

Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas

ANABELA CORREIA MARTINS (*)
JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (**)

O conceito de auto-eficácia tem provado ser um constructo bastante versátil e heurístico, com aplicações em muitas áreas e especialidades da Psicologia. Apesar das primeiras pesquisas se centrarem no domínio da ansiedade e do controlo da ansiedade, as investigações posteriores estenderam o conceito para os domínios da aprendizagem e educação, organizacional, do aconselhamento e da psicoterapia, do controlo e da manutenção da saúde (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996). Baseado em investigações anteriores, Bandura (1997) reforçou o efeito mediador da auto-eficácia na motivação cognitiva. Uma pessoa não se envolverá numa actividade e não adoptará objectivos com esse fim, a menos que acredite que é capaz de a desenvolver com sucesso (Ponton, Edmister, Ukeiley, & Seiner, 2001). A auto-eficácia é um domínio específico de avaliação, uma vez que deve ser contextualizado para uma actividade ou situação

específica. Quando falamos do contexto dos utilizadores de cadeira de rodas, não há diferença. Se uma pessoa acredita, apesar de utilizar uma cadeira de rodas, ser capaz de obter os resultados desejados, e se se sente capaz de desenvolver com sucesso as actividades inerentes, então devemos esperar que a auto-eficácia preceda essa capacidade. Assim, níveis diversos de auto-eficácia podem promover ou limitar a motivação para agir, supondo-se que uma auto-eficácia elevada se relaciona com melhor saúde, realização escolar ou integração profissional, em suma, melhores perfis de participação social. A aquisição de um sentido de auto-eficácia deriva da avaliação das experiências passadas, do comportamento dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelos outros significativos (Bandura, 1997), nomeadamente, pelos profissionais da reabilitação.

Programas de reabilitação de várias semanas, ou meses, têm revelado ineficácia nas mudanças significativas ao nível do corpo (estruturais ou funcionais), actividades e participação social (Harris & Eng, 2006). Contudo, após a alta, os indivíduos que continuam a pôr em prática comportamentos aprendidos durante a fase aguda ou sub-aguda, continuam a melhorar a sua condição, alcançando melhores resultados.

Em geral, a investigação tem demonstrado correlação entre as crenças de auto-eficácia e as mudanças

(*) Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Instituto Politécnico de Coimbra), Departamento de Fisioterapia, Saúde Ocupacional e Ambiental. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. E-mail: anabelacmartins@estescoimbra.pt

(**) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

no comportamento, assim como com determinadas medidas de resultados, concluindo que esta variável é um excelente preditor do comportamento (Pajares, 2002). Graham e Weiner (1996) admitem que a auto-eficácia é o preditor mais consistente das mudanças no comportamento, de entre todos os construtos motivacionais, não sendo apenas uma questão de capacidade percebida, mas de crença de que se é capaz.

A introdução e o desenvolvimento da Teoria da Auto-Eficácia devem-se à concepção e aos trabalhos de Bandura (1977, 1982), no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na designada Teoria da Aprendizagem Social, em que todos os processos de mudança psicológica e comportamental se operam a partir de alterações no sentido de mestria e auto-eficácia.

Bandura (1989) rejeita as perspectivas mecanicistas do ser humano ao considerar que ele possui capacidades superiores que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) e realizar predições quanto à ocorrência dos acontecimentos e criar mecanismos que lhe permitem exercer controlo directamente sobre aqueles que afectam a sua vida quotidiana. Na sua perspectiva, o comportamento do ser humano deve ser analisado em função de uma interacção recíproca e contínua entre as condições ambientais, as cognições e as acções do sujeito. Nesta perspectiva, designada pelo autor de “determinismo recíproco” (Bandura, 1977, 1989), os factores situacionais e disposicionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, ou seja, os determinantes internos do comportamento (crenças, expectativas, ...) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições, ...) são parte de um sistema de influências interactivas que afectam não só o comportamento, mas também o próprio sistema.

