

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002950015>

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA *SELF-EFFICACY AND THEIR CHILD'S LEVEL OF ASTHMA CONTROL*: VERSÃO BRASILEIRA

Ana Lúcia Araújo Gomes¹, Lorena Barbosa Ximenes², Elizamar Regina da Rocha Mendes³, Olinda Costa Mota Teixeira⁴, Emanuella Silva Joventino⁵, Marly Javorski⁶

- ¹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anabetogomes@hotmail.com
- ² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPQ. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lbximenes2005@uol.com.br
- ³ Mestranda em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: elizamarregina@hotmail.com
- ⁴ Enfermeira do Hospital Terciário de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: olindamota@hotmail.com
- ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Instituto de Ciências a Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil. E-mail: manujoventino@yahoo.com.br
- ⁶ Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: marly.11j@gmail.com

RESUMO: Objetivou-se traduzir e adaptar a escala *Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control* para a realidade cultural do Brasil e avaliar a validade de conteúdo da versão em português. Estudo metodológico que seguiu as fases: tradução inicial para língua portuguesa por dois tradutores independentes, síntese das traduções, tradução da síntese da escala de volta para o idioma de origem-ínglês (*back-translation*), pré-teste da versão final com 30 pais/cuidadores e validação de conteúdo. Avaliação do pré-teste suscitou modificações para uma melhor compreensão pela população-alvo. A validade de conteúdo obtida através da análise da escala pelo comitê de especialistas foi considerada adequada (IVC>0,80). O tempo de aplicação da escala com cada participante variou entre 5 e 13 minutos. Recomenda-se a ampliação da aplicação da escala no Brasil com vistas a melhorar suas propriedades psicométricas e para que se tenham parâmetros para intervenções no controle e manejo da asma infantil.

DESCRIPTORES: Asma. Criança. Atenção primária à saúde. Autoeficácia. Estudos de validação.

TRANSLATION AND CULTURAL ADAPTATION OF THE *SELF-EFFICACY AND THEIR CHILD'S LEVEL OF ASTHMA CONTROL* SCALE: BRAZILIAN VERSION

ABSTRACT: The aim of this study was to translate and adapt the *Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control* scale to Brazil's cultural reality and evaluate the content validity of the Portuguese version. A methodological study that followed the stages: initial translation into Portuguese language by two independent translators; translation synthesis; translation of the scale's synthesis back into its original English language (*back-translation*); pre-test of the final version with 30 parents/guardians; and content validation. The pre-test evaluation led to modifications for the target population's better understanding. Content validity obtained by means of analysis of the scale by the committee of experts was considered adequate (CVI>0.80). The scale's application time with each participant ranged between 9-13 minutes. An increase in the scale's application in Brazil is recommended, with the aim of improving its psychometric properties, as well as obtaining parameters for control and management interventions in childhood asthma.

DESCRIPTORS: Asthma. Child. Primary Health Care. Self-efficacy. Validation studies.

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA ESCALA *SELF-EFFICACY AND THEIR CHILD'S LEVEL OF ASTHMA CONTROL*: VERSIÓN BRASILEÑA

RESUMEN: El objetivo fue traducir y adaptar la escala *Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control* para la realidad cultural de Brasil y evaluar la validez de contenido de la versión en portugués. Estudio metodológico que siguió las fases: traducción inicial para la lengua portuguesa por dos traductores independientes, traducción de la síntesis de escala de vuelta para el idioma de origen-ingles(*back-translation*), pre prueba de la versión final con 30 padres/cuidadores, validez de contenido. La evaluación de la pre prueba suscito modificaciones para una mejor comprensión por la población escogida. La validez del contenido por el comité de especialistas fue considerada adecuada(IVC>0,80). El tiempo de aplicación de la escala con cada participante varió entre 5-13 minutos. Se recomienda la ampliación de la aplicación de la escala en Brasil con vistas a mejorar sus propiedades psicométricas y para que se tengan parámetros para intervenciones en el control y manejo de la asma.

DESCRIPTORES: Asma. Niño. Atención primaria de salud. Autoeficacia. Estudios de validación.

