UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARINA PAES CALTRAN

Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptação e validação para
brasileiros que sofreram queimaduras

Ribeirão Preto

2014

MARINA PAES CALTRAN

***Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptação e validação para
brasileiros que sofreram queimaduras***

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi

Ribeirão Preto

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Caltran, Marina Paes

Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptação e validação para brasileiros que sofreram queimaduras/ Marina Paes Caltran; orientadora: Lidia Aparecida Rossi. – Ribeirão Preto, 2014.

147f. : il.; 30cm

Dissertação (Mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

1. Queimaduras. 2. Imagem corporal. 3. Estudos de validação.

I. Rossi, Lidia Aparecida. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. III. *Satisfaction With Appearance Scale* – SWAP: adaptação e validação para brasileiros que sofreram queimaduras.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CALTRAN, Marina Paes

Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptação e validação para brasileiros que sofreram queimaduras

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, pelo Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe **Marcileusa**, pelo seu amor incondicional, pela compreensão, pela paciência, por estar sempre ao meu lado e pela sua força.*

*Ao meu pai **José Geraldo**, pelo amor, por acreditar em mim, entender minhas escolhas e sempre me apoiar.*

*Ao meu namorado **Carlos Alexandre**, pelo amor verdadeiro, pela paciência, pela coragem, pelo companheirismo e por entender todos os momentos de ausência.*

*Aos meus queridos avós **Geraldo, Lourenço e Yolanda** e tia **Luiza** que não estão conosco em vida, mas sempre em meu coração.*

*À minha **família**, avó, tios, padrinhos e primos, pelo reconhecimento e incentivo sempre.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A **Deus**, pela minha vida, por me dar força em momentos difíceis que passei durante a realização desta pesquisa.*

*Aos pacientes, **vítimas de queimaduras**, que participaram deste estudo, pela contribuição e disponibilidade em compartilhar suas histórias. Vocês são grandes exemplos de superação!*

*À Profa. Titular **Lidia Aparecida Rossi**, por todos os anos de convivência, muito me ensina com seu amplo conhecimento, pela paciência, pelo incentivo e por acreditar na minha capacidade. Eu a admiro e serei eternamente grata.*

*À Profa. Dra. **Rosana Aparecida Spadoti Dantas**, pelo tempo dedicado, pela paciência, compreensão, amizade e por compartilhar seu conhecimento durante toda a trajetória deste estudo.*

*À minha amiga e companheira de pesquisa **Noéle de Oliveira Freitas**, por tudo que aprendemos e construímos juntas, pelo apoio, cooperação, otimismo e força.*

AGRADECIMENTOS

*Ao Dr. **John W. Lawrence**, pela disponibilidade em cooperar neste estudo, por compartilhar seu precioso conhecimento.*

*A todos os **funcionários da Unidade de Queimados** da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em especial as auxiliares de enfermagem **Marli e Ana**, a escriturária **Cidinha**, a fisioterapeuta **Adriana**, a enfermeira **Iara** e o **Dr. Jayme**, pela cooperação diária durante a coleta de dados.*

*A todas as minhas companheiras do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRQ), em especial **Rejane Furuya, Eliana Arantes, Eliane Nepomuceno, Carina Marosti, Natália Gonçalves, Iara Pedro e Fernanda de Souza**, pelo coleguismo, pelo aprendizado e pela oportunidade de trabalharmos juntas.*

*Às minhas amigas **Cristiane Lopes, Paula Shioga, Tainy Benassi e Raquel Pan** que foram minha segunda família em Ribeirão Preto. Obrigada por compartilharem comigo momentos bons e ruins e estarem sempre ao meu lado.*

*Às minhas queridas e inesquecíveis amigas **Maria Gabriela de Souza, Ana Carolina Barbudo, Mayra Trovó, Letícia Finêncio e Nara Caetano**. Frequentar a EERP me lembra do quanto fomos felizes aqui. Sinto falta de cada uma de vocês.*

*Às minhas amigas queridas **Tamiris Leme e Marcela Pozer** pelo carinho, incentivo, pela força e pela amizade fiel.*

*À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)** pelo financiamento desta pesquisa através da bolsa de mestrado.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)** e a todos os seus funcionários pelo acolhimento e apoio.*

RESUMO

CALTRAN, M.P. *Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptação e validação para brasileiros que sofreram queimaduras*. 2014. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Estudo metodológico, com objetivos de adaptar a *Satisfaction With Appearance Scale – SWAP* para o português – Brasil e avaliar a validade e a confiabilidade da versão adaptada em uma amostra de pacientes brasileiros que sofreram queimaduras. A SWAP avalia a satisfação com a imagem corporal de pessoas que sofreram queimaduras. Quanto maior o escore pior a satisfação com a imagem corporal. O processo de adaptação foi realizado como segue: tradução do instrumento original, síntese das traduções, revisão da tradução realizada por um comitê de juízes, retrotradução, síntese das retrotraduções, comparação da versão original em inglês com a versão consensual em inglês, avaliação pelo autor do instrumento original, reavaliação pelo comitê de juízes, validação semântica dos itens e pré-teste da versão final. A validade de constructo convergente foi avaliada pelo teste de correlação de Pearson entre o escore obtido pela aplicação da SWAP e os resultantes da medida de constructos correlatos – depressão (Índice de Depressão de Beck); autoestima (Escala de Auto-Estima de Rosenberg); qualidade de vida relacionada à saúde (*Short Form Health Survey-36*) e estado de saúde de vítimas de queimaduras (*Burn Specific Health Scale-Revised*). A validade discriminante foi testada por meio de grupos conhecidos pelo teste t de *Student* para amostras independentes, associando a média da SWAP adaptada com as médias obtidas com sexo, superfície corporal queimada e percepção da visibilidade da queimadura por outras pessoas. A validade de constructo relacionada à dimensionalidade foi verificada por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e Análise Fatorial Exploratória (AFE). A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna dos itens (alfa de Cronbach) e pela correlação item-total. O nível de significância adotado foi 0,05. Participaram da etapa de validação da SWAP 106 pacientes queimados com média de idade de 37,5 anos (Desvio-Padrão - DP=13,2) em atendimento ambulatorial na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Na análise da validade de constructo convergente, de acordo com as hipóteses, as correlações entre as medidas da SWAP e a medida dos constructos correlatos variaram de moderadas a fortes e foram estatisticamente significantes ($r=0,30$ a $0,77$). A SWAP adaptada apresentou capacidade de discriminar os grupos com percepção de visibilidade da queimadura por outras pessoas e percepção de não visibilidade ($p<0,001$). A consistência interna foi de 0,88, e a correlação item-total variou de moderada a forte ($r=0,35$ a $0,73$). A primeira AFC com quatro fatores não apresentou índices de ajuste ao modelo adequados ($\chi^2=165,2/ p<0,0001$; $\chi^2/g.l=2,335$; AGFI=0,69; RMSEA=0,11; CFI=0,85) A AFE resultou em três fatores com percentual de variância total explicada de 63,2%. Foi feita a segunda AFC com três fatores que apresentou índices de ajuste ao modelo mais próximos dos indicados pela literatura ($\chi^2=159,46/ p<0,0001$; $\chi^2/g.l=2,155$; AGFI=0,73; RMSEA=0,10; CFI=0,86). Conclui-se que a SWAP adaptada para o português apresentou-se válida e confiável para ser utilizada com indivíduos brasileiros que sofreram queimaduras.

