidades natas ao longo do tempo e devem aperfeiçoar novas competências para atender e superar mudanças e demandas adaptativas no decorrer da vida (BANDURA, 1994).

O cuidado com a saúde requer busca ativa de novas aprendizagens, AE e gestão diária das dimensões que influenciam o envelhecimento ativo e saudável (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

A literatura científica reforça que pessoas idosas são capazes e devem ser responsabilizadas pelo seu aprendizado, pois assim podem aprender e atuar positivamente em mudanças nos hábitos de vida e nos comportamentos relacionados a saúde (BASTOS, 2019; BOECHAT; RODRIGUES, 2017).

2.4.1 Teoria Social Cognitiva

A TSC apresenta um modelo que explica o funcionamento humano pelo determinismo recíproco ou reciprocidade triádica, no qual comportamento, fatores pessoais e ambientais interagem entre si influenciando a AE do indivíduo (BANDURA, 1997).

Esta teoria tem como característica o estudo do indivíduo, sua personalidade, funcionalidade e organização existencial, denominada funcionamento humano. Por ser uma

teoria matriz, suas derivações e pressupostos dão origem a teorias secundárias em que fatos e fenômenos específicos referentes à personalidade vão sendo aprofundados e tornam-se autônomos (BANDURA, 1986).

Conforme a TSC, o indivíduo possui um sistema próprio que avalia o controle exercido em relação aos seus sentimentos, pensamentos, ações e motivações. Este sistema desencadeia de forma mecânica, diversas funções a fim de regular, perceber e analisar comportamentos. Estes resultados são decorrentes da interação entre esse sistema e a tríade aspectos sociais, pessoais e comportamentais (BANDURA, 1986).

A proposta central da TSC está ancorada na perspectiva da Agência Humana onde os indivíduos são agentes ativo diante de seu processo de desenvolvimento, fazendo com que certos resultados sejam possíveis de acordo com suas ações. Os seres humanos possuem capacidade para o autodirecionamento ou autogerenciamento. Dessa forma o autogerenciamento seria responsável pela forma como as pessoas podem concernir suas próprias motivações e ações, por meio da auto influência, não sendo mero produto de suas circunstâncias de vida (BANDURA, 1986).

Dentre as características da Agência Humana duas são consideradas fundamentais: a intencionalidade e a antecipação. A primeira se refere aos planos e estratégias de ação a serem utilizadas no alcance do objetivo almejado. Já na segunda, os indivíduos criam objetivos para si e preveem os resultados de atos futuros para motivar seus esforços antecipadamente por meio do comportamento atual (BANDURA, 2008).

Dessa forma, a Agência Humana refere-se aos atos produzidos intencionalmente pelo indivíduo de acordo com suas características como a autonomia e a responsabilidade. Assim os efeitos são entendidos como consequência e não características dos atos realizados (BANDURA, 1977).

O sistema de Agência Humana faz com que o indivíduo crie e desenvolva crenças sobre si mesmo e está passa a ser um instrumento no alcance de seus objetivos, auxiliando no controle que essas pessoas exercem sobre o ambiente em que estão inseridas. Mediante a essas crenças é proposta a AE (BANDURA, 1986).

É na Agência Humana que as auto crenças, dentre estas a AE, exercem papel influenciador para que o indivíduo seja seu próprio agente, gerenciador, proativo e engajado, permitindo a partir de suas ações novas atitudes, pois o que as pessoas pensam, sentem e acreditam afeta a forma como elas se comportam (BANDURA, 1977).

2.4.2 AE e a motivação para aprender sobre saúde

O ponto de partida para o envelhecimento bem-sucedido é acreditar em si mesmo (BOECHAT; RODRIGUES, 2017). Um dos fatores que contribuem para o envelhecimento bem-sucedido é a AE, descrita na TSC, como sendo um autorregulador de capacidades próprias para a execução de ações, com o intuito de atingir o objetivo idealizado (BANDURA, 1977, 2008).

De acordo com a TSC, devido à capacidade de simbolizar, antecipar, autorrefletir, aprender e de se autorregular, o ser humano é capaz de agir de forma intencional com intuito de prever resultados, estruturar, organizar e avaliar plano de ação (AZZI; POLYDORO, 2006; BANDURA, 2001).

Os mecanismos de autorregulação são elementos centrais da subjetividade, em especial, entre idosos, resultando no senso de AE. A capacidade de controlar comportamentos, as emoções e os próprios processos cognitivos caracterizam os indivíduos com AE positiva (SOUSA *et al.*, 2020).

A crença na AE tem sido estudada de acordo com duas perspectivas. A primeira se refere à forma pela qual a AE afeta a aprendizagem, a motivação e o desempenho do aprendiz. Já a segunda diz respeito ao impacto de variáveis contextuais e individuais da AE (BANDURA, 2008; BASTOS, 2019; SOUSA *et al.*, 2020).

O termo aprendizagem consolida a ideia de que o homem é sujeito ativo no seu desenvolvimento, atuando de forma interativa com aspectos físicos, sociais, condições afetivo-emocionais e intelectuais (COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2017).

A aprendizagem é considerada um recurso renovável que influi positivamente na manutenção da saúde, favorecendo o bem-estar e o envelhecimento bem-sucedido, pois permite segurança na tomada de decisão (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Independentemente da idade, de condições físicas, mentais, sociais e econômicas, as pessoas estão em constante aprendizado, permitindo a pessoa idosa o aprendizado, autonomia e liberdade, acompanhando o desenvolvimento da sociedade (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

Para atender a demanda entre procura e necessidade, passou-se a utilizar conceitos-chaves como o da autodireção da aprendizagem (BASTOS, 2019). A autodireção para aprendizagem considera o indivíduo responsável e capaz de escolher seus objetivos e metas.

Leva em consideração a persistente busca de conhecimento e também a autorregulação de estratégias mais eficazes no aprender (COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2017).

Alguns idosos creem serem capazes de controlar sua saúde e o seu envelhecimento por meio de estratégias como a aquisição de informações referentes a saúde em meios de comunicação e de orientações de profissionais de saúde quanto a adoção ou manutenção de comportamentos saudáveis (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

A falta de conhecimento pode impedir mudanças no comportamento de saúde do indivíduo. A crença em sua AE proporciona encorajamento na capacidade de desempenhar o autocuidado, desenvolvendo habilidades e competências para o alcance de seus objetivos (SOUSA *et al.*, 2020).

Estudo desenvolvido no interior de Minas Gerais (MG), com 256 idosos da zona urbana, demonstrou que quanto maior a AE, mais conhecimento o idoso tinha sobre suas doenças, apresentando correlação entre as duas variáveis ($p < 0,001$) (SOUSA *et al.*, 2020).

A AE atua como mediadora na manutenção e promoção do funcionamento intelectual (BANDURA, 2008), capacidade funcional e comportamentos voltados ao autocuidado da saúde física, da funcionalidade e do bem-estar subjetivo dos idosos (BASTOS, 2019).

Idosos com auto AE tendem a alcançar melhores resultados no controle de sua própria saúde, pois são capazes de compreender e assimilar melhor atitudes e conhecimentos saudáveis (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

O reconhecimento de fatores protetores de saúde pelos idosos, são facilitados por meio da educação, conhecimentos e tecnologias. Ocorre através de um processo multidimensional da relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos, promovendo a cooperação para a construção da realidade almejada (BASTOS, 2019).

Por ser a aprendizagem algo variável e constante, além da educação formal, a educação para saúde se faz necessária para o autocuidado entre os idosos, assim como a educação financeira para a gestão de renda e gastos e a educação tecnológica para mantê-los atualizado. Dessa forma tanto a saúde quanto o conhecimento são preditivos para a independência e participação social do idoso (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016; CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

O conhecimento do idoso referente a sua doença torna possível a identificação das crenças e recursos facilitadores para um tratamento eficaz uma vez que indivíduos com forte crença na sua AE são mais persistentes, flexíveis em relação às novas estratégias, possuem maior desempenho, fixam e cumprem metas (SOUSA *et al.*, 2020).

A população idosa demanda propostas de atuação do enfermeiro enquanto educador, sendo a promoção de saúde o norteador principal para comportamentos saudáveis. Assim, práticas educativas devem ser inseridas no contexto da saúde afim de proporcionar mudanças de estilo de vida dos idosos (ROCHA, 2018).

Estratégias de educação em saúde proporcionam saúde física, mental propiciando melhorias na qualidade de vida, estimulando a autonomia, autoestima e AE dos idosos (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

O estabelecimento de vínculo entre o enfermeiro e a comunidade, permite que a educação em saúde seja mais efetiva, uma vez que este profissional está inserido no cotidiano de saúde da comunidade, em especial do idoso (ROCHA, 2018).

Informações, aconselhamentos e orientações adequadas sobre saúde, quando mediados pela AE, estimulam comportamentos saudáveis e um envelhecimento ativo. Assim, enquanto educadores, cabe ao enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar de saúde, a realização de intervenções que melhorem a AE e os comportamentos saudáveis por meio de informações aos idosos (CHOI, 2020).

2.4.3 AE e comportamentos de saúde em idosos

Segundo a TSC, o comportamento é a representação de uma constante interação do indivíduo com o ambiente, sendo a AE a melhor preditora por estar relacionada à crença, motivação, afeto e ação humana (BANDURA, 1977).

A capacidade de controlar comportamentos, emoções e os próprios processos cognitivos caracterizam os indivíduos com AE positivo (BANDURA, 2008).

A decisão de mudar um comportamento requer, por parte do indivíduo, uma avaliação de suas crenças acerca de sua competência. No que se refere aos fatores pessoais mais especificamente a crença, a AE tem papel mediador na mudança de comportamentos (BANDURA, 1986).

Mudanças no comportamento em saúde fazem parte de um processo cognitivo em que o suporte de informações pode incentivar o aumento da AE e do desenvolvimento de intervenções para a promoção em saúde dos idosos (CHOI, 2020).

Com o envelhecimento, as percepções de AE podem aumentar, diminuir ou permanecer estáveis de acordo com arranjos sociais, fatores biológicos e comportamentais de acordo com as percepções e objetivos de cada idoso (SOUSA *et al.*, 2020).

Os níveis aumentados de AE permitem que os idosos realizem atividades básicas, mesmo com as funções biológicas diminuídas no decorrer dos anos (CRUZ *et al.*, 2017; MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018).

O desempenho adequado de determinada ação, não depende somente das habilidades pessoais, mas também da AE para a realização dessas tarefas. As crenças pessoais podem influenciar na motivação, escolhas e curso das ações (BANDURA, 1986, 1993).

A maneira como a AE é percebida pelo indivíduo, influenciará no seu comportamento de saúde, tendendo a evitar situações ameaçadoras que coloquem suas habilidades de enfrentamento à prova. Assim, executam atividades em que se sentem confiantes julgando serem capazes de controlar a situação (BANDURA, 1997).

Idosos com uma crença positiva em sua AE buscam comportamentos que promovam sua saúde, são resilientes, enfrentam as dificuldades de forma ativa, buscam viver melhor, possuem boas relações interpessoais e aceitam a velhice (NADAI; PINHEIRO; MELO, 2018).

O comportamento em saúde é definido pela OMS como “qualquer atividade exercida pelo indivíduo, independentemente de sua situação de saúde, com o pressuposto de promover, preservar ou conservar a sua saúde, sendo essa atividade eficaz ou não para obtenção do resultado esperado” (WHO, 1998, p. 8).

Assim, no envelhecimento, o comportamento em saúde é primordial uma vez que beneficia a independência funcional e o bem-estar, auxiliando a longevidade. Determinantes comportamentais como prática regular de atividade física, alimentação adequada, abstinência do fumo e do álcool, sono regular, uso adequado dos medicamentos, consultas de rotina, exames preventivos e a vacinação contribuem para um envelhecimento ativo (NUNES *et al.*, 2018, CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

A AE contribui para um melhor entendimento no processo de adesão a tratamentos medicamentosos, prática de exercícios físicos, adoção de recursos ambientais e segurança física. Caso algum desses fatores sejam afetados, o idoso poderá realizar a compensação de déficits por meio de sua AE (ROCHA, 2018; SOUSA *et al.*, 2020).

O comportamento em saúde é o fator de primeira ordem para a promoção da saúde e parte o envelhecimento ativo, proporcionando independência e autonomia aos idosos. Assim, indivíduos com ótimos hábitos de saúde na meia idade terão melhor capacidade funcional evidenciando os benefícios da adoção de estilos de vida mais saudáveis quando idosos (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Ressalta-se que a promoção da saúde juntamente com a AE contribui para o autocuidado dos idosos, atuando positivamente na conservação de sua autonomia, independência e condições de saúde (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

A promoção da saúde é conceituada como o “processo de capacitação dos indivíduos, para se responsabilizarem pelo controle e melhoria da saúde adotando uma visão positiva”. Assim, almeja-se que esta propicie melhorias para a qualidade de vida, delongando o surgimentos de doenças e incapacidades funcionais” (WHO, 1986, p. 1).

O envelhecimento humano é permeado por fatores psicológicos, sociais, ambientais, número de morbidades, capacidade cognitiva, influenciando as predisposições do idoso (NUNES *et al.*, 2018).

Dentre os fatores psicológicos, a AE tem sido um mecanismo na melhora dos comportamentos de saúde entre idosos com DCNT como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças pulmonares, cardiovasculares, dentre outras (YAO *et al.*, 2019).

Considerando os fatores que interferem no comportamento, somado a AE em relação aos processos cognitivos, afetivos, seletivos e motivacionais, estratégias devem ser desenvolvidas de modo a contribuir para comportamentos saudáveis (CHOI, 2020).

Para tal, profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam na promoção da saúde, devem compreender que AE juntamente a reciprocidade triádica, influenciam no comportamento de saúde adotado pelo indivíduo (BANDURA, 2008; SOUSA *et al.*, 2020).

O vínculo estabelecido entre os idosos e a equipe de saúde beneficia as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, além de auxiliar na adesão aos tratamentos e fomentar ações educativas por meio da AE (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

Levando em consideração que a AE impacta na persuasão social, situações em que os indivíduos são incentivados a crerem que possuem habilidades para desempenhar determinada ação, as pessoas tendem a mobilizar maiores esforços e sustentá-los (BANDURA, 1994).

Um maior conhecimento sobre a AE possibilita a mediação de situações de desafio e adaptação de forma a alcançar resultados esperados, contribuindo para a compreensão das mudanças decorrentes do envelhecimento (CHOI, 2020).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Por se tratar de um estudo metodológico que objetivou a adaptação transcultural e psicométrica de um instrumento para uso na população brasileira, será abordado o referencial metodológico que orientou as etapas do estudo.

3.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS COM CONSTRUTO SUBJETIVO

De acordo com a literatura científica, para que um instrumento possa ser aplicado em uma nova cultura, população ou idioma é necessário que seja realizada a adaptação transcultural do mesmo. Este processo deve ser realizado por meio de adaptação cultural e das propriedades psicométricas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2007).

Adaptação cultural se dá através de duas fases: tradução do instrumento e a sua adaptação de acordo com a cultura que se almeja, de modo que haja equivalência entre as versões original e a adaptada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Adaptar um instrumento de medida pré-concebido, proposto para uma nova cultura, tem sido utilizado em distintas áreas do conhecimento, em especial na saúde. A adaptação de um instrumento, favorece a comparação entre fenômenos de diferentes países e culturas, além de demandar menores gastos e tempo (FERRER *et al.*, 1996). Tal processo deve acontecer por meio de dois estágios, sendo o primeiro a tradução e a adaptação transcultural do instrumento e, posteriormente, verificação de suas propriedades psicométricas (MCKENNA; DOWARD, 2005; SPERBER, 2004). Devem ser obedecidos os critérios de validade e confiabilidade, assegurando que o instrumento realmente meça o que se propõe a medir (CHWALOW, 1995; SPERBER, 2004).

No que concerne aos instrumentos de construtos subjetivos, a literatura reitera ser mais aconselhável adaptá-lo a cultura desejada do que a elaboração de um novo instrumento. Assim como as concepções de saúde diferem entre as culturas, não há recomendação da tradução literal, devendo haver um rigor metodológico e sistematizado de adaptação cultural em que seja assegurada as propriedades referentes a etapa psicométrica do instrumento adaptado (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Assim, objetivando o aprimoramento do processo de adaptação cultural proposto por Guillemín, Bombardier e Beaton (1993), Beaton e colaboradores (2000) sugeriram que fossem seguidas as etapas:

1) Tradução: considera que o instrumento original, deva ser traduzido para o idioma em questão, por no mínimo dois tradutores, sendo estes independentes e originários da língua alvo, conhecedores dos objetivos do estudo e dos conceitos abarcados, para que sejam identificados erros de interpretação que gerem ambiguidade da versão original. Assim deverá ser preservado o significado dos itens do instrumento nas duas línguas.

2) Retrotradução (*back-translation*): a versão obtida para a cultura alvo é traduzida para o idioma de origem com a intenção de assegurar a versão original, devendo as versões serem retrotradução para a língua de origem com o objetivo de comparar as duas versões e eliminar possíveis divergências nos significados dos itens ou das expressões. Diferente dos tradutores, os retrotradutores, não devem estar a par do objetivo e nem os conceitos do estudo.

3) Apreciação pelo comitê de especialistas: esta etapa almeja a produção de uma versão final do instrumento de acordo com as traduções e retrotraduções. Objetiva manter as equivalências das orientações, preenchimento, itens das versões originais e adaptada. Deverá fazer parte de comitê indivíduos bilingues, especialistas nos conceitos estudados. Em situações de divergência caberá ao comitê a adequação do instrumento, seja por eliminação, modificação ou substituição de item para um melhor ajuste a realidade cultural desejada. Assim, diversas equivalências foram propostas com a intenção de avaliar tanto as versões original e final de um instrumento. De acordo com Guillemín, Bombardier e Beaton (1993), as equivalências são classificadas como:

- a) equivalência semântica: avalia se o significado dos itens foi mantido posteriormente a tradução para o idioma selecionado, podendo demandar modificações gramaticais;
- b) equivalência idiomática: avalia expressões e palavras coloquiais que dificilmente são passíveis de tradução, devendo ser substituídas de acordo com a cultura alvo.
- c) equivalência cultural: avalia itens próprios da cultura, almejando substituir e adequar o item a cultura pretendida;
- d) equivalência conceitual: verifica se o constructo explorado está mensurando o constructo teórico nas duas culturas.

Recomenda-se que haja uma concordância de 80% entre os membros de especialistas para um consenso final (PASQUALI, 2004).

4) Pré-teste: tanto o instrumento original quanto a versão adaptada devem ser aplicados em uma amostra de indivíduos leigos e bilingues objetivando reconhecer as divergências da

tradução. O instrumento também deverá ser utilizado em uma amostra pequena da população-alvo para que seja verificada a compreensão.

Ferrer e colaboradores (1996) propuseram que a adaptação transcultural de instrumentos deva ocorrer de acordo com as seguintes etapas:

- a) tradução do instrumento original para o idioma alvo;
- b) Avaliação pelo comitê de especialistas;
- c) Retrotradução e comparação com a versão original;
- d) Análise semântica dos itens e um pré-teste para que se chegue à versão adaptada final adaptada

Ainda não há um consenso sobre uma metodologia mais adequada a ser seguida para a adaptação transcultural de um instrumento, fazendo com que alguns autores adaptem a seu modo os métodos (BEATON *et al.*, 2007).

3.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DE INSTRUMENTOS

Após a etapa de adaptação transcultural, deve-se avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, considerando sua validade (fidedignidade) e confiabilidade (precisão/reprodutibilidade).

Essa etapa é essencial, uma vez que a equivalência de uma medida só poderá ser apresentada através de suas propriedades e correlação com o instrumento original (FAYERS; MACHIN, 2016).

A validade de um instrumento é determinada pela capacidade de mensurar o que se propões, ou seja, verifica se o item mede efetivamente os atributos esperados através de um instrumento (FAYERS; MACHIN, 2016; PASQUALI, 2009).

Dessa forma, a validade deverá verificada através da validade de face, de conceito (constructo), de conteúdo e validade relacionada ao critério:

1) Validade de face ou aparente: propriedade medir o se espera medir através de instrumento. Verifica a compreensão e concordância dos itens que compõe o instrumento, sendo norteadas por indagações que permitem a compreensão por parte dos sujeitos (CHWALOW, 1995; FAYERS; MACHIN, 2016).

2) Validade de conteúdo: avalia se os itens representam de forma apropriada todas as dimensões do constructo em estudo. Deve ser realizada através da avaliação de no mínimo dois juízes, sendo mais usual o julgamento por uma comissão de especialistas e leigos que irão

avaliar a relevância dos itens para o domínio de acordo com o conteúdo (FAYERS; MACHIN, 2016).

3) Validade de construto ou de conceito: verifica a relação dos itens de forma teórica, com a escala hipotética. Sua determinação é complexa uma vez que investiga evidências que certificam a correlação de valores com o construto estudado (FAYERS; MACHIN, 2016).

Ressalta-se que essa validade, pode ainda ser ramificada em: validade de construto convergente e validade de construto divergente ou discriminante (FAYERS; MACHIN, 2016; PASQUALI, 2009; URBINA, 2007) sendo:

1) Validade convergente: apresenta as correlações entre escalas que avaliam o construtos investigado, demonstrando correlações positivas ou negativas entre as escalas (FAYERS; MACHIN, 2016; URBINA, 2007).

2) Validade divergente ou discriminante: assegura quais dimensões previamente conhecidas não devem estar relacionadas a outras dimensões, demonstrando a não relação do construto. Para tal, são realizados testes de correlações entre escalas já conhecidas e validadas (FAYERS; MACHIN, 2016; URBINA, 2007).

A análise fatorial tem como objetivo principal a redução do quantitativo de dimensões necessárias para se descrever dados originados de um grande número de escalas. Pode ser subdivida em dois grupos sendo eles:

1) análise fatorial exploratória (AFE): realizada na escala original permitindo verificar a relação entre medidas para que seja constatado construtos velados que interpretam a variabilidade observada.

2) análise fatorial confirmatória (AFC): objetiva testar hipótese e comprovar a teoria estudada, bem como elementos já definidos. Todos os itens são relacionados com cada fator para que se obtenha a carga fatorial, devendo essas serem maiores que 0,4. Assim é possível confirmar ou rejeitar uma teoria prévia.

As teorias de mensuração, geralmente são apresentadas através representações gráficas (diagramas) dos modelos teóricos testados através da técnica de modelagem estrutural por meio do LISREL, CALIS ou AMOS. Esses modelos são subsidiados de acordo com a teoria de mensuração e estrutural. Dessa forma nos diagramas, os sentidos do construto latente para os itens são indicados por setas, representando a carga que existente com a teoria (FAYERS; MACHIN, 2016; TABACHNICK; FIDELL, 2007). Assim, somente são calculadas as cargas que se relacionam ao item, as demais são consideradas nulas (HAIR JR *et al.*, 2009).

Recomenda-se que a adequação do modelo estrutural seja verificada por indicadores distintos, sendo o um deles o valor de p associado ao valor do teste qui-quadrado (X^2) para

indicar boa adequação em caso de significância estatística. Outro indicador seria a razão entre o valor de qui-quadrado menor que cinco, sugerindo um modelo bem ajustado. Como esses testes podem ser afetados pela complexidade do modelo e pelo tamanho amostral, serão utilizados índices de ajustamento (*fit*) menos sensíveis como: *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness off Fit Index* (GFI), *Adjusted Goodness off Fit Index* (AGFI) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). O modelo será considerado adequado se o valor do CFI e do AGFI forem maiores que 0,90 (KLINE, 2010) ou se o RMSEA apresentar coeficiente inferior a 0,05.

A validade de critério demonstra a relação prática da escala com critérios externos com outros instrumentos já validados por meio do coeficiente de correlação que se divide em duas modalidades (CHWALOW, 1995; FAYERS; MACHIN, 2016; URBINA, 2007):

1) validade concorrente: observa se a escala se correlaciona com outras variáveis de forma concomitante.

2) validade preditiva: demonstra a capacidade que a escala tem em prever outras variáveis.

Reitera-se que tanto a validade quanto a confiabilidade e a variabilidade não são propriedades fixas de um instrumento podendo ser modificadas de acordo com o grupo em que estão sendo utilizadas e as circunstâncias (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A confiabilidade de um instrumento refere-se ao grau de concordância entre respostas repetidas em momentos distintos, contando que os indivíduos estejam em situações consideradas estáveis (FAYERS; MACHIN, 2016), podendo ser mensurada por métodos diferenciados (URBINA, 2007):

1) Estabilidade: Através do teste e reteste verifica se o instrumento está apto a mensurar o construto estudado após uma segunda aplicação. É verificado por meio do coeficiente linear de Pearson (LOBIONDO-WOOD, 2001).

2) Consistência interna: Avaliada pelo alfa de Cronbach, é um método frequentemente utilizado para avaliar se os itens da escala mensuram de forma semelhante o mesmo conceito. São considerados aceitáveis valores entre 0,70 a 0,90 (CUMMINGS; STEWART; HULEY, 2003).

3.3 INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS NA LITERATURA PARA AVALIAR A AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS

Levando em consideração as alterações provenientes do envelhecimento, a identificação de fatores associados às condições de saúde, dentre elas a AE, tem sido estudada com o objetivo de identificar como esse construto contribui para um baixo risco de morbidades, incapacidade funcional e mental (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018).

A literatura científica vem reiterando a importância da variável AE para início e manutenção de comportamentos saudáveis de idosos (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017).

A seguir, serão descritos alguns instrumentos encontrados na literatura científica nacional e internacional que avaliam a AE em idosos:

- *Community's self-efficacy scale for preventing social isolation among community-dwelling older people* (CSES): foi desenvolvida no Japão, com o intuito de avaliar a AE de vizinhos idosos para prevenir o isolamento social entre os demais idosos da comunidade, através do estímulo de redes de apoio social constituída por vizinhos. A CSES é um instrumento autoaplicável, constituído por oito itens, contemplando dois domínios: AE da rede comunitária e AE de vigilância da vizinhança. Avaliam os determinantes de isolamento social evitável em idosos por meio de AFC. O construto demonstrou, ainda, potencial para avaliar AE para a prestação de auxílio social, caso necessário, sendo útil na promoção de políticas, práticas e intervenções de saúde. Assim, o instrumento favorece que a comunidade, em geral, contribua para a prevenção do isolamento social e a morte solitária de idosos (TADAKA *et al.*, 2016).