De acordo com a referida Teoria Cognitiva da Aprendizagem Social, a motivação e o comportamento são determinados pela perspectiva dos acontecimentos. Este mecanismo de controlo antecipatório agrupa três tipos de expectativas: (a) Expectativas de resultado da situação (*situation-outcome*), em que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem acção pessoal; (b) Expectativas de resultado da acção (*action-outcome*), em que os resultados ou as consequências derivam de uma acção, e (c) Percepção de auto-eficácia, que se centra na crença pessoal

quanto às capacidades para realizar uma acção específica necessária à obtenção de um resultado determinado. Assim, a auto-eficácia e as expectativas de resultado da acção referem-se à percepção que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma acção preventiva. Na realidade são difíceis de distinguir, porque operam em conjunto não sendo possível a segunda sem a primeira (Bandura, 1992).

A iniciação, a persistência ou o abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afectados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1992; Lent & Maddux, 1997).

As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenário antecipatório que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se auto-avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos. Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de acções eficazes, e a percepção de acções eficazes fortalece as auto-percepções de eficácia. As crenças de auto-eficácia habitualmente afectam o funcionamento cognitivo através da acção conjunta das operações de processamento de informação e da motivação. As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflectem na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maiores e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989).

Em qualquer dos domínios, a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. Quando se acredita que se pode actuar para resolver um problema, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão (Bandura, 1997, 2001a).

Em suma, podemos dizer que as percepções de auto-eficácia podem afectar a saúde de duas formas diferentes. Uma, através da execução de comportamentos que influenciam a saúde. A segunda, através do impacto na resposta fisiológica de stress, a qual, quando ocorre muito frequente, intensamente ou por longos períodos de tempo, pode afectar uma vasta área de domínios da saúde (O’Leary, 1992).

As crenças de auto-eficácia relativas à adesão terapêutica são de dois tipos: eficácia quanto ao resultado – crenças quanto à possibilidade de um comportamento dar origem a um resultado desejado, e crenças de auto-eficácia – crenças pessoais quanto à capacidade para executar um comportamento. No geral, as crenças de auto-eficácia parecem ser mais relevantes para a adesão a planos terapêuticos mais difíceis e exigentes (Horne & Weinman, 1996).

Podemos, então, concluir que as crenças de auto-eficácia também influenciam a funcionalidade humana através de processos cognitivos, motivacionais, afectivos e de tomada de decisão (Benight & Bandura, 2004). Estas influenciam o que o indivíduo pensa ser susceptível de melhorar ou piorar a sua funcionalidade; a motivação e a perseverança perante as adversidades; a qualidade da sua vida emocional e a vulnerabilidade ao stress e à depressão; a resiliência às adversidades; e as oportunidades para tomar decisões importantes em determinadas fases das suas vidas.

Vários estudos (Boyer et al., 2000; Gully, Incalcaterra, Josi & Beautbein, 2002; Holden, Moncher, Schinke & Barker, 1990; Moritz, Feltz, Fahrbach & Mack, 2000; Multon, Brown & Lent, 1991; Sadri & Robertson, 1993; Stajkovic & Lee, 2001; Stajkovic & Luthans, 1998) têm demonstrado valor preditivo das crenças de auto-eficácia, como um factor com significado na qualidade da funcionalidade humana.

Em suma, podemos dizer que as pessoas que melhor se ajustam a acontecimentos inesperados, em geral, desenvolvem hábitos de vida mais saudáveis, mais activos e são mais felizes a seguir a um acontecimento que envolve uma lesão ou doença grave do que aquelas que aceitam com dificuldade esse acontecimento.

Em 2001, como foi lembrado pela Organização Mundial de Saúde, através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, existe a necessidade de obter mais informação sobre a influência de factores pessoais, como a auto-eficácia, na determinação da participação e da qualidade de vida.

Embora o mecanismo de tal associação não seja claramente conhecido, a auto-eficácia é um factor psicológico importante, que permite às pessoas se perceberem com a competência necessária para obter o seu próprio bem-estar (Bandura, 1977, 1982; Baum & Christiansen, 2005), o que nos leva a acreditar que poderá ser um factor moderador (i.e., é um factor necessário para modificar o efeito)

da capacidade física ou funcional na participação e qualidade de vida (Baydala, Hiebert & Malec, 2000). Assim, um melhor entendimento das crenças de auto-eficácia dos utilizadores de cadeiras de rodas pode ajudar os profissionais da reabilitação a interpretar melhor os resultados das suas intervenções e abordagens efectivas para desenvolver o que Bandura (1997) designou de dois tipos de confiança; a confiança, como traço de personalidade e a confiança que deriva do conhecimento. Assim, e segundo o mesmo autor, a primeira só terá significado se acompanhada da segunda.