Palavras-chave: Queimaduras. Imagem corporal. Estudos de Validação.

ABSTRACT

CALTRAN, M.P. *Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptation and validation for brazilian burn victims*. 2014. 147 f. Dissertation (Master) – University of São Paulo, Ribeirão Preto College of Nursing, 2014.

Methodological study to adapt the Satisfaction With Appearance Scale – SWAP to Brazilian Portuguese and assess the validity and reliability of the adapted version in a sample of Brazilian burns patients. The SWAP assesses burns victims' satisfaction with their body image. The higher the score, the worse the satisfaction with the body image. The adaptation process was developed as follows: translation of the original instrument, synthesis of the translations, review of the translation by an expert committee, back-translation, synthesis of the back-translations, comparison between the original version in English and the consensus version in English, assessment by the author of the original instrument, re-assessment by the expert committee, semantic validation of the items and pretest of the final version. The convergent construct validity was assessed using Pearson's correlation test between the SWAP score and the scores resulting from the measuring of correlated constructs – depression (Beck Depression Inventory); self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale); health-related quality of life (Short Form Health Survey-36) and health status of burns victims (Burn Specific Health Scale–Revised). The discriminant validity was tested by means of known groups using Student's t-test for independent samples, associating the adapted SWAP score with the means obtained for gender, total body surface area and perceived visibility of the burn by other people. The construct validity related to the dimensionality was verified using Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Exploratory Factor Analysis (EFA). The reliability was assessed by means of the internal consistency of the items (Cronbach's alpha) and the item-total correlation. The adopted significance level was 0.05. The participants in the validation phase of the SWAP were 106 burned patients with a mean age of 37.5 years (Standard Deviation - SD=13.2), receiving outpatient care at the Burns Unit of the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. In the convergent construct validity analysis, the correlations according to the hypotheses were moderate to strong and statistically significant between the SWAP scores and the correlated construct measures ($r=0.30$ to 0.77). The adapted SWAP was able to distinguish between the groups with perceived visibility of the burn to other people and perceived non-visibility ($p<0.001$). The internal consistency corresponded to 0.88 and the item-total correlation varied between moderate and strong ($r=0.35$ to 0.73). The first CFA with four factors did not show appropriate model adjustment indices ($\chi^2=165.2/ p<0.0001$; $\chi^2/g.l=2.335$; AGFI=0.69; RMSEA=0.11; CFI=0.85). The EFA resulted in three factors with a total explained variance percentage of 63.2%. A second CFA was applied with three factors, which showed model adjustment indices that were closer to those indicated in the literature ($\chi^2=159.46/ p<0.0001$; $\chi^2/g.l=2.155$; AGFI=0.73; RMSEA=0.10; CFI=0.86). In conclusion, the SWAP adapted to Portuguese was valid and reliable for use with Brazilian burns victims.

Key words: Burns. Body image. Validation studies.

RESUMEN

CALTRAN, M.P. *Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptación y validación para pacientes brasileños víctimas de quemaduras*. 2014. 147 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2014.

