Escala de autoeficácia para o exercício: validação para a população portuguesa

Anabela Correia Martins[1*], Catarina Silva[1], Juliana Moreira[1], Clara Rocha[2], Ana Gonçalves[1]

[1]Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC – Coimbra Health School, Departamento de Fisioterapia, Coimbra, Portugal
[2] Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC – Coimbra Health School, Departamento de Ciências Complementares, Coimbra, Portugal; INESC Coimbra,Coimbra, Portugal

Introdução

O exercício para prevenção de quedas deve estar incluído nas intervenções multifatoriais de prevenção de quedas (AGS/BGS, 2011; NICE, 2013; Gillespie et al., 2012).
Existem algumas barreiras à adesão à prática de exercício, como a falta de interesse e motivação, medo de cair ou baixa autoeficácia (Peel, Bell & Smith, 2008).
A autoeficácia (AE) refere-se à crença ou sentimento de confiança que o indivíduo tem na sua capacidade para realizar um comportamento específico, numa situação particular (Strecher et al., 1986; Lee, Arthur & Avis, 2008).
No caso particular do idoso, a AE tem sido encarada como um recurso interno com a capacidade de minimizar os efeitos das incapacidades funcionais que podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (Brassington et al., 2002).
Supõe-se assim que uma AE elevada se relaciona com melhor saúde e funcionalidade (Martins, 2013).
A avaliação da AE para o exercício em indivíduos, particularmente aqueles em risco de queda, torna-se assim uma ferramenta fundamental para o profissional de saúde, aquando da prescrição de planos de exercício.

Objetivo

Traduzir, adaptar culturalmente e validar, para a população portuguesa, uma escala que avalie a autoeficácia para o exercício.

Metodologia

Tipo de estudo: Tradução, adaptação cultural e validação

Instrumento original: *Physical Exercise Self-Efficacy Scale* (Schwarzer & Renner, 2009)

Objetivo do instrumento: Avaliar a confiança que um indivíduo reporta para realizar exercício físico, de acordo com diferentes estados emocionais: sentir-se preocupado e com problemas, sentir-se deprimido, sentir-se nervoso, sentir-se cansado e sentir-se ocupado.

Pontuação: Cada item é graduado com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos: 1 "de modo nenhum é verdade", 2 "dificilmente é verdade", 3 "provavelmente é verdade", 4 "exatamente verdade".
O score resulta da soma das pontuações de cada item, variando entre 5 e 20.
Quanto mais elevado o valor, maior a crença ou sentido de autoeficácia para o exercício.

SEfic1	Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando tenho preocupações e problemas.
SEfic2	Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto deprimido(a).
SEfic3	Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto tenso(a).
SEfic4	Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou cansado(a).
SEfic5	Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou ocupado(a).

Figura 1: Versão em língua portuguesa da Escala de Autoeficácia para o Exercício

Adaptação cultural: Processo de tradução-retroversão-tradução de acordo com as recomendações de tradução de questionários propostas pelo *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust* (2002).

Amostra: 503* indivíduos adultos residentes na comunidade, com 50 ou mais anos, com deambulação independente, com ou sem auxiliar de marcha. Média de idade 69,47 (±10,240) anos, 71,6% Mulheres. 61,5% reportou osteoartrite (61,5%) e 46,1% ter um estilo de vida sedentário.
O score médio do perfil de participação, avaliado com o Perfil de Atividades e Participação relacionado com Mobilidade (Martins, 2016), traduziu um perfil de participação com restrições ligeiras.
* amostra representativa da população portuguesa (cálculo da amostra para uma população finita com intervalo de confiança de 95% e 5% de margem de erro)

Análise estatística através do software IBM SPSS (v.24).

Resultados

Consistência interna

Os fatores apresentaram bons níveis de consistência interna, com valores de α acima de 0,7, e todos os itens a correlacionarem-se moderadamente (SEfic4 e SEfic5) ou de forma elevada com a dimensão em estudo.

Tabela 1: Avaliação da Confiança: valores de Alfa de Cronbach e correlações item/dimensão

	Correlação Item/Dimensão	Alfa de Cronbach sem item	Alpha
SEfic1	0,701	0,830	0.863
SEfic2	0,738	0,820	
SEfic3	0,766	0,814	
SEfic4	0,640	0,845	
SEfic5	0,576	0,861	

Análise fatorial com extração de fatores

- O valor de KMO é de 0.852, o que traduz uma amostra adequada, com boa correlação entre as variáveis.
- O teste de esfericidade de Bartlett $\chi(10)$ 1170,44 ($p < 0,001$), o que revela que a matriz de correlação dos 5 itens da escala se distingue da matriz de identidade, indicando inter-correlações entre as variáveis.
- A matriz anti-imagem aponta para a não exclusão de variáveis (itens da escala).
- O conjunto dos cinco itens, submetido a uma análise fatorial em componentes principais, com rotação ortogonal e extração livre de fatores, apontou para a retenção de 1 fator (tabela 2). O valor obtido da variância explicada foi de 64,97%.