INTRODUÇÃO

No Brasil, 72% da mortalidade da população associa-se a alguma enfermidade crônica.¹ Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis pode-se citar a asma, cuja prevalência é crescente em todo o mundo, sobretudo entre os grupos mais vulneráveis (crianças e idosos),² apresentando indicadores de mortalidade maiores em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil que hoje ocupa o ranking do oitavo país em prevalência de asma.³

A asma, considerada a primeira e mais comum doença crônica da infância,⁴ possui, na falta de manejo e de reconhecimento dos sinais e sintomas, os fatores que mais contribuem para mortalidade. Quando controlada, o risco de crises graves é mínimo e não requer hospitalizações.⁵ Para tanto, são necessários acompanhamento ambulatorial adequado e contínuo, uso de medicação profilática de forma ininterrupta, medidas preventivas no ambiente domiciliar adequadas à realidade socioeconômica e cultural das famílias, educação e suporte familiar que possibilitem o controle e gestão da doença.³

Como fonte principal de comportamentos e estilos de vida, a família constitui-se recurso valioso para o adequado controle da asma. Sendo assim, capacitar os pais/cuidadores para a gestão eficaz da asma inclui abordagens para a automonitorização, autoavaliação, gestão de crises e prevenção de gatilhos.⁶ Assim, sabe-se que planos de ação singularizados têm-se mostrado eficazes na autogestão da asma, melhorando resultados como autoeficácia, conhecimento e confiança.⁴

Autoeficácia constitui-se a crença que os indivíduos têm em sua capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado, em quanto esforço irão empregar para obtê-lo e em quanto tempo resistirão às condições adversas.⁷ A autoeficácia tem sido, portanto, associada ao cuidado com asma e outras doenças crônicas, com especial concentração nos domínios relacionados à adesão terapêutica, melhores resultados clínicos, redução dos processos de agudização, sendo capaz de gerar benefícios a curto, médio e longo prazo para o paciente, para a família e para o sistema de saúde.

Dessa forma, diante da inexistência de um instrumento brasileiro ou adaptado para uso no Brasil que avaliasse a autoeficácia de pais e cuidadores no controle da asma infantil realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados para a identificação de uma escala que abordasse o construto: *National Library of Medicine* (PubMed); *Cumulative Index to*

Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Cochrane Library* (COCHRANE). A referida busca possibilitou a identificação da escala *Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control*, a qual ainda não havia sido traduzida ou adaptada para a língua portuguesa e que considera que a autoeficácia, as atitudes e os comportamentos dos cuidadores são capazes de influenciar no manejo e no controle da asma infantil.⁸

A *Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control* trata-se de uma escala do tipo Likert composta por cinco pontos e 17 itens, podendo totalizar de 17 a 85 pontos, que avalia a relação entre o nível de confiança de pais e cuidadores formais de crianças com asma e a autoeficácia percebida no manejo da doença, bem como determina se esse nível de confiança seria um preditor positivo para o controle da asma infantil. A escala é dividida em dois domínios: expectativas de eficácia (relacionada à confiança dos pais/cuidadores em gerir a asma das crianças) e expectativas de resultado (a crença de que a gestão de asma da criança resultaria em redução de visitas médicas, hospitalizações e absenteísmo escolar). Vale ressaltar que quanto maior a pontuação obtida na escala, maiores os níveis de confiança dos pais e cuidadores no controle da asma das crianças.⁸

Portanto, acredita-se que a incorporação na prática assistencial pediátrica de um instrumento com essa capacidade de avaliação poderá direcionar intervenções individuais, com base nos menores níveis de autoeficácia percebidos, favorecendo assim o alcance de parâmetros de controle da doença. Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivo traduzir e adaptar a escala *Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control* para a realidade cultural do Brasil e avaliar a validade de conteúdo da versão em português para que possa ser utilizada na população brasileira.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, envolvendo a tradução e adaptação cultural da escala *Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control*. Os procedimentos metodológicos utilizados seguiram cinco fases: tradução inicial, síntese da tradução, tradução de volta à língua de origem (*back-translation*), revisão por um comitê de juízes e pré-teste da versão final.⁹ Logo após a conclusão das etapas de tradução e adaptação para a língua portuguesa, procedeu-se a validação de conteúdo por outro comitê de especialistas.

Destaca-se que a autorização para o uso do instrumento foi obtida por meio de correio eletrônico junto à Dra. Marilyn Wood, Phd, Professora do curso de Enfermagem da *University of Toledo*, em Ohio.

O estudo foi realizado no período de abril a julho de 2014. A primeira fase do estudo consistiu-se em duas traduções independentes para a língua portuguesa.⁹ O tradutor um (T1) era brasileiro, profissional da saúde (médico), com proficiência no idioma inglês, tendo sido informado sobre os conceitos e objetivos do estudo com o intuito de obter equivalência na perspectiva clínica. Em contrapartida, o tradutor dois (T2), não recebeu influência dos objetivos da pesquisa, tendo sido considerado tradutor 'naive', sendo o mesmo brasileiro, com dupla nacionalidade, graduado em Engenharia Química, com Mestrado e Doutorado em Recursos Hídricos pela *University of Texas*, em Austin.