Estudio metodológico con objetivos de adaptar la *Satisfaction With Appearance Scale – SWAP* al portugués – Brasil y evaluar la validez y fiabilidad de la versión adaptada en muestra de pacientes brasileños víctimas de quemaduras. La SWAP evalúa la satisfacción con la imagen corporal de víctimas de quemaduras. Puntuaciones más altas indican una peor satisfacción con la imagen corporal. El proceso de adaptación fue realizado como sigue: traducción del instrumento original, síntesis de las traducciones, revisión de la traducción realizada por el comité de jueces, retro-traducciones, síntesis de las retro-traducciones, comparación de la versión original en inglés con la versión consensuada en inglés, evaluación por el autor del instrumento original, reevaluación por el comité de jueces, validación semántica de los ítems y pre-test de la versión final. La validez de constructo convergente fue evaluada por el test de correlación de Pearson entre la puntuación obtenida por la aplicación de la SWAP y los resultantes de la medida de constructos correlatos – depresión (Índice de Depresión de Beck); autoestima (Escala de Auto-Estima de Rosenberg); calidad de vida relacionada a la salud (*Short Form Health Survey-36*) y estado de salud de las víctimas de quemaduras, (*Burn Specific Health Scale-Revised*). La validez discriminante fue testada por medio de grupos conocidos por el test t de *Student* para muestras independientes, asociando a la media de la SWAP adaptada con la media obtenida en sexo, superficie corporal quemada y Percepción de la visibilidad de la quemaduras por otras personas. La validez de constructo relacionada a la dimensionalidad fue verificada por medio del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y Análisis Factorial Exploratorio (AFE). La fiabilidad fue evaluada por la consistencia interna de los ítems (alfa de Cronbach) y por la correlación ítem-total. El nivel de significancia adoptado fue de 0,05. Participaron de la etapa de validación de la SWAP 106 pacientes quemados con una media de edad de 37,5 años (Desvío-Estándar – DE = 13,2) atendidos en el ambulatorio de la Unidad de Quemados del Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. En el análisis de la validez de constructo convergente, las correlaciones, de acuerdo con las hipótesis, fueron de moderadas a fuertes y estadísticamente significantes entre las medidas de la SWAP y la medida de los constructos correlatos ($r=0,30$ a $0,77$). La SWAP adaptada presentó capacidad de discriminar los grupos con percepción de visibilidad de la quemadura por otras personas y percepción de no visibilidad ($p<0,001$). La consistencia interna fue de 0,88 y la correlación ítem-total varió de moderada a fuerte ($r=0,35$ a $0,73$). El primer AFC con cuatro factores no presentó índices de ajuste al modelo adecuado ($\chi^2=165,2/ p<0,0001$; $\chi^2/g.l=2,335$; AGFI=0,69; RMSEA=0,11; CFI=0,85). El AFE resultó en tres factores con porcentual de variancia total explicada del 63,2%. Fue hecho el segundo AFC con tres factores que presentaron índices de ajuste al modelo más próximo al de los indicados por la literatura ($\chi^2=159,46/ p<0,0001$; $\chi^2/g.l=2,155$; AGFI=0,73; RMSEA=0,10; CFI=0,86). Se puede concluir que la SWAP adaptada al portugués se presentó válida y confiable para el uso con individuos brasileños que sufrieron quemaduras.

Palabras-clave: Quemaduras. Imagen corporal. Estudios de Validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição dos itens da <i>Satisfaction With Appearance Scale</i> – SWAP ..	29
Quadro 2 -	Modificações realizadas nos itens da SWAP (Versão Consensual em Português 1) após revisão pelo Comitê de Juízes, SWAP (Versão Consensual em Português 2). Ribeirão Preto – SP, 2013	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma das etapas de adaptação da SWAP para o português (adaptado de ZANETTI, 2010)	49
Figura 2 -	<i>Path diagram</i> dos resultados da análise confirmatória da SWAP adaptada com quatro domínios	80
Figura 3 -	<i>Path diagram</i> dos resultados da análise confirmatória da SWAP adaptada com três domínios	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação dos valores encontrados no pré-teste do alfa de Cronbach total e domínios da SWAP adaptada (n=30). Ribeirão Preto, 2013	63
Tabela 2 -	Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n=106). Ribeirão Preto, 2013	64
Tabela 3 -	Características clínicas dos participantes do estudo (n=106). Ribeirão Preto, 2013	66
Tabela 4 -	Análise descritiva da versão adaptada da SWAP (total da escala, média dos itens, domínios e itens) (n=106). Ribeirão Preto, 2013	68
Tabela 5 -	Distribuição das frequências de respostas aos itens da SWAP adaptada (n=106). Ribeirão Preto, 2013	70
Tabela 6 -	Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total da versão adaptada da SWAP e dos valores de alfa de Cronbach se o item for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013	71
Tabela 7 -	Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 4 itens do domínio <i>Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais</i> e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013	72
Tabela 8 -	Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 4 itens do domínio <i>Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características não faciais</i> e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013	73
Tabela 9 -	Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 3 itens do domínio <i>Desconforto social devido à aparência</i> e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013	73
Tabela 10 -	Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 3 itens do domínio <i>Impacto social percebido devido à aparência</i> e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013	74
Tabela 11 -	Correlações entre os domínios da SWAP adaptada com o total da escala (n=106). Ribeirão Preto, 2013	74
Tabela 12 -	Estatística descritiva e confiabilidade da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER), Inventário de Depressão de Beck (IDB), <i>Burn Specific Health Scale – Revised</i> (BSHS-R) e domínios da BSHS-R (n=106). Ribeirão Preto, 2013	76

Tabela 13 -	Estatística descritiva e confiabilidade dos componentes do <i>Short-Form Health Survey</i> – 36 (SF-36) (n=104). Ribeirão Preto, 2013	77
Tabela 14 -	Correlações entre os valores obtidos na aplicação da SWAP adaptada, Escala de Auto-Estima de Correlações Rosenberg (EAER), Inventário de Depressão de Beck (IDB), <i>Burn Specific Health Scale – Revised</i> (BSHS-R) e domínios e componentes do <i>Short-Form Health Survey</i> – 36 (SF-36) (n=106). Ribeirão Preto, 2013	78
Tabela 15 -	Comparação das médias da SWAP adaptada de acordo com sexo, Superfície Corporal Queimada (SCQ) e visibilidade da queimadura (n=106). Ribeirão Preto, 2013	79
Tabela 16 -	Medidas de adequação do ajuste pela análise fatorial confirmatória da SWAP adaptada (n=106). Ribeirão Preto, 2013	81
Tabela 17 -	Apresentação das cargas fatoriais dos itens por domínio da SWAP adaptada (n=106). Ribeirão Preto – SP, 2013	82
Tabela 18 -	Medidas de adequação do ajuste pela análise fatorial confirmatória da SWAP adaptada (n=106). Ribeirão Preto, 2013	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste
AMOS	<i>Analysis of Moment Structures</i>
BES	<i>Body Esteem Scale for Adolescents and Adults</i>
BIQLI	<i>Body Image Quality of Life Inventory</i>
BSHS	<i>Burn Specific Health Scale</i>
BSHS-R	<i>Burn Specific Health Scale- Revised</i>
CIES	Centro Integrado de Emergências em Saúde
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio-padrão
EAER	Escala de Auto-Estima de Rosenberg
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
g.l	graus de liberdade
GFI	Índice de Qualidade do Ajuste
GOF	Qualidade de Ajuste do Modelo
Ho	Hipótese nula
IAS	<i>The Importance of Appearance Scale</i>
IDB	Índice de Depressão de Beck
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MBSRQ-IA	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>
NFI	Índice de Ajuste Normado
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SF-36	<i>Short Form Health Survey 36</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SWAP	<i>Satisfaction With Appearance Scale</i>