- *Self-Efficacy for Exercise Scale* (SEE-K): o instrumento objetivou avaliar as propriedades psicométricas do instrumento em idosos sul-coreanos. O construto original foi desenvolvido nos Estados Unidos e traduzida para as línguas chinesa e sueca e é composto por nove itens e um único domínio: confiança em sua capacidade para se exercitar mediante condições específicas: como mau tempo, emoções e situações estressantes. Os participantes avaliaram sua confiança em praticar exercícios físicos três vezes por semana durante 20 minutos para cada condição, variando de 0 (não confiante) a 10 (muito confiante). Uma pontuação mais alta representa melhor AE para a prática de exercícios físicos (CHOI; AHN; JUNG, 2015).

- Escala de Autoeficácia Geral (GSES): objetivou verificar as propriedades psicométricas da escala em uma amostra de idosos brasileiros. É um instrumento unidimensional do tipo Likert, composto por dez itens em pontos: 1 = “Não é verdade a meu respeito”; 2 = “É dificilmente verdade a meu respeito”; 3 = “É moderadamente verdade a meu respeito”; e 4 = “É totalmente verdade a meu respeito”. O total da escala resulta da soma dos

valores de todos os itens. Quanto maior o valor, maior é a AE geral percebida. O instrumento original foi desenvolvido em 2000, na Alemanha e traduzido para diversas culturas (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017).

- *Function Self-Efficacy Scale* (FSES): estudo desenvolvido em Israel teve por objetivo criar e validar a FSES para avaliar a AE funcional de idosos mediante declínio de saúde. A escala é composta por 13 itens e dois domínios: AE emocional e AE funcional. Demonstrou no resultado que AE funcional teve uma contribuição positiva e significativa no bem-estar, a AE geral, a autoavaliação da saúde e as variáveis sociodemográficas (TOVEL; CARMEL, 2016).

- *Fall Efficacy Scale* (FES I-Brasil): foi adaptado e validado para utilização de idosos brasileiros, avalia a AE relacionada ao medo de queda. É composto por 16 itens com escores entre 16 pontos (ausência de preocupação) a 64 pontos (preocupação extrema) (CAMARGOS *et al.*, 2010).

A literatura é ampla acerca dos benefícios de uma vida ativa, com comportamentos saudáveis, bem-estar físico e emocional na velhice. A AE juntamente com a participação ativa no cuidado contribui para a preservação da saúde dos idosos (PAPALÉO NETTO, 2017).

Instrumentos que mensurem a AE em idosos permitem avaliar fatores determinantes na adoção e manutenção de comportamentos saudáveis, de acordo com a crença que o indivíduo possui em suas habilidades pessoais. A confiança e autonomia são fatores preditivos para a manutenção de uma vida saudável (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Por meio do projeto europeu PALADIN (*Promoting Active learning and Ageing of Disadvantage Seniors*), Oliveira, Silva e Lima (2016) desenvolveram em Portugal, a Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), a partir dos construtos teóricos da AE (BANDURA, 1997) e da aprendizagem autodirigida (COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2017), com objetivo de constituir um instrumento que avalie a crença que o idoso possui em sua autonomia para cuidar de sua saúde através de comportamentos saudáveis específicos (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

A construção da EAAS teve início através de 10 entrevistas em grupo focais com 23 idosos que frequentavam centros dia na cidade de Coimbra e regiões próximas, objetivando identificar comportamentos específicos dos participantes nas dimensões: exercício físico, alimentação saudável, envolvimento em aprendizagem relativa à saúde, visitas a profissionais de saúde, bem como os obstáculos com que se deparavam e as experiências anteriores de mudança de seus hábitos. Os itens que foram oriundos deste processo, foram remetidos a um primeiro teste junto aos idosos participantes dos grupos focais (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Posteriormente um estudo metodológico de validação através da análise fatorial confirmatórias, foi desenvolvido com 508 idosos da comunidade do Norte e Centro de Portugal em 2013 (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

A EAAS é colorida com predominância da cor azul com a numeração em tamanho grande. A primeira página do instrumento, traz um exercício de familiarização com pontuação variando entre 0 (não consigo de maneira nenhuma) e 10 (totalmente certo(a) de que consigo) (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016). A escala possui 16 itens distribuídos em quatro dimensões: exercício físico (cinco itens), alimentação (cinco itens), consultas a profissionais de saúde (três itens) e aprender sobre saúde (três itens). Os itens são avaliados por escala ordinal com pontuação variando de zero (não consigo de maneira nenhuma) a dez (totalmente certo que consigo), de acordo com cinco categorias de respostas: Não consigo de maneira nenhuma, Um pouco certo de que consigo, moderadamente certo de que consigo, bastante certo de que consigo e totalmente certo de que consigo. O escores podem variar entre zero e 160. Assim quanto maior a pontuação, maior a AE do idoso (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016). As duas últimas questões são abertas e avaliam a saúde subjetiva, em escala tipo Likert de cinco pontos (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Levando em consideração que não foram evidenciados na literatura brasileira instrumentos que avaliassem a AE para a autodireção da própria saúde em idosos, optou-se por adaptar e validar a escala portuguesa. O instrumento relaciona a AE com comportamentos de saúde como prática de exercício físico, alimentação saudável, aprendizado sobre saúde e visitas a profissionais de saúde, podendo contribuir no planejamento de ações específicas que encorajem o idoso no autocuidado, podendo contribuir para o planejamento de ações específicas que encorajem o idoso no autocuidado.

Espera-se que a escala apresente boas evidências de validade e confiabilidade podendo ser utilizada com idosos brasileiros, contribuindo de maneira efetiva para a identificação e estímulo de comportamentos de saúde por meio da AE, possibilitando uma maior autonomia do cuidado entre idosos

4 JUSTIFICATIVA

Considerando que no Brasil não foram identificados instrumentos que avaliem a AE para a Autodireção na Saúde em Idosos, torna-se relevante a adaptação transcultural e validação da EAAS para a compreensão deste fenômeno.

A carência de estudos nacionais que identifiquem a AE para o autocuidado com saúde entre os idosos pode ser decorrente da carência de instrumentos que mensurem esse construto nessa população específica. Mediante o exposto, houve o interesse em adaptar e validar o instrumento em questão, com o intuito de verificar a influência dessa variável para o aprender sobre saúde entre os idosos.

Assim, espera-se que a escala contribua para estudos tanto referentes a AE quanto aos comportamentos de saúde dos idosos, fornecendo informações sobre os fatores que requerem uma maior atenção de gestores, profissionais e serviços de saúde que assistam ao idoso, estimulando a independência deles.

Dessa forma, almejou-se contribuir com a discussão coletiva referentes as questões de saúde, a fim de alcançar respostas favoráveis ao autocuidado do idoso e subsidiar o desenvolvimento de programas que estimulem a independência e o encorajamento dessa população dando-lhes mais autonomia para a realização do seu próprio cuidado.

5 OBJETIVOS

Com base no exposto, foram estabelecidos os objetivos gerais e específicos da pesquisa.

5.1 OBJETIVO GERAL

Adaptar transculturalmente, para o uso no Brasil, a Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS) e avaliar suas propriedades psicométricas, em uma amostra de idosos brasileiros.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar a adaptação cultural da EAAS, a fim de manter as equivalências conceitual, cultural, semântica e idiomática com a versão original;
- b) Realizar a validação de face e de conteúdo da versão adaptada da EAAS por meio da análise de um Comitê de Especialistas;
- c) Verificar a validação de construto da versão adaptada da EAAS considerando a dimensionalidade, validação de construto convergente e validação de grupos conhecidos.
- d) Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da EAAS por meio da consistência interna (alfa de Cronbach) e teste-reteste.

6 MÉTODO

Na sequência, será descrito o método utilizado no presente estudo.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo metodológico que realizou a validação transcultural e das propriedades psicométricas da EAAS (ANEXO A) para o português do Brasil.

6.2 AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, VALIDAÇÃO E UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTODIREÇÃO NA SAÚDE

A permissão para uso da EAAS foi solicitada, através de correspondência eletrônica (e-mail) à professora Dra. Albertina Lima de Oliveira, sendo concedida em 05 de julho de 2018 (APÊNDICE A).

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM), em conformidade a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e aprovado pelo parecer número 5.243.997 (ANEXO B).

Após a aprovação, foi solicitada a autorização do Departamento de Desenvolvimento Social (APÊNDICE B) e a Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE C) para a realização da coleta de dados na Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) e Estratégia Saúde da Família (ESF) Abadia 1, respectivamente.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado para cada participante, ou seja, juízes (APÊNDICE D) e idosos (APÊNDICE E) e realizadas as explicações, quando necessárias. Após a anuência e assinatura do TCLE, o Comitê de Especialistas procedeu a avaliação do instrumento e os idosos foram entrevistados.

Ressalta-se que foram tomadas todas as medidas preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS), para a proteção dos participantes e pesquisadores em relação à COVID-19.

6.4 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida na zona urbana do município de Uberaba-MG, nas seguintes unidades:

- a) UAI: local que atende os idosos do município com o objetivo de melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde através da inclusão dos idosos em atividades recreativas, artísticas, físicas e educacionais. A unidade foi escolhida por conveniência, levando em consideração a diversidade sociodemográfica e econômica dos idosos que frequentam o local;
- b) ESF Abadia 1: essa unidade está entre as 49 equipes de ESF do município, que possui cobertura de 52%. Tal unidade foi escolhida por possuir o maior número de idosos cadastrados, sendo esta população heterogênea em relação à situação socioeconômica e estar localizada no centro da cidade.

6.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo houve três tipos de participantes:

1) Comitê de Especialistas (juízes): designados para a etapa de análise da validação de face e conteúdo da EAAS, os juízes foram selecionados por conveniência, por meio do currículo Lattes, sendo cinco profissionais que atenderam aos seguintes critérios: possuir publicações na temática idoso (duas enfermeiras e uma nutricionista), de adaptação e validação psicométrica de instrumentos (uma enfermeira) e de linguística (uma licenciada em Letras). Todas possuem titulação mínima de doutoras e fluência no português de Portugal.

2) Idosos participantes da UAI: para a etapa de validação semântica, foram selecionados 21 idosos, por conveniência, que atendiam aos critérios: ter 60 anos ou mais e estar presente na unidade nos dias em que houve a coleta de dados. Apenas um idoso foi excluído por não atingir o ponto de corte estabelecido pelo instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

3) Idosos da ESF Abadia 1: para as etapas de pré-teste e validação das propriedades psicométricas, participaram 222 idosos com 60 anos ou mais, selecionados através de sorteio, dentre aqueles que estavam cadastrados na área de abrangência da ESF Abadia 1. Dentre os participantes, 11 fizeram parte da etapa de pré-teste e 201 da etapa de validação psicométrica, sendo excluídos idosos que se encontravam institucionalizados; com impossibilidade de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala; com

declínio cognitivo avaliado pelo MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) (ANEXO C) e que não foram encontrados pelos pesquisadores após três tentativas.

6.6 COLETA DE DADOS

Na etapa de validação semântica, a coleta de dados foi feita com idosos que frequentavam a UAI, no mês de junho de 2022.

Para as etapas do pré-teste e validação psicométrica, a coleta de dados ocorreu no domicílio dos idosos cadastrados na área de abrangência da ESF-Abadia 1, no período de junho a agosto de 2022.

6.6.1 Instrumentos de coleta de dados

Na fase de avaliação semântica e de validação das propriedades psicométricas, idosos que apresentavam declínio cognitivo avaliado pelo MEEM foram excluídos do estudo. O MEEM possui tradução e validação no Brasil, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore varia de 0 a 30 pontos, onde quanto menor a pontuação, maior é o grau de comprometimento cognitivo. Para o presente estudo foram adotados os seguintes pontos de corte: ≤ 13 pontos (analfabetos), ≤ 18 pontos (escolaridade média: de um a 11 anos de estudo) e ≤ 26 (escolaridade alta: 11 anos de estudo) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) (ANEXO C).

Na etapa de validação semântica foi utilizada parte do *Older Americans Resources and Services* (OARS) e a EAAS, descritos a seguir:

1) *Older Americans Resources and Services* (OARS): o OARS foi utilizado para coleta de dados referente à caracterização sociodemográfica e econômica dos idosos (ANEXO D). Trata-se de um instrumento elaborado pela *Duke University* (1978), e adaptado à realidade brasileira, com a denominação de *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ) (RAMOS, 1987). Deste instrumento, foram utilizadas as variáveis: idade, sexo, cor autorreferida, estado conjugal, escolaridade, renda individual, procedência dos recursos financeiros, atividade profissional atual, razão da aposentadoria, situação da moradia e com quem mora no domicílio (RAMOS, 1987).

2) Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS): a EAAS (ANEXO A) apresenta na primeira página um exercício de familiarização com a escala de resposta, a qual varia entre zero a 10 pontos, sendo: 0 = não consigo de maneira nenhuma; 1 a 4 = Um pouco certo/a de que consigo; 5 = Moderadamente certo/a de que consigo; 6 a 9 = Bastante certo/a de que consigo; 10 = Totalmente certo (a) de que consigo). Ela é colorida com a tonalidade azul com o objetivo de ser atrativa e com números em tamanho grande. Os primeiros 16 itens de AE para a autodireção na saúde encontram-se distribuídos em quatro dimensões da seguinte forma: cinco itens relativos ao exercício físico (De arranjar companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a; De arranjar forma de fazer exercício, mesmo que o tempo não esteja de feição; De pensar nas agradáveis sensações que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticar; De me organizar, de modo a conseguir fazer exercício físico, mesmo quando o trabalho aperta; De insistir comigo próprio/a e de me recompensar por fazer exercício (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz a caminhada”, mesmo quando não tenho vontade). Cinco itens relativos à alimentação saudável (Não abusar do sal em minha alimentação; Evitar frituras em minha alimentação; De fazer uma alimentação à base de cozidos e grelhados; De fazer uma alimentação com poucas gorduras saturadas; De conseguir fazer uma alimentação com muitas sopas, frutas e legumes frescos), Três relativos a visita a profissionais de saúde (De saber o que fazer para recorrer aos especialistas em saúde, numa emergência; De cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente; De me esclarecer sobre assuntos de saúde junto dos especialistas sempre que preciso). Três relativos a aprender sobre saúde (De estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos; De estar atento/a aos programas mais informativos acerca da saúde na televisão ou na rádio; De procurar informação que precise através da Internet). Quanto maior a pontuação, maior a AE para a autodireção na saúde (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Nas etapas de pré-teste e validação psicométrica, além do OARS e da EAAS, foram acrescentados os instrumentos: Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Escala de Afetividade Positiva (EAP) e Escala de Afetividade Negativa (EAN) e Escala de Satisfação com a Vida (ESV), descritos a seguir:

1) Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody: adaptada no Brasil (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008): avalia o desempenho do idoso para a realização das AIVD (LAWTON; BRODY, 1969). Essa escala possui sete itens, com três opções de resposta cada: uso do telefone (recebe e faz ligações sem assistência; necessita

de assistência para realizar ligações telefônicas; não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone), viagens (realiza viagem sozinho; somente viaja quando tem companhia; não tem o hábito ou é incapaz de viajar), realização de compras (realiza compras, quando é fornecido transporte; somente faz compras quando tem companhia; não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras), preparo de refeições (planeja e cozinha as refeições completas; prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda; não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições), trabalhos domésticos (realiza tarefas pesadas; realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas; não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos), uso de medicamentos (faz uso de medicamentos sem assistência; necessita de lembretes ou de assistência; é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos), manuseio do dinheiro (preenche cheques e paga contas sem auxílio; necessita de assistência para uso de cheques e contas; não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas). O idoso pode ser classificado de acordo com escore obtido em: dependência total = 7 pontos; dependência parcial = 8 a 20 pontos e independência = 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (ANEXO E).

2) Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (ROSENBERG, 1965) traduzida e validada no Brasil (HUTZ; ZANON; VAZQUEZ, 2014), (ANEXO F) é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Possui dez questões com sentenças de quatro pontos do tipo *Likert* (1=concordo totalmente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo totalmente). Desse total de itens, cinco avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo (1-Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas; 2- Eu acho que eu tenho várias boas qualidades; 4- Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas; 6- Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo; 7- No conjunto, eu estou satisfeito comigo) e cinco avaliam sentimentos negativos (3- Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso; 5- Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar; 8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo; 9- Às vezes eu me sinto inútil; 10- Às vezes eu acho que não presto para nada). Destaca-se que os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos. O escore final varia entre 10 a 40 pontos, onde quanto maior o escore, maior a autoestima dos participantes (HUTZ; ZANON; VAZQUEZ, 2014).

3) Escala de Afetividade Positiva (EAP) e Escala de Afetividade Negativa (EAN): foi validada no Brasil por Zanon e colaboradores (2013) (ANEXO G) e avalia os construtos de afeto positivo e negativo, sendo composta por 20 itens (adjetivos), sendo metade deles

relacionados à afetos positivos (bondoso, animado, apaixonado, cuidadoso, alegre, corajoso, valente, forte, curioso e orgulhoso) e a outra metade à afetos negativos (triste, chateado, culpado, envergonhado, humilhado, irritado, medroso, nervoso, preocupado e tímido) que são avaliados em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1= Muito Pouco ou nada; 2= Um pouco; 3= Moderadamente; 4= Muito; 5= Extremamente). Quanto maior o escore, maior a intensidade com que experimentam cada um dos traços emocionais (ZANON *et al.*, 2013).

4) Escala de Satisfação com a Vida (ESV): elaborada por Diener et al. (1985) e adaptada e validada no Brasil por Albuquerque e colaboradores (2010) (ANEXO H), é composta por cinco itens (1- Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal, 2- As condições da minha vida são excelentes, 3- Estou satisfeito(a) com minha vida; 4- Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida, 5- Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida) que avaliam um componente cognitivo global da satisfação com a vida em uma escala tipo *Likert* (1= Discordo Totalmente; 2= Discordo; 3= Discordo Ligeiramente, 4= Nem Concordo nem Discordo; 5= Concordo Totalmente; 6= Concordo; 7= Concordo Ligeiramente) variando de 5 a 35 pontos, sendo 20 pontos a pontuação média (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010).

6.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, efetuou-se a revisão e à codificação dos dados. Após a construção do banco de dados eletrônico, no programa *Microsoft Office Excel*[®], os dados foram processados por dupla entrada. Após concluir a digitação dos dados, verificaram-se os registros duplicados, nomes diferentes e outras inconsistências entre as duas bases de dados. Os dados inconsistentes foram verificados na entrevista original e corrigidos; após isto o banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)[®], versão 25.0 para proceder a análise.

6.8 ANÁLISE DOS DADOS

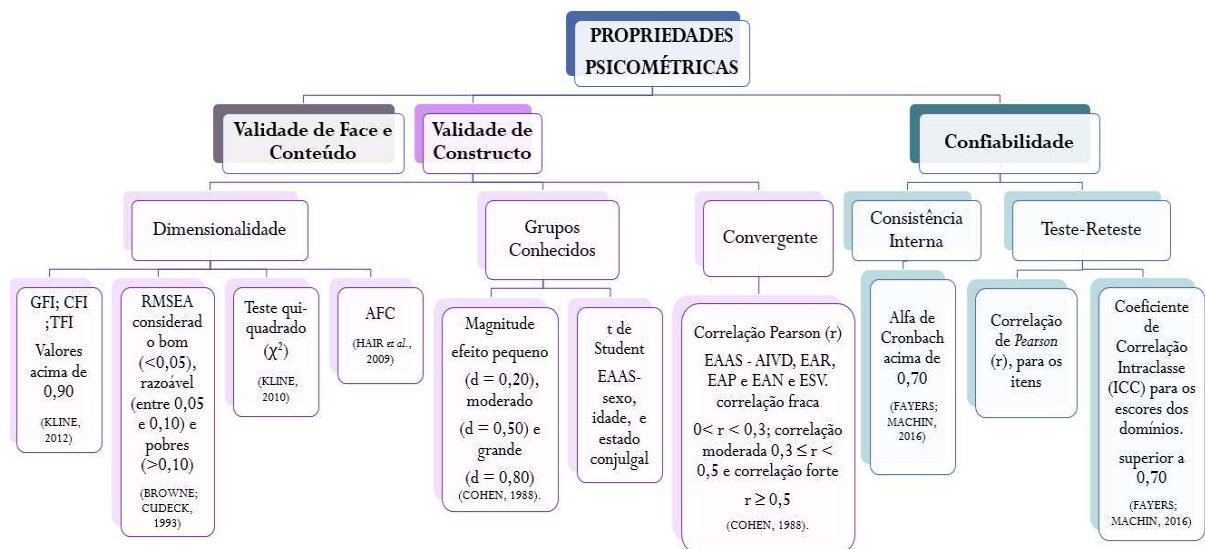
A análise da validade de face e de conteúdo do instrumento EAAS, foi realizada pelo comitê de especialistas levando em consideração as modificações sugeridas, sendo acatadas quando obtiveram 80% ou mais de concordância entre os membros (PASQUALI, 2004).

Foram realizadas análises descritivas com uso de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas (sexo, cor autorreferida, estado conjugal, renda individual, razão da

aposentadoria e condição de moradia) e de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas (escores das escalas de AIVD, EAR, EAP e EAN, ESV; escore total e dos domínios exercício físico, alimentação saudável, aprender sobre saúde e visita a profissionais de saúde da EAAS).

O cálculo das propriedades psicométricas da versão adaptada da EAAS está descrito na figura 1. Destaca-se que para todas as análises, o índice de significância adotado foi de $p \leq 0,05$, conforme apresentado.

Figura 1 - Cálculo das propriedades psicométricas da versão adaptada da EAAS



Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

A validade de construto, avaliada segundo dimensionalidade, foi verificada por meio da AFC (HAIR JR *et al.*, 2009). Os resultados dessa análise foram obtidos através do *software* SPSS - AMOS®, versão 24. A adequação do modelo proposto foi mensurada empregando-se os coeficientes de ajustes: Teste qui-quadrado (χ^2) (KLINE, 2010); Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA) considerado bom (<0,05), razoável (entre 0,05 e 0,10) e pobres (>0,10) (BROWNE; CUDECK, 1993); Índice de Qualidade de Ajuste (*Goodness of Fit Index* – GFI), sendo considerado aceitável quando maior que 0,90 (KLINE, 2010). O Índice de Tucker-Lewis (TLI) e o Índice de Ajuste Comparativo (*Comparative Fit Indexes* – CFI) variam de 0 (ausência de ajuste) a 1 (ajuste perfeito), sendo considerados aceitáveis valores acima de 0,90 (KLINE, 2010).

A validade de construto de grupos conhecidos foi analisada através da comparação dos escores da EAAS por meio do teste t de *Student* para amostras independentes. A magnitude da

diferença entre as médias foi classificada através do *d* de Cohen, sendo considerado: efeito pequeno ($d = 0,20$), moderado ($d = 0,50$) e grande ($d = 0,80$) (COHEN, 1988).

A validade de construto convergente foi analisada através do coeficiente de correlação de *Pearson* (r) entre os escore da EAAS e os escores de AIVD, EAR, EAP e EAN e ESV, sendo essas correlações correlação fraca = $0 < r < 0,3$; correlação moderada = $0,3 \leq r < 0,5$ e correlação forte = $r \geq 0,5$ (COHEN, 1988).

Avaliou-se confiabilidade da EAAS através da consistência interna de seus itens mensurados pelo coeficiente Alfa de Cronbach, sendo considerados adequados valores acima de 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2016).

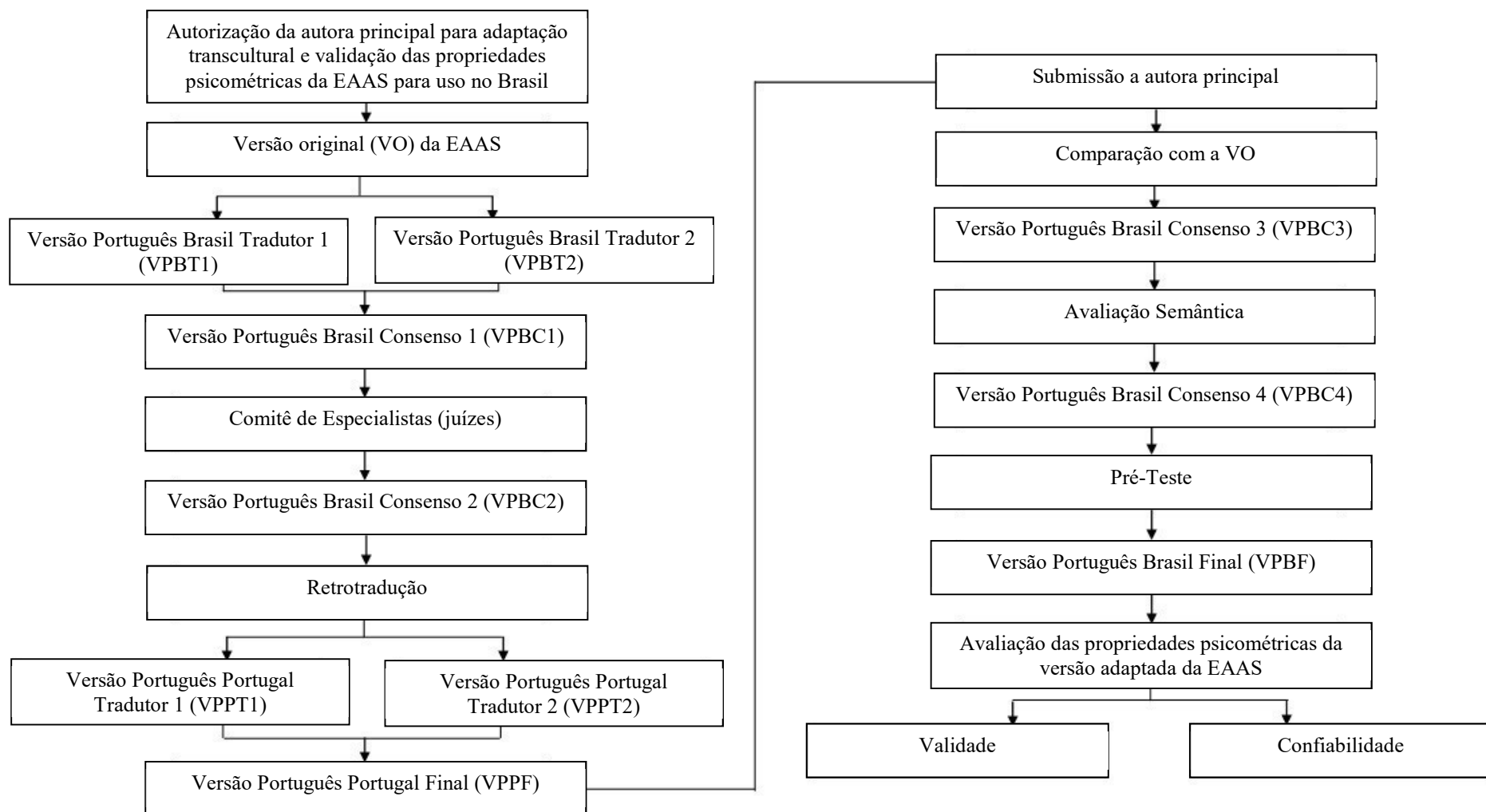
A confiabilidade teste-reteste foi analisada pela correlação de *Pearson* (r), para os itens, conforme classificação citada anteriormente e pelo Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC) para os escores dos domínios, devendo este ser superior a 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2016).

