

Adaptação transcultural da escala *Locus of Control of Behaviour* para o português: versão para idosos

Cross-cultural adaptation of the Locus of Control of Behavior scale into Brazilian Portuguese: version for elderly

Juliana Bastos Ohy¹, Deborah B. Maia², Evandro Silva Freire Coutinho², Jerson Laks¹

RESUMO

Objetivo: Apresentar a adaptação transcultural da escala *Locus of Control of Behavior* (LCB) para a língua portuguesa falada no Brasil. **Métodos:** O processo de adaptação foi realizado em cinco etapas: tradução, retradução, avaliação da equivalência entre a retradução e a escala original, elaboração de uma versão pré-teste e aplicação na população-alvo composta por 16 idosos (56 a 80 anos), com quatro anos mínimos de escolaridade. **Resultados:** A versão adaptada não gerou problemas de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo. **Conclusão:** Este trabalho torna disponível a primeira versão em Português da LCB, uma escala que tem sido particularmente utilizada para avaliar o tipo de *locus* de controle (LoC) no que concerne ao prognóstico de tratamentos em saúde mental.

Palavras-chave

LoC, LCB, adaptação transcultural.

ABSTRACT

Objective: To present the cross-cultural adaptation of the Locus of Control of Behavior (LCB) scale into Brazilian Portuguese. **Methods:** The adaptation included translation, back translation, assessment of equivalence between the original and the backtranslation scale, preparation of a pre-test version and application on the targeted population of 16 elderly (56-80 years old), with a minimum of 4 years of formal education. **Results:** The adjusted version provided a good understanding and acceptance, and no negative emotional impact in the subjects. **Conclusion:** This paper provides the first version of LCB scale in Brazilian Portuguese. Such scale has been particularly used to assess LoC with regard to the prognosis of mental health treatment.

Keywords

LoC, LCB, cross-cultural adaptation.

Recebido em
22/5/2014
Aprovado em
3/10/2014

DOI: 10.1590/0047-2085000000030

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice.

2 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública.

Endereço para correspondência: Juliana Bastos Ohy
Av. Augusto Severo, 202/1202, Glória
20021-040 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefones: (21) 2613-3346/98488-1241
E-mail: julianaohy@gmail.com

INTRODUÇÃO

O constructo *locus* de controle (LoC) tem como base a teoria de aprendizagem social, sendo objeto de investigação de diversos campos de pesquisa sobre comportamento humano¹. Esse conceito encontra aplicação na psicologia organizacional^{2,3}, em pesquisas comportamentais⁴ e em pesquisa clínica⁵⁻⁸. Define-se LoC como uma crença ou expectativa generalizada a respeito de quais seriam as fontes de controle sobre os eventos que nos afetam. Para Rotter¹, o constructo LoC representa um *continuum* ao longo do qual as dimensões internalidade e externalidade encontram-se nos extremos. Pessoas com LoC interno acreditam que tudo o que podem alcançar ou realizar seria determinado por seus esforços e competências, e sentem-se capazes para mudar situações vivenciadas. Por outro lado, pessoas com LoC externo creem que aquilo que podem obter depende ou é controlado por fatores externos como a política, ambiente econômico, sorte, fé, outras pessoas ou mesmo pelo acaso¹.

Para avaliar o constructo LoC, Rotter elaborou um instrumento que mede as expectativas de controle dos indivíduos em situações da vida diária – Escala de Controle Interno-Externo¹. A escala apresenta 29 itens, que são classificados em seis subcategorias: reconhecimento acadêmico; reconhecimento social; amor e afeição; dominância/ascendência; crenças sociopolíticas e filosofia de vida. Esse instrumento sofreu críticas por sua generalidade. Além disso, o conceito de externalidade proposto por Rotter¹ foi considerado limitado por Levenson⁹, que propôs a sua divisão em dois componentes: atribuição ao acaso e a “outros poderosos”. Segundo a autora, a atribuição ao acaso refere-se a crenças na sorte, azar ou no destino como forças determinantes. Já a expressão “outros poderosos” relaciona-se à crença de que outras pessoas – profissionais de saúde ou familiares – possuem ascendência sobre o sujeito, controlam sua vida, e por isso lhes atribuem a ocorrência ou não dos eventos⁹.

Levenson¹⁰ dividiu o constructo de LoC em três dimensões: pessoal, social e impessoal. A primeira estaria relacionada ao LoC interno, enquanto as dimensões social e impessoal estariam ligadas aos outros poderosos e ao acaso, respectivamente¹⁰. A escala multidimensional de *locus* de controle de Levenson foi traduzida e validada para o contexto brasileiro por Dela Coleta¹¹.