É também este o nosso pressuposto quando destacamos esta variável, uma vez que acreditamos que as abordagens e as estratégias de promoção de saúde e de prevenção de condições secundárias dos utilizadores de cadeira de rodas, obrigarão a uma constante educação e aconselhamento onde a auto-eficácia poderá revelar-se uma variável moderadora fundamental.

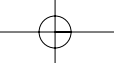
Por não existir nenhum instrumento construído para medir a percepção da auto-eficácia dos utilizadores de cadeira de rodas, desenvolvemos a *Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas*, um instrumento de 13 itens, com foco nas crenças e expectativas de auto-eficácia relacionadas com a gestão dos sintomas associados à condição de saúde, a procura de estratégias e a confiança nas capacidades para lidar com as dificuldades ou barreiras percebidas pelos utilizadores de cadeira de rodas. Neste trabalho, será descrito o estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. Este instrumento pretende avaliar as crenças de auto-eficácia das pessoas utilizadoras de cadeira de rodas, manuais ou motorizadas.

MÉTODOS

Participantes

A amostra do estudo foi de conveniência, constituída por 73 indivíduos utilizadores de cadeira de rodas, residentes na sua grande maioria no distrito de Coimbra (68.50%) e integrados na comunidade.

A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 77 anos; idade $M=38.93$, $DP=14.46$. A educação formal (em anos) mínima foi de 3 anos e a máxima de 19 anos; escolaridade $M=9.88$, $DP=4.19$. Quanto ao tempo de utilização, verificou-se que o parti-



QUADRO 1
Idade, Educação Formal e Tempo de Utilização (n=73)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	18	77	38.93	14.46
Educação Formal (anos)	3	19	9.88	4.19
Tempo de Utilização (anos)	2	30	12.26	7.52

QUADRO 2
Sexo, Estado Civil, Situação Sócio-Profissional, Ocupação Actual e Diagnóstico (n=73)

		n	%
Género	Feminino	34	46.60
	Masculino	39	53.40
Estado Civil	Solteiro(a)	41	56.20
	Casado(a)	23	31.50
	Divorciado(a)	5	6.80
	Viúvo(a)	3	4.10
	Coabitação	1	1.40
Situação Sócio-familiar	Vive sozinho(a)	10	13.70
	Vive acompanhado(a)	63	86.30
Ocupação Actual	Empregado(a) por conta de outrem	25	34.20
	Empregado(a) por conta própria	3	4.10
	Estudante	9	12.30
	Doméstica/Dona de casa	1	1.40
	Reformado(a)	14	19.20
	Desempregado(a) por razões de saúde	11	15.10
	Desempregado(a) por outras razões	6	8.20
	Outra situação	4	5.50
Diagnóstico	Lesão vertebro-medular	38	52.10
	Doença degenerativa	15	20.40
	Amputação dos membros inferiores	5	6.80
	AVC	3	4.10
	Poliomielite	3	4.10
	Sequelas de cirurgias	2	2.80
	Outro	7	9.70

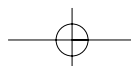
participante que utilizava cadeira de rodas há menos tempo, fazia-o há 2 anos e que 30 anos era, pelo contrário, o tempo de utilização máximo; tempo de utilização $M=12.26$, $DP=7.52$ (Quadro 1).

No Quadro 2 apresenta-se uma caracterização sucinta da amostra quanto ao sexo, estado civil, situação sócio-profissional, ocupação actual e diagnóstico. Da totalidade dos participantes no estudo, 34 eram

do sexo feminino (46.60%) e 39 do sexo masculino (53.40%).

Os participantes eram, maioritariamente solteiros, representando 56.20% da amostra ($n=41$); os casados eram 23 (31.50%), os divorciados, cinco (6.80%), três viúvos (4.10%) e um coabitava com outras pessoas (1.40%).

Quanto à situação sócio-familiar, verificou-se



que 63 (86.30%) dos indivíduos viviam acompanhados e que dez (13.70%) viviam sozinhos. Dos que referiram viver acompanhados, apenas um referiu viver num lar; os restantes, vivem com os cônjuges ou com outros elementos da família próxima (pais, irmãos ou filhos).