6.9 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA EAAS PARA UTILIZAÇÃO NO BRASIL

O processo de adaptação cultural seguiu as etapas propostas por Ferrer e colaboradores (1996), com a inserção da etapa de validação semântica recomendada por Pasquali (1999) conforme a Figura 2, descrita a seguir:

- a) tradução da versão original para o português do Brasil e obtenção da primeira versão do instrumento em português;
- b) avaliação por Comitê de Especialistas (juízes) e obtenção da segunda versão do instrumento em português do Brasil;
- c) retrotradução, comparação com a versão original, apreciação pela autora do instrumento original e obtenção da terceira versão do instrumento em português;
- d) avaliação semântica e obtenção da quarta versão do instrumento em português;
- e) pré-teste e obtenção da versão final do instrumento em português.

Figura 2 - Processo metodológico para adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)



Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

6.9.1 Tradução da EAAS para o português do Brasil e obtenção da primeira versão do instrumento em português do Brasil

A versão original (VO) da EAAS foi traduzida para o português do Brasil por dois brasileiros fluentes no português de Portugal. De forma independente, os tradutores elaboraram uma versão no português do Brasil, sendo Versão Português Brasil Tradução 1 (VPBT1) e Versão Português Brasil Tradução 2 (VPBT2). Seguidamente, em reunião virtual entre os pesquisadores e os tradutores, foi realizada a comparação entre essas duas versões e elaborada a Versão Português Brasil Consensual 1 (VPBC1) que foi encaminhada ao Comitê de Especialistas.

6.9.2 Avaliação do Comitê de Especialistas (juízes) e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da EAAS

O Comitê de Especialistas teve origem, após a consulta ao Currículo Lattes, observando critérios de experiência e publicações na área gerontologia, de estudos metodológicos e linguística, além da titulação mínima de doutor e fluência no português de Portugal. A formação de um comitê multidisciplinar (HUTCHINSON; BENTZEN; KÖNIG-ZAHN, 1996), composto por 5 a 10 membros qualificados e experientes (LYNN, 2004) e pertencentes à área da saúde, idiomas e metodologias (BEATON *et al.*, 2000), são critérios sugeridos pela literatura, atendidos no presente estudo.

Com base nos critérios mencionados, nove profissionais foram selecionados e receberam por e-mail a carta convite (APÊNDICE F) contendo informações a respeito do Comitê de Especialistas que seria formado e suas atribuições. Mediante retorno do e-mail sinalizando o aceite, foi enviado por correspondência eletrônica o TCLE (APÊNDICE D), o instrumento original (ANEXO A) juntamente com uma ficha de avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da VPBC1 (APÊNDICE G), além do link de uma reunião virtual para consenso.

Entre os nove profissionais, um não pode participar em decorrência de compromissos acadêmicos no dia agendado para a reunião virtual e três não responderam ao e-mail da carta convite. Dessa forma, o Comitê de Especialistas foi composto por cinco profissionais que assinaram o TCLE e analisaram o instrumento individualmente, retornando as respostas para a pesquisadora, em um prazo de sete dias. Finalizadas as avaliações individuais, a pesquisadora

responsável e os juízes se reuniram virtualmente para discutir e consolidar as sugestões de cada participante.

Considerou-se aceitável de taxa de concordância, entre os membros do comitê, de 80% (PASQUALI, 2004). As sugestões foram consolidadas, após consenso de 80% dos participantes, gerando a Versão Português Brasileira Consensual 2 (VPBC2) que, posteriormente, foi submetida a retrotradução.

6.9.3 Retrotradução, consenso da Versão Português de Portugal Final (VPPF), envio a autora principal e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 3 (VPBC3)

Nesta etapa, a VPBC2 foi encaminhada por e-mail, para dois tradutores bilíngues cujo a língua mãe era o português de Portugal, sem ciência dos objetivos da pesquisa e da VO da EAAS.

De forma independente, os tradutores elaboraram uma versão no português de Portugal, nomeadas Versão Português de Portugal Tradutor 1 (VPPT1) e Versão Português de Portugal Tradutor 2 (VPPT2).

Após o recebimento da VPPT1 e VPPT2, foi encaminhado um e-mail com o *link* para reunião virtual de consenso entre os tradutores e as pesquisadoras. As retrotraduções foram comparadas item a item, lidos em voz alta para que os tradutores avaliassem possíveis alterações, quando necessário. Os itens que geraram discordância, eram relidos para estabelecer o consenso. Assim, foi determinada a Versão Português de Portugal Final (VPPF), encaminhada por *e-mail*, a autora do estudo original para apreciação.

Após a leitura pela autora houve a sugestão, no texto de apresentação do instrumento, que a palavra “participe” fosse substituída por “imagine” e o pronome “nesta” por “esta”, sem mais adequações. Após as alterações sugeridas pela autora na VPPF, teve origem a Versão Português Brasil Consenso 3 (VPBC3) que foi utilizada na avaliação semântica.

6.9.4 Análise Semântica da EAAS

A análise semântica da VPBC3 foi realizada objetivando de assegurar a compreensão dos participantes do estudo em relação aos itens que foram perguntados, possibilitando modificações caso não houvesse entendimento. Esta fase garante que os sentidos das palavras sejam mantidos após a tradução do idioma de origem para o idioma alvo (BEATON *et al.*, 2000).

Nessa etapa, a coleta de dados ocorreu na UAI, sendo realizada por duas entrevistadoras, treinadas previamente. Participaram 21 idosos, sendo dez do sexo feminino e 11 do masculino, com diferentes graus de escolaridade (cinco analfabetos, seis com ensino médio incompleto, cinco com ensino médio completo e cinco com ensino superior) e idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais). Dentre os participantes, três relataram não possuir renda, seis recebiam 1 salário mínimo, sete de 1 – 3 salários mínimos, um de 3 – 5 salários mínimos e cinco mais de 5 salários mínimos. O quantitativo e as diversidade de características sócio demográficas foram observadas em atenção à recomendação de Pasquali (1999), ou seja, para que se verifique a compreensão do item em um instrumento, deve-se levar em consideração aspectos sociodemográficos, econômicos e culturais dos respondentes, sendo necessário no mínimo quatro participantes.

Os idosos foram abordados pelas pesquisadoras e convidados a participarem do estudo mediante leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE E). Após o aceite e assinatura do TCLE, os participantes eram conduzidos a uma sala privativa disponibilizada pela UAI para a entrevista, com duração de oito a 10 minutos. Após a avaliação cognitiva e atendimento aos critérios estabelecidos, os participantes responderam aos instrumentos descritos no item 6.6.1.

Para avaliar a compreensão da VPBC3, utilizou-se a Escala Verbal Numérica (ANEXO I). Os participantes responderam a seguinte indagação após a leitura de cada item realizada pelas entrevistadoras: “Você entendeu o que foi perguntado?”. As respostas são do tipo Escala Likert: 0 (não entendi nada); 1 (entendi só um pouco); 2 (entendi mais ou menos); 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas); 4 (entendi quase tudo); 5 (entendi perfeitamente e não tenho dúvidas). De acordo com os autores, as respostas 4 e 5 são consideradas como indicadores de boa compreensão (CONTI; SLATER; LATORRE, 2009).

Caso o participante demonstrasse dúvida na compreensão do item lido pela entrevistadora, era realizada nova leitura para que não houvesse interferência na resposta. Os idosos foram estimulados a propor alterações em caso de não compreensão do item, porém não houve sugestões.

Findando esta etapa, teve origem a Versão Português Brasil Consenso 4 (VPBC4), empregada no pré-teste.

6.9.5 Pré-teste

Consiste na aplicação dos instrumentos que compõem a pesquisa, em uma pequena amostra da população alvo, com intuito de verificar o entendimento dos itens, tempo de

entrevista e possíveis desafios que possam ocorrer na pesquisa de campo. Para esta etapa, recomenda-se uma amostra de 10 a 30 indivíduos que não tenham participado de etapas anteriores do processo de adaptação cultural do instrumento (FAYERS; MACHIN, 2016).

Mediante listagem disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde que continha o nome e endereço dos 947 idosos cadastrados na ESF Abadia 1, foram selecionados 11 idosos mediante sorteio através do SPSS, que avaliaram a versão VPBC4 e responderam os demais instrumentos utilizados (OARS, MEEM, AIVD, EAR, EAP e EAN, ESV).

A coleta dos dados foi realizada no domicílio dos participantes, em agosto de 2022. Os idosos foram contactados em seus domicílios, por duas entrevistadoras previamente treinadas e convidados a participarem da etapa de pré-teste mediante leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE E). Após o aceite, as entrevistas eram conduzidas e duravam, em média, de 10 a 15 minutos.

Optou-se pela entrevista direta, mesmo os instrumentos sendo autoaplicáveis. Em caso de dúvida, a pergunta foi repetida pela entrevistadora de forma que não interferisse na resposta. Quanto aos itens que não respondidos, foram codificados como 99. Após o preenchimento de todos os instrumentos as entrevistas eram encerradas.

6.10 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO ADAPTADA DA EAAS

O cálculo do tamanho amostral levou em consideração as recomendações preconizadas na literatura para AFC, sendo necessário pelo menos 200 participantes (MYERS; AHN; JIN, 2011).

Assim, com base na mesma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo os 947 idosos cadastrados na ESF Abadia 1 (excluindo os 11 idosos do pré-teste), foram sorteados 201 idosos para participarem da etapa de validação das propriedades psicométricas da EAAS.

Participaram desta etapa seis entrevistadores previamente treinadas que realizaram a aplicação dos instrumentos de coleta no domicílio dos idosos.

6.10.1 Análise da validade

Aqui serão descritos os procedimentos adotados para a análise de validade da EAAS.

6.10.1.1 Validade de face e conteúdo

O comitê de especialistas avaliou se a EAAS, de fato, mensura o que foi proposto a medir (validade de face ou aparente) e se o seu conteúdo reflete o construto avaliado (validade de conteúdo). Segundo Pasquali (2004), na etapa de validade de face ou aparente e de conteúdo, as modificações que obtiveram 80% de concordância entre os membros do comitê de especialistas devem ser consideradas. Dessa forma, após a avaliação dos juízes, as alterações sugeridas que atenderam esse critério foram ajustadas.

6.10.1.2 Validade de construto

Na verificação da validade de construto empregou-se três métodos: a dimensionalidade, validade de grupos conhecidos e validade convergente.

6.10.1.2.1 Dimensionalidade

Para a avaliar a dimensionalidade foi empregada a AFC com o intuito de averiguar o ajustamento da estrutura dimensional (fatorial) do modelo através das relações das variáveis latentes (domínios do instrumento EAAS) com as variáveis observáveis (itens que compõem cada um dos domínios) (HAIR JR *et al.*, 2009).

Assim, empregou-se a AFC, para que fosse verificado o ajuste do modelo proposto para realidade brasileira da EAAS, que contempla os domínios exercício físico, alimentação saudável, visita a profissionais de saúde e aprender sobre saúde (variáveis latentes) e seus respectivos itens (variáveis observáveis). O item possui correlação com o fator a que pertence quando as cargas fatoriais apresentadas são superiores a 0,3 (BEAVERS *et al.*, 2013).

A adequação do modelo proposto foi estimada por meio de ajustes que objetivam determinar a similaridade entre as matrizes de variância e covariância. Para tal, utilizaram-se as seguintes medidas de ajustes:

1) Medidas de ajuste absoluto:

a) Teste qui-quadrado (χ^2): aponta um ajuste adequado ou não, do modelo quando comparado a um valor crítico. Espera-se que na AFC não haja rejeição da hipótese nula, ou seja, se a hipótese nula for confirmada, temos um modelo bem ajustado aos dados. Levando em consideração que este teste pode ser afetado tanto pelo tamanho amostral quanto pela

complexidade do modelo, foram adicionados outros indicadores de modo a verificar a qualidade do ajuste (KLINE, 2010). Considerou-se significativamente estatístico quando $p \leq 0,05$.

b) Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA*): foi utilizado para testar o modelo por ser menos sensível que o teste qui-quadrado. Considera o erro de aproximação populacional, verificando quão bem o modelo com parâmetros desconhecidos, mas potencialmente escolhidos, ajustam a matriz de covariância populacional. Foi considerado bom quando RMSEA for inferior a 0,05, razoáveis valores entre 0,05 e 0,10 e pobres acima de 0,10 (BROWNE; CUDECK, 1993).

c) Índice de Qualidade de Ajuste (*Goodness of Fit index – GFI*): verifica o ajustamento aprimorado do modelo proposto em relação ao modelo original. Quanto mais próximo de 1 melhor o ajuste do modelo, sendo considerado aceitável quando maior que 0,90 (KLINE, 2010).

2) Medidas de ajuste incrementais:

a) Índice de *Tucker-Lewis (TLI)*: este ajuste de modelo permite que a média de distribuição amostral seja menos dependente do tamanho amostral com pontuação variando entre 0 (ausência de ajuste) e 1 (ajuste perfeito), sendo valores acima de 0,90 considerados aceitáveis para o modelo teste (KLINE, 2010).

b) Índice de Ajuste Comparativo (*Comparative Fit Indexes – CFI*): confronta o modelo hipotético com o modelo nulo, verificando se houve melhorias no modelo. A pontuação varia de 0 (ausência de ajuste) e 1 (ajuste perfeito), sendo valores acima de 0,90 considerados aceitáveis (KLINE, 2010).

6.10.1.2.2 Validade de grupos conhecidos

Está embasada no princípio de que em determinados grupos os participantes podem apresentar pontuações distintas quando comparado a outro grupo em decorrência da sensibilidade do instrumento em prever essas divergências (FAYERS; MACHIN, 2016). Assim, para comparar as médias dos escores e a magnitude entre os domínios da EAAS, os participantes foram divididos de acordo com os seguintes grupos: sexo (masculino e feminino), idade (60 a 79 anos e 80 anos ou mais) e estado conjugal (nunca se casou e mora com companheiro ou esposo).

Foram elaboradas as hipóteses de que haveria diferença nas médias dos escores das dimensões e do escore total da EAAS segundo sexo, idade e estado conjugal, de forma que mulheres, idosos mais jovens e que moram com companheiro ou esposo apresentariam as

maiores médias.

6.10.1.2.3 Validade convergente

A validade de construto convergente foi avaliada pela correlação entre os escores por domínio e total da versão adaptada da EAAS e os escores das escalas de AIVD, EAR, EAP e EAN e ESV, além da idade dos idosos.

De acordo com a literatura, a validade convergente demonstra as correlações entre as escalas de um determinado construto já validado com o construto em adaptação (FAYERS; MACHIN, 2016; URBINA, 2007).

Formulou-se a hipótese de que quanto maior o escore dos domínios e do total da EAAS, maior seriam os escores das escalas de AIVD, EAR, EAP e ESV (correlações positivas). Em contrapartida, quanto maior o escore dos domínios e do total da EAAS, menor seria o escore da escala de EAN e idade dos idosos (correlações negativas). Assim, quanto maior a AE mais capaz o idoso se sente de autogerir sua saúde, maior é sua autonomia para realizar as atividades de vida diária, melhor é sua concepção de autoestima bem como de afeto positivo e satisfação com sua vida. Por outro lado, quanto mais afeto negativo experiencia e mais idade possui o indivíduo, mais baixos serão os resultados para AE para autogestão da saúde.

6.10.2 Análise de confiabilidade

A confiabilidade da versão adaptada da EAAS foi analisada através da consistência interna e confiabilidade teste-reteste.

6.10.2.1 Consistência interna

A consistência interna da versão adaptada da EAAS foi calculada por meio do Alfa de Cronbach para o instrumento total e seus domínios, sendo considerados aceitáveis valores entre 0,70 e 0,90 (FAYERS; MACHIN, 2016).

6.10.2.2 Confiabilidade teste-reteste

Para a avaliação da confiabilidade teste-reteste, a versão adaptada da EAAS foi aplicada em dois momentos, com intervalo de 15 dias entre a primeira e a segunda entrevista, conforme estabelecido na literatura (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

O cálculo do tamanho amostral para a análise de confiabilidade teste-reteste considerou um ICC esperado de 0,9 e não inferior a 0,7 entre os escores da EAAS, com um poder de 80% e nível de significância de $p \leq 0,05$ (FAYERS; MACHIN, 2016). Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 15, com estes valores apriorísticos determinados, obteve-se um tamanho amostral mínimo de $n = 19$ idosos para o teste-reteste. Assim, foram sorteados aleatoriamente, 21 idosos que haviam respondido a entrevista há no máximo 15 dias, para a reaplicação da EAAS.

7 RESULTADOS

A seguir os resultados serão apresentados em duas etapas: adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas.

7.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A adaptação transcultural da EAAS para o português do Brasil, ocorreu entre janeiro e abril de 2023.

7.1.1 Tradução da EAAS para o português do Brasil e obtenção do primeiro consenso

Dois brasileiros com fluência no português de Portugal receberam a VO da EAAS que foi traduzida de forma independentes gerando a VPBT1 e a VPBT2. Em reunião virtual entre os tradutores e as pesquisadoras responsáveis, as duas versões foram comparadas e discutidas, dando origem a VPBC1, conforme o Quadro 1.

Dentre as alterações propostas, no título do instrumento, a palavra “Autodireção”, foi substituída por “Autogestão”, por ser mais utilizado no Brasil. Verificou-se que as principais alterações consistiram em troca de verbos sinônimos e inversão de elementos na frase, porém, tais aspectos não modificaram a essência da informação transmitida. As principais diferenças entre a VPBT1 e VPBT2 e a versão de consenso, estão destacadas em negrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

(continua)

Versão Português Brasil 1 (VPBT1)	Versão Português Brasil 2 (VPBT2)	Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)
Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO		
Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência.	Para saber como se deve responder este questionário, por favor, faça esta experiência.	Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência.
Se lhe pedissem para transportar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a confiança que você teria de que seria capaz de transportá-las, de acordo com os exemplos indicados abaixo?	Se lhe pedissem para transportar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de transportá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados?	Se lhe pedissem para transportar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de transportá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados?
Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa “não consigo de maneira nenhuma” e que 10 significa “total certeza de que consigo” , de acordo com a escala a seguir:	Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:	Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:
Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras?	Qual o seu grau de confiança que é capaz de transportar as seguintes sacolas de compras cheias?	Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras?

Quadro 1 - Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

(continuação)

Versão Português Brasil 1 (VPBT1)	Versão Português Brasil 2 (VPBT2)	Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)
Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO		
Carregar 1 sacola (3 Kg) _____	Transportar 1 sacolas (3 Kg) _____	Carregar 1 sacola (3 Kg) _____
Carregar 5 sacolas (15 Kg) _____	Transportar 5 sacolas (15 Kg) _____	Carregar 5 sacolas (15 Kg) _____
Carregar 15 sacolas (45 Kg)	Transportar 15 sacolas (45 Kg)	Carregar 15 sacolas (45 Kg)
Não consigo de maneira nenhuma	Não consigo de maneira nenhuma	Não consigo de maneira nenhuma
Um pouco de certeza de que consigo	Estou um pouco confiante de que consigo	Estou um pouco confiante de que consigo
Certeza moderada de que consigo	Estou moderadamente confiante de que consigo	Estou moderadamente confiante de que consigo
Bastante certeza de que consigo	Estou muito confiante de que consigo	Estou muito confiante de que consigo
Total certeza de que consigo	Estou totalmente confiante de que consigo	Estou totalmente confiante de que consigo
A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, na coluna do lado direito, escreva um número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma delas , de	A seguir, você encontrará várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Na coluna à direita, por favor escreva o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de	A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Na coluna à direita, por favor escreva o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de

Quadro 1 - Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

(continuação)

Versão Português Brasil 1 (VPBT1)	Versão Português Brasil 2 (VPBT2)	Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)
Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO		
acordo com as opções que se seguem:	acordo com as seguintes opções:	acordo com as seguintes opções:
Estou confiante de que sou capaz de, sozinho(a),	Estou confiante de que, sozinho, sou capaz de:	Estou confiante de que sou capaz de, sozinho(a),
1- Arranjar companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado(a).	1- Encontrar uma companhia para fazer exercícios físicos, para me sentir mais motivado/a.	1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.
2- Evitar alimentos fritos na minha alimentação.	2- Evitar frituras na minha alimentação.	2- Evitar frituras na minha alimentação.
3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.	3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.	3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.
4- Ter uma alimentação sem abusar do sal.	4- Não abusar do sal em minha alimentação	4- Não abusar do sal em minha alimentação
5- Ter uma alimentação baseada em alimentos cozidos e grelhados.	5- Manter uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados.	5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados.
6- Saber o que fazer para recorrer aos especialistas em saúde numa situação de emergência.	6- Saber como recorrer aos especialistas em saúde, em uma situação de emergência	6- Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência
7- Ter uma alimentação com poucas gorduras saturadas.	7- Manter uma alimentação com poucas gorduras saturadas	7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas

Quadro 1 - Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

(continuação)

Versão Português Brasil 1 (VPBT1)	Versão Português Brasil 2 (VPBT2)	Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)
Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO		
8- Arranjar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja favorável.	8- Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.	8- Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.
9- Ter uma alimentação rica em sopas, frutas e legumes frescos.	9- Manter uma alimentação com muitas sopas, frutas e legumes frescos.	9- Seguir uma alimentação rica em sopas, frutas e legumes frescos
10- Estar atento(a) aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio	10- Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio	10- Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio
11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) como forma de me motivar a praticá-lo	11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticar.	11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticá-lo.
12- Procurar informações necessárias na internet.	12- Procurar informações que precise na internet	12- Procurar informações necessárias na internet.
13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas regularmente.	13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente	13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente

Quadro 1 - Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

(continuação)

Versão Português Brasil 1 (VPBT1)	Versão Português Brasil 2 (VPBT2)	Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)
Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO		
14- Organizar-me de modo a conseguir fazer exercício físico mesmo quando o trabalho aperta	14- Organizar-me para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito trabalho / estiver muito ocupado(a) com o trabalho.	14- Organizar-me para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho.
15- Insistir comigo mesmo(a) e me recompensar por fazer exercício (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz a caminhada”), mesmo quando não tenho vontade de fazê-lo .	15- Insistir comigo mesmo(a) quando não tiver vontade e me recompensar por praticar exercícios (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).	15- Insistir comigo mesmo(a) quando não tiver vontade e me recompensar por praticar exercícios (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).
16- Obter esclarecimentos sobre saúde com os especialistas sempre que necessário	16- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.	16- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.
Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com uma cruz o quadrado com a melhor opção.)	Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque um dos quadros abaixo com um X)	Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção .)

Quadro 1 - Tradução e obtenção da Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1) da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

(conclusão)		
Versão Português Brasil 1 (VPBT1)	Versão Português Brasil 2 (VPBT2)	Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)
Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO		
Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐
Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que você tem em si mesmo(a) em relação a cuidar bem da sua saúde?	Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si mesmo(a), com relação a cuidar bem da sua saúde?	Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si relação a cuidar bem da sua saúde?

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

7.1.2 Avaliação pelo Comitê de Especialistas (juízes)

A VPBC1 resultante da reunião entre tradutores e pesquisadores responsáveis foi enviada ao comitê de especialistas (cinco juízes) que avaliaram as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural. Após a avaliação, os juízes e pesquisadores responsáveis se reuniram virtualmente para discutir as alterações e chegar em um consenso, originando a VPBC2.

Nas orientações referentes ao preenchimento da escala, destacam-se a substituição da palavra e do verbo “transportar” por “carregar” e da expressão “moderadamente” por “mais ou menos”. Também foram sugeridas duas inversões de alguns termos na escrita, mas que não alteraram o conteúdo da frase.

No item 7 acrescentou-se exemplos de alimentos que possuem muita gordura saturada, para ampliar a compreensão do idoso referente ao que estava sendo perguntado. Por questões

culturais, no item 9, a sopa foi substituída por verduras, para que houvesse uma maior aproximação com relação ao alimento que é consumido pelos brasileiros.

No item 15 a frase “Insistir comigo mesmo(a) quando não tiver vontade e me recompensar por praticar exercícios (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”) foi reescrita da seguinte forma: “Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”, buscando maior equivalência semântica em relação ao português do Brasil.

O Quadro 2 detalha as alterações sugeridas pelos juízes na versão VPBC1 e destaca em negrito as principais diferenças.