Vários instrumentos foram elaborados com o intuito de investigar o papel dos tipos de LoC e sua relação com a saúde^{9,12-14}. Instrumentos mais específicos foram necessários, uma vez que os graus de internalidade/externalidade podem variar segundo o contexto de cada situação. É possível, por exemplo, que um indivíduo apresente internalidade em um domínio como o trabalho, mas atribua a fatores externos a qualidade de sua saúde¹³.

Até onde é do nosso conhecimento, existem oito escalas de LoC traduzidas para o português falado no Brasil^{11,15-21}. Essas escalas foram utilizadas em estudos que avaliaram padrões de comportamento social, no contexto organizacional e também no contexto de dores crônicas.

A escala de Craig *et al.*¹⁴, denominada *Locus of Control of Behavior* (LCB), tem sido utilizada para aferir em que medida os indivíduos percebem possuir controle sobre sua doença. Essa escala tem sido particularmente aplicada no âmbito da saúde mental para aferir o desfecho clínico de tratamentos para transtornos psiquiátricos⁷. Ela é composta por 17 itens de autoperenchimento, apresentados em formato *Likert*, que avaliam a intensidade das crenças e a fonte de controle dos eventos. Os escores para cada uma das 17 afirmações variam de 0 (“*strongly disagree*”) até 5 (“*strongly agree*”). Sete perguntas têm sua pontuação revertida antes de proceder-se à contagem final (questões de número 1, 5, 7, 8, 13, 15 e 16). Pontuação baixa indica experiência de controle interno, enquanto pontuação alta indica controle externo¹⁴.

Apesar de sua ampla utilização em diversos contextos clínicos, a escala de Craig ainda não foi utilizada nem traduzida no Brasil. Neste artigo apresentamos a adaptação transcultural dessa escala para o português do Brasil em um contexto de idosos.

MÉTODOS

População

A população do estudo foi composta por 16 idosos saudáveis, cuidadores de pessoas com demência, sem histórico psiquiátrico ou neurológico prévios. Desses 16 sujeitos, 15 eram do sexo feminino. A idade variou entre 56 e 80 anos, e a escolaridade mínima foi de quatro anos de estudos.

O processo de adaptação transcultural

A adaptação transcultural foi baseada na metodologia empregada por Reichenheim e Moraes²², que consiste em um processo de cinco fases:

- a) Tradução;
- b) Retradução;
- c) Avaliação da equivalência entre a retradução e a escala original sob a perspectiva do significado dos termos ou palavras;
- d) Elaboração de uma versão pré-final;
- e) Pré-teste na população-alvo.

A figura 1 sintetiza o nosso processo de adaptação transcultural da LCB.

Inicialmente, a escala foi vertida para o português de forma independente, por duas pessoas bilíngues, familiarizadas com o uso de escalas. Elaborou-se, então, uma primeira versão da escala em português com base em duas versões

obtidas. Em seguida, um tradutor oficial americano, fluente em português e que desconhecia a escala em sua versão original, retraduziu a versão em português para o inglês. A comparação entre a retradução da escala e sua versão original em inglês foi realizada por um segundo tradutor, que avaliou a equivalência no que se refere ao aspecto denotativo e conotativo. O aspecto denotativo diz respeito a uma correspondência literal entre os termos originais e aqueles traduzidos, enquanto o conotativo é mais geral e transcende o sentido literal dos termos, levando em conta aspectos mais sutis como uso do termo na cultura. Finalmente, foi elaborada uma “versão-síntese” em português por um comitê de especialistas (dois psiquiatras e um epidemiologista) familiarizados com a aplicação de escalas psicométricas e fluentes nas duas línguas.

O pré-teste do instrumento na amostra foi realizado por uma psicóloga experiente na aplicação de escalas. Três parâmetros de avaliação foram estabelecidos: (1) Compreensão dos enunciados e sentenças; (2) O impacto emocional provocado pela leitura dos itens; e (3) Aceitabilidade do instrumento no geral.

Este trabalho teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O estudo foi completamente descrito a todos os sujeitos que assinaram o consentimento livre e esclarecido antes dos procedimentos e não receberam qualquer compensação monetária pela participação.