Quanto à ocupação actual dos participantes, 34.20% (n=25) eram empregados por conta de outrem; reformados eram catorze (19.20%); desempregados por razões de saúde eram onze (15.10%) e por outras razões, eram seis (8.20%); nove (12.30%) eram estudantes, incluindo a frequência de cursos de formação profissional (n=5); empregados por conta própria eram três (4.10%) e apenas uma participante referiu ser doméstica.

Quanto ao diagnóstico clínico apresentado pelos participantes, 52.10% referiram lesão vertebro-medular e 20.40% apresentavam doença degenerativa. Dos restantes, cinco (6.80%) apresentavam amputações do membro inferior; três (4.10%), poliomielite; três (4.10%), acidente vascular cerebral (AVC); dois (2.80%), sequelas de cirurgias e sete (9.70%) outras condições de saúde.

Procedimentos

Uma revisão extensa da literatura teve como objectivo identificar escalas genéricas e específicas de auto-eficácia. Da lista apresentada, apenas tivemos acesso a um exemplar dos instrumentos 1, 2, 3, 4, 6 e 7.

1. Personal Attitudes Scale (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Day, Jacobs & Rogers, 1982);
2. Physical Self-Efficacy Scale (Ryckman, Robbins, Thornton & Cantrell, 1982);
3. Arthritis Self-Efficacy Scale (Lorig, Chastain, Ung, Shoor & Holman, 1989);
4. Chronic Disease Self-Efficacy Scale (Lorig, Stewart, Ritter, González, Laurent & Lynch, 1996);
5. Cardiac Self-Efficacy Scale (Sullivan, Andrea, Russo & Katon, 1998);
6. Generalized Self-Efficacy Scale – versão port. (Nunes, Schwarzer & Jerusalém, 1999);
7. Self-Efficacy for Managing of Chronic Disease 6-Item Scale (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent & Hobbs, 2001);
8. Self-Efficacy for Rehabilitation Outcome Scale (Waldrop, Lightsey, Ethington, Woemmel & Coke, 2001).

De seguida, de acordo com as recomendações de Bandura (2001b), procedeu-se à listagem dos itens de cada uma das escalas para, posteriormente, se eliminarem aqueles que se repetiam. A lista resultante foi adaptada à condição pretendida (específica) – utilização de cadeira de rodas – gerando-se treze itens.

De acordo com as orientações do mesmo autor, a validade de conteúdo foi determinada através da análise factorial (homogeneidade dos itens) e o coeficiente alfa de Cronbach's foi utilizado para medir a coerência interna (i.e., fidelidade).

A primeira versão da *Escala de Auto-eficácia do Utilizador de Cadeira de Rodas* testada inclui treze itens, ordenados aleatoriamente, e foi sujeita a um grupo de 73 participantes utilizadores de cadeira de rodas. Os treze itens foram submetidos a análise exploratória, com rotação varimax, replicando três factores, cuja variância total explicada é de 58.60%.

É um questionário auto-administrado, em que os respondentes assinalam numa escala tipo Likert um número de 1 a 4, em que o 1 significa *De modo nenhum é verdade*, o 2 significa *Difícilmente é verdade*, o 3 significa *Moderadamente verdade* e o 4, *Exactamente verdade*. Assim, a pontuação pode variar entre 13 e 52. Quanto mais elevada a pontuação maior a crença ou o sentido de auto-eficácia.

RESULTADOS

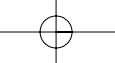
Análise factorial exploratória

Para explorar a distribuição factorial dos itens recorremos à análise factorial exploratória (análise das componentes principais) com rotação varimax.

A distribuição dos itens fez-se por quatro componentes. A respectiva carga factorial pode ver-se no Quadro 3.

Como se pode observar, o item 11 aparece isolado no factor quatro, o que nos levou a propor uma solução forçada para três factores, encontrando os resultados apresentados no Quadro 4.

Comparando estas duas versões (de quatro e de três factores), verifica-se uma ligeira perda do valor da variância explicada entre as duas soluções, de 66.45% para 58.63%, continuando, no



QUADRO 3
Itens da escala e cargas factoriais

Item	1	2	3	4
1	0.79			
2	0.77			
3	0.65			
4	0.72			
5	0.55	0.41		
6		0.46		0.41
7		0.80		
8		0.75		
9	0.57		0.49	
10		0.58		
11				0.78
12			0.85	
13			0.84	

Nota: Apresentam-se todos os factores com uma carga factorial superior a 0.40.

