

# Adaptação transcultural do instrumento depression coping self-efficacy scale para uso no Brasil

Cross-cultural adaptation of the depression coping self-efficacy scale for use in Brazil

Adaptación transcultural de la depression coping self-eficacy scale para uso en Brasil

## RESUMO

Objetivo: Adaptar transculturalmente a Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES) no contexto brasileiro. Método: Adaptação envolvendo cinco etapas: tradução, síntese, back-translation, revisão e pré-teste. Para a revisão de conteúdo, selecionou-se um comitê de cinco especialistas e um pré-teste de 40 participantes com diagnóstico de depressão. Resultados: O comitê de especialistas resultou num coeficiente de validade de conteúdo >0,8 para todos os itens do instrumento, exceto no consumo de frutas e verduras. A população do pré-teste, 90% gênero feminino, parda(55%), escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo(55%), vínculo empregatício(52,5%) e renda de um salário mínimo(30%). A média de autoeficácia de 55,56, Alfa de Cronbach de 0,82 para o instrumento em geral reforça a consistência da escala. Conclusão: Pressupõe-se a adequação da escala para o contexto brasileiro. Ressalta-se a importância de instrumentos válidos para nortear práticas clínicas e melhor prognóstico da depressão.

**DESCRIPTORES:** Autoeficácia; Depressão; Estudo de Validação; Tradução.

## ABSTRACT

Objective: To cross-culturally adapt the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES) in the Brazilian context. Method: Adaptation involving five steps: translation, synthesis, back-translation, review and pre-test. For the content review, a committee of five experts and a pre-test of 40 participants with a diagnosis of depression were selected. Results: The expert committee resulted in a content validity coefficient >0.8 for all items in the instrument, except for the consumption of fruits and vegetables. The pre-test population, 90% female, mixed race (55%), schooling between 9 and 11 years of study (55%), employment relationship (52.5%) and income of one minimum wage (30%). The average self-efficacy of 55.56, Cronbach's Alpha of 0.82 for the instrument in general reinforces the consistency of the scale. Conclusion: The adequacy of the scale for the Brazilian context is assumed. We emphasize the importance of valid instruments to guide clinical practices and better prognosis of depression.

**DESCRIPTORS:** Self-efficacy; Depression; Translating; Validation study.

## RESUMEN

Objetivo: Adaptar transculturalmente la Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES) en el contexto brasileño. Método: Adaptación que involucra cinco pasos: traducción, síntesis, retrotraducción, revisión y pre-test. Para la revisión de contenido se seleccionó un comité de cinco expertos y un pretest de 40 participantes con diagnóstico de depresión. Resultados: El comité de expertos arrojó un coeficiente de validez de contenido >0,8 para todos los ítems del instrumento, excepto para el consumo de frutas y verduras. La población pretest, 90% femenina, mestiza (55%), escolaridad entre 9 y 11 años de estudio (55%), relación laboral (52,5%) e ingreso de un salario mínimo (30%). La autoeficacia media de 55,56, Alfa de Cronbach de 0,82 para el instrumento en general refuerza la consistencia de la escala. Conclusión: Se asume la adecuación de la escala para el contexto brasileño. Destacamos la importancia de contar con instrumentos válidos para orientar las prácticas clínicas y un mejor pronóstico de la depresión.

**DESCRIPTORES:** Autoeficacia; Depresión; Estudio de Validación; Traducción.

RECEBIDO EM: 04/06/2022 APROVADO EM: 26/07/2022

### Marina Araújo Rosas

Concepção do projeto, redação do artigo, análise e interpretação de dados. Graduação em Terapia Ocupacional, doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento, Universidade Federal de Pernambuco  
ORCID: 0000-0002-5666-7133.

### Selene Cordeiro Vasconcelos

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Graduação em Enfermagem, doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento, Universidade Federal da Paraíba  
ORCID: 0000-0002-8828-1251

**Jane Palmeira Nóbrega Cavalcanti**

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Graduação em Psicologia, doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, ORCID: 0000-0002-9490-3256

**Vera Lúcia Dutra Facundes**

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Graduação em Terapia Ocupacional, doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento, Universidade Federal de Pernambuco ORCID: 0000-0002-4188-7475

**Bruno José da Silva Bezerra**

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Graduando em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco ORCID: 0000-0003-4165-648X

**Maria Gisele Cavalcanti de Oliveira**

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Graduanda em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco ORCID: 0000-0001-5096-0075

**Rosana Christine Cavalcanti Ximenes**

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Graduação em Odontologia, doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento, Universidade Federal de Pernambuco ORCID: 0000-0001-6326-1855

**Murilo Duarte Da Costa Lima**

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Graduação em Medicina, doutorado em Medicina, Universidade Federal de Pernambuco ORCID: 0000-0002-1083-5517

**INTRODUÇÃO**

A depressão é um transtorno do humor que ocasiona uma perda na qualidade de vida do indivíduo, afetando suas relações e causando grande sofrimento psíquico<sup>(1)</sup>. Caracteriza-se por um conjunto de sintomas psicológicos e físicos (humor deprimido, perda de interesse nas atividades diárias, apatia, falta de confiança, alterações no peso, apetite, sono e atividade psicomotora) associados a diversas comorbidades, incapacidades e suicídio<sup>(2)</sup>.