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	Unidade de Emergência
USP	Universidade de São Paulo
VCIAP	Versão Consensual em Inglês Avaliada pelo Autor Principal
VCFI	Versão Consensual em Inglês
VCP1	Versão Consensual em Português 1
VCP2	Versão Consensual em Português 2
VCP3	Versão Consensual em Português 3
VI1	Versão em Inglês 1
VI2	Versão em Inglês 2
VP1	Versão em Português 1
VP2	Versão em Português 2
VPF	Versão em Português Final

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Imagem corporal.....	21
1.2 Autoestima, depressão, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
2.1 <i>Satisfaction With Appearance Scale</i> – SWAP.....	28
2.2 Processo de adaptação cultural de um instrumento	30
2.3 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado.....	34
3 OBJETIVOS	41
3.1 Gerais.....	41
3.2 Específicos.....	41
4 MATERIAL E MÉTODOS	43
4.1 Tipo de estudo	43
4.2 Autorização dos autores para tradução e uso da escala	43
4.3 Processo de adaptação cultural da <i>Satisfaction With Appearance Scale</i> (SWAP) no Brasil.....	43
4.3.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa.....	45
4.3.2 Obtenção do primeiro consenso das versões em português	45
4.3.3 Avaliação pelo comitê de juízes	45
4.3.4 Retrotradução (<i>Back-translation</i>)	46
4.3.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original.....	46
4.3.6 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original e reavaliação pelo comitê de juízes.....	47
4.3.7 Avaliação semântica dos itens.....	47
4.3.8 Pré-teste	48
4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada para o português da <i>Satisfaction With Appearance Scale</i> (SWAP).....	49
4.4.1 Análise da Validade.....	49
4.4.1.1 Validade de face e conteúdo.....	49
4.4.1.2 Validade de constructo	49
4.4.2 Análise da Confiabilidade	50
4.5 Procedimentos	51

4.5.1 Local do estudo.....	51
4.5.2 Amostra e critérios de seleção	51
4.5.3 Instrumentos de coleta de dados e outras variáveis associadas.....	52
4.5.3.1 Questionário de caracterização da amostra	52
4.5.3.2 <i>Burn Specific Health Scale - Revised</i> (BSHR-R)	52
4.5.3.3 <i>Short-Form Health Survey</i> (SF-36)	53
4.5.3.4 Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER).....	54
4.5.3.5 Inventário de Depressão de Beck (IDB).....	55
4.5.4 Procedimentos para coleta dos dados	55
4.5.5 Processamento e análise dos dados	56
4.5.6 Considerações éticas.....	57
5 RESULTADOS	60
5.1 Adaptação cultural da <i>Satisfaction With Appearance Scale</i> (SWAP).....	60
5.1.1 Avaliação pelo Comitê de Juízes.....	60
5.1.2 Obtenção do consenso em inglês e comparação com a versão original	61
5.1.3 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original e reavaliação pelo comitê de juízes.....	61
5.1.4 Avaliação semântica dos itens.....	62
5.1.5 Pré-teste	62
5.2 Validação do instrumento.....	63
5.2.1 Caracterização dos participantes – dados sociodemográficos e clínicos.....	63
5.2.2 Análise descritiva da versão adaptada da SWAP para o português	67
5.2.3 Confiabilidade da versão adaptada da SWAP para o português	71
5.2.4 Validade de constructo da SWAP adaptada para o português	75
5.2.5 Análise Fatorial Confirmatória.....	80
6 DISCUSSÃO	86
7 CONCLUSÕES.....	94
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	114
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, atrás apenas de outras causas violentas como acidentes de transporte e homicídios. Apesar da provável subnotificação da ocorrência de queimaduras no Brasil, estima-se que aconteça um milhão de casos a cada ano, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência, 40 mil demandam hospitalização e cerca de 1.400 vítimas morrem (DANILLA, 2008; VALE, 2005).

Entretanto, sabe-se que a mortalidade tem diminuído em razão dos avanços no tratamento, ou seja, o conhecimento clínico a respeito da terapêutica de pacientes queimados vem crescendo a cada década, por meio de novas tecnologias, medicamentos, curativos e cirurgias específicas, o que faz com que um número expressivo de sobreviventes encare um longo período de reabilitação (BRIGHAM; MCLOUGHLIN, 1996; DRUERY; BROWN; MULLER, 2005; RASHID, et al., 2001; THOMAS; BARROW; HEMDON, 2002).

A reabilitação envolve cuidados em longo prazo com as feridas e com a pele. Há necessidade de consultas médicas e de fisioterapia rotineiras, realização de cirurgias e uso de malhas elásticas. Porém, esse processo envolve, além dos cuidados físicos e clínicos, o suporte relacionado aos problemas psicossociais. Algumas dificuldades enfrentadas por vítimas de queimaduras são estigmatização (CORY; PRUZINSKY; RUMSEY, 2009), desconforto social (BERNSTEIN; BRESLAU; GRAHAM, 1988; LAWRENCE et al., 2006), angústia (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006), manifestações de estresse pós-traumático (CORY; KLICK; FAUERBACH, 2010), ansiedade (TER SMITTEN; DE GRAAF; VAN LOEY, 2011), depressão (AHRARI; SALEHI; FATEMI, 2013), baixa autoestima (SILVA; SILVA, 2004), sentimentos de ameaça (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006) e mudanças na qualidade de vida (KOLJONEN et al., 2013; PAVONI et al., 2010). Todos esses problemas podem estar relacionados à distúrbios com a imagem corporal após ocorrência da queimadura (CALOTĂ et al., 2012; FAUERBACH et al., 2000, 2002; LAWRENCE et al., 2006; PALLUA; KUNSEBECK; NOAH, 2003).