Quadro 2 - Modificações sugeridas pelo comitê de especialistas para obtenção da Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS), Uberaba-MG- 2022

(continua)

Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)	Alterações
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	
Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência. Se lhe pedissem para transportar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de transportá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados? Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:	Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência. Se pedissem a você para carregar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados? Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:

Quadro 2 - Modificações sugeridas pelo comitê de especialistas para obtenção da Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS), Uberaba-MG- 2022

(continuação)

Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)	Alterações
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	
Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras? Carregar 1 sacola (3 Kg) Carregar 5 sacolas (15 Kg) Carregar 15 sacolas (45 Kg)	Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras? Carregar 1 sacola (3 Kg) Carregar 5 sacolas (15 Kg) Carregar 15 sacolas (45 Kg)
Estou moderadamente confiante de que consigo	Estou mais ou menos confiante de que consigo
Estou moderadamente confiante de que consigo	Estou mais ou menos confiante de que consigo
A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Na coluna à direita, por favor escreva o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:	A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor escreva na coluna a direita, o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:
Estou confiante de que sou capaz de, sozinho(a):	Estou confiante de que sozinho(a), sou capaz de:
7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (alimentos de origem animal, como carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros)	7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros)

Quadro 2 - Modificações sugeridas pelo comitê de especialistas para obtenção da Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS), Uberaba-MG- 2022

(conclusão)

Versão Português Brasil Consenso 1 (VPBC1)	Alterações
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	
9- Seguir uma alimentação rica em sopas , frutas e legumes frescos	9- Seguir uma alimentação rica em verduras , frutas e legumes e frescos
14- Organizar- me para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho.	14- Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho
15- Insistir comigo mesmo(a) quando não tiver vontade e me recompensar por praticar exercícios (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).	15- Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).
Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção.) Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção.) Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

Após as modificações sugeridas na VPBC1, obteve-se a VPBC2, utilizada para a retrotradução da EAAS, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) obtida após avaliação do Comitê de Especialistas, Uberaba-MG, 2022

(continua)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência.
Se pedissem a você para carregar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados?
Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:
Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras?
Carregar 1 sacola (3 Kg)
Carregar 5 sacolas (15 Kg)
Carregar 15 sacolas (45 Kg)
Não consigo de maneira nenhuma
Estou um pouco confiante de que consigo
Estou mais ou menos confiante de que consigo
Estou muito confiante de que consigo
Estou totalmente confiante de que consigo
A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor escreva na coluna a direita, o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:
Estou confiante de que sozinho(a), sou capaz de:
1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.
2- Evitar frituras na minha alimentação
3-Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.
4- Não abusar do sal em minha alimentação

Quadro 3 - Versão Português Brasil Consenso 2 (VPBC2) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) obtida após avaliação do Comitê de Especialistas, Uberaba-MG, 2022

(conclusão)	
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO	
5-	Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados.
6-	Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência
7-	Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros)
8-	Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.
9-	Seguir uma alimentação rica em verduras, frutas e legumes frescos
10-	Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio
11-	Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticá-lo.
12-	Procurar informações necessárias na internet.
13-	Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente
14-	Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho
15-	Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).
16-	Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso
Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção.)	
Muito boa ☐	
Boa ☐	
Razoável ☐	
Ruim ☐	
Muito ruim ☐	
Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si relação a cuidar bem da sua saúde?	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

7.1.3 Retrotradução, obtenção do consenso da versão em português de Portugal final (VPPF) e submissão à autora principal para comparação com a versão original da EAAS

A retrotradução da EAAS foi realizada por dois tradutores independentes que residiam em Coimbra e tinham o português de Portugal como língua nativa e fluência no português do Brasil. Não houve dificuldades por parte dos tradutores em chegar a um consenso, sendo a escala considerada compreensível e de fácil tradução. Assim, de forma independente, obteve-se a VPPT1 e VPPT2. Para obter o consenso entre as versões, as pesquisadoras reuniram-se com os tradutores de forma remota, gerando a VPPF, que posteriormente foi enviada a autora principal para sua apreciação.

A autora principal, Dra. Albertina Lima de Oliveira, recebeu a VPPF por *e-mail* e avaliou os itens da versão adaptada como de fácil compreensão e que a tradução e retrotradução foram feitas de modo que se permite chegar a uma escala de qualidade elevada. Apenas foi sugerido que, no texto de apresentação do instrumento, houvesse a substituição da palavra “participe” por “imagine” e do pronome “nesta” por “esta”. Do mais, o instrumento manteve-se sem alterações no que tange seu preenchimento e itens, gerando a VPBC3 que foi utilizada para a validação semântica.

As diferenças constatadas entre a VPPT1 e VPPT2, bem como o que prevaleceu na VPPF enviada à autora principal, estão detalhadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(continua)

Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
Para saber como responder a este questionário, por favor, participe nesta experiência.	Para saber como responder a este questionário, por favor, faça esta experiência.	Para saber como responder a este questionário, por favor participe nesta experiência.

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(continuação)

Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
Se lhe pedissem para carregar vários sacos de compras cheios (cerca de 3 Kg cada), quão confiante estaria que seria capaz de carregá-las, de acordo com os seguintes exemplos abaixo indicados?	Se lhe pedissem para carregar vários sacos cheios de compras (com cerca de 3 kg cada um), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-los, tendo em conta os exemplos abaixo indicados?	Se lhe pedissem para carregar vários sacos cheios de compras (com cerca de 3 kg cada um) quão confiante estaria que seria capaz de carregá-las, de acordo com os seguintes exemplos abaixo indicados?
Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante que consigo”, de acordo com a escala em baixo.	Indique qual o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, em que 0 (zero) significa “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:	Indique qual o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, em que 0 (zero) significa “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:
Até que ponto tem confiança que é capaz de carregar os seguintes sacos cheios de compras?	Até que ponto tem confiança de que é capaz de carregar os seguintes sacos cheios de compras?	Até que ponto tem confiança que é capaz de carregar os seguintes sacos cheios de compras?

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(continuação)

Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
Carregar 1 saco (3kg) Carregar 5 sacos (15kg) Carregar 15 sacos (45kg)	Carregar 1 saco (3 kg) Carregar 5 sacos (15 kg) Carregar 15 sacos (45 kg)	Carregar 1 saco (3kg) Carregar 5 sacos (15kg) Carregar 15 sacos (45kg)
Não consigo de maneira nenhuma Estou pouco confiante de que consigo Estou mais ou menos confiante que consigo Estou muito confiante que consigo Estou totalmente confiante que consigo	Não consigo de maneira nenhuma Estou um pouco confiante de que consigo Estou moderadamente confiante de que consigo Estou muito confiante de que consigo Estou totalmente confiante de que consigo	Não consigo de maneira nenhuma Estou pouco confiante de que consigo Estou mais ou menos confiante que consigo Estou muito confiante que consigo Estou totalmente confiante que consigo.
De seguida, deparamo-nos com algumas situações relacionadas com o que é importante para ter uma boa saúde. Por favor, escreva na coluna à direita o número entre 0 e 10 que melhor se adequa à confiança que sente ao realizar cada uma das seguintes atividades:	A seguir, encontramos várias situações relativas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, na coluna da direita, escreva o número de 0 a 10, que melhor indica a sua confiança na realização de cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:	A seguir, encontramos várias situações relativas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, na coluna da direita, escreva o número de 0 a 10, que melhor indica a sua confiança na realização de cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(continuação)

Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
Estou confiante que, sozinho (a), sou capaz de:	Estou confiante de que, sozinho(a), sou capaz de:	Estou confiante que, sozinho (a), sou capaz de:
1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico de modo, a sentir-me mais motivado/a.	1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado(a).	1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado(a).
2- Evitar fritos na minha alimentação	2- Evitar os fritos na minha alimentação.	2- Evitar os fritos na minha alimentação.
3- Estar atento a panfletos, cartazes e outros materiais informativos	3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos	3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos
4- Não abusar no sal na minha alimentação	4- Não abusar do sal na minha alimentação	4- Não abusar do sal na minha alimentação
5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados	5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos de grelhados.	5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos de grelhados.
6- Saber como recorrer a profissionais de saúde especialistas, numa situação de emergência.	6- Saber como recorrer a profissionais de saúde especialistas numa situação de emergência.	6- Saber como recorrer a profissionais de saúde especialistas numa situação de emergência.
7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (exemplo de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes	7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (exemplos de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes	7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (exemplos de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(continuação)

Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
gordurosas, manteiga, queijo entre outros)	gordas, manteiga, queijo, entre outros).	gordas, manteiga, queijo, entre outros).
8- Encontrar uma forma de fazer exercícios , mesmo que o tempo não esteja bom.	8- Encontrar uma forma de fazer exercício, mesmo que o tempo não esteja bom.	8- Encontrar uma forma de fazer exercício, mesmo que o tempo não esteja bom.
9- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas	9- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas	9- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas
10- Estar atento aos programas mais informativos sobre saúde, na televisão ou no rádio	10- Estar atento(a) a programas de informação sobre saúde na televisão ou no rádio.	10- Estar atento aos programas mais informativos sobre saúde, na televisão ou no rádio.
11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais motivação para enfrentar o dia-a-dia) para me motivar a praticá-lo	11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida), para me motivar a praticá-lo	11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida), para me motivar a praticá-lo
12- Procurar informações pertinentes na internet.	12- Procurar informações necessárias através da Internet.	12- Procurar informações importantes na internet.

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(continuação)

Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
13- Cuidar da minha saúde, com idas ao médico de família ou a outros especialistas, regularmente.	13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas regularmente	13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas regularmente
14- Organizar-me para conseguir praticar exercício físico, mesmo quando tiver muito ocupado com o trabalho.	14- Organizar-me para conseguir praticar exercício físico, mesmo quando estiver muito ocupado(a) com o trabalho.	14- Organizar-me para conseguir praticar exercício físico, mesmo quando estiver muito ocupado(a) com o trabalho.
15- Insistir comigo e recompensar-me por praticar exercícios , mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).	15- Insistir comigo e recompensar-me por praticar exercício, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizendo: “ainda bem que fiz uma caminhada”).	15- Insistir comigo e recompensar-me por praticar exercício, mesmo quando não tiver vontade (dizendo, por exemplo “ainda bem que fiz uma caminhada”).
16- Procurar esclarecimentos sobre assuntos da saúde com especialistas, sempre que necessito .	16- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas, sempre que precisar	16- Procurar esclarecimentos sobre assuntos da saúde com especialistas, sempre que precisar

Quadro 4 - Retrotradução da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) e Versão Português Portugal Final (VPPF)

(conclusão)		
Versão Português Portugal Tradutor 1 (VPPT1)	Versão Português Portugal Tradutor 2 (VPPT2)	Versão Português Portugal Final (VPPF)
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO		
Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classificaria? (por favor, selecione com um X a opção mais adequada ao seu caso em particular) Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (por favor, assinale com um X a melhor opção). Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐	Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classificaria? (por favor, assinale com um X a melhor opção). Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐
Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança em si mesmo, em relação ao cuidar bem da sua saúde?	Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si próprio(a) , relativamente a cuidar bem da sua saúde?	Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que tem em si mesmo relativamente a cuidar bem da sua saúde?

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

7.1.4 Análise semântica

Na etapa de validação semântica, 21 idosos responderam aos questionários sociodemográfico, MEEM, VPBC3 da EAAS e a escala verbal numérica de Conti, Slater e Latorre (2009).

A média de idade dos participantes foi de 73,1±6,7 anos; sendo a maioria do sexo masculino (52,4%); cor autorreferida branca (57,1%); casados(as) ou moravam com a

companheira(o) (47,7%), sem escolaridade (33,3%); renda individual de 1 – 3 salários mínimos (33,3%), aposentado por tempo de serviço (42,9%) e com moradia própria (85%).

Durante as entrevistas, com duração de cerca de 10 minutos, não foram observadas dificuldades na compreensão dos itens pelos idosos. Através da Escala Verbal Numérica, avaliou-se o entendimento dos participantes da VPBC3 da EAAS, sendo considerado “bom entendimento” os itens que obtiveram pontuação 4 e 5. De modo geral, houve uma boa compreensão do instrumento, uma vez que 100% dos idosos obtiveram essa pontuação nos itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, e 13.

O item número 1 foi o que obteve maior índice de dúvida quando comparado aos demais itens. No item número 1, a maioria dos entrevistados relatou ter entendido mais ou menos (9,5%), seguido daqueles que entenderam quase tudo, mas teve algumas dúvidas, (4,8%). No entanto, quando foi feita a pergunta “o que o senhor entendeu dessa questão?” as respostas foram pertinentes ao que o item buscava identificar. Quando perguntados sobre sugestões de mudanças para melhorar o entendimento das questões, não houve manifestação.

Dessa forma, devido ao bom entendimento dos itens que compõem o instrumento e ausência de sugestões de mudanças por parte do público-alvo, a VPBC3 manteve-se sem alterações, sendo apenas renomeada como VPBC4, conforme apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 - Versão Português Brasil Consenso 4 (VPBC 4) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde obtida após a análise semântica, Uberaba- MG, 2022

(continua)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
Para saber como responder este questionário, por favor, imagine esta experiência. Se pedissem a você para carregar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados?
Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo:
Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras?
Carregar 1 sacola (3 Kg)

Quadro 5 - Versão Português Brasil Consenso 4 (VPBC 4) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde obtida após a análise semântica, Uberaba- MG, 2022

(continuação)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	
Carregar 5 sacolas (15 Kg) Carregar 15 sacolas (45 Kg) Não consigo de maneira nenhuma Estou um pouco confiante de que consigo Estou mais ou menos confiante de que consigo Estou muito confiante de que consigo Estou totalmente confiante de que consigo	
A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, escreva na coluna a direita o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:	
Estou confiante de que, sozinho(a), sou capaz de:	Confiança 0 a 10
1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.	
2- Evitar frituras na minha alimentação.	
3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.	
4- Não abusar do sal na minha alimentação	
5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados.	
6- Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência.	
7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros).	
8- Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.	
9- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas.	
10- Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio.	

Quadro 5 - Versão Português Brasil Consenso 4 (VPBC 4) da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde obtida após a análise semântica, Uberaba- MG, 2022

(conclusão)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	
11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticá-lo.	
12- Procurar informações necessárias na internet.	
13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.	
14- Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho.	
15- Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).	
16- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.	
Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção).	
Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	
Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si mesmo(a), com relação a cuidar bem da sua saúde?	

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

7.1.5 Pré-teste

Para esta etapa foram selecionados 11 idosos que faziam parte da área de abrangência da ESF-Abadia 1. Conforme descrito no item coleta de dados, as entrevistas foram feitas no domicílio, por duas entrevistadoras no mês de junho de 2022.

A média de idade dos idosos participantes foi de 71,4±10,9 anos, sendo a maioria do sexo feminino (63,6%), na faixa etária de 60-69 anos (63,6%), cor autorreferida branca (63,6%), que nunca se casaram ou moraram com companheiro(a) e que moravam com o esposo(a)/companheiro(a) (36,4%, cada). Em relação aos anos de estudo, predominaram aqueles com 1-4, 5-9 e 9-11 anos (27,3% cada). Ainda, a maioria tinha renda individual de 1-3

salários mínimos (45,2%), eram donas de casa (54,5%), se aposentaram por tempo de serviço (45,5%) e residiam em casa própria quitada (72,7%).

As entrevistas duraram em média de 10 e 15 minutos, sendo aplicada a VPBC4 da EAAS; além do OARS, MEEM, escala de AIVD, EAR, EAP e EAN, ESV.

Não se observou dificuldades de compreensão dos itens da VPBC4 pelos idosos, não havendo necessidade de modificações no instrumento e esta foi considerada a VPBF, conforme Quadro 6, finalizando o processo de adaptação transcultural.

Quadro 6 - Versão Português Brasil Final (VPBF) da EAAS obtida após pré-teste, Uberaba-MG, 2022

(continua)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
Para saber como responder este questionário, por favor, imagine esta experiência. Se pedissem a você para carregar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados? Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo: Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras? Carregar 1 sacola (3 Kg) Carregar 5 sacolas (15 Kg) Carregar 15 sacolas (45 Kg) Não consigo de maneira nenhuma Estou um pouco confiante de que consigo Estou mais ou menos confiante de que consigo Estou muito confiante de que consigo Estou totalmente confiante de que consigo

Quadro 6 - Versão Português Brasil Final (VPBF) da EAAS obtida após pré-teste, Uberaba-MG, 2022

(continuação)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	
A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, escreva na coluna a direita o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:	
Estou confiante de que, sozinho(a), sou capaz de:	Confiança 0 a 10
1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.	
2- Evitar frituras na minha alimentação.	
3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.	
4- Não abusar do sal em minha alimentação	
5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados.	
6- Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência.	
7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muitas gorduras saturadas: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros).	
8- Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.	
9- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas.	
10- Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio.	
11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticá-lo.	
12- Procurar informações necessárias na internet.	
13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.	
14- Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho.	

Quadro 6 - Versão Português Brasil Final (VPBF) da EAAS obtida após pré-teste, Uberaba-MG, 2022

(conclusão)

Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)	
15- Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).	
16- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.	
Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção).	
Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	
Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si mesmo(a), com relação a cuidar bem da sua saúde?	

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

7.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EAAS - VERSÃO PORTUGUÊS DO BRASIL

A seguir serão apresentados os resultados referentes à avaliação da validade e confiabilidade da versão brasileira da EAAS (ANEXO J).

7.2.1 Perfil dos participantes da validação das propriedades psicométricas

As entrevistas para a validação das propriedades psicométricas ocorreram no domicílio dos idosos da área de abrangência da ESF-Abadia 1, no período de junho a setembro de 2022, sendo realizada por seis entrevistadoras, previamente treinadas.

A caracterização sociodemográfica e econômica dos entrevistados mostra que houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (62,7%), entre 70-79 anos (43,3%), que se autorreferiram brancos (71,2%), moram com esposo(a) ou companheiro(a) (46,3%), com 1-4 anos de estudo (38,3%), 1 salário mínimo e de 1-3 salários mínimos (36,3%, cada), donas de casa (47,8%), aposentados por tempo de serviço (40,8%) que moravam em casa própria quitada (82,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das variáveis sociodemográficas e econômicas dos 201 idosos que participaram da etapa de validação psicométrica da Escala de Autoeficácia para Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022

(continua)		
Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	75	37,3
Feminino	126	62,7
Faixa etária		
60-69 anos	77	38,3
70-79 anos	87	43,3
80 anos ou mais	37	18,4
Cor autorreferida		
Branca	143	71,2
Preta	26	12,9
Parda	32	15,9
Estado conjugal		
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	25	12,4
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	93	46,3
Viúvo(a)	54	26,9
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	29	14,4
Anos de estudo		
Sem estudo	6	3,0
1-4 anos	77	38,3
5-8 anos	50	24,9
9-11 anos	37	18,4
12 anos ou mais anos	31	15,4
Renda individual		
Não tem renda	33	16,4
Menos que 1 salário mínimo	1	0,5
1 salário mínimo	73	36,3
De 1 – 3 salários mínimos	73	36,3
De 3 – 5 salários mínimos	11	5,5
Mais de 5 salários mínimos	10	5,0
Principal atividade profissional atual		

Tabela 1 - Caracterização das variáveis sociodemográficas e econômicas dos 201 idosos que participaram da etapa de validação psicométrica da Escala de Autoeficácia para Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Dona de casa	96	47,8
Empregada doméstica	2	1,0
Trabalhador braçal	3	1,5
Profissional liberal	41	20,4
Empresário	2	1,0
Outro	5	2,4
Não exerce	52	25,9
Razão da aposentadoria		
Tempo de Serviço	82	40,8
Idade	50	24,9
Problema de Saúde	16	8,0
Não se aposentou	53	26,3
Condição da moradia		
Própria – quitada	166	82,6
Própria - paga prestação	1	0,5
É de parente - paga aluguel	1	0,5
Estranho- paga aluguel	12	6,0
Cedida - sem aluguel	21	10,4

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

7.2.2 Análise da validade

A seguir serão descritos os resultados da análise de validade de face e conteúdo, de construto e de grupos conhecidos.

7.2.2.1 Validade de face e conteúdo

De acordo com o Comitê de Especialistas (mesmos membros que participaram da etapa de adaptação transcultural), a versão adaptada da EAAS apresentou adequada validade de face

e de conteúdo sendo os itens do instrumento pertinentes, objetivos, claros e de fácil compreensão. As adequações sugeridas foram descritas no item 8.1.2

7.2.2.2 Validade de construto

A seguir serão apresentados os resultados da análise de validade de construto dimensional, validade de construto convergente e validade de grupos conhecidos.

7.2.2.2.1 Dimensionalidade

A Figura 3 apresenta os resultados da AFC para obtenção da validade de construto dimensional da EAAS, demonstrando que o modelo testado incorpora uma estrutura tetra fatorial contendo as variáveis latentes (indicadas pelas elipses na Figura 3): exercício físico (fator 1, com 5 itens), alimentação saudável (fator 2, com 5 itens), aprender sobre saúde (fator 3, com 3 itens) e visitas a profissionais de saúde (fator 4, com 3 itens). Os itens estão indicados pelos retângulos.

O modelo inicial revelou uma boa qualidade de ajustamento, obtendo-se os seguintes índices de ajuste:

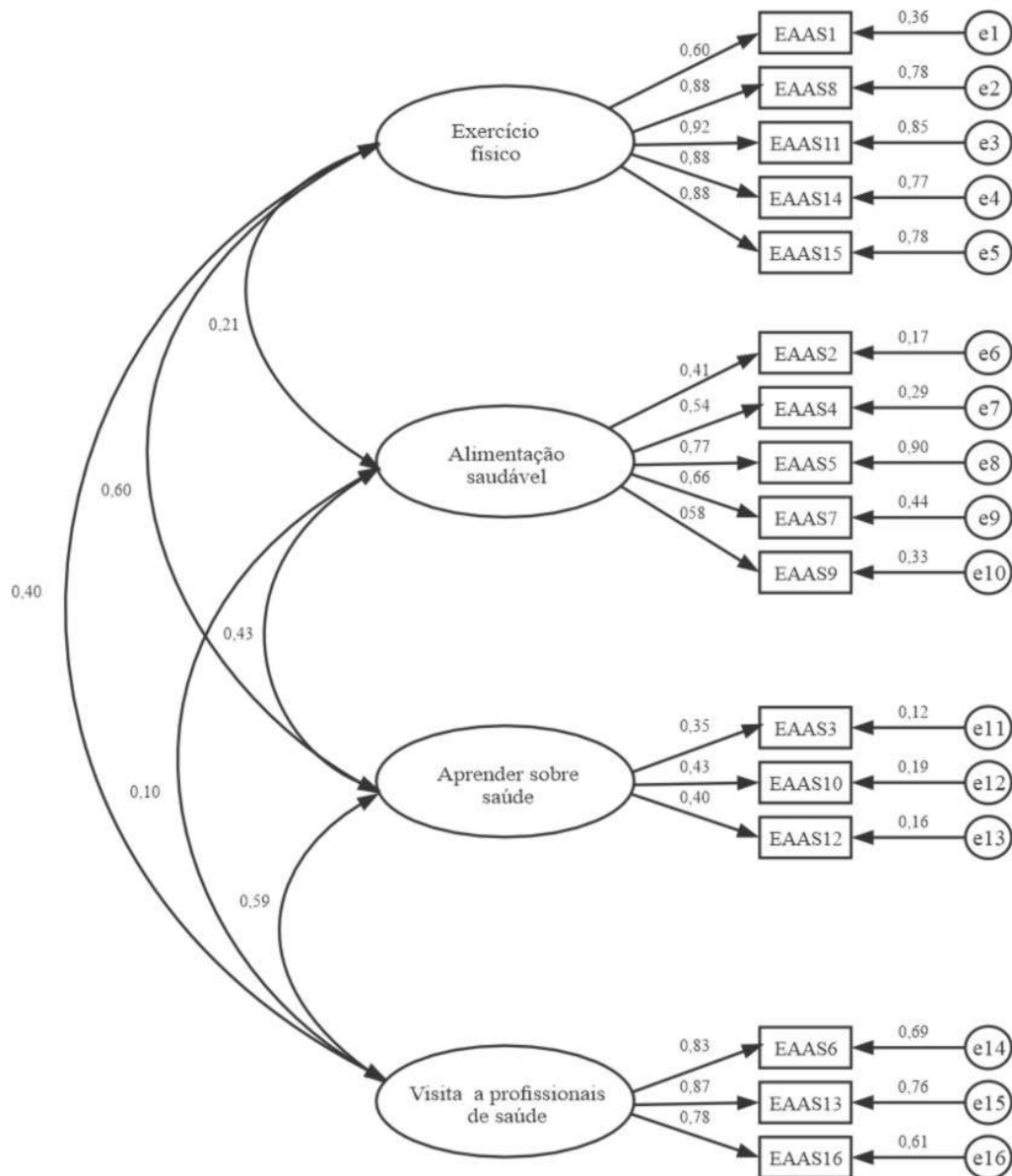
1) Medidas de ajuste absoluto:

- a) Teste qui-quadrado [$\chi^2(98) = 161,507; p \leq 0,001$] confirmando a hipótese nula e um modelo bem ajustado.
- b) Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação foi RMSEA=0,057; $p \leq 0,05$, estando este valor dentro dos limites considerados indicativo de um bom ajuste.
- c) Índice de Qualidade de Ajuste foi de GFI=0,912, demonstrando ajustamento adequado do modelo proposto em relação ao modelo original.

2) Medidas de ajuste incrementais

Tanto o TLI=0,945, quanto o CFI=0,955 apresentaram valores acima do ponto de corte (0,90) demonstrando um bom ajuste do modelo proposto. Assim, as medidas de ajuste absolutos e incrementais apresentaram ajustamento adequado à estrutura dimensional proposta.

Figura 3 - Representação diagramática da Análise Fatorial Confirmatória da EAAS, Uberaba-MG, 2022



Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

De acordo com o diagrama apresentado acima, as variações das cargas fatoriais dos quatro domínios da EAAS foram as seguintes: exercício físico = 0,60 a 0,92; alimentação saudável = 0,41 a 0,77; aprender sobre saúde = 0,35 a 0,40 e visita a profissionais de saúde = 0,78 a 0,87. Este resultado demonstra adequada correlação entre os itens e os domínios a que pertencem, sendo todos superiores a 0,30.

O Quadro 7 apresenta o coeficiente de correlação múltipla ao quadrado (R^2) para cada um dos itens da versão adaptada da EAAS, demonstrando a proporção de variância explicada pela variável latente (fator) no item observado do instrumento. Os valores do R^2 podem variar de zero a um ($0 \leq R^2 \leq 1$), sendo que quanto mais próximo de 1, melhor o item explica o fator.

Quadro 7 - Coeficiente de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial da Escala de Autoeficácia para Autogestão na Saúde (EAAS), Uberaba-MG, 2022

Fator	Item	Coeficiente de correlação múltipla ao quadrado
Exercício físico	Item 1	0,36
	Item 8	0,78
	Item 11	0,85
	Item 14	0,77
	Item 15	0,78
Alimentação Saudável	Item 2	0,17
	Item 4	0,29
	Item 5	0,60
	Item 7	0,44
	Item 9	0,33
Aprender sobre saúde	Item 3	0,12
	Item 10	0,19
	Item 12	0,16
Visita a profissionais de saúde	Item 6	0,69
	Item 13	0,76
	Item 16	0,61

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

7.2.2.2.2 Validade de construto convergente

A validade de construto convergente foi testada através das correlações entre o escore total da EAAS com os escores da Escala de AIVD, EAR, EAP, ESV e idade, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Correlação entre o escore total da EAAS e da Escala de Lawton e Brody, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa, Escala de Satisfação com a Vida e idade dos idosos. Uberaba-MG, 2022

Escore	AIVD		EAR		EAP		EAN		ESV		Idade	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
EAAS	0,32	<0,001	0,48	<0,001	0,40	<0,001	-0,15	0,03	0,23	0,001	-0,20	0,005

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Nota: AIVD = Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg; EAP = Escala de Afetividade Positiva; EAN = Escala de Afetividade Negativa; ESV = Escala de Satisfação com a Vida; r = coeficiente de correlação de Pearson; p = valor de $p \leq 0,05$

A análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre a EAAS e a escala de AIVD, mostrou correlação moderada, com sentido positivo e estatisticamente significativa ($r=0,32$; $p<0,001$), demonstrando que, quanto maior a AE para a autogestão da saúde, maior a sua autonomia para realizar as atividades instrumentais da vida diária.