Em 2011 o Ministério da Saúde Brasileiro instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta rede de atendimento, prevê-se a atuação de vários profissionais de saúde e assistência em diversos âmbitos, desde a atenção básica até ao atendimento em

equipamentos de saúde de alta complexidade<sup>(2)</sup>.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar a sintomatologia da depressão para conduzir ou encaminhar o indivíduo para retomar sua vida e conduzi-la dentro de suas capacidades e limitações. Para nortear uma prática baseada em evidências é indicado o uso de referencial teórico que possibilite a obtenção de dados objetivos com o intuito de comparar as informações coletadas antes e após as intervenções realizadas<sup>(3)</sup>, como instrumentos psicométricos de mensuração de fenômenos.

Autoeficácia é uma temática bastante abordada para a aquisição de comportamentos saudáveis e como estratégia para o enfrentamento de situações estressantes, inclusive da depressão. Para Bandura<sup>(4)</sup>, autoeficácia é a crença ou a confiança pessoal quanto à própria capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado. A adesão de uma pessoa a uma determinada atividade ou comportamento relaciona-se à sua confiança

de que será capaz de desenvolvê-lo com sucesso<sup>(5)</sup>.

Optou-se por utilizar a Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES) para a presente pesquisa, devido ao rigoroso processo metodológico de seu desenvolvimento, às propriedades psicométricas e por seu objetivo de mensurar a autoeficácia no enfrentamento dos sintomas depressivos<sup>(4)</sup>. Entretanto, os instrumentos que mensuram um fenômeno de saúde necessitam passar por um processo de tradução e adaptação transcultural, considerando a realidade local da população alvo, para sua utilização em diferentes cenários do cuidar<sup>(3)</sup>.

Tendo em vista a problemática abordada, o objetivo do presente estudo é adaptar transculturalmente a Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES) para o contexto brasileiro, considerando que a depressão tem prevalência e incidência significativa na população brasileira e que as estratégias de autoeficácia podem auxiliar no norteamiento de ações dos profissionais da rede de atenção à saúde.

## MÉTODO

O presente estudo é fruto de uma pesquisa de doutorado que ocorreu de março de 2018 a março de 2021, com recorte temporal para a coleta de dados de abril a setembro de 2019. Beaton, et al.<sup>(6)</sup> descreveram um método considerado pela comunidade científica mais completo e por isso foi o eleito como referencial metodológico na adaptação transcultural deste estudo. As etapas consistem em: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta ao idioma original (Back-translation); 4. Revisão por um comitê de especialistas; 5. Pré-teste. Considerando os procedimentos éticos em relação à adaptação de instrumentos, Pasquali<sup>(7)</sup> orienta que seja feita a solicitação de autorização junto ao autor da escala para utilização do instrumento no Brasil. A autorização para tradução, adaptação e aplicação do instrumento foi obtida por meio de contato eletrônico com Suzanne Perraud, autora da DCSES, que autorizou o procedimento.

Os participantes fizeram parte de duas das cinco etapas do processo de adaptação transcultural, a saber: Comitê de Especialistas (CE) e pré-teste. Quanto ao CE, foram selecionados cinco especialistas na área de saúde, todos professores de Instituições Federais do Ensino Superior, com titulação de doutorado e expertise na área de saúde mental. Adotou-se como critérios de inclusão: ter currículo Lattes atualizado em até 12 meses anteriores a coleta de dados e obter, no mínimo, cinco pontos dos critérios de Fehring<sup>(8)</sup>, adaptados. Em relação ao pré-teste, foram selecionados 20 participantes que eram pessoas cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF) ou de indicação direta de profissionais de saúde, educação e/ou assistência social, para garantir uma boa variabilidade da amostra, conforme orientam Lobiondo-Wood<sup>(9)</sup>.