A imagem corporal de vítimas de queimaduras tem sido estudada por meio de pesquisas quantitativas e qualitativas. As quantitativas, frequentemente, utilizam instrumentos de avaliação (medida objetiva e uniformizada de uma amostra do comportamento do indivíduo que tem a função básica de medir diferenças ou semelhanças entre os sujeitos). No entanto, a maioria dos instrumentos adaptados para o português é específica para transtornos

alimentares e/ou obesidade (VEGGI, 2004; GALINDO; CARVALHO, 2007). Em uma revisão bibliográfica para identificação de instrumentos que têm sido utilizados para avaliação da imagem corporal validados no Brasil, 130 protocolos de avaliação da imagem corporal foram identificados e separados em seis grupos: questionários, escalas, silhuetas, entrevistas, delineamentos e variáveis antropométricas (MORGADO et al., 2009). Dentre as 130 formas, apenas uma no formato de escala, a qual avalia estado de saúde de pacientes queimados, possui um domínio que avalia afeto e imagem corporal de vítimas de queimaduras especificamente, a *Burns Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994). Além desse instrumento específico, recentemente, foi adaptado e validado, para pacientes brasileiros vítimas de queimaduras, o *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), instrumento genérico que avalia o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da qualidade de vida (ASSUNÇÃO et al., 2013).

Na literatura internacional, cinco principais instrumentos vêm sendo utilizados para avaliar a imagem corporal de pacientes queimados: a *Satisfaction With Appearance Scale* (SWAP), desenvolvida especificamente para avaliar a satisfação com a imagem corporal de pacientes queimados (LAWRENCE et al., 1998); a BSHS (BLADES; JONES; MUNSTER, 1979), citada anteriormente, o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ-IA), criado para acessar os aspectos emocional, afetivo e cognitivo da imagem corporal (CASH; PRUZINSKY, 1990); *The Importance of Appearance Scale* (IAS) que mede a estima atribuída à aparência física (MENDELSON; MENDELSON; ANDREWS, 2000) e o *Body Esteem Scale for Adolescents and Adults* (BES) que avalia satisfação com a aparência e autoestima (MENDELSON; MENDELSON; WHITE, 2001). Com exceção da SWAP e da BSHS, os instrumentos citados não são específicos para pacientes queimados.

No presente estudo, optou-se por adaptar e validar a SWAP por se tratar de uma escala específica para pacientes queimados, a qual se apresentou válida e confiável para vítimas de queimaduras dos Estados Unidos e, recentemente, da Suécia (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013; LAWRENCE et al., 1998). Essa escala tem sido muito utilizada e tem contribuído para os avanços para a melhor compreensão da relação entre as queimaduras e a imagem corporal (CALOTĂ et al., 2012; CORRY; PRUZINSKY; RUMSEY, 2009; FAUERBACH et al., 2000, 2002; POPE et al., 2007; THOMBS et al., 2008).

Por ser uma medida específica, a SWAP é capaz de determinar o significado preciso da imagem corporal para o paciente queimado e de qual forma a insatisfação com a aparência pode afetar a qualidade de vida relacionada à saúde (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Pesquisadores aplicaram a SWAP e o *Cope Inventory* em 78 vítimas de queimaduras em dois períodos (CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989). O segundo é um instrumento que avalia estratégias de enfrentamento, e no caso, avaliou mudanças na aparência uma semana e dois meses após a alta hospitalar. Concluíram que, após dois meses da alta hospitalar, pacientes que tiveram maior pontuação no *Cope Inventory* apresentaram maior insatisfação com a imagem corporal em aspectos não associados à aparência facial e maior percepção de impacto social relacionado à nova aparência (FAUERBACH et al., 2002).

Em um estudo com o objetivo de avaliar a satisfação com a imagem corporal por meio da aplicação da SWAP, os autores observaram que tanto homens quanto mulheres com queimaduras graves e na face apresentavam insatisfação com a imagem corporal (FAUERBACH et al., 1999).

Em um estudo longitudinal com 79 indivíduos com queimaduras graves, os pacientes foram avaliados em três períodos (durante a hospitalização, seis e 12 meses após a alta hospitalar), utilizando a SWAP, o MBSRQ-IA e o *Short Form Health Survey* (SF-36). Os autores concluíram que ser mulher, ter grande superfície corporal queimada (SCQ) e dar muita importância às questões da aparência física são preditores de altos níveis de insatisfação com a imagem corporal (THOMBS et al., 2008).

Em uma pesquisa descritiva correlacional com o objetivo de analisar as causas das dificuldades da adaptação psicossocial de 43 pacientes com queimaduras extensas (>40%) e profundas (segundo e terceiro grau), a SWAP foi aplicada durante a internação, seis, 12, 18 e 24 meses após a alta hospitalar. Os escores foram mais altos para indivíduos jovens com queimaduras nas mãos/face e para mulheres (mesmo quando a parte do corpo avaliada não foi afetada pela queimadura). Além disso, os escores da escala para, após seis meses da alta hospitalar, foram mais altos do que na internação e, aos 24 meses após a alta, os escores diminuíram, mas ainda eram mais altos do que da população sem queimaduras (CALOTĂ et al., 2012).

1.1 Imagem corporal

O termo imagem corporal começou a ser discutido no século XVI na França. Em 1935, foi definido como a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós (SCHILDER, 1935).

Na década de 1990, o conceito imagem corporal foi discutido como sendo mais complexo do que Schilder o colocou em 1935 e foi relatado como “difícil” de ser definido, pois seu sentido pode significar coisas diferentes para cientistas e clínicos e muitos outros termos são utilizados para definir diversos componentes da imagem corporal e se tornam sinônimos. Dessa forma, Thompson (1999) criou uma lista com 16 “definições” para imagem corporal como satisfação corporal, avaliação da aparência, orientação da aparência, autoestima do corpo, percepção com o corpo, preocupação com o corpo, distorção do corpo e satisfação com o peso. Ainda na década de 1990, o tema foi amplamente abordado, estabelecendo-se constructos teórico-metodológicos (MORGADO et al., 2009).