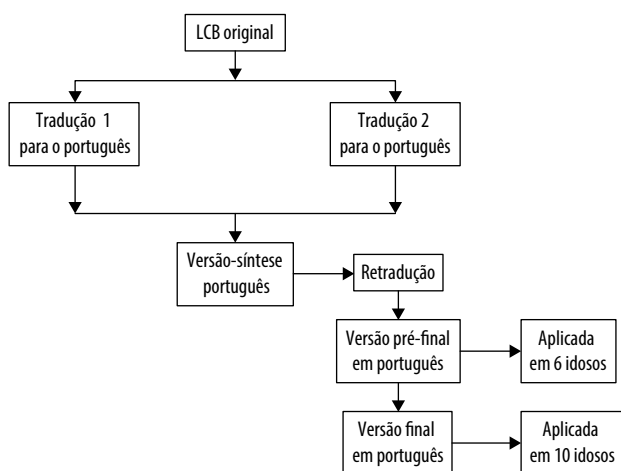


Figura 1. Resumo esquemático do método usado para a adaptação transcultural da escala LCB.

RESULTADOS

Na fase piloto, as versões traduzidas (pré-final e final) foram aplicadas em 16 idosos. Inicialmente, a versão pré-final foi aplicada em seis idosos. Um dos sujeitos optou por não respondê-la e dois deles apresentaram dificuldades de compreensão na instrução da escala. Além disso, algumas

expressões (“apoio externo” e “ações externas”) e sentenças (questões 11, 12 e 14) não foram entendidas pela maioria dos sujeitos. Outro problema relevante foi a não compreensão dos níveis de gradação de intensidade das crenças, uma vez que os conceitos “discordo fortemente, discordo no geral, discordo de algum modo, concordo de algum modo, concordo no geral e concordo fortemente” não eram culturalmente familiares aos entrevistados.

Nessa etapa, a escala foi novamente submetida a uma avaliação do comitê de especialistas que sugeriram as alterações descritas a seguir:

- Quanto ao sujeito das sentenças: por se tratar de uma amostra de idosos brasileiros que possuem peculiaridades do ponto de vista educacional e que não estão familiarizados com o preenchimento de formulários, optamos por permitir que as escalas fossem aplicadas por um entrevistador. Com isso, houve a troca do sujeito das sentenças da primeira para a terceira pessoa do singular, pois, durante a leitura em voz alta pelo entrevistador, as sentenças que estavam em primeira pessoa eram entendidas pelos idosos como referência ao aplicador, e não a si mesmos.
- Modificação na apresentação das opções de respostas: notou-se que os idosos não conseguiam se posicionar em relação a afirmações do tipo: “discordo de algum modo, concordo de algum modo”. Por isso, optamos por apresentar inicialmente duas opções de respostas: concordo e discordo. Em seguida, para cada uma dessas opções foram acrescentados três níveis de gradação: pouco, mais ou menos e muito. Assim, após a leitura da frase, perguntava-se ao participante se ele concordava ou não com o item. Em seguida, as três opções de gradação de intensidade – pouco, mais ou menos e muito – eram apresentadas.
- Modificação de algumas palavras e sentenças: optou-se por inverter a ordem sintática e destacar a palavra “não” nas duas questões que continham afirmações na forma negativa. Desse modo, procurou-se evitar viés nas respostas, uma vez que fora observado que os participantes tendiam a ignorar a forma negativa da frase, sobretudo quando apresentada ao final da frase.

A tabela 1 demonstra a comparação entre a versão original e a versão final (com adaptação transcultural) da escala LCB.

A versão modificada (versão final) foi aplicada em dez idosos e não gerou problemas de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo. Inclusive, como a escala passou a ser mais bem compreendida pelos idosos, foi possível utilizá-la de forma autoaplicável com supervisão do entrevistador.

Tabela 1. Comparação entre as versões original e final (com adaptação transcultural) da escala LCB