Aplicou-se os critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou maior de 18

anos, ambos os sexos, com diagnóstico de depressão (indicado por profissional médico e/ou autorrelato de diagnóstico prévio), com escolaridade mínima de sete anos (ensino fundamental incompleto), escore mínimo de 24 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e que já realizaram ou este-

jam em tratamento medicamentoso ou não para a depressão. Foram excluídas as pessoas que apresentaram condições clínicas (físicas e/ou cognitivas) que dificultaram a compreensão dos instrumentos de pesquisa e àqueles que obtiveram pontuação maior ou igual a 16 no Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

Em relação à Resolução 510/16 do

Conselho Nacional de Saúde, Brasil, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil (CAAE: 81639417.7.0000.5208 e parecer 2.532.294). Todos os participantes deram consentimento por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na etapa 4, os especialistas responderam a instrumentos para análise das equivalências semântica, idiomática, funcional e conceitual; clareza da linguagem, pertinência prática, relevância teórica e grau de relevância<sup>(10)</sup> de cada item da DCSES. Para a etapa 5, foi utilizado um questionário com questões socioeconômicas, demográficas e clínicas, elaborado pela equipe de pesquisa, além dos instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e a Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES).

A DCSES Foi aplicada a versão pré-final da escala que já passou por todas as etapas anteriores: tradução (duas traduções independentes e junção de ambas pela equipe de pesquisa), retrotradução (tradutor nativo da língua em que a DCSES foi elaborada e com proficiência no português brasileiro), aprovação pela autora do instrumento e avaliação pelo comitê de especialistas. Consiste em 24 itens, com pontuação em valores percentuais, de 0 a 100, em que 0 significa não confiante e 100 confiante. Além disso, os participantes responderam a dois formulários elaborados pela equipe de pesquisa, que versam sobre a validade de face e equivalência semântica<sup>(11)</sup>.

As análises estatísticas da etapa 4 foram realizadas através do coeficiente de validade de conteúdo (CVC), norteado pelas fórmulas sugeridas por Hernández-Nieto<sup>(12)</sup> para a avaliação de concordância entre os especialistas sobre a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. O índice de concordância (IC) foi calculado para as

**Autoeficácia é uma temática bastante abordada para a aquisição de comportamentos saudáveis e como estratégia para o enfrentamento de situações estressantes, inclusive da depressão.**

equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual e para o grau de relevância de cada item<sup>(13)</sup>. Para a etapa V, foram computadas, primeiramente, as estatísticas descritivas da amostra pré-final. Com relação ao cálculo da auto-eficácia, foi utilizado o escore sugerido por Mahakittikun, et al<sup>(14)</sup> e com p-valor relativo ao teste de Kolmogorov-Smolnikov para avaliação da normalidade da distribuição. A validação de face e avaliação semântica, pelo público do pré-teste, foi calculada por meio de frequência e percentual. Já a confiabilidade da DCSES foi obtida através do cálculo do Alfa de Cronbach e a correlação de Spearman. O programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 foi utilizado para os cálculos.

## RESULTADOS

### Tradução, síntese e retrotradução

O processo de adaptação transcultural iniciou com as traduções iniciais (T1 e T2) da língua inglesa para o português do Brasil (etapa 1), seguida pela síntese das traduções (T12), realizada pela equipe de pesquisa (etapa 2). Salienta-se que o nome do instrumento não foi traduzido por opção da equipe de pesquisa, com o intuito de garantir a visibilidade e facilitar as buscas pela escala em bases de dados e artigos produzidos. Após a síntese, foi realizada a retrotradução (etapa 3), que foi devidamente aprovada pela autora, Suzanne Perraud.

### Validação de conteúdo

A Tabela 1 apresenta o resultado do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) quanto a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, conforme respostas do CE (etapa 4). Hernández-Nieto<sup>(12)</sup> recomenda que os itens que obtiveram CVC > 0,8 sejam colocados como satisfatórios. Apenas o item “8”, sobre o consumo de frutas e verduras, obteve médias abaixo do valor indicado, no entanto, apontam que é necessário considerar as diferentes visões

Tabela 1 - Escores dos coeficientes de validade de conteúdo (CVC). Recife, PE, Brasil, 2021.

Nº	ITEM	CVC					
		CL	CLPe	PP	PPPe	RT	RTPe
1	Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
2	Estar atento ao meu comportamento e como isso afeta os outros.	0,88	0,88	0,96	0,96	0,96	0,96
3	Recusar pedidos de outros quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo autoridades e estranhos.	0,88	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00
4	Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.	0,96	0,96	0,84	0,84	0,88	0,88
5	Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	Limitar cochilos para 20-30 minutos durante o dia.	1,00	1,00	0,92	0,92	0,96	0,96
7	Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade para entender algo porque não estou me concentrando bem (por exemplo: imposto de renda, documentos legais, etc.).	0,80	0,80	0,92	0,92	0,92	0,92
8	Comer quatro porções de frutas e verduras diariamente.	0,96	0,96	0,76	0,76	0,72	0,72
9	Beber de 6 a 8 copos de água diariamente.	1,00	1,00	0,92	0,92	0,88	0,88
10	Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.	0,92	0,92	1,00	1,00	1,00	1,00
11	Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou participar de projetos.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	Ficar junto de pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.	0,92	0,92	1,00	1,00	1,00	1,00
13	Levantar e fazer algo relaxante, se não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.	0,84	0,84	0,96	0,96	0,92	0,92
14	Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa ou supor que eu não sou bom (boa).	0,84	0,84	0,96	0,96	0,96	0,96
15	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes de dormir.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
16	Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.	0,96	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00
17	Fazer exercícios ou alguma atividade todos os dias.	0,96	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00
18	Estar atento quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	0,84	0,84	0,96	0,96	0,96	0,96
19	Rir e tentar achar graça na minha situação, apesar dos meus problemas.	0,84	0,84	0,92	0,92	0,92	0,92
20	Enfrentar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	0,96	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00