A imagem corporal é variável, ou seja, muda de acordo com idade, humor ou vestimenta (NEWELL, 1999). Está envolvida com três fatores: perceptivo que seria a precisão da percepção da própria aparência física, incluindo a estimativa do tamanho corporal e do peso; subjetivo que envolve a satisfação com a aparência, grau de preocupação e ansiedade a ela associada; e comportamental que enfoca as situações evitadas pelo indivíduo por sentir desconforto associado à aparência corporal (THOMPSON, 1996). A percepção da imagem corporal pode ser entendida através de dois constructos: “perceptivo” relacionado à satisfação ou insatisfação com a aparência e “atitudinal” relacionado à importância cognitiva e comportamental sobre a aparência (CASH; FLEMING, 2002).

O constructo satisfação com a imagem corporal é um componente subjetivo da imagem corporal. Está relacionado ao tamanho do corpo ou partes dele e pode também estar associado às características cognitivas, afetivas e comportamentais de cada um (GARDNER, 1996; THOMPSON, 1999). É a percepção de cada ser humano com a aparência física e o quanto se está contente com ela (CASH; SANTOS; WILLIAMS, 2005).

As causas da insatisfação com a imagem corporal (imagem corporal negativa) são complexas e incluem influências culturais da sociedade em que o indivíduo vive (na sociedade atual cultua-se o corpo magro, musculoso e com formas bonitas), familiares e experiências interpessoais, assim como as próprias características de cada um (THOMPSON; SMOLAK, 2002). Altos níveis de insatisfação com imagem corporal têm sido reportados por pessoas que adquiriram desfiguramentos por algum tipo de doença ou trauma como a queimadura (LAWRENCE; FAUERBACH; THOMBS, 2006).

O indivíduo com desfiguramento é aquele com alguma diferença visível na aparência, é percebido como aquele com aparência fora da norma aceita pela sociedade, podendo apresentar uma imagem chocante ou repulsiva dependendo da percepção das pessoas. Os indivíduos com desfiguramentos podem ser rejeitados e isolados socialmente, podem ter seu

estilo de vida modificado e ter alterações de comportamento (BERNSTEIN; BRESLAU; GRAHAM, 1988; RUMSEY; HARCOURT, 2004). Sujeitos com diferenças na aparência/imagem corporal podem encontrar dificuldades de adaptação no convívio social.

As vítimas de queimaduras relatam que as alterações na aparência provocam consequências pessoais, interpessoais e sociais. As pessoais dizem respeito à percepção pessoal, ao que se pensa ao olhar a imagem no espelho. As interpessoais dizem respeito ao relacionamento com as outras pessoas (família, amigos e desconhecidos) e as consequências sociais são as relacionadas às atividades sociais no trabalho ou lazer (BERGAMASCO et al., 2002).

A queimadura pode trazer significados para o indivíduo queimado em que o corpo visto clinicamente pela medicina e o corpo visto por ele não se correspondem. A imagem vista pelos olhos da vítima em um espelho pode ser criada nas dimensões imaginárias e (in) desejáveis, é a "imagem do corpo". Há uma memória, um sofrimento do corpo, do qual a pele é um suporte essencial da representação de uma pessoa (MAGNE, 2002).

Em estudo qualitativo, com o objetivo de identificar e analisar significados atribuídos ao corpo em adultos em reabilitação de queimaduras, os autores identificaram que as cicatrizes incomodam devido ao olhar curioso das pessoas e, por isso, a maioria dos participantes revelou que tentam escondê-las de alguma forma (COSTA et al., 2008).

1.2 Autoestima, depressão, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde

As modificações na imagem corporal causadas pela queimadura podem estar associadas a problemas como baixa autoestima (RUMSEY; HARCOURT, 2004; SILVA; SILVA, 2004) e depressão (AHRARI; SALEHI; FATEMI, 2013; PALLUA; KUNSEBECK; NOAH, 2003), acarretando, muitas vezes, um pior estado de saúde e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (FAUERBACH, 2002; PAVONI et al., 2010).

A autoestima é a avaliação que cada um faz de si próprio, ou seja, é o juízo pessoal o qual avalia o quanto a pessoa se gosta, como ela se vê e o que pensa de si. É influenciada por agentes externos como a família e o meio social em que o indivíduo está inserido e pode ser expressa através de atitudes que o sujeito tem consigo mesmo como o autorrelato e comportamentos visíveis e acessivos às pessoas externas (COOPERSMITH, 1967; ROSENBERG, 1965).

A organização da autoestima é complexa e multideterminada, sendo identificados três fatores na autoestima geral: a inclinação para experimentar sentimentos afetivos positivos e negativos; os significados particulares de si mesmo, das coragens e fraquezas e a forma como as pessoas percebem a autoimagem, ou seja, a crença sobre a importância relativa da autoimagem positiva de si mesmo perante as negativas; e a ampla diferença entre a “autoimagem” verdadeira e a que se almeja ter de si próprio (PELHAM; SWANN, 1989).

O paciente queimado, quase sempre, apresenta sentimentos negativos que afetam a autoestima (RUMSEY; HARCOURT, 2004; SILVA; SILVA, 2004). A autoestima e a satisfação com a imagem corporal podem ser afetadas mesmo que as feridas ou cicatrizes se concentrem em áreas cobertas ou não fiquem à mostra (FAUERBACH et al., 2000). Em estudo exploratório correlacional que aplicou a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER) em pacientes queimados, os autores mostraram que mulheres com queimaduras em membros superiores e tórax apresentaram baixa autoestima, contudo, participantes do sexo masculino não apresentaram resultados significativos de baixa autoestima (SILVA; SILVA, 2004).

A depressão é um dos problemas psicológicos mais frequentemente encontrados em pacientes queimados (BRYANT, 1996) e pode ser desencadeada devido ao trauma associado ao acidente, às mudanças na aparência, ao desconforto social enfrentado (CHOINIÈRE, et al., 1989) e à dor (ULMER, 1997). Um estudo longitudinal realizado com vítimas de queimaduras utilizou o Inventário de Depressão de Beck (IDB) para determinar as taxas e a gravidade da depressão, após as queimaduras. Conclui-se que, em um mês após o trauma, 54% dos pacientes mostraram sintomas moderados a graves de depressão e dois anos depois 43% desses pacientes ainda possuíam sintomas moderados a graves de depressão (WIECHMAN et al., 2001).