Tabela 2: Análise fatorial em componentes principais

Matriz de componente		
	Versão Original	Versão Língua Portuguesa
SEfic1	0,843	0,823
SEfic2	0,857	0,851
SEfic3	0,814	0,868
SEfic4	0,800	0,767
SEfic5	0,753	0,711

Análise da validade de critério

Estudo da correlação com o perfil de participação social. O valor da correlação de *Pearson* (r=-0,279) foi significativo para $p < 0,001$.

Análise da validade de construção

Estudo da relação com hábitos de vida sedentários, avaliados através da pergunta: "Passa mais de 4 horas por dia, 5 dias por semana, sentado?".
A análise *t-student* para amostras independentes permitiu aferir que quem reporta um estilo de vida sedentário, apresenta menor valor de autoeficácia para o exercício ($p < 0,001$).

Discussão

- Tal como na escala original, o instrumento ter boa consistência interna; representando apenas uma dimensão com correlação moderada entre cada um dos itens e a AE.
- Indivíduos com valores mais baixos de AE para o exercício tendem a limitar atividades (Hadjistavropoulos et al, 2012; Jorstad et al., 2005; Scheffer et al, 2008; Friedman, Munoz, West, Rubin & Fried, 2002) acelerando o declínio funcional. Assim, e tal como os resultados desta validação demonstraram, quem revelou maior AE para o exercício apresentou melhor perfil de participação social.

Conclusão

- A aplicação deste instrumento breve demonstrou ser rápida e de fácil compreensão, acarretando baixos custos
- As suas propriedades psicométricas, demonstram que pode ser utilizado como orientador para a prescrição de exercício, para que este seja adaptado às características e necessidades do indivíduo.

Referências

American Geriatrics Society/British Geriatrics Society, AGS/BGS. (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 148-157; Brassington, G.S., Atienza, A., Perczek, R.E., DiLorenzo, T.M. & King, A.C. (2002). Intervention-related cognitive versus social mediators of exercise adherence in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2 SUPPL. 1), 80-86. doi:10.1016/S0749-3797(02)00477-4; Friedman, S., Munoz, B., West, S., Rubin, G., & Fried, L. (2002). Falls and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1329–1335. Acedido em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532-5415.2002.50352.x/pdf; Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9 (11); Hadjistavropoulos, T., Carleton, R. N., Delbaere, K., Barden, J., Zwakhalen, S., Fitzgerald, B., … Hadjistavropoulos, H. (2012). The relationship of fear of falling and balance confidence with balance and dual tasking performance. *Psychology and Aging*, 27(1), 1–13. doi:10.1037/a0024054; Jorstad, E. C., Klaus, H, Becker, C., Lamb, S. E., & ProFaNE Group. (2005). Measuring the Psychological Outcomes of Falling: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 501–510. Acedido em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.53172.x/pdf; Lee, L.L., Arthur, A. & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1690-1699. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.012; Martins, A. (2013). Programas de Exercício e Prevenção de Quedas: Um estudo piloto para identificar necessidades dos idosos a residir na comunidade. *Revista Ibero-americana de Gerontologia*, 1, 27-46; Martins, A.C. (2016). Development and initial validation of the Activities and Participation Profile related to Mobility (APPM). *BMC Health Services Research*, *16* (Suppl 3):O150; National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2013). *Falls: Assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 161*; Peel, N., Bell, R.A.R. & Smith, K. (2008). *Queensland Stay On Your Feet® Community Good Practice Guidelines* – preventing falls, harm from falls and promoting healthy active ageing in older Queenslanders. Queensland Health, Brisbane; Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N., Hooft, T., & Rooij, S. E. . (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19–24. doi:10.1093/ageing/afm169; Schwarzer, R. & Renner, B. (2009). Health-Specific Self-Efficacy Scales. Acedido em: https://userpage.fu-berlin.de/health/healself.pdf; Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11(3), 193-205.

Contacto:
Anabela Correia Martins
Instituto Politécnico de Coimbra - ESTeSC Coimbra Health School, Dep. Fisioterapia
Rua 5 de Outubro S. Martinho do Bispo - Apartado 7006 | 3046 – 854 Coimbra Portugal
Email: anabelacmartins@estescoimbra.pt

Agradecimentos
A equipa FallSensing agradece a todos os participantes que voluntariamente aceitaram participar no estudo. O FallSensing é um projeto co-financiado pela União Europeia (UE) através de Fundos Europeus Estruturais e de Investimento (FEEI) e pelo Portugal 2020, enquadrado no COMPETE 2020 (Programa Operacional da Competitividade e Internacionalização), com o código universal: POCI-01-0247-FEDER-003464.

Cofinanciado por:

6-7 NOVEMBRO 2017
Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra - Portugal
www.cncdp.net
4º CONGRESSO NACIONAL
CONVERSAS DE PSICOLOGIA
3ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO ATIVO