dos especialistas, por possuírem formações a trajetórias profissionais distintas e, conseqüentemente, com opiniões divergentes. Sendo assim, considerou-se os valores aceitáveis com média a partir de CVC entre 0,7 e 0,8. Salienta-se que a média da DCSES total e com erro foram de 0,94.

Os valores médios (em percentual) do Índice de Concordância (IC), para as equivalências, através da avaliação dos especialistas foram: semântica, 99,26%, idiomática, experiencial e conceitual, 100%. Entende-se, como um valor aceitável, valores a partir de 90%<sup>(15)</sup>. Vale salientar que em relação às equivalências idiomática e conceitual não houveram solicitações de alterações visto que todos os especialistas concordaram que as expressões da língua original do instrumento foram traduzidas de forma adequada. Apenas 20,83% dos 24 itens da escala foram modificados mediante as observações dos especialistas. Além desses, o texto das instruções, a sentença inicial da escala e a de finalização também foram reescritas, formando assim, a versão da DCSES para o pré-teste. A média da porcentagem do IC para o grau de relevância de cada item da DCSES foi de 94,81%.

**Caracterização sociodemográfica e condição de saúde da amostra pré-final**

Os participantes da etapa V foram, em sua maioria do sexo feminino (90%), maior frequência de faixa etária dos 25 aos 59 anos (75%), com aspectos étnicos de cor parda (55%), nível de escolaridade entre 9 e 11 anos de tempo de estudo (55%), vínculo empregatício formal ou informal (52,5%) e renda de até um salário mínimo (30%) (tabela 2).

Apenas uma pessoa não tinha realizado tratamento prévio para depressão (ainda iria iniciar o medicamentoso). Os locais de maior frequência de tratamento foram o consultório particular (38,48%) e os ambulatórios nas policlínicas (33,33%). 87,5% dos entrevistados estavam realizando tratamento no

21	Tentar entender por que estou ansioso.	0,80	0,80	1,00	1,00	1,00	1,00
22	Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia	1,00	1,00	0,84	0,84	0,84	0,84
23	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.	1,00	1,00	0,92	0,92	0,88	0,88
24	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa enfrentá-los e não deixá-los me incomodar.	0,84	0,84	0,96	0,96	0,96	0,96
	Média por característica	0,92	0,92	0,95	0,95	0,95	0,94
	Média da escala total				0,94		
	Média da escala total com cálculo do erro				0,94		

Fonte: Elaboração própria adaptada de Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010). Legenda: N°: número do item; CVC: coeficiente de validade de conteúdo; CL: clareza de linguagem; CLPe: clareza de linguagem com cálculo do erro; PP: pertinência prática; PPPe: pertinência prática com cálculo do erro; RT: relevância teórica; RTPe: relevância teórica com cálculo do erro. Legenda: N°: número do item; CVC: coeficiente de validade de conteúdo; CL: clareza de linguagem; CLPe: clareza de linguagem com cálculo do erro; PP: pertinência prática; PPPe: pertinência prática com cálculo do erro; RT: relevância teórica; RTPe: relevância teórica com cálculo do erro.

Tabela 2 - Comparação das frequências percentuais das variáveis sociodemográficas da amostra (n=40). Recife, PE, Brasil, 2021.

Fator avaliado	N	%	p-valor
<b>Gênero</b>			
Masculino	4	10	0,000
Feminino	36	90	
<b>Idade<sup>1</sup></b>			
18 a 24 anos	6	15	
25 a 39 anos	15	37,5	0,000
40 a 59 anos	15	37,5	
60 anos ou mais	4	10	
<b>Cor<sup>1,2</sup></b>			
Branca	15	37,5	0,001
Preta	3	7,5	
Parda	22	55	
<b>Estado Civil<sup>2</sup></b>			
Solteiro(a)	21	52,5	0,000
Casado(a) / União estável	15	37,5	
Divorciado(a)	4	10	
<b>Escolaridade</b>			
7 a 8 anos	6	15	0,000
9 a 11 anos	22	55	
12 ou mais	12	30	

momento da entrevista e desses, 40% na modalidade de psicoterapia. Sobre o uso de medicação específica, 87,5% estavam fazendo uso e desses, apenas 9,09% usavam mais que dois medicamentos diários para a depressão.