QUADRO 4
Cargas factoriais dos itens com solução forçada para três factores

Item	1	2	3
1	0.77	0.43	
2	0.70		
3	0.72		
4	0.71		
5	0.53	0.41	
6		0.57	
7		0.83	
8		0.64	
9	0.68		
10		0.59	
11		0.47	0.41
12			0.79
13			0.87

Nota: Apresentam-se todos os factores com uma carga factorial superior a 0.40.

entanto, esta solução com um valor elevado de explicação da variância total.

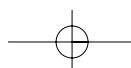
O factor 1 inclui os itens 1, 2, 3, 4, 5 e 9 e designámo-lo por Gestão dos Sintomas. Exemplo: *Eu consigo impedir que a fadiga causada pela minha doença ou lesão interfira nas coisas que eu quero fazer.*

O factor 2, incluindo os itens 6, 7, 8, 10 e 11, foi designado por Procura de Estratégias. Exemplo:

Eu sou capaz de tomar outras medidas para além da medicação de forma a impedir que a minha doença ou lesão interfira com o meu dia a dia.

O factor 3 inclui os itens 12 e 13 e foi designado por Confiança nas Capacidades. Exemplo: *Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar as dificuldades do dia a dia porque eu confio nas minhas capacidades para enfrentar as mais diversas situações.*

O somatório dos valores obtidos em cada uma



QUADRO 5
Consistência interna (n=73)

	Número de Itens	Valores α de Cronbach
Total	13	0.81
Gestão dos sintomas	6	0.80
Procura de estratégias	5	0.70
Confiança nas capacidades	2	0.77

QUADRO 6
Correlação dos itens com os domínios, corrigida para sobreposição (n=73)

Item	Gestão dos sintomas	Procura de estratégias	Confiança nas Capacidades	Total
1	0.78	0.51	0.21	0.75
2	0.59	0.29	0.19	0.51
3	0.50	0.13	0.15	0.37
4	0.55	0.09	0.30	0.42
5	0.40	0.32	-0.05	0.37
6	0.33	0.45	0.39	0.50
7	0.15	0.60	0.10	0.35
8	0.35	0.42	0.14	0.44
9	0.57	0.29	0.42	0.57
10	0.26	0.43	0.24	0.41
11	0.17	0.36	0.34	0.35
12	0.25	0.33	0.64	0.42
13	0.25	0.30	0.64	0.39

Nota: A negrito apresentam-se as correlações dos itens com a escala a que pertencem.

destas três sub-escalas permite obter o nível de auto-eficácia percebida pelos utilizadores de cadeira de rodas (manuais ou motorizadas).

Verifica-se que os itens das sub-escalas de Gestão de Sintomas e de Procura de Estratégias carregam o factor a que pertencem de forma significativa e com uma discriminação relativamente ao valor da segunda carga factorial superior a quinze pontos. Os itens da sub-escala Confiança nas Capacidades também carregam o factor a que pertencem; nenhum dos itens se mistura com outra sub-escala, mas a discriminação é mais modesta.

Consistência interna e correlação entre domínios e sub-escalas

Como já referimos, os domínios da escala reflectem três aspectos do sentido de auto-eficácia dos utilizadores de cadeira de rodas: Gestão dos Sintomas, Procura de Estratégias e Confiança nas Capacidades.

A consistência interna, avaliada pelo Alfa de Cronbach, para a escala total é de 0.81, e para as

três sub-escalas é, respectivamente, 0.80, 0.70 e 0.77 (Quadro 5).

A validade convergente/discriminante dos itens é inspeccionada pela correlação do item com o domínio a que pertence (corrigida para sobreposição) e pelas correlações com os domínios a que não pertence. Para se considerar boa, a convergência/discriminação deve apontar para valores de correlação de Pearson com o domínio a que pertence superiores ao dos valores de correlação com os domínios a que não pertence, em cerca de 25 pontos.

A inspecção dos resultados mostra que os seis itens do domínio Gestão dos Sintomas apresentam valores de correlação moderados com uma discriminação substancial com os restantes domínios superior a 0.40. Os itens 1 e 9 são os que apresentam uma menor validade discriminante, com valores de correlação da segunda carga factorial (Procura de Estratégias) superiores a 0.30 (0.51 e 0.32, respectivamente).