Versão original em inglês LOCUS OF CONTROL OF BEHAVIOUR SCALE	Versão final ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE DO COMPORTAMENTO
“Directions: Below are a number of statements about how various topics affect your personal beliefs. There are no right or wrong answers. For every item there are a large number of people who agree or disagree. Could you please put in the appropriate space the choice you believe to be true? Answer all the questions.”	“Instruções: Agora apresentaremos algumas afirmações sobre você para saber o quanto você concorda ou não com elas. Não há respostas certas ou erradas. Para cada item, há um grande número de pessoas que concordam ou discordam em diferentes graus. Você poderia, por favor, dizer o que melhor se aplica a você?”
1. ____ I can anticipate difficulties and take action to avoid them.	1. Você é uma pessoa que consegue prever as dificuldades e tomar atitudes para evitá-las.
2. ____ A great deal of what happens to me is probably just a matter of chance.	2. Grande parte do que acontece com você deve-se ao acaso.
3. ____ Everyone knows that luck or chance determine one's future.	3. Todos sabem que a sorte e o acaso determinam o futuro das pessoas.
4. ____ I can control my problem(s) only if I have outside support.	4. Você é uma pessoa que SÓ consegue controlar os seus problemas quando tem apoio dos outros.
5. ____ When I make plans, I am almost certain that I can make them work.	5. Quando você faz planos, está quase certo que pode realizá-los.
6. ____ My problem(s) will dominate me all my life.	6. Seus problemas vão te dominar por toda a vida.
7. ____ My mistakes and problems are my responsibility to deal with.	7. É de sua responsabilidade lidar com seus problemas e seus erros.
8. ____ Becoming a success is a matter of hard work, luck has little or nothing to do with it.	8. Tornar-se um sucesso é uma questão de trabalho duro. Sorte tem pouco ou nada a ver com isso.
9. ____ My life is controlled by outside actions and events.	9. Sua vida é controlada por ações dos outros e por acontecimentos externos.
10. ____ People are victims of circumstance beyond their control.	10. As pessoas são vítimas de circunstâncias que estão além do seu controle.
11. ____ To continually manage my problems I need professional help.	11. Você sempre precisa de ajuda profissional para lidar com seus problemas.
12. ____ When I am under stress, the tightness in my muscles is due to things outside my control.	12. Quando você está sob estresse, você NÃO consegue controlar a tensão dos seus músculos.
13. ____ I believe a person can really be a master of his fate.	13. Uma pessoa pode realmente ser dona do seu destino.
14. ____ It is impossible to control my irregular and fast breathing when I am having difficulties.	14. Quando você está enfrentando dificuldades, você NÃO consegue controlar sua respiração ofegante.
15. ____ I understand why my problem(s) varies so much from one occasion to the next.	15. Você sabe por que seus problemas variam tanto de uma ocasião para outra.
16. ____ I am confident of being able to deal successfully with future problems.	16. Você acredita ser capaz de lidar bem com problemas futuros.
17. ____ In my case maintaining control over my problem(s) is due mostly to luck.	17. Você conta principalmente com a sorte para manter seus problemas sob controle.

DISCUSSÃO

Este é um estudo de tradução e adaptação transcultural da escala de *locus* de controle do comportamento (LCB) para a

língua portuguesa falada no Brasil. A LCB é uma escala que tem sido primordialmente utilizada para avaliar internalidade/externalidade dos sujeitos no que concerne à saúde e ao prognóstico de tratamentos. A percepção do controle pessoal sobre o comportamento tem se mostrado importante na predição da habilidade do paciente em enfrentar doenças crônicas²³. Conhecer os tipos de LoC em idosos, uma população vulnerável a diversos tipos de patologias, permite ensejar medidas preventivas e aprimorar a assistência para essa população, melhorando a resposta ao tratamento e modificando o prognóstico delas.

A versão final aplicada em uma amostra de 10 idosos saudáveis demonstrou possuir boa aceitabilidade e fácil compreensão. No entanto, foram necessárias alterações sem que houvesse perda das características centrais da escala.

Durante o processo de tradução e retradução, uma dificuldade encontrada foi a escolha de sinônimos para expressões como: “*outside support*” (questão 4) e “*external actions and events*” (questão 9). Diante das particularidades da amostra estudada, foi fundamental uma adequação na aplicação da escala, de modo a permitir a supervisão do entrevistador para esclarecimentos de dúvidas e explicação por meio de exemplos para a escolha das respostas por parte dos idosos. Outra modificação importante ocorreu na apresentação visual das opções de respostas. Essa forma de aplicação e apresentação facilitou a compreensão dos itens para essa população específica.

Entre os idosos que participaram da avaliação da compreensibilidade da escala, somente um pertence ao gênero masculino. Estudos futuros com essa escala, em especial o trabalho de validação, devem contar com uma amostra mais homogênea. Embora o fato aqui mencionado possa ser visto como uma limitação do estudo, o objetivo deste trabalho era avaliar a compreensibilidade, e não as propriedades psicométricas da escala. Portanto, ter havido apenas um sujeito masculino não deve ter afetado em nada a qualidade do estudo em questão.