Os resultados do Inventário de Beck revelaram que 70% da amostra estavam, no momento da entrevista, com depressão de leve a moderada Tabela 3.

A média da autoeficácia foi de 55,56 que, segundo os escores sugeridos por Mahakittikun, et al.<sup>(14)</sup>, corresponde a moderada. Assim como na escala original, os escores do BDI foram correlacionados negativamente com os da DCSES pré-final, visto que quanto menor o escore do BDI, maior o da DCSES. O grupo com maior confiança (80%) apresentou escore “depressão mínima” no BDI e o com menor confiança (57,14%), com “depressão grave” no BDI. Quando se considerou a confiança “moderada”, o grupo que obteve maiores percentuais foram classificados com depressão leve (81,82%) a moderada (70,59%) Tabela 4.

#### Validação de face, avaliação semântica e confiabilidade da DCSES obtidas na amostra pré-final

Para a validade de face, os respondentes foram questionados sobre a compreensão do que estava sendo medido e se o instrumento apresentado estava medindo o que se propõe. Os entrevistados (90%) responderam que a DCSES era compreensível e que estava medindo o que se propõe. Quanto a escala de respostas, 80% afirmaram que era de fácil compreensão, 15% regular e 5% difícil.

A avaliação semântica de cada item foi avaliada pela amostra pré-final e os itens: 5, 11, 16 e 21 não receberam sugestão de mudança e os itens 1, 8 e 9 tiveram uma frequência de solicitação para alterações a partir de 20%. Salientamos que apenas uma pessoa sugeriu redução do texto das instruções iniciais e todos concordaram com a frase final.

A confiabilidade da DCSES foi obtida através do cálculo do Alfa de

Ocupação	N	%	p-valor
Trabalhador(a) (formal)	15	37,5	0,000
Trabalhador(a) (informal)	6	15	
Aposentado(a)	3	7,5	
Desempregado(a)	7	17,5	
Doméstico(a)/do lar	1	2,5	
Estudante	5	12,50	
Outros	3	7,5	
Renda	N	%	p-valor
Até 1 Salário Mínimo (SM)	12	30	0,002
Entre 1 SM e 2 SM	8	20	
Entre 2 SM e 3 SM	4	10	
Entre 4 SM e 5 SM	5	12,50	
Maior que 5	5	12,50	
Sem Renda	3	7,5	
Não Declarado	3	7,5	

Fonte: elaboração própria. N, amostra; %, valor percentual; p-valor, distribuição; 1Estratificação, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2Apresentadas somente as opções em que houveram respondentes. Legenda: 1Estratificação, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2Apresentadas somente as opções em que houveram respondentes.

Tabela 3- Condição de saúde da amostra (n0=40). Recife, PE, Brasil, 2021.

Fator avaliado	N	%
Dentre elas:*		
Diabetes	1	5
Hipertensão	8	40
Outras doenças cardíacas	0	0
Doenças reumatológicas	8	40
Outras doenças	8	40
Atividade Física		
Sim	14	35
Não	26	65
Diagnóstico – ciclo de vida		
Adolescência	5	12,5
Adulto	35	87,5
Tratamento prévio para depressão		
Sim	39	97,5
Não	1	2,50
Onde realizou o tratamento <sup>1</sup>		
Centro de Atenção Psicossocial	5	12,82
UPA	3	7,69
Ambulatório Policlínica	13	33,33
Consultório Particular	15	38,46

Cronbach, que resultou em 0,82 para o instrumento em geral, refletindo que o mesmo é considerado bom para a medição da autoeficácia no enfrentamento da depressão. Quando se considerou a exclusão de cada item, o alfa de Cronbach variou entre 0,79 e 0,82, revelando a manutenção da boa confiabilidade da DCSES.

A correlação de Spearman revelou fraca magnitude em 58,33% dos itens, indicando a indicando boa relação entre eles. Para essa interpretação da intensidade, considerou-se: < 0,3 (fraca); > 0,3 a < 0,59 (moderada) e > 0,6 a 0,99 (forte) e 1 (perfeita)(31). As informações detalhadas se encontram na Tabela 5.

**DISCUSSÃO**

Diante dos resultados, observou-se que a adaptação transcultural da DCSES obteve um nível satisfatório de equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual e, o pré-teste indicou que o instrumento é compreensível e que está medindo o que se propõe, indicando a DCSES como adaptada para o contexto brasileiro.