Da mesma forma, a inspecção dos resultados mostra que os cinco itens do domínio Procura de

Estratégias apresentam valores de correlação entre 0.36 e 0.60, sendo o item 11 o que apresenta uma menor validade discriminante, com uma discriminação relativamente ao valor da segunda carga factorial superior apenas em dois pontos.

Os dois itens do domínio Confiança nas Capacidades apresentam valores de correlação de 0.64, com uma boa discriminação (superior a 31 pontos).

A inspecção das correlações entre os domínios e a escala total demonstra que o que melhor explica o resultado da escala total é a Gestão dos Sintomas e o que explica pior é a Procura de Estratégias, parecendo apontar para uma relação mais estreita entre a gestão dos sintomas e a crença de auto-eficácia, em detrimento da procura de estratégias.

DISCUSSÃO

O presente estudo, que seguiu as recomendações de Bandura (2001b), mostra que a *Escala de Auto-Eficácia do Utilizador de Cadeira de Rodas* (apresentada em Anexo) possui boas propriedades psicométricas, permitindo o seu uso na população portuguesa, que à semelhança de outras sociedades, tem visto crescer o número de pessoas com problemas de mobilidade associados às doenças crónicas e ao envelhecimento. Como o recurso a tecnologias de apoio, nomeadamente a cadeira de rodas, é uma alternativa cada vez mais considerada durante o processo de reabilitação, exigindo um processo de selecção cuidadoso e, porque após a sua atribuição é importante promover a saúde e prevenir as condições secundárias associadas tanto à condição de saúde como ao uso da própria cadeira de rodas, revela-se fundamental conhecer as crenças de auto-eficácia ou a confiança, como traço de personalidade ou a que deriva do conhecimento. Depreende-se desta leitura a potencial utilidade clínica da escala sendo, contudo, necessário prosseguir com estudos mais aprofundados e extensos.

A *Escala de Auto-Eficácia do Utilizador de Cadeira de Rodas* consiste apenas em treze itens e não apresenta pré-requisitos relativamente ao seu preenchimento por parte dos respondentes, sendo um instrumento de fácil administração e interpretação.

Como foi descrito, os itens desta escala derivaram dos itens de seis outras escalas, mencionadas anteriormente, e os resultados apresentados deverão ser lidos com alguma modéstia uma vez que o presente estudo tem como finalidade averiguar a fidelidade

e validade discriminante iniciais da escala, construída para servir outro estudo em curso que pretende relacionar variáveis psicológicas e da personalidade dos utilizadores de cadeira de rodas com *outcomes* da reabilitação, nomeadamente a qualidade de vida e com a participação social. Existem vários estudos que estudaram a auto-eficácia associada à doença crónica; entre eles, destacamos os de Endler, Kocovski e Macrodimitris (2001), Farias-Tomaszewski, Jenkins e Keller (2001), Harrison (2004), Lorig et al. (2001), Pariser (2003) e Weeks et al. (2005). Contudo, nenhum deles estudou a população de utilizadores de cadeira de rodas.

O número de participantes (n=73) ultrapassou o valor de cinco vezes o número de itens, necessários para uma manipulação estatística confortável. Podemos assumir que os valores de Alfa de Cronbach das três sub-escalas e escala total, estando compreendidos entre 0.70 e 0.81 são bastante satisfatórios (Ferreira & Marques, 1998). Apesar da validade convergente/discriminante dos itens testada já fornecer indícios sobre a organização da escala e sobre cada um dos seus domínios, será importante continuar a estudar este instrumento como um todo numa amostra mais ampla e em relação a outros construtos, nomeadamente, a qualidade de vida e o perfil de participação social ou hábitos de vida dos utilizadores de cadeira de rodas.

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 195-199.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001a). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (2001b). *Guide for constructing self-efficacy scales*. Available from Albert Bandura, Department of Psychology, Stanford University, Stanford, CA 94305-2130.