Na fase seguinte, procedeu-se a síntese das traduções, baseando-se no instrumento original, bem como, nas traduções do T1 e T2.⁹ Para essa etapa de síntese contou-se com a colaboração de uma pesquisadora doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde, brasileira, com domínio da língua-mãe, com publicações na área temática de autoeficácia e estudos metodológicos, a qual não havia participado de nenhuma etapa anterior do processo de tradução e adaptação, sendo, portanto, considerada imparcial nesta etapa. Essa síntese foi registrada quanto a cada item do instrumento, de modo que após os ajustes entre as duas traduções, o instrumento foi chamado de T12, sendo utilizado na próxima fase.

Na terceira fase, a síntese T12 foi traduzida de volta à língua de origem (*back-translation*), por dois tradutores,⁹ os quais não tiveram conhecimento dos objetivos da *back-translation*, sendo realizado por duas professoras de inglês, uma nascida em Ohio-EUA, a qual morava no Brasil há 21 anos e atuava também como tradutora; e a segunda nascida em Massachusetts-EUA, morando no Brasil há dez anos. As *back-translations* (B1 e B2) a partir da versão T12 da escala, totalmente cegas à versão original e aos conceitos do construto, geraram, portanto, duas versões retraduzidas independentes (RT1 e RT2).

Na quarta fase, todos os instrumentos produzidos (as duas traduções T1 e T2, a tradução T12 e as duas versões do *back-translation* (B1 e B2), além da versão original) foram examinados por um comitê de nove juízes,⁹ o qual foi composto por dois tradutores (tradução simples), dois retradutores (tradução reversa), duas enfermeiras, uma comunicóloga e dois médicos.

Enviou-se a cada membro do comitê os instrumentos supracitados, bem como um instrumento contendo os seguintes aspectos a serem avaliados: a) equivalência semântica – avaliação gramatical e do vocabulário; b) equivalência idiomática – a formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de tradução difícil; c) equivalência experimental – a tradução deve utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina; d) equivalência conceitual – os conceitos traduzidos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população brasileira. Cada juiz deveria responder aos critérios de avaliação das equivalências, fazendo suas devidas sugestões. Salienta-se que se optou na apresentação dos resultados por utilizar as seguintes siglas, as quais foram utilizadas também na escala original: EE - Expectativa de Eficácia e ER - Expectativa de resultado.⁸

Finalizado o prazo de análise, os juízes devolveram suas considerações nos formulários totalmente preenchidos, os quais foram lidos e adaptados conforme as sugestões. Eles foram sintetizados e reenviados ao grupo para uma nova análise e posicionamento. Tal procedimento objetivou uma maior conformidade possível. Foram necessárias duas rodadas de avaliação para que a versão pré-final da escala passasse para etapa de pré-teste, tendo em vista as características ecléticas do grupo quanto à formação, desenvolvimento de práticas profissionais e olhares sobre o construto.

Para avaliar a compreensão por parte da população-alvo, o pré-teste foi realizado com trinta pais/cuidadores, sendo 25 mães, três avós, um avô e um pai, os quais acompanhavam as crianças com consulta agendada no Programa de Atenção à Criança com Asma (PROAICA) do município de Fortaleza, com o objetivo de trazer para o estudo contribuições de pessoas com características semelhantes às da população-alvo da escala. Assim, após o preenchimento da escala, cada sujeito relatou suas impressões sobre a mesma e suas respostas para cada item.

Após as modificações propostas pela população-alvo no pré-teste, originou-se a escala na versão final, submetida à validação de conteúdo por um comitê de especialistas. Os critérios utilizados para a seleção de especialistas para esta fase foram: ter experiência clínica no cuidado de crianças com asma e/ou vivência da atenção ambulatorial à criança portadora de doença crônica e/ou conhecimento/pesquisas sobre validação de instrumentos de

medida. Desse modo, por meio de uma busca da Plataforma *Lattes* do CNPq, identificaram-se profissionais que cumpriam estes critérios de seleção, de modo que sete aceitaram participar desta validação, os quais tinham título de doutor, sendo seis enfermeiras e uma médica, todas docentes de ensino superior atuando na Graduação e Pós-Graduação, com uma média de oito anos na assistência clínica a crianças portadoras de condição crônica.