Em relação a autoestima o escore total entre a EAAS e EAR, demonstrou correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa ($r=0,48$; $p<0,001$). Desta forma, entende-se que à medida que aumenta a AE para a autogestão da saúde, há aumento da percepção de autoestima do idoso.

No que tange a EAP, houve correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa ($r=0,40$; $p<0,001$). Entende-se que à medida que aumenta a AE para a autogestão na saúde, há aumento da percepção de afeto positivo do idoso.

Para a EAN, o escore total apresentou correlação fraca, com sentido negativo ($r= -0,15$) e estatisticamente significativa ($p=0,03$). Este resultado indica que quando a afetividade negativa aumenta, AE para a autogestão na saúde diminui.

O escore total entre a EAAS e ESV, demonstrou fraca correlação, com sentido positivo e estatisticamente significativo ($r=0,23$; $p=0,001$). Assim quanto mais se crê ser capaz de gerir a própria saúde, maior é a satisfação com vida pelos idosos.

Por fim, o escore total entre a EAAS e a idade, demonstrou correlação fraca, com sentido negativo e estatisticamente significativo ($r= -0,20$; $p=0,005$), evidenciando que quanto maior a idade do idoso, menor é a sua AE para autogerir sua saúde.

A validade convergente da versão adaptada da EAAS, confirmou as hipóteses de correlação positiva com a AIVD, EAR, EAP e a ESV e negativa com EAN e a idade, sendo os resultados estatisticamente significativos de acordo com o escore total. Dessa forma, quanto mais o idoso se sente capaz de autogerir a sua saúde, mais autonomia apresenta nas atividades

instrumentais da vida diária, melhor percebe sua autoestima, o afeto positivo e satisfação com a vida. Inversamente, quanto maior o afeto negativo e a idade, menor a AE para autogestão da saúde do idoso.

7.2.2.2.3 Validade de construto de grupos conhecidos

Foi testada através das medidas das dimensões da EAAS comparadas entre grupos definidos segundo as variáveis sexo, idade e estado conjugal, demonstrando que quanto maiores as médias, melhor a AE nas características avaliadas. A magnitude do efeito foi verificada pelo teste *d* de Cohen, evidenciando que quanto maior o efeito, maior o impacto da presença de uma característica, favorável a AE. Os resultados para os escores dos domínios estão apresentados na Tabela 3 e para o escore total da EAAS, na Tabela 4.

Constatou-se que as mulheres apresentaram maiores médias em todas as dimensões, sendo estatisticamente significativa para a alimentação saudável ($p=0,008$; $d=0,68$) e aprender sobre saúde ($p=0,026$; $d=0,33$), quando comparado aos homens. Já as dimensões exercícios físico e visita a profissionais de saúde, não foram estatisticamente significativas, bem como o escore total da EAAS.

Em relação a variável idade, os idosos de 60-79 anos apresentaram maiores médias em todos os domínios da EAAS, com diferença estatisticamente significativa para exercício físico ($p=0,05$; $d=0,36$), aprender sobre saúde ($p=0,03$; $d=0,39$) e visita a profissionais de saúde ($p=0,04$; $d=0,51$), além do escore total ($p=0,01$; $d=0,47$) da EAAS, quando comparados aos idosos de 80 anos ou mais.

Para a variável estado conjugal, idosos que moravam com esposo(a) ou companheiro(a) apresentaram significativamente maiores médias em todos os domínios, no entanto houve diferenças estatisticamente significativa nas dimensões aprender sobre saúde ($p=0,001$; $d=0,46$), visita a profissionais de saúde ($p=0,50$; $d=0,28$) e no escore total ($p=0,05$) da EAAS quando comparado aqueles que nunca se casaram ou moraram com companheiro.

Estes resultados confirmam a hipótese inicial de que idosos do sexo feminino, mais jovens e que moravam com esposo(a) ou companheiro apresentariam maiores médias nos escores nas dimensões e no total da EAAS.

Tabela 3 - Comparação dos escores médios dos domínios da EAAS segundo sexo, idade e estado conjugal das pessoas idosas, Uberaba-MG, 2022

Grupos	Exercício Físico					Alimentação Saudável				Aprender sobre saúde				Visitas a profissionais de saúde			
	N	$\bar{X}$	s	p	d	$\bar{X}$	s	p	d	$\bar{X}$	s	p	d	$\bar{X}$	s	p	d
Sexo																	
Masculino	75	29,63	18,27	0,88	0,02	42,37	8,73	0,008	0,68	17,12	7,22	0,026	0,33	26,73	6,75	0,882	0,02
Feminino	126	30,05	19,19			45,48	6,44			19,61	7,81			26,57	7,87		
Idade																	
80 anos ou mais	37	24,41	20,18	0,05	0,36	44,19	6,89	0,91	0,02	16,24	7,99	0,03	0,39	23,65	10,74	0,04	0,51
60-79 anos	164	31,01	18,03			44,35	7,66			19,23	7,51			27,30	6,44		
Estado conjugal																	
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	108	28,90	19,34	0,46	0,08	44,10	8,08	0,66	0,06	17,09	7,63	0,001	0,46	25,70	8,22	0,05	0,28
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	93	30,83	17,69			44,57	6,82			20,53	7,34			27,71	6,33		

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

Nota: $\bar{X}$ = média; s = desvio padrão; p = valor de $p \leq 0,05$; d = d de Cohen

Tabela 4 - Comparação do escore total da EAAS segundo sexo, idade e estado conjugal das pessoas idosas. Uberaba-MG, 2022

Grupos	Escore total da EAAS				
	n	$\bar{X}$	s	p	d
Sexo					
Masculino	75	116,28	28,73	0,23	0,17
Feminino	126	121,29	28,77		
Idade					
80 anos ou mais	37	108,49	31,79	0,01	0,47
60-79 anos	164	121,89	27,58		
Estado conjugal					
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	108	115,80	31,41	0,05	0,28
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	93	123,63	24,92		

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

Nota: $\bar{X}$ = média; s = desvio padrão; p = valor de $p \leq 0,05$; d = d de Cohen.

7.2.3 Análise de confiabilidade

Os resultados da análise de confiabilidade se encontram a seguir: consistência interna e teste-reteste.

7.2.3.1 Consistência interna

Os resultados de cada domínio, o escore total e os valores do Alfa de Cronbach estão apresentados na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5 - Medidas de tendência central, variabilidade e consistência interna para os domínios e escore total da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022

Domínios e escore total	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	s	M _d	(continua)
						Alfa de Cronbach
Exercício físico	0	50	29,79	18,57	38,00	0,92
Alimentação saudável	5	50	44,32	7,51	47,00	0,73
Aprender sobre a saúde	0	30	18,68	7,68	19,00	0,35

Tabela 5 - Medidas de tendência central, variabilidade e consistência interna para os domínios e escore total da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022

Domínios e escore total	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	s	Md	(conclusão) Alfa de Cronbach
Visitas a profissionais de saúde	0	30	26,63	7,45	30,00	0,87
Escore total	5	160	119,42	28,79	124,00	0,83

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

Nota: $\bar{X}$ = média; s = desvio padrão; Md = mediana

Referente as médias de pontuação obtidas da versão adaptada da EAAS, o domínio alimentação saudável foi o que apresentou maior escore (44,32) seguido de exercício físico (29,79), visita a profissionais de saúde (26,63) e aprender sobre saúde (18,68).

No que concerne a consistência interna tanto o alfa global ($\alpha=0,83$) quanto os valores encontrados nos domínios exercício físico ($\alpha=0,92$), alimentação saudável ($\alpha=0,73$) e visita a profissionais de saúde ($\alpha=0,87$) foram considerados adequados. Embora o domínio aprender sobre saúde tenha apresentado baixa consistência interna ($\alpha=0,35$), este resultado não compromete a confiabilidade da versão adaptada da EAAS uma vez que os demais alfas de Cronbach apresentaram robustez.

7.2.3.2 Confiabilidade teste-reteste

A confiabilidade teste-reteste foi avaliada através da aplicação da versão adaptada da EAAS em dois momentos distintos, com intervalo de 15 dias, em 20 participantes.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 6, obteve-se valores próximos no teste e no reteste, demonstrando concordância entre as respostas das pessoas idosas entrevistadas. Todos os itens expressaram um forte coeficiente de correlação de *Pearson* ($r \geq 0,5$), com variação entre 0,93 e 1,00 e apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 6). Assim, as correlações constataram uma homogeneidade das respostas aos itens do teste e do reteste

Tabela 6 - Análise da confiabilidade teste-reteste dos itens da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS) - Uberaba-MG, 2022

Teste/ Item	Reteste/Item															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
1	0,99*															
2		0,94*														
3			0,98*													
4				0,97*												
5					0,98*											
6						1,00*										
7							0,99*									
8								0,98*								
9									0,93*							
10										0,97*						
11											0,99*					
12												0,97*				
13													0,99*			
14														0,99*		
15															0,99*	
16																1,00*

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

Nota: r = coeficiente de correlação de Pearson; * $p = \text{valor de } p \leq 0,05$

Os resultados do ICC obtidos no teste-reteste variaram de 0,95 a 0,99 para os fatores e foi de 0,99 para o escore total, o que evidencia uma adequada confiabilidade para todos os domínios, com diferença estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise da confiabilidade teste-reteste segundo domínios e escore total da Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS). Uberaba-MG, 2022

Fatores e escore	Teste		Reteste		ICC	<i>p</i>
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
Exercício físico	28,90	14,86	28,95	15,00	0,99	<0,001
Alimentação saudável	36,05	7,00	37,10	6,88	0,95	<0,001
Aprender sobre a saúde	14,40	5,48	14,50	5,27	0,98	<0,001
Visita a profissionais de saúde	26,30	6,90	26,35	6,89	0,99	<0,001
Escore total	105,65	22,97	106,90	23,61	0,99	<0,001

Fonte: Elaborado pela Autora, 2022

Nota: $\bar{x}$ = média; s = desvio padrão; p = valor de $p \leq 0,05$; ICC = Coeficiente de Correlação Intraclassa

8 DISCUSSÃO

Esta pesquisa realizou a adaptação e a validação psicométrica da Escala de Autoeficácia para Autodireção na Saúde (EAAS) (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016) para utilização da população idosa brasileira. Assim, sua contribuição coaduna com o rápido aumento no número de idosos no Brasil, que demandam ações e estratégias que incentivem o envelhecimento ativo e saudável (ASSUNÇÃO; CHARIGLIONE, 2019). Destaca-se que, dentre os fatores protetivos do envelhecimento, a AE é uma característica que favorece a adoção de comportamentos saudáveis entre as pessoas idosas (CHOI, 2020; LEE *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2020). Nesta perspectiva, a escala adaptada e validada poderá ser utilizada nos serviços de saúde brasileiros para subsidiar a prática clínica, além de ter aplicabilidade nas pesquisas científicas.

Ao longo do tempo, os percursos metodológicos para adaptação de instrumentos de avaliação foram aperfeiçoados, entretanto, ainda não existe um consenso entre os estudiosos sobre o método mais adequado. Assim, cabe ao pesquisador a escolha dos passos metodológicos que atendam as necessidades e os objetivos da investigação. Neste estudo, seguiu-se os procedimentos metodológicos de adaptação transcultural e validação psicométrica da EAAS recomendados pela literatura nacional (PASQUALI, 1999; POLIT; BECK, 2011) e internacional (FERRER *et al.*, 1996; BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Um dos aspectos positivos da tradução e validação de um instrumento já existente, para uso em uma realidade específica, se refere a sua rapidez e ao menor custo, quando comparado à construção de novas ferramentas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). No Brasil, ainda são escassos os instrumentos de AE validados à realidade da população idosa. Dessa forma, a obtenção de um instrumento válido e confiável adaptado à realidade brasileira com aproximação do contexto cultural pode representar melhor as demandas desse público.

Para a etapa de adaptação cultural, seguiu-se em toda a tese a proposta de Ferrer e colaboradores (1996), com a inserção do procedimento de validação semântica recomendada por Pasquali (1999). Assim, o percurso metodológico seguiu as seguintes etapas: a) tradução da versão original por tradutores bilíngues; b) apreciação da versão traduzida pelo comitê de especialista; c) retrotradução para a língua de origem; d) avaliação semântica por juízes leigos; e) teste piloto e, f) versão final.

A tradução do instrumento original para o idioma de interesse é a primeira etapa e considerada a mais complexa, pois a versão final deve se adequar ao novo contexto e população, contudo, sem deixar de refletir o instrumento original (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA,

2012). Em nosso estudo dois brasileiros com fluência no português de Portugal traduziram a VO da EAAS de forma independente, resultando na VPBT1 e a VPBT2. Esse procedimento está em consonância com o recomendado na literatura científica em que a tradução deva ser executada minimamente por dois tradutores independentes e bilingues, para a obtenção de uma versão consensual que assegure a fidedignidade do instrumento em estudo, minimizando possíveis equívocos linguísticos e culturais (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; FERRER *et al.*, 1996).

A tradução da versão original da EAAS para o português brasileiro e obtenção do primeiro consenso, assim como as demais etapas (retrotraduções e obtenção de consensos) demandaram poucas alterações. Embora a formação de uma língua não siga um processo linear, sabe-se que o português, idioma falado no Brasil, tem origem e recebeu influência da língua portuguesa trazida pelos portugueses no período das grandes navegações do final do século XV e XVI (MELO, 2020), o que pode explicar as poucas alterações sugeridas.

A reunião virtual entre as pesquisadoras responsáveis e os tradutores para o consenso permitiu a solução de divergências nas equivalências do instrumento original e o traduzido, referentes às questões de compreensão e representação do conteúdo do instrumento (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Como já mencionado, apesar da retrotradução não ter exigido maiores alterações, essa é uma etapa indispensável para avaliar quais palavras não são representativas do idioma alvo, bem como para identificar divergências ou problemas conceituais entre as versões comparadas (BEATON *et al.*, 2000). Acrescenta-se que nesse processo, ocorre a comunicação entre os pesquisadores da versão adaptada e o autor do instrumento original, o que favorece a busca pela manutenção da ideia conceitual (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Após a etapa de tradução, a nova versão, juntamente com a VO da EAAS, foi encaminhada ao Comitê de Especialistas para avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, além das validades de face e de conteúdo. A literatura científica recomenda que o instrumento em adaptação seja avaliado por no mínimo dois especialistas, sendo mais usual a apreciação por um painel desses profissionais, que irão julgar a compreensão, relevância, clareza dos itens de acordo com o domínio a que pertencem e que compõem a escala (LOHR, 2002; BEATON *et al.*, 2000).

A avaliação pelo Comitê de Especialistas possibilitou a análise criteriosa da tradução de cada item da EAAS, permitindo a identificação precoce de possíveis irregularidades que poderiam comprometer a manutenção das equivalências entre a VO e a adaptada para o português brasileiro.

Ainda na fase de adaptação transcultural, conforme a recomendação de Pasquali (1999), adotamos a análise semântica, para verificar se os itens de escala EAAS eram compreendidos pelos idosos independente do grau de instrução desse público. Ainda que a avaliação, pelo público alvo, possa ser repetida mais de uma vez (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012), no presente estudo não foi necessário, visto que as pessoas idosas que participaram dessa etapa tiveram uma boa compreensão das questões que compõem a EAAS. Para tal avaliação, utilizou-se o instrumento proposto por Conti, Slater e Latorre (2009).

Além da análise semântica, foi realizado o pré-teste com os idosos que incluiu a aplicação da versão final da EAAS para o português brasileiro, assim como os demais instrumentos de pesquisa utilizados na avaliação das propriedades psicométricas.

Salienta-se que nas etapas de análise semântica, pré teste e validação das propriedades psicométricas, optou-se pela técnica de entrevista direta, considerando que os participantes eram pessoas idosas, um público que apresenta particularidades. Ademais, esta técnica também foi utilizada na coleta dos dados do estudo original da EAAS (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016). Houve boa aceitação por parte dos participantes, obtendo-se o preenchimento completo e adequado dos instrumentos.

Em relação ao processo de entrevista dos participantes, todos os entrevistadores foram treinados quanto à abordagem e aplicação dos instrumentos de medida. Tal ação coaduna com a necessidade de assegurar que todo o procedimento seja desenvolvido de maneira uniforme pelos entrevistadores além de abordarem os entrevistados de forma clara e objetiva, garantindo resultados que possam ser avaliados seguramente (MINAYO, 2010).

Para que o instrumento possa ser utilizado de forma válida e confiável na área da saúde, para o público ao qual foi adaptado, recomenda-se que somado a adaptação transcultural seja realizada a avaliação das propriedades de medidas de instrumentos autorrelatados pelos participantes, pois possibilita a mensuração do estado subjetivo do participante sem a interpretação do profissional (MOKKINK *et al.*, 2010; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Contudo, a literatura científica não estabelece claramente quais e quantas evidências de validade devem ser adotadas para se considerar um instrumento válido (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Apesar disso, sabe-se que o conhecimento de métodos psicométricos propícios para avaliar a validade de um instrumento de medida é necessário para que se assegure a qualidade, uma vez que indica que o teste mede o fenômeno de interesse (BEATON *et al.*, 2007).

Nesta pesquisa, a análise das propriedades psicométricas da versão adaptada da EAAS, seguiu a recomendação referente ao tamanho amostral necessário para a realização da AFC (MYERS; AHN; JIN, 2011), considerando 201 pessoas idosas cadastrados na ESF Abadia 1 para essa etapa. O estudo de validação da EAAS original incluiu 508 pessoas idosas das regiões Norte e Centro de Portugal (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Com relação ao perfil dos participantes parte das características sociodemográficas do estudo de validação da EAAS original se assemelham ao presente estudo, como o predomínio do pessoas idosas do sexo feminino (63,2%), média de idade de $71,67 \pm 7,76$ anos, que moravam com companheiro(a) ou esposo(a) (52,8%), com 1-4 anos de estudo (35,6%) e aposentados (88,6%) (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Em relação a análise da dimensionalidade por meio da AFC evidenciou um bom ajuste do modelo da versão adaptada da EAAS para o Brasil (RMSEA=0,057; GFI=0,912; TLI=0,945; CFI=0,955), composto pelos domínios: exercício físico, alimentação saudável, aprender sobre saúde e visita a profissionais de saúde. O estudo de validação da versão original da EAAS também demonstrou ajuste adequado do modelo proposto considerando os mesmos quatro domínios, sendo encontrado os parâmetros semelhantes ao brasileiro: RMSEA=0,057; TLI=0,95 e CFI=0,96 (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

A análise da dimensionalidade avalia a organização do instrumento quanto a mensuração dos construtos (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012), indicando a relação entre variáveis latentes (domínios) e observáveis (itens do domínio) (HAIR JR *et al.*, 2009). Dessa forma, o bom ajuste do modelo sem necessidade de reespecificações permite afirmar, que tal como na versão original, a adaptação da EAAS para o português brasileiro possui quatro dimensões adequadas à estrutura dimensional proposta.

Neste sentido, a AE tem demonstrado influência positiva em fatores cognitivos, psicossociais e comportamentais, como a busca por serviços de saúde, comportamentos saudáveis e aprendizado referente à saúde, sendo estes considerados relevantes para um envelhecimento ativo e bem sucedido entre idosos (ALLEN *et al.*, 2022; DEGERSTEDT *et al.*, 2020; LEE; OH, 2020).

Levando em consideração que a AE exerce influência positiva nos comportamentos de saúde, bem como no aprendizado referente às atividades de autocuidado, os profissionais de saúde devem desenvolver programas e atividades que estimulem a AE objetivando incentivar a autonomia para o autogerenciamento de saúde entre idosos (AMINUDDIN *et al.*, 2021).

A segunda evidência de validade explorada foi a de construto convergente por meio da correlação entre os escores da EAAS adaptada e de cinco instrumentos que avaliam construtos

teoricamente relacionados à AE (Escala de AIVD, EAR, AP, AN e ESCV), além da idade. Essas variáveis consideradas também foram avaliadas no estudo de validação da EAAS original, com resultados concordantes, ou seja, pessoas idosas com maior escore na EAAS tiveram maiores escore na Escala de AIVD, EAR, AP e ESCV e menor escore na AN, além de possuírem menor idade (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016), corroborando com nossa hipótese previamente estabelecida

Com o envelhecimento, tarefas e situações que demandam a utilização de funções motoras e cognitivas podem ser comprometidas em decorrência de crenças negativas relacionadas à motivação, estratégias, ações e sentimentos. Assim, uma baixa AE pode comprometer a realização de atividades realizadas diariamente, dificultando a execução de comportamentos benéficos à saúde bem como o tempo despendido e constância (ASSUNÇÃO; CHARIGLIONE, 2019).

O avançar da idade aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, incapacidade funcional, fragilidade e perdas afetivas, favorecendo uma percepção negativa AE (FONTES, 2016).

A autonomia para realizar as AIVD, tem sido associada a fatores como o baixo grau de escolaridade e renda, estado civil, DCNT, déficit cognitivo, participação social e baixa AE (BARBOSA; MELO; SILVA, 2021). Estudos internacionais realizados com idosos, evidenciaram correlação significativa entre AE e AIVD ($p < 0,001$) (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016; TOLEDANO-GONZÁLEZ; LABAJOS-MANZANARES; ROMERO-AYUSO, 2019), corroborando com os achados deste estudo.

Considerando que a AE favorece a manutenção de comportamentos positivos relacionados à saúde, os idosos devem ser motivados a crerem em sua habilidade e competência para praticar atividade física regularmente, desempenho ativo de suas atividades diárias, almejando sua independência e autonomia no cuidado (ASSUNÇÃO; CHARIGLIONE, 2019).

Em relação as escalas EAAS e a EAR, esta pesquisa evidenciou correlação, positiva e estatisticamente significativa. Resultados semelhantes foram identificados no estudo original da EAAS, realizado em Portugal, porém esta correlação foi moderada (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016). Pesquisa verificou que os idosos tendem a se afastarem gradualmente de suas atividades cotidianas e sociais, ficando cada vez mais vulneráveis a sentimentos de baixa AE e incompetência pessoal, causando a percepção de baixa autoestima (TOLEDANO-GONZÁLEZ; LABAJOS-MANZANARES; ROMERO-AYUSO, 2019).

Estudos nacional (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017) e internacionais (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016), demonstraram que a AE esteve correlacionada com a percepção de autoestima entre os idosos entrevistados.

Desse modo, uma percepção negativa AE associada a autoestima, impacta no grau de envolvimento e persistência nas tarefas a serem executadas, permitindo a execução comportamentos de saúde (MESA-FERNÁNDEZ *et al.*, 2019).

Referente a correlação entre as escalas EAAS e AP, esta pesquisa identificou correlação, positiva e estatisticamente significativa. Resultado similar foi encontrado no estudo original em que EAAS apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016). Já o valor de correlação entre as escalas de EAAS e AN foi negativo e estatisticamente significativo, tanto em neste estudo quanto no estudo de validação da EAAS (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Idosos com AE tende a ter uma percepção positiva em relação as a situações vivenciadas no cotidiano. Tal avaliação impacta diretamente nos níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, além de refletir em aspectos para o autocuidado em saúde, a motivação para a atividade, a satisfação com a vida, estados afetivos, o bem-estar subjetivo e a autoavaliação de saúde (FONTES, 2016).

No que concerne a satisfação com a vida, este trabalho identificou correlação positiva e estatisticamente significativa entre essa variável e a EAAS, assim como no estudo original de validação (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

Investigação observou que satisfação com a vida é um sentimento mutável, decorrente da realização das expectativas de desejos almejados ao longo da vida, podendo ser influenciada por vários fatores, dentre eles a AE (LEE; OH, 2020). Desse modo, o idoso deve ser estimulado a buscar estratégias, tanto coletivas como individuais, que aumentem sua AE, possibilitando vivenciar experiências positivas, gerando o sentimento de satisfação com sua vida (TOLEDANO-GONZÁLEZ; LABAJOS-MANZANARES; ROMERO-AYUSO, 2019).

Por fim, o escore total entre a EAAS e a idade, demonstrou correlação negativa e estatisticamente significativa. No estudo original realizado em Portugal, o houve correlação negativa (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016), corroborando com o resultado deste estudo.

Apesar de não existir um padrão de quais e quantas evidências de validade são necessárias para considerar a validade de um instrumento, sugere-se que um maior número de indicadores seja investigado (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012), o que justifica a abordagem da validade de grupos conhecidos no presente estudo.

As variáveis de grupos conhecidos definidas foram o sexo, a idade e o estado conjugal, partindo da hipótese de que mulheres, idosas mais jovens e que moram com companheiro(a) ou esposo(a) apresentariam maiores médias no escore total e nas dimensões da EAAS.

No presente estudo, as mulheres apresentaram maiores médias em todos os domínios e no escore total da EAAS. Levando em consideração que a AE se relaciona com capacidade de executar tarefas específicas, como o autocuidado, as mulheres idosas tendem a apresentarem maior AE em relação aos homens, fazendo com que a haja uma crença positiva em relação a um envelhecimento saudável e ativo (WU; SHENG, 2019).

Para a idade, idosos mais jovens apresentaram maiores médias nos quatro domínios e no escore total da EAAS. Dentre os indicadores de AE, a idade avançada tem se destacado em decorrência do paradigma relacionado ao envelhecimento como incapacidades ou déficits, levando a uma percepção negativa da AE em idosos (SACRAMENTO *et al.*, 2021) Nesse sentido, idosos mais jovens tendem a apresentar maior nível AE, o que contribui para a busca de informações relacionadas à saúde e manutenção de hábitos saudáveis (WHITEHALL *et al.*, 2021).

No estado conjugal, as maiores médias nos quatro domínios e no escore total da EAAS foram entre as pessoas idosas que moram com companheiro(a) ou esposo(a), sendo significativa somente no domínio aprender sobre saúde e visitas a profissionais de saúde, além do escore total.

O apoio de companheiros e familiares tem sido um mediador entre AE e os comportamentos de saúde em idosos, possibilitando resultados satisfatórios nos aspetos físicos, cognitivos, mental e social (WU; SHENG, 2019).