O processo de tradução, síntese e retrotradução da DCSES mostrou-se satisfatório, visto que a versão da back-translation foi aprovada por Suzanne

USF	2	5,12
Outros tipos de tratamento	6	15,38
Em tratamento para depressão		
Sim	35	87,5
Não	5	12,5
Onde/Qual tratamento realiza <sup>1</sup>		
Centro de Atenção Psicossocial	3	8,57
Psicoterapia	15	42,86
Terapia Ocupacional	2	5,71
Práticas Integrativas	3	8,57
Psiquiatria	7	20
Outros tipos de tratamento	7	20
Medicação específica para depressão		
Sim	35	87,5
Não	5	12,5
Quantas medicações <sup>1</sup>		
1 ou 2	33	90,90
3 ou 4	2	9,09
Inventário de Beck <sup>2</sup>		
Depressão mínima	5	12,5
Depressão leve	11	27,5
Depressão moderada	17	42,5
Depressão grave	7	17,5

Fonte: elaboração própria. N, amostra; %, valor percentual; <sup>1</sup>Valor percentual relativo; <sup>2</sup>Classificação segundo Gorenstein et al. (2011).

Tabela 4- Relação entre os escores do Inventário de Beck e da autoeficácia, segundo a DCSES. Recife, PE, Brasil, 2021.

Inventário de Beck <sup>1</sup>	DCSES <sup>2</sup>						Grupo Total	p-valor <sup>3</sup>	r <sup>4</sup>
	Não Confiante		Moderadamente Confiante		Confiante				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Depressão mínima	1	20	-	-	4	80	5	12,5	
Depressão leve	-	-	9	81,82	2	18,18	11	27,5	0,002
Depressão moderada	4	23,52	12	70,59	1	5,9	17	42,5	
Depressão grave	4	57,14	3	42,86	-	-	7	17,5	

Fonte: elaboração própria. N, amostra; <sup>1</sup> Classificação segundo Gorenstein et al. (2011); <sup>2</sup> Valores de referência da DCSES, segundo proposta da autora; <sup>3</sup> p-valor relativo a Correlação de Pearson; <sup>4</sup> r, correlação.

Perraud. Esse acesso da autora da escala à essa versão, bem como o conhecimento sobre as etapas realizadas possibilita um maior rigor metodológico, visto que o autor original do instrumento pode afirmar se os itens estão mantendo a linha conceitual idealizada<sup>(16)</sup>.

Quanto a validação de conteúdo pelo comitê de especialistas, os itens de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica obteve um CVC de 0,94, representando uma boa aceitabilidade. O item que obteve coeficiente menor que 0,8 (recomendado) traz questões sobre consumo de frutas e verduras, indicando quantidade. No Brasil, especialmente em regiões economicamente menos favorecidas, a utilização desses alimentos está relacionada ao custo e ao hábito em consumir outros tipos de mantimentos<sup>(17)</sup>.

As equivalências idiomática e conceitual foram consideradas totalmente satisfatórias pelo comitê de especialistas, sem sugestões de mudanças. Considerando todas as equivalências avaliadas, o percentual do IC foi satisfatório, propiciando um produto de melhor qualidade<sup>(18)</sup>.

As características sociodemográficas dos respondentes do pré-teste revelaram um público maior de mulheres e esse dado está em conformidade com o estudo de Zavaschi, et al.<sup>(19)</sup>, cujos dados revelam que a depressão tem maior incidência em mulheres, com variação de 10 a 25%, comparado com os homens, com percentuais de 5 a 12%. Quanto à idade, 75% estavam na faixa etária entre 25 a 59 anos o que corrobora os dados encontrados no estudo de Barros, et al.<sup>(20)</sup>, que revelou alta prevalência dos transtornos depressivos nos adultos brasileiros.

Quanto à questão étnica, de renda e nível educacional, estudos que investigaram a associação entre a depressão e a cor de pele verificaram que indivíduos de pele pardo-preta apresentam maior prevalência de depressão se comparados às pessoas de pele branca, além de países subdesenvolvidos possuírem maior prevalência de casos de depressão e ne-

Tabela 5-Resultados do pré-teste em relação aos itens da DCSSES. Recife, PE, Brasil, 2021.