O comitê de especialistas recebeu a escala e um instrumento para a validação de conteúdo abordando critérios de clareza, pertinência prática, pertinência teórica e dimensão teórica.¹⁰ Assim, procedeu-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que corresponde ao grau em que o instrumento é válido em relação ao seu conteúdo, utilizando-se, para tanto, as notas dos juizes de 1 a 5 na escala de Likert para cada aspecto avaliado e procedendo-se cálculos recomendados.¹⁰ Salienta-se que, apesar

da recomendação de serem consideradas aceitáveis apenas as questões que obtivessem um IVC maior que 0,8, optou-se pela não retirada dos itens da escala para que se procedesse posteriormente avaliação das suas propriedades psicométricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa após submissão na Plataforma Brasil (CAAE 24499113.9.0000.5054) e obedeceu às exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável (Nº 526.687) no Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ.

RESULTADOS

No que diz respeito ao processo de tradução e adaptação transcultural da escala, as versões da Escala Original e da Escala na versão Final encontram-se no quadro 1.

Quadro 1 – Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês e a versão final em português. Fortaleza-CE, Brasil, 2015

Itens da escala original	Itens da escala na versão Final
1. <i>I feel confident that I can recognize my child's asthma triggers.</i>	1. Eu me sinto confiante de que posso reconhecer os fatores que provocam asma na criança.
2. <i>I feel confident that I will know when my child needs his/her medications.</i>	2. Eu me sinto confiante de que vou saber reconhecer quando a criança precisa usar sua medicação
3. <i>I feel confident that I know when to manage my child's asthma myself and when I should go to the physician.</i>	3. Eu me sinto confiante de que eu sei cuidar da asma da criança em casa e sei quando devo ir ao serviço de saúde.
4. <i>I feel confident that I understand the directions from the physician regarding the treatment of my child's asthma.</i>	4. Eu me sinto confiante que eu entendo as orientações dos profissionais de saúde em relação ao tratamento da asma da criança.
5. <i>I feel confident that I can help my child use an inhaler correctly.</i>	5. Eu me sinto confiante de que posso ajudar a criança a usar o inalador corretamente (Exemplo: usar a bombinha corretamente).
6. <i>I feel confident that I can help my child use a spacer correctly.</i>	6. Eu me sinto confiante de que posso ajudar a criança a usar o espaçador corretamente.
7. <i>I can feel confident that I can help my child use a peak flow meter correctly.</i>	7. Eu me sinto confiante de que posso ajudar a criança a usar o aparelho de sopro corretamente.
8. <i>I believe that managing my child's asthma will result in less physician visits.</i>	8. Eu acredito que cuidar da asma da criança vai resultar em menos consultas médicas.
9. <i>I believe that managing my child's asthma will result in less emergency department visits.</i>	9. Eu acredito que cuidar da asma da criança vai resultar em menos visitas aos serviços de emergência
10. <i>I believe that managing my child's asthma will result in less hospital stays.</i>	10. Eu acredito que cuidar da asma da criança irá resultar em menos internamentos
11. <i>I believe that managing my child's asthma may cost me less money later.</i>	11. Eu acredito que cuidar da asma da criança poderá me custar menos dinheiro no futuro.
12. <i>I believe that managing my child's asthma will result in less school days missed.</i>	12. Eu acredito que cuidar da asma da criança resultará em menos dias de faltas na escola
13. <i>I believe that managing my child's asthma will result in my child getting better grades.</i>	13. Eu acredito que cuidar da asma da criança resultará em melhores notas escolares para ela.
14. <i>If your child's asthma is controlled, your child will be able to participate in school activities.</i>	14. Se a asma da criança é controlada, ela será capaz de participar das atividades escolares.
15. <i>If your child's asthma is controlled, your child will feel better.</i>	15. Se a asma da criança é controlada, ela se sentirá melhor.

Itens da escala original	Itens da escala na versão Final
16. <i>If your child's asthma is controlled, your child will sleep better.</i>	16. Se a asma da criança é controlada, ela dormirá melhor.
17. <i>If your child's asthma is controlled, your child will have a better quality of life.</i>	17. Se a asma da criança é controlada, ela terá uma melhor qualidade de vida.