Além das análises de validade, o instrumento adaptado passou pela avaliação da confiabilidade, por meio da consistência interna e do teste-reteste. O alfa global do presente estudo aproximou-se ao da versão original. Quanto à confiabilidade das dimensões, para o exercício físico, o valor encontrado foi o mesmo valor para alimentação saudável e visitas a profissionais de saúde, os valores foram aproximados e somente o aprender sobre saúde que registrou valor inferior ao da EAAS original (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2016).

A confiabilidade avaliada pelo teste-reteste, apresentou valores próximos, demonstrando a concordância entre as respostas dos participantes. Os resultados demonstraram forte correlação para os itens assim como para os domínios, todos estatisticamente significativos. Não há um consenso quanto ao intervalo de tempo ideal para a aplicação e reaplicação de um instrumento, porém recomenda-se que este tempo seja o suficiente para que o entrevistado não se recorde das respostas dadas anteriormente. Assim recomenda-se um

intervalo de 15 a 20 dias da entrevista inicial (PASQUALI, 2004), conforme realizado neste estudo.

Desse modo, a percepção de AE tem sido considerada componente crucial para a motivação humana, uma vez que se refere a crença que o indivíduo possui em suas capacidades de desempenho e de produção de algo, sendo considerada o fator que mais influencia o comportamento humano. Pode, ainda, ser determinada por fatores sentimentais, cognitivos, comportamentais e motivacionais, estabelecendo quanto esforço será despendido pelo indivíduo e o tempo de persistência na realização de uma atividade diante de obstáculos e experiências adversas (BANDURA, 1988).

Assim, a alta AE possibilita sentimentos positivos e motivadores fazendo com que haja um maior comprometimento por parte do idoso na realização e manutenção de comportamentos saudáveis. Contrariamente, a baixa AE pode gerar sentimentos negativos dificultando a tomada de decisão em relação ao início e manutenção de um estilo favorável à saúde (MESA-FERNÁNDEZ *et al.*, 2019).

Indivíduos com alta AE tendem a apresentar habilidades cognitiva, social, emocional e comportamental, o que contribui para uma melhor percepção de si, auxiliando no alcance de resultados desejados (LEE; OH, 2020).

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde o desenvolvimento de ações que estimulem a cognição, por exemplo, as atividades de educação em saúde, participação em eventos comunitários com vistas a incentivar a AE e os sentimentos positivos em idosos (LEE; OH, 2020).

9 CONCLUSÃO

A versão da EAAS desenvolvida originalmente em Portugal foi adaptada culturalmente para uma amostra de idosos brasileiros e seguiu as recomendações metodológicas propostas na literatura científica. Em conformidade com os objetivos estabelecidos neste estudo, os resultados apresentados permitiram concluir que a versão adaptada da EAAS manteve as equivalências conceitual, cultural, semântica e idiomática, conforme a versão original; manteve a validade de face e de conteúdo por meio da análise de um Comitê de Especialistas; apresentou validação de constructo de dimensionalidade, de validade convergente com os constructos correlatos (Atividades Instrumentais de vida diária, Afetividade Positiva e Negativa, autoestima e idade) e de grupos conhecidos (variáveis sexo, idade e estado conjugal); apresentou adequada confiabilidade através da consistência interna (alfa de Cronbach), e teste e reteste (Pearson e ICC).

Assim a EAAS adaptada reuniu boas evidências de validade e confiabilidade, permitindo ser utilizada para a população idosa brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. J. B. de; SOUSA, F. M. de; MARTINS, C. R. Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. **Psico**, Porto Alegre, RS, v. 41, n. 1, p. 85-92, 2010.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ALLEN, F. *et al.* The relationship between self-efficacy and oral health status of older adults. **Journal of Dentistry**, Oxfordshire, v. 122, p. 104085, 2022.
- ALMEIDA, M. G. N. de *et al.* Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). **European Journal of Ageing**, Berlin, v. 17, n. 4, p. 521–529, 2020.
- AMINUDDIN, H. B. *et al.* Effectiveness of smartphone-based self-management interventions on self-efficacy, self-care activities, health-related quality of life and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 116, p. 103286, 2021.
- ANSAI, J. H. *et al.* Accuracy of mobility tests for screening the risk of falls in patients with mild cognitive impairment and alzheimer's disease. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 258–264, 2019.
- ASSUNÇÃO, J.; CHARIGLIONE, I. Envelhecimento cognitivo, autoeficácia e atividade física: uma revisão sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, RS, v. 12, n. 1, p. 116, 2019.
- AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. Auto-eficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. In: AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. (org.). **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas: Editora Alínea, 2006. p. 9–24.
- BANDURA, A. A evolução da Teoria Social Cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. (org.). **Teoria social cognitiva: Conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 15–41.
- BANDURA, A. Autobiography. In: LINDZEY, M. G.; RUNYAM, W. M. (org.). **A history of psychology in autobiography**. Washington: American Psychological Association, 2006.
- BANDURA, A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational behavior. In: LOCKE, E. (org.). **Handbook of principles of organizational behavior: indispensable knowledge for evidence-based management**. 2. ed. Chichester: Wiley, 2009. p. 179-200.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education**, Thousand Oaks, v. 31, n. 2, p. 143–164, 2004.
- BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational Psychologist**, United Kingdom, v. 28, n. 2, p. 117–148, 1993.

BANDURA, A. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. (ed.). **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press, 1994. p. 71–81.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: Worth Publishers, 1997.

BANDURA, A. Self-efficacy conception of anxiety. **Anxiety Research**, [London], v. 1, n. 2, p. 77–98, 1988.

BANDURA, A. **Self-efficacy in changing societies**. New York: Cambridge University Press, 1995.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, United States, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977.

BANDURA, A. Social cognitive theory: an agentic perspective. **Annual Review of Psychology**, United States, v. 52, p. 1–26, 2001.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory). p. xiii, 617

BARBOSA, F. D. S.; MELO, C. L. de; SILVA, R. J. dos S. Fatores associados à funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária em idosos brasileiros. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, SP, v. 10, n. 4, e39410414144, 2021.

BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1s–3s, 2018. Supl. 2.

BASTOS, E. M. A relação entre psicopedagogia e o idoso: uma revisão sistemática. **Amazônica: Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação**, Amazonas, v. 23, n. 2, p. 554–579, 2019.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, United States, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures contributors to this document**. Toronto: Institute for Work & Health, 2007.

BEAVERS, A. S. *et al.* Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. **Practical Assessment, Research and Evaluation**, United States, v. 18, p. 1–13, 2013.

BERTOLUCCI, P. H. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. [The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: Influence of literacy.]. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1–7, 1994.

BIDEL, R. M. R. *et al.* Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. Nº Especial 22, p. 207–225, 2016.

BOECHAT, N. S.; RODRIGUES, V. M. R. É possível envelhecer bem. **Interdisciplinary Scientific Journal**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 57–173, 2017.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, SP, v. 22, n. 53, p. 423–432, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 12 mar. 2023.

BROWNE, M. W.; CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. *In*: BOLLEN, K. A.; LONG, J. S. (ed.). **Testing structural equation models**. Newbury Park: Sage Publications, 1993. v. 154, p. 132–162.

CAMARGOS, F. F. O. *et al.* Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos Brasileiros (FES-I-BRASIL). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, SP, v. 14, n. 3, p. 237–243, 2010.

CARVALHO, K. M. de *et al.* Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 446–454, 2018.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: ILC-Brasil, 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

CHOI, M. Association of ehealth use, literacy, informational social support, and health-promoting behaviors: mediation of health self-efficacy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, England, v. 17, n. 21, p. 7890, 2020.

CHOI, M.; AHN, S.; JUNG, D. Psychometric evaluation of the Korean Version of the Self-Efficacy for Exercise Scale for older adults. **Geriatric Nursing**, New York, v. 36, n. 4, p. 301–305, 2015.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**, Ireland, v. 26, n. 1–3, p. 313–318, 1995.

CLAASSENS, L. *et al.* Development and validation of a questionnaire assessing the perceived control in health care among older adults with care needs in the Netherlands. **Quality of Life Research**, Switzerland, v. 25, n. 4, p. 859–870, 2016.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, Second Edition**. 2. ed. Hillsdale, N.J: Routledge, 1988.

COLL, C.; MARCHESI, Á.; PALACIOS, J. **Desenvolvimento Psicológico e Educação: psicologia evolutiva**. Tradução: Daisy Vaz de Moraes; Milena da Rosa Silva. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2017.

CONTI, M. A.; SLATER, B.; LATORRE, M. do R. D. de O. Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal para Adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 515–524, 2009.

CRUZ, C. *et al.* A auto-eficácia na adaptação aos desafios do envelhecimento. **Revista Lusófona de Educação**, Portugal, v. 38, n. 38, p. 181-194, 2017.

CUMMINGS, S. R.; STEWART, A. L.; HULEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. *In: HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 265–281.

DEGERSTEDT, Å. *et al.* High self-efficacy - a predictor of reduced pain and higher levels of physical activity among patients with osteoarthritis: an observational study. **BMC musculoskeletal disorders**, England, v. 21, n. 1, p. 380, 2020.

DIENER, E. *et al.* The Satisfaction With Life Scale. **Journal of Personality Assessment**, United States, v. 49, n. 1, p. 71–75, 1985.

DUKE UNIVERSITY. **Multidimensional functional assessment, the OARS methodology: a manual.** Durham, CN: Center for the Study of Aging and Human Development, Duke University, 1978.

ERVATTI, L. *et al.* (org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica, v. 3).

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. *In: FAYERS, P. M.; MACHIN, D. (org.). Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes.* 3. ed. Hoboken: J. Wiley & Sons, 2016. p. 90–114.

FERREIRA, M. B. G. **Adaptação cultural e validação do instrumento The Barriers to Research Utilization Scale: versão para o português brasileiro.** 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-24022016-190316/>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FERRER, M. *et al.* Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **The European Respiratory Journal**, Denmark, v. 9, n. 6, p. 1160–1166, 1996.

FONTES, A. P. Desenvolvimento na velhice: fundamentos para psicoterapeutas. *In: FREITAS, E. R. Terapias cognitivo-comportamentais com idosos.* Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 25–54.

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**, England, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993.

HAIR JR, J. F. *et al.* SEM: Análise fatorial confirmatória. *In: HAIR JR, J. F. et al. Análise multivariada de dados.* Tradução: Maria Aparecida Gouvêa; Adonai Schlup Sant'Anna. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009. p. 587–642.

HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. **An aging world: 2015**: International Population Reports. Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paul-Kowal/publication/299528572_An_Aging_World_2015/links/56fd4be108ae17c8efaa1132/An-Aging-World-2015.pdf. Acesso em: 2 out. 2021.

HEITOR, S. F. D. *et al.* Tradução e adaptação cultural do questionário sobre motivo das escolhas alimentares (Food Choice Questionnaire – FCQ) para a língua portuguesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2339–2346, 2015.

HUTCHINSON, A.; BENTZEN, N.; KÖNIG-ZAHN, C. **Cross cultural health outcome assessment**: a user's guide. Netherlands: E.R.G.H.O., 1996.

HUTZ, C. S.; ZANON, C.; VAZQUEZ, A. C. Escala de Autoestima de Rosenberg. In: HUTZ, C. S. (org.). **Avaliação em psicologia positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 85–94.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação, revisão 2018. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Séries Relatórios metodológicos, v. 40).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, v. 36).

ILHA, S. *et al.* Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4231–4242, 2016.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, England, v. 68, n. 4, p. 319–323, 2010.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3. ed. New York: Guilford Publications, 2010.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, United States, v. 9, n. 3, p. 179–186, 1969.

LEE, M. D. *et al.* Robust modeling in cognitive science. **Computational Brain & Behavior**, Switzerland, v. 2, n. 3, p. 141–153, 2019.

LEE, M. K.; OH, J. Health-related quality of life in older adults: its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. **Healthcare**, Switzerland, v. 8, n. 4, p. 407, 2020.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. **American Journal of Epidemiology**, United States, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018.

LOBIONDO-WOOD, G. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LODOVICI, F. M. M. **Envelhecimento e Cuidados - Uma chave para o viver**. São Paulo: Portal Edições, 2018.

LOHR, K. N. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, England, v. 11, n. 3, p. 193–205, 2002.

MAIA, C. Identificação dos determinantes do envelhecimento ativo na população idosa de Castelo Branco. **Revista INFAD de Psicologia**, Espanha, v. 2, n. 2, p. 159–174, 2017.

MARTINEZ, L. C. de F.; MAGALHÃES, C. M. C.; PEDROSO, J. da S. Envelhecimento saudável e autoeficácia do idoso: revisão sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, RS, v. 10, n. 2, p. 103–118, 2018.

MARTINS, S. da S. **Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos**. 2017. 239 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -- Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/3426>. Acesso em: 12 mar. 2023.

MCKENNA, S. P.; DOWARD, L. C. The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. **Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, United States, v. 8, n. 2, p. 89–91, 2005.

MEDEIROS, S. G. de; MORAIS, F. R. R. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 19, n. 52, p. 109–120, 2015.

MELO, J. B. de *et al.* Fatores de risco cardiovascular em mulheres climatéricas com doença arterial coronariana. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 4–11, 2018.

MELO, P. A. G. de. História externa da Língua portuguesa: do Latim ao Português. **DLCV (UFPB)**, João Pessoa, PB, v. 16, n. 1, e020007, 2020.

MESA-FERNÁNDEZ, M. *et al.* Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 115–124, 2019.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, United States, v. 63, n. 7, p. 737–745, 2010.

MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S.; MORAES, F. L. Saúde e envelhecimentos. *In*: MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S. (ed.). **Fundamentos do cuidado ao idoso frágil**. Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 2–10.

MYERS, N. D.; AHN, S.; JIN, Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, United States, v. 82, n. 3, p. 412–423, 2011.

NADAI, M. B. A. D.; PINHEIRO, L. da S.; MELO, D. M. de. Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: uma revisão da literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 403–422, 2018.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 10s, 2018. Supl. 2.

OLIVEIRA, T. F.; SILVA, N.; BARDAGI, M. P. Aspectos históricos e epistemológicos sobre crenças de autoeficácia: uma revisão da literatura. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, RS, n. 51, p. 133–153, 2018.

OLIVEIRA, A. L.; SILVA, J. T.; LIMA, M. P. Envelhecimento e saúde: Escala de Autoeficácia para a autodireção na saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 0, p. 1–9, 2016.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 731–757, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comissão da OMS pede ação urgente contra doenças crônicas não transmissíveis**. [S.l.]: OPAS; OMS, 2018a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-6-2018-comissao-da-oms-pede-acao-urgente-contradoencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 16 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento saudável**. [S.l.]: OPAS; OMS, 2018b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 16 mar. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Ginebra: OMS, 1984. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39141/WHO_TRS_706_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 mar. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de las personas de edad**. Ginebra: OMS, 1989. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40593/WHO_TRS_779_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 12 mar. 2023.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico do envelhecimento e da velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 103–124.

PAPALIA, D. E. *et al.* **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO-FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. (ed.). **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 19–34.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília, DF: LabPAM/IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

PASQUALI, L. **Psicometria**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992–999, 2009. N. Esp.

PATRÃO, A. L.; ALVES, V. P.; NEIVA, T. Propriedades psicométricas da Escala de Auto-Eficácia Geral em idosos brasileiros. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Portugal, v. 18, n. 1, p. 30–38, 2017.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. Tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo *et al.* 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLYDORO, S. A.; AZZI, R. G.; VIEIRA, D. Orientações de construção e aplicações de escalas na avaliação de crenças de autoeficácia. In: SANTOS, A. A. A. dos *et al.* (org.). **Perspectivas em avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 189–210.

QUADROS, K. N. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 6, n. 2, p. 2140–2146, 2016.

RAMOS, L. R. **Growing old in Sao Paulo, Brazil** : assessment of the health status and family support of the elderly people living in the community in different socio-economic strata. 1987. 326 f. Thesis (Doctor of Philosophy) -- London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, 1987. Disponível em: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4655859/>. Acesso em: 16 mar. 2023.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. de L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. Rio de Janeiro: **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 87-124, set. 2016.

ROCHA, J. A. da. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Revista Farol**, Espírito Santo, v. 6, n. 6, p. 78–89, 2018.

RODRIGUES, I. C. G. *et al.* Atividade física e seus benefícios para qualidade de vida do idoso. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 11, n. 7, p. 109–121, 2017.

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

SACRAMENTO, A. M. *et al.* Avaliação da autoeficácia e da memória em idosos: uma análise exploratória. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 37, e373113, 2021.

SANTOS, R. L. dos; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290–296, 2008.

SOUSA, M. C. de *et al.* Autoeficácia em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, e20180980, 2020. Supl. 3.

SOUZA, L. F. N. I. de. Estratégias de aprendizagem e fatores motivacionais. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 26, n. 36, p. 95–107, 2010.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, United States, v. 126, n. 1, p. S124-128, 2004. Supl. 1.

TABACHNICK, B.; FIDELL, L. **Using multivariate statistics**. 5. ed. New York: Pearson Education, 2007.

TADAKA, E. *et al.* Development of a community's self-efficacy scale for preventing social isolation among community-dwelling older people (Mimamori Scale). **BMC Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1198, 2016.

TOLEDANO-GONZÁLEZ, A.; LABAJOS-MANZANARES, T.; ROMERO-AYUSO, D. Well-being, self-efficacy and independence in older adults: a randomized trial of occupational therapy. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Netherlands, v. 83, p. 277–284, 2019.

TOVEL, H.; CARMEL, S. Function Self-Efficacy Scale-FSES: development, evaluation, and contribution to well-being. **Research on Aging**, United States, v. 38, n. 6, p. 643–664, 2016.

UNITED NATIONS. **World population prospects: the 2017 revision**. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017. Disponível em: https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2017_keyfindings.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018.

WHITEHALL, L. *et al.* The general self-efficacy of older adults receiving care: a systematic review and meta-analysis. **The Gerontologist**, United States, v. 61, n. 6, p. e302–e317, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241513500>. Acesso em: 12 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Denmark, Copenhagen: WHO European Working Group, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108116/E60706.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/ottawa-charter-for-health-promotion>. Acesso em: 12 mar. 2023.

WU, F.; SHENG, Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: a pathway analysis. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Netherlands, v. 85, p. 103934, 2019.

YAO, J. *et al.* The association between self-efficacy and self-management behaviors among Chinese patients with type 2 diabetes. **PLoS ONE**, United States, v. 14, n. 11, e0224869, 2019.

ZANON, C. *et al.* Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. **Psico-USF**, Bragança Paulista, SP, v. 18, n. 2, p. 193–201, 2013.

APÊNDICE A – Solicitação de permissão à autora principal para uso da EAAS no Brasil



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

DECLARAÇÃO

Para efeitos de validação da **Escala de Autoeficácia para a Autodireção no domínio da Saúde (EAAS)**, da minha autoria, e desenvolvida no âmbito do projeto Europeu PALADIN (Promoting Active Learning and Ageing of Disadvantage Seniors), declaro que autorizo o uso da referida escala no âmbito do projeto intitulado “**Adaptação transcultural, validação de conteúdo e semântica da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde da pessoa idosa**” para uso no Brasil, por parte de Camila Romanato Ribeiro, como parte integrante dos seus estudos de doutoramento.

A autorização implica que se cumpram todos os preceitos éticos na validação de instrumentos de avaliação, incluindo a referência ao artigo abaixo mencionado em todas as publicações onde a EAAS venha a ser utilizada.

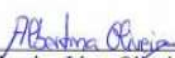
Artigo:

Oliveira, A. L., Lima, M. P., & Silva, J. T. (2016). Envelhecimento e saúde: Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 50(40), 1-9. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006312 Em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006312.pdf

ou

Oliveira, A. L., Lima, M. P., & Silva, J. T. (2016). Aging and health: Self-efficacy for Self-Direction in Health Scale. *Revista de Saúde Pública*, 50(40), 1-9. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006312 Em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006312.pdf>

Coimbra, 5 de julho de 2018


Albertina Lima Oliveira

(Professora da FPCE-UC, área de Educação de Adultos)

APÊNDICE B – Autorização do Departamento de Desenvolvimento Social

1) Documento enviado à responsável pelo Departamento de Desenvolvimento Social



**Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde**

Prezada Gicele Gomes,

Levando em consideração a flexibilização das medidas sanitárias decorrentes da pandemia de COVID-19, venho por meio deste solicitar autorização para coleta de dados de forma presencial na Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) que deverá acontecer em dias previamente agendados com a responsável pela unidade em três momentos distintos, sendo o primeiro para avaliação semântica do instrumento, segundo: teste-piloto e terceiro: aplicação do instrumento.

Após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E), os idosos deveriam responder a um instrumento, que está em processo de validação no Brasil. O preenchimento do mesmo ocorre em tempo médio de 20 minutos. Os mesmos serão abordados ao término de suas atividades pelo pesquisador que estará utilizando máscara descartável, álcool em gel e respeitando o distanciamento de 1 metro dos participantes.

Tal coleta faz parte do projeto de doutorado intitulado “*VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTODIREÇÃO NA SAÚDE EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS*”, que tem como objetivo validar para uso no Brasil a Escala de Autoeficácia para a Autodireção no Domínio da Saúde (EAAS) em uma amostra de idosos aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo parecer nº 5.265.255.

O instrumento poderá colaborar com pesquisas na área, bem como fornecer informações sobre os domínios e variáveis que demandem maior atenção por parte dos gestores, serviços de assistência ao idoso e até mesmo do próprio idoso em relação a sua autonomia para cuidar de si.

Assim, espera-se contribuir com a discussão coletiva dessas questões, a fim de alcançar respostas favoráveis ao autocuidado do idoso e subsidiar o desenvolvimento de programas que

estimulem a independência e o encorajamento dessa população dando-lhes mais autonomia para a realização do seu próprio cuidado.

Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo juntamente com o termo de consentimento após esclarecimento e será conduzida a entrevista, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Posterior a coleta, os sujeitos serão codificados não expondo os dados dos mesmos.

Nos colocamos a disposição para demais esclarecimentos.

Desde já, agradecemos sua colaboração

Contato dos pesquisadores:

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Telefone: (34) 3700- 6002

Endereço: Rua Frei Paulino 30. Abadia. Uberaba-MG.

Nome: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro

E-mail: camilaromanatoribeiro@gmail.com

Telefone: (34) 9-9196 7726

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107. Abadia. Uberaba-MG

2) Resposta da responsável pelo Departamento de Desenvolvimento Social

17/03/2023, 13:15

Gmail - Re: Autorização para coleta de dados na Unidade de Atenção a Idoso



CAMILA ROMANATO RIBEIRO <camilaromanatoribeiro@gmail.com>

Re: Autorização para coleta de dados na Unidade de Atenção a Idoso

2 mensagens

Bruna Ferreira Borges <brunafferreiborges@uberabadigital.com.br>

1 de junho de 2022 às 09:52

Para: CAMILA ROMANATO RIBEIRO <camilaromanatoribeiro@gmail.com>

Prezada Camila,

Pesquisa autorizada pela Secretária de Desenvolvimento Social Gicele Gomes.

Obrigada.

Em qui., 26 de mai. de 2022 às 15:37, CAMILA ROMANATO RIBEIRO <camilaromanatoribeiro@gmail.com> escreveu:

Boa tarde

Meu nome é Camila Romanato, sou doutorando do programa de pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob orientação da Profª Drª Darlene Mara dos Santos Tavares.

Havia solicitado autorização (que foi concedida) para coleta de dados pessoais dos idosos que frequentam a Unidade de Atenção à Saúde (UAI), que aconteceria no domicílio dos mesmos.

Em decorrência da flexibilização das medidas referentes ao Covid-19, peço autorização para coleta de forma presencial na UAI. Maiores informações no requerimento em anexo.

Me coloco à disposição para maiores informações.

Desde já agradeço a atenção

--

Camila Neves Romanato Ribeiro

Enfermeira

Especialização em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde na Escola (FioCruz)

Mestrado em Atenção à Saúde (UFTM)

Doutoranda em Atenção à Saúde (UFTM)

Profª Curso de Graduação em Enfermagem (FAFRAM)

--

Att

Bruna Ferreira Borges

Assessora de Apoio ao Gabinete

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

Prefeitura Municipal de Uberaba/MG

34 3331-2403

CAMILA ROMANATO RIBEIRO <camilaromanatoribeiro@gmail.com>

17 de março de 2023 às 13:14

Rascunho

[Texto das mensagens anteriores oculto]

APÊNDICE C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG

 UBERABA GOVERNO MUNICIPAL SECRETARIA DE SAÚDE	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA	SEÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE - SES
--	---	---

SUBMISSÃO DE PROJETO Nº 28 / 2022

Uberaba, 07 de JULHO de 2022.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Solicitante: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro CPF: 303.038.588-42

Instituição de ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Curso: Pós Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS- Doutorado)

Finalidade de uso dos resultados do projeto de pesquisa (assinale somente uma):

☐ Trabalho de Conclusão de Curso
 ☐ Dissertação
 ☒ Tese
 ☐ Revista científica
 ☐ Evento

Título: VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTODIREÇÃO NA SAÚDE EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS

Local de realização: Unidade de Saúde Dona Aparecida Conceição- Uberaba- MG

Objetivo:

OBJETIVO GERAL

Validar para uso no Brasil a Escala de Autoeficácia para a Autodireção no Domínio da Saúde (EAAS) em uma amostra de idosos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais da versão brasileira do instrumento EAAS por meio de um comitê de juízes brasileiros.
- Analisar a consistência interna na versão brasileira da EAAS mediante o coeficiente Alfa de Crobach.
- Analisar a validação de constructo de versão brasileira da EAAS de acordo com a dimensionalidade, validação de constructo convergente e a validação de grupos conhecidos (idade e escolaridade).

Justificativa: Considerando que no Brasil não existem instrumentos que avaliem a Autoeficácia para a Autodireção na Saúde em Idosos, torna-se relevante a adaptação transcultural e validação da EAAS para a compreensão deste fenômeno.

O instrumento poderá contribuir com pesquisas na área, bem como fornecer informações sobre os domínios e variáveis que demandem maior atenção por parte dos gestores, serviços de assistência ao idoso e até mesmo do próprio idoso em relação a sua autonomia para cuidar de si.

Assim, espera-se contribuir com a discussão coletiva dessas questões, a fim de alcançar respostas favoráveis ao autocuidado do idoso e subsidiar o desenvolvimento de programas que estimulem a independência e o encorajamento dessa população dando-lhes mais autonomia para a realização do seu próprio cuidado.