- Baum, C. M., & Christiansen, C. (2005). Person-Environment-Occupation-Performance: An Occupation-Based Framework for Practice (chapter 11). In C. Christiansen, & C. M. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Professional Book Division.
- Baydala, A., Hiebert, B., & Malec, C. (2000). Lifestyle interventions: Reasons for therapeutic outcome. *Canadian Journal of Counselling, 34*, 75-84.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1129-1148.
- Boyer, D. A., Zollo, J. S., Thompson, C. M., Vancouver, J. B., Shewring, K., & Sims, E. (2000, June). A quantitative review of the effects of manipulated self-on performance. Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Society, Miami, FL.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs. chronic illness. *Personality and Individual Differences, 30*, 617-625.
- Farias-Tomaszewski, S., Jenkins, S. R., & Keller, J. (2001). An evaluation of therapeutic horseback riding programs for adults with physical impairments. *Therapeutic Recreation Journal, Third Quarter*. Disponível em 28 Outubro 2006, em http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_200107/ai_n8957562.
- Ferreira, P., & Marques, F. (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Graham, S., & Weiner, B. (1996). Theories and principles of motivation. In Berliner, & Calfee (Eds.), *Handbook of Educational Psychology* (pp. 63-84). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Gully, S. M., Incalcaterra, K. A., Joshi, A., & Beaubien, J. M. (2002). A meta-analysis of team efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology, 87*, 819-832.
- Harris, J. E., & Eng, J. J. (2006). Individuals with the dominant hand affected following stroke demonstrates less impairment than those with the non-dominant hand affected. *Neurorehabilitation and Neural Repair, 20*, 380-389.
- Harrison, A. L. (2004). The Influence of Pathology, Pain, Balance, and Self-efficacy on Function in Women with Osteoarthritis of the Knee. *Physical Therapy, 84* (9), 822-831.
- Holden, G., Moncher, M. S., Schinke, S. P., & Barker, K. M. (1990). Self-efficacy of children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Reports, 66*, 1044-1104.
- Horne, R., & Weinman, J. (1996). Predicting treatment adherence: an overview of theoretical model. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour*. Philadelphia, USA: Open University Press.
- Lent, R. W., & Maddux, J. E. (1997). Self-Efficacy: Building a Sociocognitive Bridge between Social and Counselling Psychology. *The Counselling Psychologist, 25* (2), 240-255.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatology, 32* (1), 37-44.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., González, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome Measures for Health Education and other Health Care Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program for patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice, 4*, 256-262.
- Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrback, K. R., & Mack, D. E. (2000). The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 71*, 280-294.
- Multon, K. D., Brown, S. D., & Lent, R. W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 30-38.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 229-245.
- Pajares (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Disponível em 10 Outubro 2006, em <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.
- Pariser, D. A. (2003). The effects of telephone intervention on arthritis self-efficacy, depression, pain and fatigue in older adults with arthritis. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 28* (3), 67-73.
- Ponton, M. K., Edmister, J. H., Ukeiley, L. S., & Seiner, J. M. (2001). Understanding the role of self-efficacy in engineering education. *Journal of Engineering Education, 90* (2), 247-251.
- Ryckman, R. M., Robbins, M. A., Thornton, B., & Cantrell, P. (1982). Development and validation of a Physical Self-Efficacy Scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 891-900.
- Sadri, G., & Robertson, I. T. (1993). Self-efficacy and work-related behavior: a review and meta-analysis. *Applied Psychology: An International Review, 42*, 139-152.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 163-196). Buckingham, UK: Open University Press.

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-671.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 124*, 240-261.
- Stajkovic, A. D., & Lee, D. S. (2001). *A meta-analysis of the relationship between collective efficacy and group performance*. Paper presented at the national Academy of Management meeting, August, 2001, Washington, DC.
- Sullivan, M. D., Andrea, Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-Efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Med, 60* (4), 473-478.
- Waldrop, D., Lightsey, O. R., Ethington, C. A., Woemmel, C. A., & Coke, A. L. (2001). Self-efficacy, optimism, health competence and recovery from orthopaedic surgery. *Journal of Couns. Psychology, 48*, 233-238.
- Weeks, D. L., Borrousch, S., Bowen, A., Hepler, L., Osterfoss, S., Sandau, A., & Slevin, F. (2005). The influence of age and gender of an exercise model on self-efficacy and quality of therapeutic exercise performance in the elderly. *Physiotherapy Theory and Practice*, [http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713774978~db=all~tab=issueslist~branches=21-v21,21\(3\),137-146](http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713774978~db=all~tab=issueslist~branches=21-v21,21(3),137-146).
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.