A partir da avaliação das equivalências (semântica, idiomática, experimental, conceitual) dos itens pelos juízes e recomendações, pode-se observar que no item 1 da escala foi sugerido que o termo '*asthma trigger*' (desencadeantes da asma) fosse substituído pela expressão 'fatores que provocam', tendo em vista que desencadeantes é uma linguagem técnica, de difícil compreensão para a população-alvo, o que poderia suscitar falhas no entendimento do item. Em todos os itens o termo '*my child*' (minha criança) foi substituído pelo termo 'criança', tendo em vista que, no Brasil muitas crianças são cuidadas e conduzidas às unidades de saúde por outros cuidadores, e não somente pelos pais.

No item 2, as juízas avaliaram como necessária a alteração da expressão '*needs his other medications*' (precisa de seus medicamentos) pela expressão 'precisa usar sua medicação'. Esse aspecto foi justificado e aceito tendo em vista a necessidade de adesão terapêutica para o controle efetivo da asma infantil.

Quanto ao item 3, duas palavras sofreram alterações - *I feel confident that I know when to manage my child's asthma my self and when I should go to the physician* (Eu me sinto confiante de que eu sei **manejar** por mim mesmo a asma de minha criança e quando eu devo procurar um **médico**). O termo 'manejar' não é usual no vocabulário cotidiano dos pais ou cuidadores, sendo, por isso substituído por **cuidar**, enquanto 'procurar um médico' deu lugar na escala a **ir ao serviço de saúde**, levando-se em consideração que, nas Unidades de Atenção primária ou Unidades de Pronto Atendimento, o primeiro contato dos pais/cuidadores de criança em exacerbação da asma pode ser prestado por outro profissional de saúde. Essa mesma sugestão foi oportuna para que, na adaptação do item 4, a expressão '*the physician*' fosse substituída por 'profissionais de saúde'.

No que diz respeito ao item 5, que se refere ao uso de inaladores, houve a necessidade de acrescentar um exemplo: 'usar a bombinha corretamente' para uma melhor associação e compreensão do mesmo. Já no item 7, o termo '*peak flow meter*' (medidor de pico de fluxo) foi traduzido literalmente, no entanto, as juízas recomendaram que essa expressão fosse substituída por um termo equivalente: 'aparelho de sopro'. O mesmo aconteceu nos itens 8 e 10, quando o termo '*physician visits*' e '*hospital*

stays' foram substituídas por 'consultas médicas' e por 'menos internamentos', respectivamente. É importante ressaltar que nos itens onde aparece o termo '*managing*' houve substituição equivalente pelo termo 'cuidar', como aconteceu no item 9.

No item 11, '*I believe that managing my child's asthma may cost me less money later*' (Eu acredito que cuidar da asma do meu filho poderá me custar menos dinheiro mais tarde), duas juízas sugeriram a substituição do termo '*may cost me less money later*' por 'me ajuda a economizar', enquanto as demais sugeriram que o termo 'mais tarde', poderia gerar uma impressão de tempo imediato. Dessa forma, a alteração para o termo 'no futuro' levou em consideração os custos econômicos e sociais da asma fora de controle.

No item 12, a tradução do item '*I believe that managing my child's asthma will result in less school days missed*' foi compreendida como 'menos dias de faltas na escola' objetivando enfatizar o absenteísmo escolar na infância como um dos parâmetros de controle da asma.

No pré-teste, a versão final da escala foi aplicada a uma amostra de 30 pais/cuidadores inscritos no PROAICA/SMS/Fortaleza, com idades variando entre 15 a 54 anos, com predomínio do casamento e união estável na situação conjugal e menos de nove anos de estudo. Houve um predomínio de cuidadores do sexo feminino, sendo 25 mães e 03 avós. Do total de mulheres, a maioria (23) não exercia atividade remunerada, exercendo atividades no lar.

O tempo utilizado para finalizar a aplicação da escala com cada participante variou entre cinco e 12 minutos (M=68,13; DP=5,77). Os itens que mais geraram dúvidas e demandaram tempo de resposta foram os relacionados aos dispositivos utilizados na técnica inalatória (itens 5, 6 e 7), em especial o item 7 que se refere ao uso do medidor do pico de fluxo expiratório (PKE). Os respondentes, com frequência, confundiam o medidor (PKE) com o espaçador. Por ser este último um dispositivo mais usual na prática clínica, principalmente entre as crianças menores de seis anos, os juízes optaram por substituir a expressão '*peak flow meter*' por 'aparelho de sopro', tendo em vista que a associação do instrumento com sua função poderia favorecer o entendimento, reduzindo assim a possibilidade de erro na interpretação.