Pesquisa realizada com 121 pacientes com idade entre 14 e 27 anos e queimados há no máximo 10 anos mostrou que quanto maior o apoio social da família e dos amigos mais positiva é a percepção relacionada à imagem corporal e quanto maior a autoestima, menor o grau de depressão (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989).

Em estudo realizado com 224 sujeitos em um centro de cirurgias de reconstrução para queimados, os autores utilizaram a SWAP, o IDB e o SF-36 para analisar a presença de sintomas clínicos de depressão e verificar se os sintomas de depressão são preditores para insatisfação com a imagem corporal e limitadores da função física. Conclui-se que pelo menos 46% dos participantes tinham sintomas de leves a moderados de depressão, que as mulheres realizavam mais consultas do que os homens apesar de terem queimaduras de menor extensão e tinham menos queimaduras faciais. Os sintomas de depressão foram confirmados

como preditores da insatisfação com a imagem corporal e limitadores da função física (THOMBS et al., 2007).

O conceito de QVRS, focalizando-se o grupo de pessoas queimadas, estaria relacionado à capacidade de resposta e adaptação desses indivíduos frente às limitações ocasionadas pela queimadura (PRUZINSK et al., 1992), e o estado de saúde percebido pelo paciente estaria relacionado à condição física que reflete o estado pontual (no momento) (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005). A avaliação da QVRS e do estado de saúde é importante tanto para comprovar a eficácia de tratamento quanto para facilitar a comunicação com o paciente na preferência do tratamento recomendado pelos profissionais de saúde (FAYERS; MACHIN, 2007), tornando-se um importante indicador de resultados na área da saúde.

Um estudo, com a finalidade de avaliar a relação entre a QVRS após o trauma e a satisfação com a imagem corporal de pacientes que sofreram queimaduras por meio da aplicação da SWAP e do SF-36, concluiu que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal mais problemas emocionais e físicos o paciente apresenta, resultando, portanto, em uma pior QVRS (FAUERBACH et al., 2000).

O estado de saúde foi analisado por meio da BSHS em estudo realizado com 315 pacientes em fase de reabilitação. A percepção da imagem corporal (um dos subdomínios da escala) dos pacientes com queimaduras de terceiro grau foi estatisticamente relacionada ao pior estado de saúde (KIMMO; JYRKI; SIRPA, 1998).

Pesquisadores realizaram um estudo longitudinal aplicando a BSHS-Brief em 865 pacientes queimados depois de um, três, seis e 12 meses após a queimadura para investigar se haveria mudanças nos resultados dos domínios envolvendo sexualidade, afeto e imagem corporal e relações interpessoais. Não houve mudanças significativas no escore do instrumento para os domínios determinados nos tempos estipulados. Isso pode significar que o estado de saúde, principalmente psicossocial, do paciente queimado pode ser afetado por um período considerável (CONNELL et al., 2014).

Pavoni et al. (2010) concluíram em estudo prospectivo observacional, aplicando um instrumento genérico para avaliação de QVRS, que pacientes com queimaduras com SCQ maior que 40% apresentaram pior QVRS devido às sequelas físicas e emocionais.

A incapacidade de trabalhar e as mudanças de função forçadas após a queimadura também comprometem a QVRS (COSTA et al., 2010).

Considerando-se a importância da avaliação da satisfação com a imagem corporal em pacientes queimados como um indicador de resultado da reintegração social desses

indivíduos, a finalidade deste estudo é disponibilizar um instrumento válido para avaliar esse constructo nesta população. A disponibilização desse instrumento possibilitará avaliar a satisfação com a imagem corporal de pacientes queimados, permitindo comparar ainda as possíveis diferenças em populações com vários problemas de saúde.

*REFERENCIAL TEÓRICO-
METODOLÓGICO*

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 *Satisfaction With Appearance Scale – SWAP*

A SWAP foi desenvolvida por John W. Lawrence, Leslie J. Heinberg, Rober Roca, Andrew Munster, Robert Spence e James A. Fauerbach, em 1998, com a finalidade de criar um método padronizado para avaliar satisfação com a imagem corporal entre pacientes queimados (LAWRENCE et al., 1998) (ANEXO A). A primeira versão da escala possuía 15 itens, porém o item “*My appearance makes other people uncomfortable*” não se adequou aos fatores na análise fatorial exploratória realizada pelos autores. Sua versão final possui, portanto, 14 itens (Quadro 1) sendo que seis deles (1-3 e 12-14) foram adaptados da BSHS (BLADES; MELLIS; MUNSTER, 1982; MUNSTER; FAUERBACH; LAWRENCE, 1996; MUNSTER; HOROWITZ; TUDAH, 1987) e os demais selecionados por uma equipe com experiência no atendimento em cuidados relacionados ao estado emocional e social de pacientes queimados. Para confirmar a validade, 10 outros especialistas e cinco pacientes de outros centros de tratamento de queimados foram solicitados a avaliar a representatividade e a relevância dos itens (LAWRENCE et al., 1998).

A escala foi criada para medir os dois componentes elementares da imagem corporal: a satisfação subjetiva com a aparência e o impacto sociocomportamental de pessoas com cicatrizes de queimadura (HEINBERG, 1996). Os pacientes são questionados acerca do nível de quanto cada item descreve exatamente os seus pensamentos e sentimentos sobre a aparência, após a queimadura. As respostas são assinaladas em uma escala de sete pontos, variando de um (discorda totalmente) até sete (concorda totalmente). O total é calculado subtraindo-se um ponto de cada item para fixar as pontuações no zero e depois somando os itens de zero a seis. As questões de 4 a 11 são valorizadas de forma invertida. Quanto maior a pontuação maior a insatisfação com a aparência e imagem corporal.