DCSSES (VERSÃO PRÉ-FINAL)	% <sup>1</sup>	MÉDIA <sup>2</sup>	DP <sup>3</sup>	ITEM-TOTAL <sup>4</sup>	ALFA <sup>5</sup>
Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.	25	63	31.6	.34	.81
Estar atento ao meu comportamento e como isso afeta os outros.	15	70.72	29.8	.27	.82
Recusar pedidos de outros quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo autoridades e estranhos.	10	57.05	36.3	.59	.80
Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.	20	44.27	37	.14	.82
Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.	-	61.4	35.8	.54	.80
Limitar cochilos para 20-30 minutos durante o dia.	17,5	44.3	40.3	.17	.82
Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade para entender algo porque não estou me concentrando bem (por exemplo: imposto de renda, documentos legais, etc.).	10	78.75	25,4	.30	.81
Comer quatro porções de frutas e verduras diariamente.	27,5	45,02	38,8	.40	.81
Beber de 6 a 8 copos de água diariamente.	22,5	72.13	35.4	.07	.82
Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.	10	64,38	31,3	.50	.81
Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou participar de projetos.	-	68,63	34.2	.48	.81
Ficar junto de pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.	5	74.28	29.4	.23	.82
Levantar e fazer algo relaxante, se não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.	7,5	60.5	37.6	.28	.82
Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa ou supor que eu não sou bom (boa).	20	52.88	30.8	.56	.80
Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes de dormir.	5	84.63	21.1	.27	.82
Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.	-	75.5	35.5	.26	.82
Fazer exercícios ou alguma atividade todos os dias.	5	32.3	33.5	.35	.81
Estar atento quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	17,5	57.25	33.5	.77	.79
Rir e tentar achar graça na minha situação, apesar dos meus problemas.	5	57.1	40.3	.44	.81
Enfrentar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	5	54.25	39.5	.45	.81
Tentar entender por que estou ansioso.	-	62	32.5	.20	.82
Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia	20	23.27	32	.32	.81



cessitarem de maior atenção quanto a políticas públicas de prevenção e tratamento<sup>(21-22)</sup>.

Foi observada a baixa adesão à prática de exercícios físicos, com 65% dos respondentes afirmando que não realizava nenhum tipo de atividade dessa natureza. Vale destacar que evidências na literatura científica da relação entre a realização de exercícios físicos e melhora no quadro da saúde mental, além disso, foi observado que as pessoas mais ativas tinham riscos menores de apresentar sintomas depressivos<sup>(23-24)</sup>.

Considerando os escores obtidos com o BDI, 87,5% dos entrevistados apresentaram algum grau de depressão (de leve a grave), sendo a moderada com maior percentual. Esse dado pode explicar a média da autoeficácia, segundo a DCSES pré-final, encontrada na amostra do pré-teste, que correspondeu a “moderada confiança”, visto que, segundo Perraud<sup>(16)</sup> a autoeficácia tende a ser inversamente proporcional ao grau de depressão, ou seja, quanto mais eficaz o indivíduo, menor a chance de apresentar sintomatologia depressiva.

A validação de face, pela amostra pré-final, foi satisfatória, indicando que o percurso metodológico seguido está em conformidade com o proposto por Beaton, et al.<sup>(6)</sup>. Já em relação à avaliação semântica por esse grupo, somente quatro itens não foram alvos de sugestão de mudanças, entretanto, apenas três itens obtiveram frequência de alterações maiores que 20%, o que demonstra um bom índice. Quanto a confiabilidade da

Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.	10	32	35.8	.35	.81
Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa enfrentá-los e não deixá-los me incomodar.	2,5	61	32.3	.44	.81

Fonte: elaboração própria. 1Valor percentual das pessoas que sugeriram alguma modificação no item. 2Média das pontuações da DCSES em cada item. 3Desvio padrão. 4Correlação de Spearman. 5Alfa de Cronbach se o item for deletado. Nota: Alfa de Cronbach para o instrumento completo foi de 0,82

DCSES apresentada no pré-teste, o Alfa de Cronbach geral foi de 0,82, demonstrando que a versão é satisfatoriamente confiável<sup>(25-26)</sup>. Ressalta-se que essas análises são preliminares e tem relevância por indicarem como a DCSES pode se apresentar quando aplicada no público-alvo.

A limitação do estudo pode ser apontada pela seleção da amostra, que contou com residentes de uma cidade brasileira. Porém, como ponto forte, a fase de adaptação transcultural foi realizada com o rigor metodológico recomendado por pesquisadores da área, envolvendo profissionais e representação público-alvo (através do pré-teste) no julgamento de todos os itens. A continuidade do estudo permitirá que a DCSES seja utilizada pelos profissionais e possa nortear ações com o público-alvo, além de fomentar evidências científicas sobre o construto da autoeficácia e sua relação com a depressão.

## CONCLUSÃO

A escolha da DCSES para adaptar transculturalmente foi pautada nas características do instrumento, no cons-

truto que ele se propõe a medir e na originalidade, visto que não existem registros, até o presente momento, de uma medida validada, para a realidade brasileira, que faça a mensuração da autoeficácia no enfrentamento da depressão. O contato com a autora principal durante a realização das etapas foi de extrema relevância para a confirmação de que os termos da língua original foram traduzidos adequadamente sem perda do sentido primário.