Após a alteração, os informantes manifestaram maior clareza quanto à formulação do item e avaliavam conforme o grau de confiança na utilização deste no cuidado cotidiano.

A pontuação total da escala variou na amostra do pré-teste de 54 a 81 pontos (M=68,13; DP±5,77) com resultados muito semelhantes entre os pais/cuidadores com mais de nove anos de escolaridade (M=68,08; DP±5,60). Ao final da aplicação da escala, os pais/cuidadores consideraram a mesma como compreensível, de modo que nenhum item deixou de ser respondido, permanecendo esta como a versão final.

No que se refere à validade de conteúdo realizada por um outro comitê de especialistas, a tabela 1 apresenta o IVC para cada item da escala e o IVC total das características avaliadas (clareza da

linguagem-CL, pertinência prática-PP e relevância teórica-RT), como também, mostra em qual dimensão o item foi avaliado pelos sete juízes e pelo autor da escala original.

A dimensão de clareza da linguagem obteve dois itens com IVC abaixo de 0,80 (ponto de corte), entretanto o IVC total de 0,88 foi considerado um valor aceitável para permanência do item na escala. As dimensões de pertinência prática e relevância teórica apresentaram respectivamente, um IVC total de 0,90 e 0,89. Como o IVC total das três características avaliadas da escala (CL, PP, RT) foram aceitáveis, optou-se por manter os enunciados e a máxima proximidade com a escala original.

No que diz respeito à dimensão teórica nenhum item apresentou menos que quatro juízes concordando com a dimensão da escala original.⁸

Tabela 1 - Correlação item-critérios de avaliação da validação de conteúdo da Escala de Autoeficácia no controle da asma infantil. Fortaleza, Brasil, 2015

Número do item		Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada item					Dimensão Teórica (número de juízes avaliadores)
		CL*	PP†	PT‡	EE§	ER	Dimensão teórica
1.	Eu me sinto confiante de que posso reconhecer os fatores que provocam asma na criança.	0,87	0,97	0,94	6	1	EE§
2.	Eu me sinto confiante de que vou saber reconhecer quando a criança precisa usar sua medicação	0,88	0,94	0,97	4	3	EE§
3.	Eu me sinto confiante de que eu sei cuidar da asma da criança em casa e sei quando devo ir ao serviço de saúde.	0,79	0,94	0,97	6	1	EE§
4.	Eu me sinto confiante que eu entendo as orientações dos profissionais de saúde em relação ao tratamento da asma da criança.	0,85	0,99	0,94	4	3	EE§
5.	Eu me sinto confiante de que posso ajudar a criança a usar o inalador corretamente (Exemplo: usar a bombinha corretamente).	0,88	0,97	0,91	4	3	EE§
6.	Eu me sinto confiante de que posso ajudar a criança a usar o espaçador corretamente.	0,91	0,97	0,94	4	3	EE§
7.	Eu me sinto confiante de que posso ajudar a criança a usar o aparelho de sopro corretamente.	0,74	0,82	0,82	6	1	EE§
8.	Eu acredito que cuidar da asma da criança vai resultar em menos consultas médicas.	0,85	0,91	0,94	2	5	ER
9.	Eu acredito que cuidar da asma da criança vai resultar em menos visitas aos serviços de emergência	0,91	0,94	0,94	3	4	ER
10.	Eu acredito que cuidar da asma da criança irá resultar em menos internamentos	0,85	0,94	0,94	3	4	ER
11.	Eu acredito que cuidar da asma da criança poderá me custar menos dinheiro no futuro.	0,82	0,79	0,77	2	5	ER
12.	Eu acredito que cuidar da asma da criança resultará em menos dias de faltas na escola	0,94	0,91	0,91	1	6	ER
13.	Eu acredito que cuidar da asma da criança resultará em melhores notas escolares para ela.	0,91	0,77	0,77	1	6	ER
14.	Se a asma da criança é controlada, ela será capaz de participar das atividades escolares.	0,91	0,91	0,88	-	7	ER
15.	Se a asma da criança é controlada, ela se sentirá melhor.	0,97	0,87	0,82	2	5	ER
16.	Se a asma da criança é controlada, ela dormirá melhor.	0,97	0,88	0,88	-	7	ER

Número do item	Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada item	Dimensão Teórica (número de juízes avaliadores)				
		CL*	PP†	PT‡	EE§	ER
17. Se a asma da criança é controlada, ela terá uma melhor qualidade de vida.	0,88	0,88	0,85	-	7	ER
Coeficiente de Validade de Conteúdo Total da Característica	0,88	0,90	0,89			

* Clareza de linguagem; † Pertinência prática; ‡ Pertinência teórica; § Expectativa de Eficácia; || Expectativa de resultado.