Metodologia:

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo metodológico, quantitativo que se propõe a realizar a adaptação e a validação da Escala de Autoeficácia para a Autodireção da Saúde (EAAS) (ANEXO A) para o português do Brasil.

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732
educacao.saude@edu.uberabadigital.com.br (eventos e cursos)
estagio.saude@edu.uberabadigital.com.br - pesquisa.saude@edu.uberabadigital.com.br



UBERABA
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

AValiação DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA EAAS

Esta etapa tem como objetivo evidenciar as validades de constructo e a consistência interna da EAAS de acordo às análises proposta por Fayers e Machain (2016).

Validade de constructo

A validade de constructo foi analisada através de três métodos diferentes sendo eles:

Dimensionalidade

A dimensionalidade da versão adaptada da EAAS será testada utilizando a análise fatorial confirmatória (AFC), que será empregada com o intuito de verificar o ajuste do modelo proposto. A mesma busca estabelecer antecipadamente uma melhor estrutura teórica e em seguida verifica, por meio de análise multivariada se ela se adapta aos dados. Explora as correlações entre os itens e permite o estabelecimento das relações entre as variáveis dependentes e latentes do instrumento. Através da AFC, é possível determinar a validade de constructo por meio da grandeza das cargas fatoriais que são correlações que variam entre -1 até 1 dos itens latentes (FAYERS; MACHIN, 2016; TABACHNICK; FIDELL, 2007).

Para verificar o ajuste do modelo final da EAAS, será analisada a estrutura fatorial do constructo original através dos valores do *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), isto é, a raiz quadrada média residual padronizada, o *Goodness of Fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI) (FAYERS; MACHIN, 2016; TABACHNICK; FIDELL, 2007).

São considerados valores aceitáveis da RMSEA entre 0,05 e 0,08, ajuste mediano entre 0,08 e 0,10, e ajustes inconsistentes maiores que 0,01. Já o GFI e o CFI variam entre zero e um, sendo que zero indica ajuste fraco e um ajuste perfeito (HO, 2006).

O bom ajuste do modelo deve ser considerado mediante valores superiores a 0,95 (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

A técnica de Equação Estrutural será realizada pelo software AMOS®, para que seja estimado parâmetros e testar hipóteses como a análise fatorial confirmatória (HAIR JR et al., 2009).

Validade de constructo convergente

Demonstra as correlações entre as escalas de um determinado construto já validado com o constructo em adaptação (FAYERS; MACHIN, 2016; URBINA, 2007).

A validade de construto convergente será testada pela associação da medida da versão adaptada da EAAS com as medidas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (LAWTON et al, 2001), a escala de autoestima de Rosenberg (EAR) (HUTZ; ZANON, 2011), escala de Afetividade positiva e afetividade negativa (AP e AN) e a escala de satisfação com a vida (ESV) (GIACOMONI; HUTZ, 1997), por meio da correlação de *Pearson* (r). As correlações serão classificadas como fracas quando menores que 0,3 ($0 < r < 0,3$), moderadas entre 0,3 e 0,5 ($0,3 \leq r < 0,5$) e forte acima de 0,5 ($r \geq 0,5$) (AJZEN; FISHBEIN, 1998).

Como hipótese, espera-se que a EAAS apresente correlação positiva com as AIVD, EAR, AP e ESCV e negativas com AN e a idade, significando que quanto mais capaz o idoso se sente de autodirigir sua saúde,



UBERABA
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

mais autonomia nas atividades de vida diária, maior é sua percepção de autoestima, de afeto positivo e de satisfação com a vida. Contrariamente, quanto mais afeto negativo vivencia e mais idoso é o indivíduo, mais baixos serão os resultados para AE para direção na saúde.

Validade de grupos conhecidos

A validade de grupos conhecidos, baseia-se no princípio de que grupos específicos podem, antecipadamente, apresentar diferenças de outros, dado que o instrumento é sensível para prever tais diferenças (FAYERS; MACHIN, 2007). Serão estabelecidas as seguintes hipóteses:

- Quanto a escolaridade: idosos com menor grau de escolaridade apresentaram correlação negativa com menor AE.

- Quanto a idade: idosos com maior idade apresentam correlação negativa com AE.

Será utilizado para análise das hipóteses o teste *t-student* com valor considerado significativo quando $p < 0,05$.

Análise da consistência interna da versão brasileira da EAAS

Será calculada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* utilizado para analisar a consistência interna de instrumento. Refere-se ao grau de covariância entre os itens, isto é, um coeficiente de correlação que verifica se os itens que compõem o instrumento se relacionam entre si medindo o mesmo atributo. Serão considerados aceitáveis valores entre 0,70 e 0,90 (FAYERS; MACHIN, 2007).

COLETA DE DADOS

A coleta terá início após liberação da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba- MG fim do , respeitando om as orientações provenientes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), para à proteção dos participantes e pesquisadores.

As entrevistas serão realizadas no domicílio do idoso na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Abadia, instalada na Unidade de Saúde Dona Aparecida Conceição pelo pesquisador, para preenchimento e aplicação dos instrumentos impressos. As intercorrências como ausências, recusas e outras, serão anotadas em planilhas de campo.

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro parecer número 5.197.358.

Os sujeitos desta pesquisa serão contatados em seu domicílio, aos quais serão apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidas (TCLE) e oferecidas informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo juntamente com o termo de consentimento após esclarecimento, será conduzida a entrevista, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Cronograma de execução do projeto:

Nº	ETAPAS DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA*	MÊS / ANO
1	Início da coleta de dados na rede municipal de saúde	07/2022
2	Término da coleta de dados na rede municipal de saúde	09/2022

**UBERABA**
GOVERNO MUNICIPALDEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO
SEÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SES**Secretaria
de Saúde****Formulário: PARECER SOBRE PROPOSTA DE PESQUISA****PROPOSTA DE PROJETO DE PESQUISA****Identificação de protocolo do projeto recebido:** SUBMISSÃO N° 028/2022**Título:** Validação da escala de autoeficácia para a autodireção na saúde em uma amostra de idosos brasileiros.**Parecer favorável:**

Sim



Não

Justificativa:

A expectativa de vida, intimamente relacionada à qualidade de vida, pode ser explicada por diversas características, sejam elas orgânicas, físicas e comportamentais, sejam elas advindas por expressão genômica ou por influências do meio onde se vive ou viveu.

A coleta de informações que apresentam relação com a expectativa de vida é importante, uma vez que poderá gerar indicadores capazes de predizerem possíveis respostas fisiológicas ou físicas na idade senil das pessoas, o que, por sua vez, também permitirá o delineamento de políticas públicas capazes de garantir melhor qualidade de vida aos idosos no Brasil.

Utilizando as palavras dos proponentes que demonstram o efeito maior da proposta de trabalho, repito: “O instrumento poderá colaborar com pesquisas na área, bem como fornecer informações sobre os domínios e variáveis que demandem maior atenção por parte dos gestores, serviços de assistência ao idoso e até mesmo do próprio idoso em relação a sua autonomia para cuidar de si”.

Considerando-se o respeito às exigências sanitárias e a anuência do Comissão de Ética em Pesquisa (CEP/UFTM), já relatados neste projeto, bem como o objetivo maior do mesmo, esta Seção se posiciona favorável à mensuração e análise das possíveis relações do referido objetivo com os resultados colhidos.

Uma vez que o parecer emitido pela CEP da instituição de origem do proponente da pesquisa já se manifestou favorável à sua execução, CONSIDERAR-SE-Á A DELIBERAÇÃO MANIFESTADA PELO SR. SECRETÁRIO DE SAÚDE COMO DEFINITIVA para esta proposta de parceria neste projeto de pesquisa.

Respeitados tais trâmites, e sendo deliberado como favoráveis ambos os pareceres, poder-se-á reconhecer como aprovada a parceria neste projeto, devendo as partes envolvidas serem comunicadas.

Uberaba, 08 de julho de 2022

Alexandre Lucio Bizinoto
Chefe da Seção de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (Juízes)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa: “Validação da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde em uma amostra de idosos brasileiros”, na qualidade de juiz, por possuir titulação de doutor, expertise na temática e/ou com estudos metodológicos.

O objetivo desta pesquisa é validar para uso no Brasil a Escala de Autoeficácia para a Autodireção no Domínio da Saúde (EAAS) em uma amostra de idosos. Sua participação é importante, pois no Brasil não existem instrumentos que avaliem a Autoeficácia para a Autodireção na Saúde em Idosos, tornando relevante a adaptação transcultural e validação da EAAS para a compreensão desse fenômeno. Espera-se que o constructo possa contribuir com pesquisas na área, bem como fornecer informações sobre os domínios e variáveis que demandem maior atenção por parte dos gestores, serviços de assistência ao idoso e, até mesmo, do próprio idoso em relação a sua autonomia para cuidar de si.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar desta pesquisa será necessário fazer a leitura do material repassado por e-mail, analisando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a Versão Original e a Versão Português Consensual 1 e a Versão Original da escala. Em caso de discordância, o(a) senhor(a) deverá fazer sugestões para alcançar uma melhor redação e equivalências ao português brasileiro. Haverá um momento para discussão, que acontecerá por meio de reunião remota no dia 08/03/2022. As equivalências entre as versões da EAAS serão estabelecidas quando houver concordância de, pelo menos, 80% dos avaliadores. É esperado que o (a) senhor (a) leve aproximadamente 30 minutos para responder todas as perguntas.

Espera-se sua participação na pesquisa contribua para o processo de validação de uma escala dentro de padrões metodológicos, que resultem em um instrumento válido e confiável para uso na pesquisa científica e prática clínica, além de fornecer informações que podem ser utilizadas para a tomada de decisão.

Não haverá nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. O(a) senhor(a) poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro. O(a) senhor(a) não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que o(a) senhor(a) tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. O(a) senhor(a) poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer

constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto, bastando o(a) senhor(a) dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. O(a) senhor(a) não será identificado(a) neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. O(a) senhor(a) tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que o(a) senhor(a) sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Telefone: (34) 3700- 6002

Endereço: Rua Frei Paulino, nº 30, Bairro Nossa Senhora da Abadia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Nome: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro

E-mail: camilaromanatoribeiro@gmail.com

Telefone: (34) 99196-7726

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, nº 107, Bairro Nossa Senhora da Abadia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não

receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo “Validação da Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde em uma amostra de idosos brasileiros”, e receberei uma cópia de minhas respostas pelo e-mail fornecido para respostas ao termo.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

Telefone: (34) 3700- 6002

Nome: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro

Telefone: (34) 99196-7726

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (Idosos)

Convidamos você a participar da pesquisa: “*VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTODIREÇÃO NA SAÚDE EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS*”. O objetivo desta pesquisa é realizar a adaptação transcultural e a validação psicométrica da Escala de Autoeficácia para a Autodireção no domínio da Saúde (EAAS) para o português do Brasil. Sua participação é importante, pois considerando que no Brasil não existem instrumentos que avaliem a Autoeficácia para a Autodireção na Saúde em Idosos, torna-se relevante a adaptação transcultural e validação da EAAS para a compreensão deste fenômeno. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um instrumento por meio de entrevista de forma presencial em seu domicílio, com tempo estimado de 20 minutos na data em que o entrevistador fizer o contato. Os riscos desta pesquisa são a perda de confidencialidade, a qual será sanada pelo anonimato dos idosos nas entrevistas, que serão representados por números. Em contrapartida, os resultados obtidos poderão ser utilizados como ferramenta útil para ações em saúde direcionadas aos idosos, contribuindo para melhoria da assistência prestada a esse público pelos serviços de saúde. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: Todos os participantes, ao término da entrevista, serão orientados quanto ao sigilo dos dados informados. Espera-se que de sua participação na pesquisa, maiores informações sobre os domínios e variáveis que demandem maior atenção por parte dos gestores, serviços de assistência ao idoso e até mesmo do próprio idoso em relação a sua autonomia para cuidar de si, possibilitando maior autonomia por parte do idoso. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto aos serviços de saúde que usualmente utiliza, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Telefone: 3700- 6002

Endereço: Rua Frei Paulino 30. Abadia. Uberaba-MG.

Nome: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro

E-mail: camilaromanatoribeiro@gmail.com

Telefone: 3700- 6609

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107. Abadia. Uberaba-MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a prestação de qualquer serviço de saúde que eu venha buscar e que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Adaptação transcultural e evidências de validade da versão brasileira da Escala de Autoeficácia para a Autodireção no Domínio da Saúde (EAAS), e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

Telefone: (34) 3700- 6002

Nome: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro

Telefone: (34) 99196-7726

APÊNDICE F – Carta convite aos juízes do comitê de especialistas

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A AUTODIREÇÃO NO DOMÍNIO DA SAÚDE (EAAS), para utilização no Brasil”, na qualidade de juiz, por possuir titulação de doutor, experiência na temática e/ou com estudos metodológicos, ou por possuir conhecimentos da língua português de Portugal. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é realizar a adaptação cultural e avaliar as propriedades métricas da EAAS, para utilização no Brasil e, caso o(a) senhor(a) participe, será necessário fazer a leitura do material repassado por e-mail e, após a leitura de cada uma das partes, o(a) senhor(a) deverá analisar as equivalências e validades entre a Versão Original e a Versão Português do Brasil. No caso de discordância, o(a) senhor(a) deverá fazer sugestões para alcançar uma redação melhor e equivalente ao português do Brasil. É esperado que o (a) senhor (a) leve em torno de 30 minutos para responder todas as perguntas. Não haverá nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) a validação de uma ferramenta que poderá ser utilizada para avaliar auto eficácia para auto direção da saúde do idoso possibilitando que o mesmo tenha maior autonomia no seu cuidado. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um número.

Para adaptação transcultural é fundamental o ajuste dos termos do instrumento original ao contexto cultural. Dessa forma, é necessário obter as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens entre as versões original e traduzida, conforme descrito abaixo:

1. Equivalência semântica: Baseia-se na avaliação gramatical e de vocabulário entre as palavras, pois muitas palavras de um determinado idioma não possuem tradução adequada para outro. Dessa forma, ela avalia se houve a manutenção do significado de cada item, após a tradução para a língua da cultura alvo;
2. Equivalência idiomática: Identifica e avalia os termos de difícil tradução, tais como expressões coloquiais de um determinado idioma. Por exemplo, algumas expressões, quando

são traduzidas para outra língua, perdem completamente o sentido, ou podem ser entendidas erroneamente ou com sentido diferente ao da língua original. Desse modo, ela avalia se houve a adequação do significado desses termos para a língua da cultura alvo;

3. Equivalência cultural: Identifica e avalia se os termos utilizados na versão original são coerentes com as experiências vivenciadas pela população à qual se destina, ou seja, se os termos utilizados correspondem com as experiências vivenciadas pela população alvo;

4. Equivalência conceitual: Avalia a pertinência e a adequação dos itens na representação teórica do conceito avaliado da versão traduzida. Em outros termos, essa equivalência avalia a validade da versão final do instrumento de medida, ou seja, se as situações retratadas nos itens da versão traduzida realmente correspondem o conceito cultural da população alvo.

Agradecemos sua colaboração,

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Telefone: 3700- 6002

Endereço: Rua Frei Paulino 30. Abadia. Uberaba-MG.

Nome: Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro

E-mail: camilaromanatoribeiro@gmail.com

Telefone: 3700- 6609

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107. Abadia. Uberaba-MG

APÊNDICE G – Ficha de avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da VPBC1

Prezado (a),

Solicitamos que você avalie as seguintes equivalências do instrumento:

- 1. Equivalência semântica:** Baseia-se na avaliação gramatical e de vocabulário entre as palavras, pois muitas palavras de um determinado idioma não possuem tradução adequada para outro. Dessa forma, ela avalia se houve a manutenção do significado de cada item, após a tradução para a língua da cultura alvo;
- 2. Equivalência idiomática:** Identifica e avalia os termos de difícil tradução, tais como expressões coloquiais de um determinado idioma. Por exemplo, algumas expressões, quando são traduzidas para outra língua, perdem completamente o sentido, ou podem ser entendidas erroneamente ou com sentido diferente ao da língua original. Desse modo, ela avalia se houve a adequação do significado desses termos para a língua da cultura alvo;
- 3. Equivalência cultural:** Identifica e avalia se os termos utilizados na versão original são coerentes com as experiências vivenciadas pela população à qual se destina, ou seja, se os termos utilizados correspondem com as experiências vivenciadas pela população alvo;
- 4. Equivalência conceitual:** Avalia a pertinência e a adequação dos itens na representação teórica do conceito avaliado da versão traduzida. Em outros termos, essa equivalência avalia a validade da versão final do instrumento de medida, ou seja, se as situações retratadas nos itens da versão traduzida realmente correspondem o conceito cultural da população alvo.

Suas considerações serão discutidas na reunião virtual dando origem ao VPC2.

Instrumento

TÍTULO	
VO	Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS)
VPC1	Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)
Você considera que a versão traduzida do título apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?	

☐ Sim ☐ Mais ou menos ☐ Não	
Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO	
VO	Para saber como há-de responder a este questionário, por favor, faça esta experiência. Se lhe pedissem para carregar vários sacos de compras cheios (cerca de 3 Kg cada), qual a confiança que teria de que era capaz de os transportar, de acordo com os exemplos abaixo indicados? Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consegue de maneira nenhuma” e 10 que está “totalmente certo/a de que consegue”, de acordo com a escala que se segue: Até que ponto tem confiança de que é capaz de transportar os seguintes sacos de compras cheios? Transportar 1 saco (3 Kg) Transportar 5 sacos (15 Kg) Transportar 15 sacos (45 Kg) Não consigo de maneira nenhuma Um pouco certo/a de que consigo Mais ou menos certo/a de que consigo Bastante certo/a de que consigo Totalmente certo/a de que consigo
VPC1	Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência. Se pedissem a você para carregar r várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de transportá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados? Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “não consigo de maneira nenhuma” e 10 significa “estou

	totalmente confiante de que consigo”, de acordo com a escala abaixo: Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras? Carregar 1 sacola (3 Kg) Carregar 5 sacolas (15 Kg) Carregar 15 sacolas (45 Kg) Não consigo de maneira nenhuma Estou um pouco confiante de que consigo Estou moderadamente confiante de que consigo Estou muito confiante de que consigo Estou totalmente confiante de que consigo
Você considera que a versão traduzida das informações de preenchimento apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO	
VO	A seguir encontra várias situações relacionadas com o que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, ao lado direito, coloque um número entre 0 e 10, que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma delas, de acordo com as opções que se seguem: Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:
VPC1	A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Na coluna à direita, por favor escreva o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções: Estou confiante de que sou capaz de, sozinho(a),
QUESTÃO 01	

VO	De arranjar companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.
VPC1	Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.
Você considera que a versão traduzida da questão 01 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não	
Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
QUESTÃO 02	
VO	De evitar os fritos na minha alimentação.
VPC1	Evitar frituras na minha alimentação
Você considera que a versão traduzida da questão 02 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não	
Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
QUESTÃO 03	
VO	De estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.
VPC1	Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.
Você considera que a versão traduzida da questão 03 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não	
Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
QUESTÃO 04	
VO	De fazer uma alimentação sem abusar do sal
VPC1	Não abusar do sal em minha alimentação
Você considera que a versão traduzida da questão 04 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não	

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 05

VO De fazer uma alimentação à base de cozidos e grelhados.

VPC1 Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados

Você considera que a versão traduzida da questão 05 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 06

VO De saber o que fazer para recorrer aos especialistas em saúde, numa situação de emergência.

VPC1 Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência.

Você considera que a versão traduzida da questão 06 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 07

VO De fazer uma alimentação com poucas gorduras saturadas

VPC1 Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muita gordura saturada: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros).

Você considera que a versão traduzida da questão 07 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 08

VO	De arranjar forma de fazer exercício, mesmo que o tempo não esteja de feição
VPC1	Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.
Você considera que a versão traduzida da questão 08 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
QUESTÃO 09	
VO	De conseguir fazer uma alimentação com muitas sopas, frutas e legumes frescos
VPC1	Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas.
Você considera que a versão traduzida da questão 09 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
QUESTÃO 10	
VO	De estar atento/a aos programas mais informativos acerca da saúde na televisão ou no rádio.
VPC1	Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio.
Você considera que a versão traduzida da questão 10 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? () Sim () Mais ou menos () Não Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
QUESTÃO 11	
VO	De pensar nas agradáveis sensações que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticar
VPC1	Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticá-lo.

Você considera que a versão traduzida da questão 11 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 12

VO De procurar informação que precise através da internet

VPC1 Procurar informações necessárias na internet.

Você considera que a versão traduzida da questão 12 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 13

VO De cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.

VPC1 Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.

Você considera que a versão traduzida da questão 13 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 14

VO De me organizar, de modo a conseguir fazer exercício físico, mesmo quando o trabalho aperta.

VPC1 Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando estiver muito ocupado(a) com o trabalho.

Você considera que a versão traduzida da questão 14 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 15

VO De insistir comigo próprio/a e de me recompensar por fazer exercício (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz a caminhada”), mesmo quando não tenho vontade.

VPC1 Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).

Você considera que a versão traduzida da questão 15 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

QUESTÃO 16

VO De me esclarecer sobre assuntos de saúde junto dos especialistas sempre que preciso

VPC1 Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.

Você considera que a versão traduzida da questão 16 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não

Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?

VO Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como a classifica? (Por favor, marque com uma cruz, no quadrado próprio abaixo)

Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐

VPC1 Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica. (Por favor, marque com um X a melhor opção.)

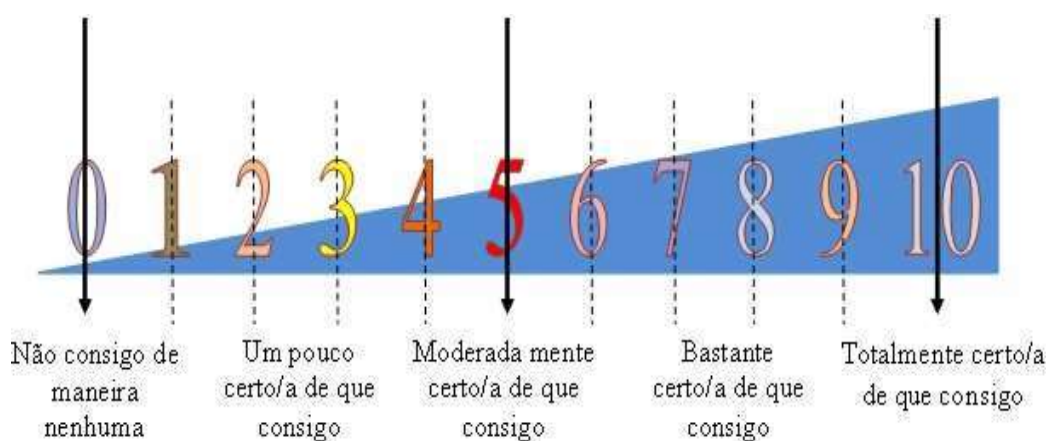
Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐

Você considera que a versão traduzida da questão 21 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?

() Sim () Mais ou menos () Não	
Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	
VO	Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que tem em si próprio/a, relativamente a cuidar bem da sua saúde?
VPC1	Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si mesmo(a), com relação a cuidar bem da sua saúde?
Você considera que a versão traduzida da questão 22 apresenta-se coerente e adequada para esse instrumento? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original?	
() Sim () Mais ou menos () Não	
Por quê? Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?	

ANEXO A – Escala de autoeficácia para a autodireção em saúde (EAAS) original

A seguir encontra várias situações relacionadas com o que é importante fazer para **ter uma boa saúde**. Por favor, ao lado direito, **coloque um número entre 0 e 10**, que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma delas, de acordo com as opções que se seguem:



Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:

Confiança
0-10

1-De arranjar companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.

2- De fazer uma alimentação livre de fritos

3- De estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.

4- De fazer uma alimentação sem abusar do sal.

5- De fazer uma alimentação à base de cozidos e grelhados

6- De saber o que fazer para recorrer aos especialistas em saúde, numa situação de emergência.

7- De fazer uma alimentação com poucas gorduras saturadas

8- De arranjar forma de fazer exercício, mesmo que o tempo não esteja de feição.

9 De conseguir fazer uma alimentação com muitas sopas, frutas e legumes frescos.

10- De estar atento/a aos programas mais informativos acerca da saúde na televisão ou na rádio. _____

11- De pensar nas agradáveis sensações que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticar. _____

12- De procurar informação que precise através da Internet _____

13- De cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente. _____

14- De me organizar, de modo a conseguir fazer exercício físico, mesmo quando o trabalho aperta. _____

15- De insistir comigo próprio/a e de me recompensar por fazer exercício (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz a caminhada”), mesmo quando não tenho vontade. _____

16- De me esclarecer sobre assuntos de saúde junto dos especialistas sempre que preciso. _____

Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como a classifica? (Por favor, marque com uma cruz, no quadrado próprio abaixo)

Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐

Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que tem em si próprio/a, relativamente a cuidar bem da sua saúde?

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação transcultural e evidências de validade da versão brasileira da Escala de Autoeficácia para a Autodireção no Domínio da Saúde (EAAS)

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53969221.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.265.255

Apresentação do Projeto:

O projeto está sendo reapresentado com o objetivo de atender pendência(s) apontada(s) no parecer versão 2, nº 5.243.997.

Segundo os pesquisadores:

"INTRODUÇÃO: A expectativa de uma vida mais longa é uma conquista da civilização e representa grande potencial para ao desenvolvimento humano (ILC-BRASIL, 2015).

Mudanças demográficas decorrentes da redução da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil, fizeram do envelhecimento populacional um fenômeno universal estudado mundialmente. Busca-se compreender as causas e efeitos que se instalam ao longo da vida, bem como a melhor forma de atenuar suas consequências (MOARES; AZEVEDO; MORAES, 2016; BARROS; GOLDBAUM, 2018).

O aumento da expectativa de vida teve início nos países desenvolvidos, porém recentemente são aqueles em desenvolvimento que apresentam crescente envelhecimento populacional (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O envelhecimento populacional levou a outro fenômeno denominado transição epidemiológica que alterou o perfil de morbimortalidade, antes decorrentes de doenças infecto parasitária para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que perduram por anos, exigindo cuidados constantes (OMRAN, 2005; NUNES et al., 2018).

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

Países em desenvolvimento estão experienciando o aumento das mortes decorrentes da DCNT, enquanto nos países desenvolvidos a taxa de mortalidade se mantém estável (ILC-BRASIL, 2015).