RESUMO

A percepção de auto-eficácia enquadra-se no controlo pessoal das ações, refere-se às expectativas pessoais quanto à sua capacidade para realizar um comportamento específico desejado. Não é uma característica generalizada da personalidade, podendo variar, na mesma pessoa, de tarefa para tarefa, assim como do grau de conhecimento que este detém (Bandura, 1997). Uma revisão extensa da literatura teve como objectivo identificar escalas genéricas e específicas de auto-eficácia, tendo sido gerada uma lista de itens, posteriormente seleccionados e cotados, de acordo com as recomendações de Bandura (2001b).

Num estudo preliminar que incluiu 73 pessoas utilizadoras de cadeira de rodas (46.6% mulheres; média de idades = 39 anos, $DP = 14.5$; médias de anos de utilização de cadeira de rodas = 12, $DP = 7.5$) foi testada a validade e a fidelidade do instrumento; o Alfa de Cronbach para a escala total é de 0.81 e para as três escalas – gestão dos sintomas, procura de estratégias e confiança nas capacidades – 0.80, 0.70 e 0.77, respectivamente. Após análise exploratória, com rotação varimax, foram replicados três factores, correspondentes às três sub-escalas, cuja variância total explicada é de 58.63%.

Palavras-chave: Utilizadores de cadeira de rodas, medida de resultados, auto-eficácia.

ABSTRACT

Studies showed that a person's confidence in being able to perform a behaviour (self-efficacy) is a good predictor of social participation. As no specifically instrument designed to measure wheelchair users perception of self-efficacy existed, we developed the Wheelchair-Related Self-Efficacy Scale and tested its psychometric properties. An extensive literature review was conducted to identify general and specific self-efficacy outcome measures. The instrument was developed and subjected to wheelchair users to the initial validation and reliability tests. Analyses included descriptive statistics, factor analysis and Cronbach's alpha. Questionnaires for 73 respondents (46.6% female; mean [SD] age, 39 [14.5] years; and mean [SD] number of years since adoption of the wheelchair, 12 [7.5] years) were analyzed. Using factor analysis with varimax rotation, three subscales explained 58.6% of the variance in our 13-item questionnaire. The domains reflecting three aspects of wheelchair-related self-efficacy: symptoms management, finding strategies and confidence in one's own abilities. Cronbach's alpha of the entire instrument was 0.81, and for the three individual scales scores were 0.80, 0.70 and 0.77, respectively. Correlations were moderate-to-high. The psychometric properties of the Wheelchair-Related Self-Efficacy Scale seem to be highly acceptable. Further validation of its use across different cultural settings is required.

Key words: Wheelchair users, outcome measures, self-efficacy.

— Anexo —

Nome _____ Data _____

Para cada um dos pontos seguintes, por favor escolha o número que melhor exprime a sua opinião relativamente a cada um deles. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas ou erradas.

	De modo nenhum é verdade	Difícilmente é verdade	Moderadamente verdade	Exactamente verdade
1. Eu consigo impedir que a fadiga causada pela minha doença ou lesão interfira nas coisas que eu quero fazer.	1	2	3	4
2. Eu consigo impedir que o desconforto físico e a dor causados pela minha doença ou lesão interfiram nas coisas que eu quero fazer.	1	2	3	4
3. Eu consigo impedir que quaisquer outros sintomas ou problemas de saúde que tenha interfiram nas coisas que eu quero fazer.	1	2	3	4
4. Eu consigo impedir que problemas emocionais relacionados com a minha doença ou lesão interfiram nas coisas que eu quero fazer.	1	2	3	4
5. Eu sou capaz de realizar tarefas e actividades necessárias para lidar com a minha condição de saúde, reduzindo as idas ao médico (ou a outro profissional de saúde).	1	2	3	4
6. Eu sou capaz de tomar outras medidas para além da medicação de forma a impedir que a minha doença ou lesão interfira com o meu dia a dia.	1	2	3	4
7. Se eu tentar bastante, eu consigo resolver problemas difíceis, como deslocar-me em cadeira de rodas num local pouco acessível.	1	2	3	4
8. Mesmo sem ajuda, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4
9. É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos.	1	2	3	4
10. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas que surgem aos utilizadores de cadeiras de rodas.	1	2	3	4
11. Se eu investir o esforço necessário, eu consigo resolver a maioria dos problemas que surgem aos utilizadores de cadeiras de rodas.	1	2	3	4
12. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar as dificuldades do dia a dia porque eu confio nas minhas capacidades para enfrentar as mais diversas situações.	1	2	3	4
13. Se eu estiver com problemas relacionados com o uso da cadeira de rodas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4