DISCUSSÃO

A tradução e adaptação de instrumentos previamente validados em outros países é um procedimento legítimo, além de reduzir custos, de facilitar o intercâmbio entre pesquisadores em âmbito internacional e de possibilitar o conhecimento acerca de construtos psicométricos, tal como a autoeficácia.¹¹

A asma, enquanto unidade complexa requer, na grande maioria das vezes, o uso concomitante de diferentes medicamentos, principalmente quando associada a outras comorbidade como rinite alérgica e eczema atópico,¹² tal como corticóide inalatório. Pacientes em condições de alta de emergências ou em acompanhamento ambulatorial devem ser orientados a iniciar ou manter medicação preventiva por via inalatória e usar corretamente os dispositivos inalatórios,¹² sendo necessária uma elevada autoeficácia dos pais/cuidadores dessas crianças para o sucesso do manejo da asma.⁸

Diante deste fato, o procedimento de tradução e adaptação cultural da escala *Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control* foi realizado de forma sistematizada, de modo que os 17 itens foram adaptados quanto às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual pelo comitê de juízes. Desse modo, foi possível o alcance de uma escala com mais clareza e adequação para ser utilizada na etapa do pré-teste, com modificações que envolveram exemplificações e substituições de termos e expressões, cujo objetivo principal foi facilitar a compreensão dos itens do instrumento pelos sujeitos do estudo e assim assegurar a equivalência transcultural.

Salienta-se que os estudos de adaptação cultural não devem considerar, apenas, as diferenças entre os países ou seus idiomas, deve-se ponderar também a realidade local ou regional, analisando-se o quanto se ganha com a aproximação cultural e o quanto se perde com a generalização e comparabilidade.¹³ Assim, apesar da escala ter sido validada na forma original em inglês, optou-se pela revalidação no Brasil, tendo em vista as características da população-alvo, seus interesses e a natureza da prestação de serviços de saúde a população portadora de asma do país. Sabe-se que estratégias educativas

desenvolvidas por Enfermeiros, subsidiadas pelos conceitos da teoria de autoeficácia, devem considerar o contexto e às condições da população a que se destina para o efetivo desenvolvimento da confiança e habilidades necessárias ao cuidado continuado.¹⁴

Durante o pré-teste, observou-se que alguns pais/cuidadores apresentaram dúvidas no que diz respeito aos dispositivos utilizados na técnica inalatória, como o medidor de pico de fluxo expiratório (PKE). A respeito disso, admite-se não ser ainda uma rotina de cuidados das crianças asmáticas na rede pública o uso de tais dispositivos e por isso, muitos questionaram a respeito o que suscitou uma adaptação nos itens que os referiam.

O medidor de pico de fluxo expiratório consiste em um dispositivo de uso clínico individual que mede o valor do pico de fluxo expiratório e fornece informações objetivas sobre a limitação ou não do fluxo aéreo, bem como o grau de obstrução das vias aéreas proximais.¹² Ressalta-se que a observação constante dos profissionais de saúde quanto à técnica correta de administração do dispositivo inalatório, com discussão junto aos cuidadores quanto à adesão terapêutica e as barreiras de uso fazem parte do plano de ação singularizado para estimular o controle da asma em nível de atenção primária de saúde.³ Destaca-se, portanto, o papel da equipe multiprofissional e da Estratégia Saúde da Família como fundamental para o funcionamento de qualquer programa de asma, mediante capacitação contínua para intervenções educativas e efetivas para o controle da asma.¹⁵

Ressalta-se que, no que concerne à avaliação pelos juízes, a experiência clínica e acadêmica destes permitiu uma análise crítica das estruturas que compõe cada item, sendo essa avaliação conduzida e fundamentada por diretrizes já testadas em outros estudos,^{11,13} de modo que as contribuições e alterações sugeridas no processo de adaptação possibilitaram o aperfeiçoamento dos itens, levando-se em consideração o grau em que estes se associam com a teoria de autoeficácia.