Assim, o movimento de transição demográfica e epidemiológica pressupõe a necessidade de cuidados voltados para a promoção da saúde e prevenção de agravos. O aumento da expectativa de vida deve ser acompanhado de melhorias das condições de saúde, de tal forma que se possa desfrutar de um envelhecer ativo (UNITED NATIONS, 2017; NUNES et al., 2018).

Por não haver um demarcador específico, o envelhecimento humano, caracteriza-se como um processo dinâmico e progressivo, que é identificado no decorrer dos anos, podendo levar a diminuição da funcionalidade de diversos órgãos do corpo humano (PAPALÉO NETTO, 2017).

Porém deve-se levar em conta que a saúde é condição essencial para que o envelhecimento possa ocorrer de forma bem-sucedida, estando relacionado aos cuidados que a pessoa tem consigo ao longo de toda uma vida (LODOVICI, 2018).

Indivíduos que se mantêm ativos ao longo da vida, com hábitos saudáveis, tendem a manter sua vitalidade na velhice, com boa saúde, bem-estar físico e emocional (ILC-BRASIL, 2015).

Os indivíduos que estão envelhecendo de forma ativa otimizam as oportunidades para manterem ou alcançar sua saúde, a aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança para que tenham qualidade de vida à medida que envelhecem (ILC-BRASIL, 2015).

Acredita-se que um dos fatores que contribuem para o envelhecimento bem-sucedido seja a autoeficácia (AE), descrita pela Teoria Social Cognitiva (TSC), como sendo crença que o indivíduo tem em sua capacidade para desempenhar um comportamento com sucesso, visando resultados específicos (BANDURA, 1995).

Essas crenças se adequam às novas rotinas, concepções e entendimento diante do mundo e sociedade, à medida que as pessoas envelhecem, constituindo novas crenças de acordo com novas competências (BANDURA, 2008; NADAI; PINHEIRO; MELO, 2018).

De acordo com TSC o ambiente (recursos, consequências de ações e ambiente físico), fatores pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento) e comportamentos (atos, escolhas individuais e declarações verbais) interagem entre si fazendo com que o indivíduo tenha uma AE positiva ou negativa (BANDURA, 2008).

O avanço no conhecimento sobre as relações entre a AE e a funcionalidade física, psicológica e social, vem contribuindo para um melhor entendimento em relação à adaptação de idosos a novos desafios (SOUSA et al., 2020).

O idoso deve ser capaz de reconhecer os fatores que possam promover melhoras em sua saúde, desempenhando o autocuidado nas dimensões da aprendizagem, recursos e ações (ANSAL et al.,

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

2019).

A aprendizagem requer motivação, estratégias, estratégia cognitivas, e metacognitivas. No que concerne os aspectos motivacionais a AE desempenha papel crucial, influenciando vários aspectos como a autoavaliação, automonitoramento, gerenciamento do tempo, estabelecimento de metas e a capacidade de utilizar estratégias.

A AE está relacionada à capacidade de planejar e realizar ações para alcançar seus objetivos. Dessa forma o maior planejamento pode influenciar a definição de metas e hábitos saudáveis de vida dos idosos (MARTINEZ, MAGALHÃES; MEDEIROS, 2018).

A adoção comportamentos de saúde envolve fatores individuais e coletivos que variam de acordo com cada pessoa, estando à manutenção deste vinculada a uma expectativa de sucesso. Assim quando se espera que um comportamento de saúde seja desenvolvido é necessário estabelecer as expectativas entre respostas e resultados para os indivíduos (MARTINEZ; MAGALHÃES; MEDEIROS, 2018).

A AE influencia o indivíduo a assumir ou não determinado comportamento, a perseverar nesse comportamento, bem como a reagir aos obstáculos e às recaídas de hábitos antigos indesejáveis (SOUSA et al., 2020).

Tantos os estereótipos positivos quanto os negativos do envelhecimento, influenciam as atitudes e os comportamentos dos idosos. A percepção negativa da AE tem efeito prejudicial no sentimento de autocontrole e desempenho, desencorajando ações relacionadas ao comportamento saudável (ILC-BRASIL, 2015).

A AE é uma ferramenta que auxilia na adesão a tratamentos e enfrentamento de agravos à saúde uma vez que as pessoas possuem controle significativo sobre seu comportamento por intermédio dos processos cognitivos (SOUSA et al., 2020; BANDURA, 2008).

Somados à AE elevada, o envelhecimento ativo se dá pelas condições de manter uma boa dieta, controle da ingestão de bebidas alcoólicas, sensação do consumo de tabaco, bom desempenho físico e mental e relação eficaz com a vida (NADAI; PINHEIRO; MELO, 2018; MARTINEZ; MAGALHÃE E PEDROSO, 2018). O envelhecimento ativo depende do equilíbrio entre o declínio natural das capacidades individuais, mentais e físicas e o alcance dos objetivos que se almejam por meio de estratégias propostas pelos profissionais de saúde em parceria com a pessoa idosa, a família e a comunidade (ILHA et al., 2016).

As crenças na AE colaboram para determinar as escolhas do ser humano, os meios de se chegar aos seus objetivos específicos, o esforço e à persistência diante aos obstáculos (OLIVEIRA; SILVA;

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

BARDAGI, 2018).

Por ser o envelhecimento um fenômeno complexo e multidimensional requer a cooperação de diferentes saberes, para uma correta e eficiente avaliação das políticas públicas, em busca de soluções viáveis para oferecer ao idoso qualidade aos anos vividos (COLL; MARCHESI; PALÁCIOS, 2017).

Dada à complexidade e magnitude da saúde da população idosa torna-se essencial que os profissionais de saúde se atentem aos fatores determinantes do envelhecimento e suas consequências (SOUSA et al., 2020).

Diante a longevidade, os profissionais devem oferecer oportunidades para que as pessoas idosas possam optar por estilos de vida saudáveis, estimulando a participação em atividades que mantenham a capacidade cognitiva e contribuam para inclusão social. Deve-se ainda levar em consideração a percepção do indivíduo em relação às possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas (ILC-BRASIL, 2015; ILHA et al., 2016).

A educação em saúde aliada a AE pode contribuir para a melhoria dos hábitos de saúde de idosos. O aprender ativamente sobre suas morbidades, participação no planejamento do tratamento e a adaptação de suas condições potencializam a AE e intensificam autocuidado (LEE et al., 2019).

Características próprias do envelhecimento fazem com que os profissionais que trabalham com esse público, em especial a enfermagem, adquiram conhecimento mais específico com o objetivo de atender aos idosos em suas necessidades, principalmente no cuidado (BIDEL et al., 2016).

O aprender sobre saúde exerce influência positiva na AE encorajando o idoso na adoção de comportamentos saudáveis e na autogestão de saúde (LEE et al., 2019).

A atuação do enfermeiro na educação em saúde contribui para construção do conhecimento e o desenvolvimento de práticas relativas ao cuidado à saúde, articulando saberes, técnicos e populares, que proporcionando reflexões e hábitos de vida saudável em idosos (CARVALHO et al., 2018).

A AE juntamente com o conhecimento de suas morbidades, facilitam a adoção de comportamentos saudáveis e a autogestão de saúde entre idosos, cabendo ao profissional de saúde o fornecimento de informações e orientações de modo a encorajar a participação ativa desse público (CHOI, 2020; LEE et al., 2019).

Com o envelhecimento populacional, tem-se a necessidade de identificar os fatores que se correlacionam com as condições de saúde da pessoa idosa, dentre elas a AE, objeto de interesse de pesquisadores que almejam constatar como esse constructo contribui para um baixo risco de mortalidade e incapacidades físicas e mentais (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSOS, 2018).

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

A fim de contribuir com o aprimoramento da AE no campo da gerontologia, este estudo objetiva realizar a adaptação cultural e psicométrica da Escala de Autoeficácia para a Autodireção em Saúde (EAAS) (Anexo A), desenvolvida em Portugal, para o português do Brasil.

A adaptação de um instrumento pré-existente possui vantagens quando comparado à construção de novos, em decorrência do menor tempo e gastos, possibilitando comparações transculturais e generalização de resultados (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012; PACICO, 2015).

No entanto, a adaptação de um instrumento é um processo complexo e criterioso, exigindo do pesquisador rigor metodológico (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012).

Para que um instrumento seja utilizado em um novo idioma, população e cultura, torna-se necessária a adaptação, que engloba a alteração linguística, semântica e cultural do instrumento original, observando suas propriedades psicométricas (BEATON et al., 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Enquanto educadores cabe a enfermagem, o desenvolvimento de intervenções abrangentes que motivem a AE e identifiquem as principais barreiras na adoção de comportamentos saudáveis em idosos (CHOI, 2020)."

"CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES:

Critérios de inclusão: Ter idade igual ou superior a 60 anos, residir na zona urbana de Uberaba, ambos os sexos.

Critérios de exclusão: Serão excluídos os idosos que estiverem institucionalizados; com problemas de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala; com declínio cognitivo avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI, 1994) (ANEXO F) e não encontrados após 3 tentativas."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

"OBJETIVO GERAL: Validar para uso no Brasil a Escala de Autoeficácia para a Autodireção no Domínio da Saúde (EAAS) em uma amostra de idosos"

"OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais da versão brasileira do instrumento EAAS por meio de um comitê de juízes brasileiros.
- Analisar a consistência interna na versão brasileira da EAAS mediante o coeficiente Alfa de

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

Crobanch:

- Analisar a validação de constructo de versão brasileira da EAAS de acordo com a dimensionalidade, validação de constructo convergente e a validação de grupos conhecidos (idade e escolaridade)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Riscos: perda de confidencialidade, a qual será sanada pelo anonimato dos idosos nas entrevistas, que serão representados por números.

Benefícios: os resultados obtidos poderão ser utilizados como ferramenta útil para ações em saúde direcionadas aos idosos, contribuindo para melhoria da assistência prestada a esse público pelo serviços de saúde. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências Todos os participantes, ao término da entrevista, serão orientados quanto o sigilo dos dados informados. Espera-se que de sua participação na pesquisa, maiores informações sobre os domínios e variáveis que demandem maior atenção por parte dos gestores, serviços de assistência ao idoso e até mesmo do próprio idoso em relação a sua autonomia para cuidar de si, possibilitando maior autonomia por parte do idoso."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de retorno de parecer anterior versão 2, no. 5.243.997, em que os pesquisadores atenderam as solicitações do CEP-UFTM.

Os pesquisadores propõem realizar um estudo metodológico, quantitativo que se propõe a realizar a adaptação e a validação da Escala de Autoeficácia para a Autodireção da Saúde (EAAS) para o português do Brasil. A amostra será composta por 808 idosos, participantes de um projeto maior intitulado "Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)" conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) realizado em 2018, que serão abordados em seu domicílio. Serão utilizadas para o estudo as seguintes ferramentas de avaliação: Older Americans Resources and Services (OARS), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Lawton e Brody- Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Escala de Afetividade Positiva (AP) e Afetividade Negativa (AN), Escala de Satisfação com a Vida (ESV), Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde (EAAS) e coletadas as características sócio demográficas e econômicas.

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

Equipe de pesquisadores vinculada na Plataforma Brasil: Profa Dra Darlene Mara dos Santos Tavares (Responsável Principal, Docente do Departamento de Enfermagem), e Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro (Doutoranda em Atenção a Saúde PPGAS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013, o Colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 25/02/2022.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1851230.pdf	15/02/2022 12:26:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1701NOVOFORMCEPUFTM.docx	15/02/2022 12:25:41	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Brochura Pesquisa	NOVOFORMCEPUFTM.docx	21/01/2022 13:01:37	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVOFORMCEPUFTM.pdf	18/01/2022 11:35:36	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivreposesclearcemento.pdf	10/01/2022 22:09:27	Camila Romanato Ribeiro	Aceito

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEeTCPEIDOSOS.docx	01/12/2021 12:32:22	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	MiniExamedoEstadoMentalMEEM.pdf	19/11/2021 15:42:12	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	EscaladeLawtoneBrody.pdf	19/11/2021 15:36:53	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	EscaladeAutoestimadeRosemberg.pdf	19/11/2021 15:35:19	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	EscaladeAutoeficacianoAutodirecaoSaudeEEAS.pdf	19/11/2021 15:34:20	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	EscaladeAfetividadePositivaeNegativa.pdf	19/11/2021 15:33:44	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	Dadosociodemograficos.pdf	19/11/2021 15:33:06	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	Cartaconvite.pdf	19/11/2021 15:32:15	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	Autorizacaodousodoinstrumento.pdf	19/11/2021 15:29:02	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Outros	Aavaliacaoosemantica.pdf	19/11/2021 15:25:50	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPOSESCLARECIMENTOJUIZES.pdf	19/11/2021 15:19:41	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPOSESCLARECIMENTOJUIZES.docx	19/11/2021 15:19:30	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPOSESCLARECIMENTOIDOSO.pdf	19/11/2021 15:18:41	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEIDOSOS.pdf	19/11/2021 15:17:55	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FORMCEPUFTM.pdf	19/11/2021 15:14:32	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FORMCEPUFTM.docx	19/11/2021 15:14:13	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/11/2021 15:01:09	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	19/11/2021	Camila Romanato Ribeiro	Aceito

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.265.255

Orçamento	ORCAMENTO.docx	15:00:51	Ribeiro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/11/2021 13:37:26	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/11/2021 13:35:32	Camila Romanato Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	19/11/2021 13:31:01	Camila Romanato Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 25 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br

ANEXO C – Mini exame do estado mental (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente). "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota:_____

b) “Soletre a palavra MUNDO de trás para frente”

O ____ D ____ N ____ U ____ M ____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota:_____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota:_____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: “Nem aqui, nem ali, nem lá”

Nota:_____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

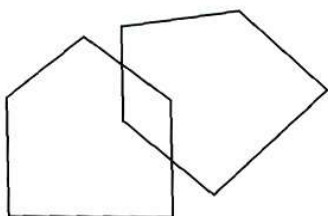
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

Considera-se com declínio cognitivo: analfabetos ≤ 13 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18 pontos; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26 pontos.



9) O idoso apresentou declínio cognitivo?

.....

(1) Sim (2) Não

Fonte: Bertolucci *et al.*, 1994

ANEXO D – Older Americans Resources and Services (OARS)

Nome: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da Coleta: ____/____/____

Bairro: _____ Endereço: _____ Tel: _____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos)..... ☐

ATENÇÃO:

O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.

Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo..... ☐

1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?..... ☐

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)

4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) Escolaridade..... ☐

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

5) O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha)..... ☐

(1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto) ☐

(2) Com cuidador profissional (1 ou +) ☐

(3) Com o cônjuge ☐

(4) Com outros de sua geração

(5) Com filhos

(6) Com netos

(7) Com nora ou genro

(8) Outros _____

(9) Não Sei (99) Não Respondeu

6) Qual a sua renda individual:..... ☐

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo

4 - De 1 - 3 salários mínimo 5 - De 3 - 5 salários mínimo 6 - mais de 5 salários mínimo

7) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha)..... ☐

1-Aposentadoria 2-Pensão 3-Renda/ aluguel 4-Doação (família) ☐

5-Doação (outros) 6-Trabalho contínuo (formal ou não) 7- Trabalho eventual ☐

8-Renda mensal vitalícia 9- Aplicação financeira 10- Sem rendimento próprio ☐

11-Outro. Especificar _____ 99- Ignorado

8) Principal atividade profissional exercida atualmente:..... ☐

- 1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal
4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário
8- Outro (especifique _____) 9- Não exerce 99- Ignorado

9) Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?..... ☐

- 1- Tempo de Serviço 2- Idade 3- Problema de Saúde: especifique _____
4- Não se aposentou 99- Ignorado

10) No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)... ☐

- 1- Mal 2- Regular 3- Bom 99- Ignorado

11) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:..... ☐

- 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99-Ignorado

12) A casa onde o sr. mora:..... ☐

- 1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel
4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo
99- Ignorado

13) O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha):..... ☐ ☐

- (1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)
(2) Com cuidador profissional (1 ou +)
(3) Com o cônjuge
(4) Com outros de sua geração
(5) Com filhos
(6) Com netos
(7) Com nora ou genro
(8) Outros _____
(9) Não Sei
(99) Não Respondeu

ANEXO E – Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton e Brody

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
Em relação ao uso do telefone...		
a) Telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
Em relação as viagens...		
b) Viagens	Realiza viagem sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
Em relação a realização de compras...		
c) Compras	Realiza compras, quando é fornecido transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
Em relação ao preparo de refeições...		
d) Preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições	1
Em relação ao trabalho doméstico...		
e) Trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
Em relação ao uso de medicamentos...		
f) Medicções	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos	1
Em relação ao manuseio do dinheiro		
g) Dinheiro	Preenche cheques e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	1

Fonte: Santos; Virtuoso Júnior, 2008

ANEXO F – Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)

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

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

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

Fonte: Hutz; Zanon; Vasquez, 2014

ANEXO G – Escala de afetividade positiva (EAP) e Escala de afetividade negativa (EAN)

Encontra, a seguir, uma lista de palavras que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique até que ponto, experimentou ou experimenta esses sentimentos e emoções, marcando com um X um dos quadrados que lhe são apresentados, de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Muito pouco ou nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

1	bondoso	1	2	3	4	5
2	triste					
3	animado					
4	apaixonado					
5	chateado					
6	cuidadoso					
7	culpado					
8	alegre					
9	corajoso					
10	envergonhado					
11	valente					
12	forte					
13	humilhado					
14	curioso					
15	irritado					
16	medroso					
17	nervoso					
18	orgulhoso					
19	preocupado					
20	tímido					

Fonte: Zanon et al., 2013

ANEXO H – Escala de satisfação com a vida (ESV)

Instruções

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

	1	2	3	4	5	6				7		
	Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo ligeiramen te	Concordo	Concor do totalme nte					
1	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.					1	2	3	4	5	6	7
2	As condições da minha vida são excelentes											
3	Estou satisfeito(a) com minha vida.											
4	Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.											
5	Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.											

Pontuação:

30-35=Extremamente Satisfeito

25-29= Satisfeito

20-24= Razoavelmente satisfeito

15-19= Razoavelmente Insatisfeito

10-14= Insatisfeito

5-9= Extremamente Insatisfeito

Fonte: Albuquerque; Sousa; Martins, 2010

ANEXO I – Escala verbal numérica

Após a leitura do instrumento, marque com um X a questão que melhor responde a seguinte pergunta “Você entendeu o que foi perguntado?”

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
Escala de Autoeficácia para a Autogestão na Saúde (EAAS)								
Para saber como responder este questionário, por favor, faça esta experiência. Se pedissem a você para carregar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-las, de acordo com os exemplos abaixo								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
Carregar 1 sacola (3 Kg) Carregar 5 sacolas (15 Kg) Carregar 15 sacolas (45 Kg) Não consigo de maneira nenhuma Estou um pouco confiante de que consigo Estou mais ou menos confiante de que consigo Estou muito confiante de que consigo Estou totalmente confiante de que consigo								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para ter uma boa saúde. Por favor, escreva na coluna a direita o número entre 0 e 10 que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções: Estou confiante de que, sozinho(a), sou capaz de:								
1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
2- Não consumir tabaco (cigarro, cigarro de palha, cachimbo, charuto).								
3- Manter o meu dia a dia equilibrado, em termos de atividade, lazer e descanso.								
4- Não abusar do sal em minha alimentação								
5- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.								
6- Evitar frituras na minha alimentação.								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
7- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados.								
8- Consumir bebidas alcoólicas com muita moderação.								
9- Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência.								
10- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muita gorduras saturadas: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros).								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
11- Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.								
12- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas.								
13- Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio.								
14- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
enfrentar a vida) para me motivar a pratica-lo.								
15- Procurar informações necessárias na internet.								
16- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.								
17- Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando tiver muito ocupado(a) com o trabalho.								
18- Me organizar para que consiga dormir de 7 a 8 horas por dia.								
19- Insistir comigo e me								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).								
20- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.								
21- Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção).								

ESCALA EAAS	0 Não entendi nada	1 Entendi só um pouco	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	4 Entendi quase tudo	5 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas	O que entendeu dessa questão?	Sugestão
Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐								
22- Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si mesmo(a), com relação a cuidar bem da sua saúde?								

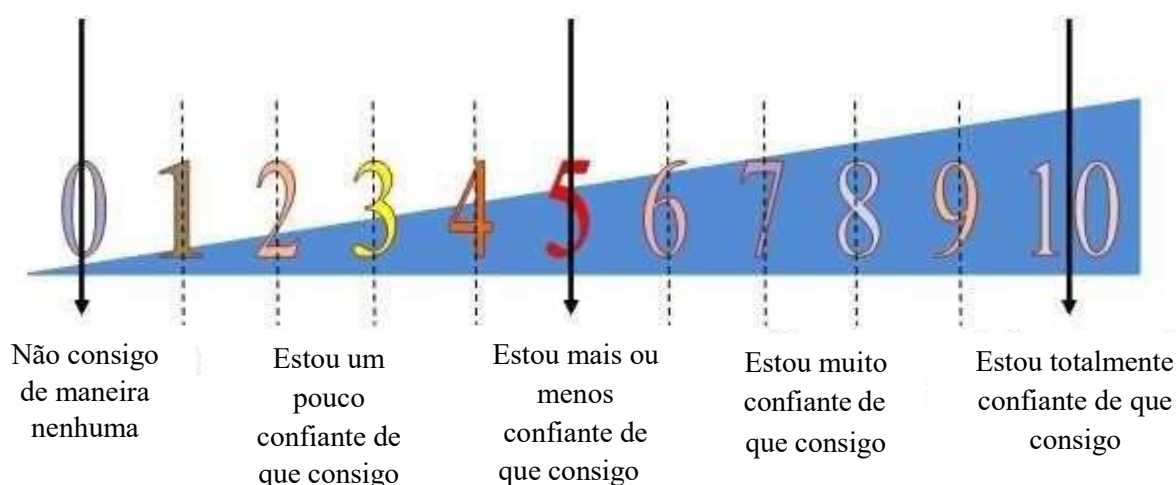
Fonte: Conti; Slater; Latorre. 2009

ANEXO J - Escala de autoeficácia para a autogestão na saúde (EAAS) adaptada

Para saber como responder este questionário, por favor, imagine esta experiência.

Se pedissem a você para carregar várias sacolas de compras cheias (cerca de 3 Kg cada), qual a sua confiança de que seria capaz de carregá-las, de acordo com os exemplos abaixo indicados?

Indique o seu grau de confiança, **escrevendo um número de 0 a 10**, sabendo que **0 (zero)** significa que “**não consigo de maneira nenhuma**” e **10** significa “**estou totalmente confiante de que consigo**”, de acordo com a escala abaixo:

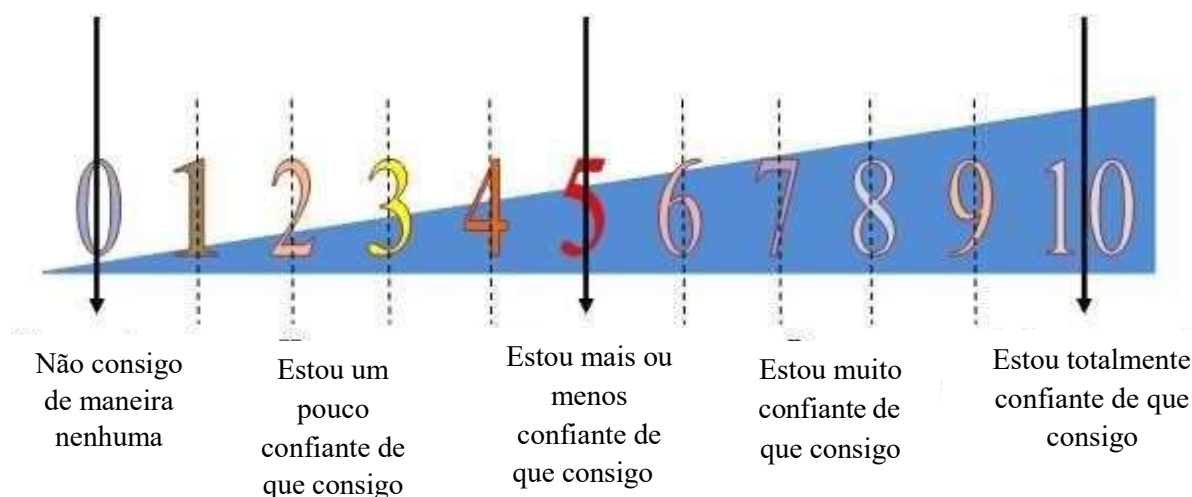


Até que ponto você tem confiança de que é capaz de carregar as seguintes sacolas cheias de compras?

Escreva abaixo sua confiança entre 0 e 10. (0-10)

Carregar 1 sacola (3 Kg)	_____
Carregar 5 sacolas (15 Kg)	_____
Carregar 15 sacolas (45 Kg)	_____

A seguir, encontram-se várias situações relacionadas ao que é importante fazer para **ter uma boa saúde**. Por favor, **escreva na coluna a direita o número entre 0 e 10** que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma das atividades, de acordo com as seguintes opções:



Estou confiante de que, sozinho(a), sou capaz de:	Confiança 0-10
1- Encontrar uma companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a	_____
2- Evitar frituras na minha alimentação	_____
3- Estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos	_____
4- Não abusar do sal em minha alimentação	_____
5- Seguir uma alimentação à base de alimentos cozidos e grelhados	_____

6- Saber como recorrer aos profissionais de saúde especialistas, em uma situação de emergência.	_____
7- Seguir uma alimentação com poucas gorduras saturadas (Exemplo de alimentos com muita gordura saturada: carnes gordurosas, manteiga, queijo entre outros).	_____
8- Encontrar uma forma de fazer exercícios, mesmo que o tempo não esteja bom.	_____
9- Seguir uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras frescas.	_____
10- Estar atento/a aos programas mais informativos sobre saúde na televisão ou no rádio.	_____
11- Pensar nas sensações agradáveis que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a pratica-lo.	_____
12- Procurar informações necessárias na internet.	_____
13- Cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.	_____
14- Me organizar para conseguir praticar exercícios físicos, mesmo quando estiver muito ocupado(a) com o trabalho.	_____
15- Insistir comigo e me recompensar por praticar exercícios, mesmo quando não tiver vontade (por exemplo, dizer “ainda bem que fiz uma caminhada”).	_____
16- Obter esclarecimentos sobre assuntos de saúde com especialistas sempre que preciso.	_____
Ao comparar a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como você a classifica? (Por favor, marque com um X a melhor opção). Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐	

Gostaria de dizer algo mais sobre a sua confiança em si mesmo(a), com relação a cuidar bem da sua saúde?	
---	--