CONCLUSÃO

Este trabalho torna disponível a primeira adaptação para o contexto brasileiro de um instrumento específico para a avaliação dos tipos de LoC em idosos. No entanto, ainda será necessário que se proceda à avaliação psicométrica da escala, etapa posterior ao processo de tradução e adaptação transcultural, e que demanda um número bem maior de participantes.

A disponibilidade de uma escala de LoC adaptada para o português falado e escrito no Brasil permitirá que sejam realizados estudos sobre a importância desse constructo sobre a saúde e sua relação com diferentes tipos de transtornos mentais, assim como sobre a resposta ao tratamento e prognóstico.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Juliana Ohy – Contribuiu ativamente na redação do manuscrito, realizou pesquisa bibliográfica, leitura dos artigos, manejo de referências e realizou o trabalho de campo, aplicando as versões da escala na população-alvo.

Deborah B. Maia – Colaborou significativamente na concepção e desenho do estudo, na redação do manuscrito, na pesquisa bibliográfica e na revisão crítica de seu conteúdo.

Evandro Coutinho – Foi responsável pela concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e revisou criticamente o conteúdo intelectual.

Jerson Laks – Foi responsável pela concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e revisou criticamente o conteúdo intelectual.

Todos os autores aprovaram a versão final submetida para publicação.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse referentes a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por apoiar os pesquisadores Evandro Coutinho e Jerson Laks.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), por apoiar a pesquisadora Deborah B. Maia.

REFERÊNCIAS

1. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966;80(1):1-28.
2. Ng TWH, Sorensen KL, Eby LT. Locus of control at work: a meta-analysis. *J Organiz Behav.* 2006;27(8):1057-87.
3. Abbad G, Meneses PPM. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estud Psicol.* 2004;9(3):441-50.
4. Blanchard-Fields F, Irion JC. The relation between locus of control and coping in 2 contexts – Age as a moderator variable. *Psychol Aging.* 1988;3(2):197-203.
5. Oliveira TH, Oliveira VC, Melo RC, Melo RM, Freitas AE, Ferreira PH. Patients in treatment for chronic low back pain have higher externalised beliefs: a cross-sectional study. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(1):35-9.
6. Benassi VA, Sweeney PD, Dufour CL. Is there a relation between locus of control orientation and depression? *J Abnorm Psychol.* 1988;97(3):357-67.
7. Bright SJ, Kane R, Marsh A, Bishop B. Psychometric Properties of the Locus of Control of Behaviour Scale (LCBS) among Australians Seeking Alcohol and Other Drug (AOD) Treatment. *Australian Psychologist.* 2013;48(3):172-7.
8. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *J Affect Dis.* 2006;93(1-3):229-32.
9. Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol.* 1973;41(3):397-404.
10. Levenson H. Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. *J Pers Assess.* 1974;38(4):377-83.
11. Dela Coleta MF. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arq Bras Psicol (Rio J, 1979).* 1987;39(2):79-97.
12. Reid DW, Ware EE. Multidimensionality of internal versus external control – Addition of a third dimension and non-distinction of self versus others. *Can J Behav Sci.* 1974;6(2):131-42.
13. Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of Multidimensional Health Locus of Control (Mhlc) Scales. *Health Educ Monogr.* 1978;6(2):160-70.
14. Craig AR, Franklin JA, Andrews G. A scale to measure locus of control of behaviour. *Br J Med Psychol.* 1984;57(Pt 2):173-80.
15. Pasquali L, Alves AR, Pereira MAM. Escala de locus de controle. *Psicol Reflex Crit.* 1998;11(2):363-78.
16. Dela Coleta MF. Locus de controle e satisfação conjugal. *Psicol Teor Pesq.* 1992;8(2):243-52.
17. Novaes JJ. Tradução para o português e validação das escalas: locus de controle para crianças (NSLC) e perfil de autopercepção para crianças (SPPC) [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2003.
18. Cerqueira MMMD, Nascimento ED. Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *Psico-USF.* 2008;13(2):253-63.
19. Albuquerque FJBD, Noriega V, Angel J, Martins CR, Neves MTDS. Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. *Psicol Am Lat.* [online] 2008;(13).
20. Araújo LG, Lima DM, Sampaio RF, Pereira LS. Escala de locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. *Braz J Phys Ther.* 2010;14(5):438-45.
21. Abbad G, Meneses PPM. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estud Psicol.* 2004;9(3):441-50.
22. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):665-73.
23. Kurita GP, Pimenta CDM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38:254-61.