Destaca-se ainda a amplitude dos itens da escala, tendo em vista que satisfaz aspectos rela-

cionados à aquisição de motivações, habilidades e confiança para o auto manejo, bem como suas consequências como a redução do absenteísmo escolar,¹² já que se trata de um dos critérios para avaliação da exacerbação e fatores de risco da asma em crianças.⁴ Além disso, a escala abordou o padrão de sono noturno e o desempenho acadêmico, pois sintomas e despertares noturnos são considerados parâmetros de asma parcialmente controlada ou asma não controlada.¹²

No que se refere à dimensão teórica, todos os itens da escala obtiveram mais de 50% de associação dos itens avaliados na versão final com a escala original, demonstrando congruência do comitê de especialistas na validação de conteúdo e opiniões quanto aos fatores medidos na escala. Os critérios utilizados nessa etapa do estudo demonstraram um IVC total superior a 0,80 nas três características avaliadas (CL, PP, RT). Quando considerados adequados, optou-se por manter os enunciados e a máxima proximidade com a escala original acreditando que esses critérios refinaram o instrumento, permitiram uma maior compreensão e clareza dos termos utilizados no instrumento, a identificação de pontos fortes e fracos como, também, favoreceram as alterações com base nas dimensões teóricas do construto.¹⁰

O pré-teste da escala possibilitou ainda a participação de pessoas com diferentes níveis de escolaridade, fato que demonstrou que a escala pode ser compreendida por pessoas com mais ou menos anos de estudo. Salienta-se que o título da escala adotado na versão brasileira foi 'autoeficácia e nível de controle da asma infantil'.

CONCLUSÃO

Pode-se verificar que, em geral, houve equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre os itens do instrumento original em inglês e a versão final em português. Salienta-se que a pontuação total da escala variou na amostra do pré-teste de 54 a 81 pontos. Quanto à validação de conteúdo, IVC total da escala foi de 0,88, optando-se por manter os enunciados e a máxima proximidade com a escala original.

A aplicação da escala *Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control* poderá direcionar intervenções, seja no contexto de atendimento por exacerbação da crise de asma infantil ou na prevenção e avaliação das intercrises. Ao avaliar os níveis de autoeficácia percebida e a expectativa de resultados esperados pelos pais/cuidadores, o

profissional de saúde poderá, direcionado pelos itens de menores pontuações, desenvolver atividades de educação para a autogestão dirigida da asma. Acredita-se que essa ação poderá otimizar o tempo no atendimento, favorecer a implementação do plano de ação, o manejo adequado das crises e a formação de competências e habilidades, aspectos esses indispensáveis ao controle da asma e a redução do seu impacto na vida da criança e da família.

Pode-se concluir que a escala apresentou concordância na tradução e índices de validade de conteúdo considerados satisfatórios. No entanto, recomenda-se a aplicação da escala na prática clínica e incorporação desta nas atividades de rotina para atendimento à criança com asma, mediante outras avaliações das propriedades psicométricas e de testes com amostras numerosas, com perfil socioeconômico e cultural diversificados nas diversas regiões do país.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): MS; 2011.
2. World Health Organization [Internet]. Genebra: WHO; 2011. [cited 2015 May 13]. Available from: www.who.int
3. Global Iniciativa for Asthma. Guia de bolso para tratamento e prevenção da asma para adultos e crianças com mais de cinco anos. GINA [Internet]. 2014 [cited 2015 May 17]. Available from: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_Portuguese2014.pdf
4. Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2014. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network [Internet]. 2014 [cited 2015 May 17]. Available from: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf
5. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Asthma Care Quick Reference: Diagnosing and Managing Asthma [Internet]. 2012 [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthma_qrg.pdf
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
7. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1997; 84(2):191-215.
8. Wood MR, Price JH, Dake JA, Telljohann SK; Khuder SA. African American parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. *J Pediatr Nurs*. 2010; 25(5):418-27.

9. Beaton DE, Claire B, Francis G, Marcos BF. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*. 2007; 25(24):3186-91.
10. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
11. Oriá OB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para o português. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):230-8.
12. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Diretrizes da SBPT para o Manejo da Asma - 2012. *J Bras Pneumol*. 2012; 38(Supl.1):S1-46.
13. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC. Adaptação transcultural para o Brasil da Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) para aplicação em idosos: uma avaliação semântica. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2852-60.
14. Dodt RCM, Ferreira AMV, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes LB. Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 10]; 22(3):610-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Cerci Neto A, Zamboni MM, Holanda MA. Carta aberta em favor da criação de programas de asma no Brasil (CAPA). *J Bras Pneumol*. 2007; 33(2):ix-x.