A participação do comitê de especialistas viabilizou a manutenção das assertivas sem distorções e com sentido lógico para o contexto brasileiro. A etapa do pré-teste foi de fundamental importância tanto para dirimir questões de natureza prática e de operacionalização, bem como, na avaliação do sentido dos itens apresentados pela DCSES. O presente estudo apresenta um instrumento para mensuração da autoeficácia na depressão adaptado ao contexto brasileiro, possibilitando um norteamiento na tomada de decisão e manejo clínico dessa população.

## REFERÊNCIAS

- 1.Almeida LGR, Faro A. Levantamento e principais achados de estudos nacionais sobre a depressão - uma revisão sistemática de literatura. *Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação, São Cristóvão*. 2016;2(1). Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/123456789/1897>
- 2.Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18(2):170-180. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>
- 3.Matias RDC, Martinelli SDC. Um estudo correlacional entre apoio social e autoconceito de estudantes universitários. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*. 2017;22:15-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772017000100002>
- 4.Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ:

- Prentice Hall. 1977. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=rGMPEAAAQBAJ&pg=PA141&ots=StISCh2Rb-D&dq=9.Bandura%20A.%20Social%20learning%20theory.%20Englewood%20Cliffs%2C%20NJ%3A%20Prentice%20Hall.%201977&lr&hl=pt-BR&pg=PA141#v=onepage&q&f=false>
5. Mello E, Teixeira MB. Depressão em idosos. *Revista Saúde-UNG-Ser.* 2011;5(1). Disponível em: [revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929](http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929)
6. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health.* 2007;1(1):1-45. Disponível em: [https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
7. Pasquali L. (Ed.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e prática.* Porto Alegre: Artmed. 2010;24:506-520. Disponível em: <https://1library.org/article/pasquali-instrumentação-psicológica-fundamentos-prática-porto-alegre-artmed.y9dnk8jq>
8. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung.* 1987; 16(6):625-9. Disponível em: [https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1026&context=nursing\\_fac](https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1026&context=nursing_fac)
9. Lobiondo-Wood G, Haber J. (Ed). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice.* [S.1.]: Elsevier Health Sciences. 2013.
10. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013;35(4):416-431. Doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
11. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria.* 2003;61(3B):777-781. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
12. Hernández-Nieto RA. *Contribuciones al análisis estadístico.* Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes. 2002. Disponível em: [repositorio.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/cipo/v23/articulo10.pdf](http://repositorio.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/cipo/v23/articulo10.pdf)
13. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):365-71. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2004.v38n3/365-371/>
14. Mahakittikun K, Thapinta D, Sethabouppha H, Kittirattana-paiboon P. Predicting factors of relapse among persons with a major depressive disorder. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research.* 2013;17(1): 68-82. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6378/5569>
15. Pasquali L. *Psicometria.* *Rev Esc Enferm.* 2009;43(Esp):992-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reuesp/a/Bb-p7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/?format=pdf>
16. Perraud S. Development of the depression coping self-efficacy scale (DCSES). *Archives of Psychiatric Nursing.* 2000;14(6):276-284. DOI: <https://doi.org/10.1053/apnu.2000.19090>
17. Pinheiro C, Schwengber EB. Estatística multiparamétrica Qb aplicada na análise de dados dicotômicos de Pesquisa em Educação. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão.* 2018;10(1). Disponível em: [https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq\\_trabalhos/15947/seer\\_15947.pdf](https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/15947/seer_15947.pdf)
18. Field A. *Discovering statistics using SPSS.* [S.1.]: Sage publications. 2009. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=a6FLF1YOqtsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=a6FLF1YOqtsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
19. Zavaschi MLS, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, Eizirik CL. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 2002;24:189-195. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000400009>
20. Barros MBA, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros—PNS 2013. *Revista de Saúde Pública.* 2017;5. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>
21. Pasquali, L. *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas.* Porto Alegre: Artmed. 2010. Disponível em: <https://1library.org/article/pasquali-instrumentação-psicológica-fundamentos-práticas-porto-alegre-artmed.zwkvr3vz>
22. Borsa JC, Damasio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto.* 2012;22(53):423-432. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cbRx-jMqmbZddKpwywVM8mJv/?format=pdf&lang=pt>
23. Santos RAF. Relações Entre Exercício Físico, Obesidade E Sintomatologia Depressiva. *UNILUS Ensino e Pesquisa.* 2019;16(43):152-158. Disponível em: [revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1134](http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1134)
24. Andrade K, Zeferino MT, Fialho MB. Articulação da rede de atenção psicossocial para o cuidado às crises. *Psicologia em Estudo.* 2016;21(2):223-233. Doi: <https://doi.org/10.4025/psicoe-stud.v21i2.31269>
25. Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAM, Ribeiro P, Laks J. O Exercício Físico no Tratamento da Depressão em Idosos: Revisão Sistemática. *Rev Psiquiatr.* 2007;29(1):70-79. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100014>
26. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychomet., New York.* 1951;16(3):297-334. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02310555.pdf>