Item	Descrição
1	<i>Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my family.</i>
2	<i>Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my friends.</i>
3	<i>Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of strangers.</i>
4	<i>I am satisfied with my overall appearance.</i>
5	<i>I am satisfied with the appearance of my scalp.</i>
6	<i>I am satisfied with the appearance of my face.</i>
7	<i>I am satisfied with the appearance of my neck.</i>
8	<i>I am satisfied with the appearance of my hands.</i>
9	<i>I am satisfied with the appearance of my arms.</i>
10	<i>I am satisfied with the appearance of my legs.</i>
11	<i>I am satisfied with the appearance of my chest.</i>
12	<i>Changes in my appearance have interfered with my relationships.</i>
13	<i>I feel that my burn is unattractive to others.</i>
14	<i>I don't think people would want to touch me.</i>

Quadro 1 – Descrição dos itens da *Satisfaction With Appearance Scale*

Fonte: Lawrence et al., 1998.

A consistência interna da versão original foi avaliada pelo alfa de Cronbach, obtendo-se um alto valor, $\alpha=0,87$, e a do teste-reteste moderada ($\alpha=0,59$). No teste e reteste, a escala foi reaplicada em 84 pacientes, dois meses após a primeira avaliação. A análise fatorial exploratória - rotação Varimax com retenção dos itens com cargas fatoriais maiores que um apontou quatro componentes: 1- itens que acessam a satisfação subjetiva da aparência com ênfase nas características faciais (4 a 7), 2 - itens que acessam a satisfação subjetiva da aparência com ênfase em outras partes do corpo (8 a 11), 3 - itens que medem o desconforto social relacionado à aparência (1 a 3) e 4 - itens que avaliam o impacto social percebido e relacionado à aparência (12 a 14) (LAWRENCE et al., 1998).

Em 2013, a SWAP foi adaptada e validada para pacientes queimados da Suécia (SWAP - Swe). As propriedades psicométricas foram testadas em uma amostra de 90 pacientes queimados, obtendo-se um alfa de Cronbach de 0,89. O teste para verificar a validade de constructo discriminante mostrou que o maior tempo de internação, queimaduras mais graves e ser do sexo feminino geram um escore mais alto, ou seja, essas características propiciam maior insatisfação com a aparência. A análise fatorial exploratória gerou três fatores que explicaram 68% da variância total (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013).

2.2 Processo de adaptação cultural de um instrumento

Uma das manifestações ou técnicas de avaliação psicológica é conhecida como teste psicológico. O teste psicológico é um instrumento de avaliação que se caracteriza pela observação e descrição sistemática do comportamento humano o qual gera resultados numéricos que podem ser interpretados (CRONBACH, 1996; PASQUALI, 2001).

Existem duas opções para os interessados em aplicar um instrumento de avaliação psicológica: criar uma nova medida ou modificar uma medida anteriormente validada para outro idioma através da adaptação cultural. A primeira opção é rigorosa exigindo um longo tempo de pesquisa relacionada ao constructo, grande desprendimento de recursos pessoais e financeiros. A segunda também segue o rigor metodológico, porém tem a vantagem de economizar tempo e recursos e ainda possibilitar a realização de estudos comparativos sobre o mesmo fenômeno em diferentes países (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002; CUMMINGS; STUART; HULLEY, 2003; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A maioria dos instrumentos foi desenvolvida em países de língua inglesa (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993), porém nas últimas décadas houve um crescimento de pesquisas multinacionais e multiculturais que têm demonstrado a necessidade de adaptar culturalmente essas medidas para serem utilizadas em outros países e até mesmo nos países de língua inglesa, ao considerar a quantidade de imigrantes que recebem anualmente (BEATON et al., 2000).

Adaptar culturalmente um instrumento não significa apenas realizar uma simples tradução literal do idioma original para o idioma-alvo, pois há diferenças linguísticas e culturais que devem ser consideradas (BERKANOVIC, 1980). Dessa forma, a adaptação cultural baseia-se em um processo metodológico e sistemático que envolve tanto a linguagem, através da tradução, quanto a adequação cultural durante a preparação de um instrumento para uso em outro país (BEATON et al., 2000). A finalidade é disponibilizar um instrumento culturalmente relevante e compreensível, mantendo todas as características dos itens da escala original (BEATON et al., 2000; CHWALOW, 1995; SPERBER, 2004).

Reconhece-se que não há consenso acerca da melhor ordem metodológica para o processo de traduzir e adaptar um instrumento, motivo pelo qual muitos autores têm utilizado seus próprios métodos (RAMOS DE CARVALHO et al., 1993). Pensando nisso, pesquisadores realizaram uma revisão de literatura baseada em pesquisas prévias com a

finalidade de disponibilizar *guidelines* com recomendações padronizadas acerca das etapas a serem seguidas para a realização da adaptação cultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Os passos propostos foram:

Tradução: consiste em traduzir o instrumento original para a língua-alvo. Esse processo deve ser realizado por, pelo menos, dois tradutores independentes, qualificados, preferencialmente nativos da língua-alvo e com profissões diferentes. Um deles deve conhecer os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos. O objetivo é preservar o significado de cada item entre as duas línguas e manter a integridade do instrumento de medida. Essa etapa origina versões na língua-alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Retrotradução (*back-translation*): consiste em traduzir as versões obtidas na etapa anterior novamente para a língua de origem, a fim de checar o conteúdo da versão original e esclarecer redações confusas. Os autores sugerem que os tradutores dessa etapa sejam nativos da língua em que o instrumento foi desenvolvido, não possuam conhecimentos dos objetivos e conceitos envolvidos no estudo. Dessa forma, são obtidas duas outras versões na língua original do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Revisão da tradução por um comitê de juízes: tem a finalidade de produzir uma versão final na língua-alvo, a partir das versões obtidas na tradução inicial e na retrotradução com o propósito de manter a replicabilidade da medida. O comitê de juízes deve ser composto por pessoas preferencialmente bilíngues que podem ser profissionais da saúde, pesquisadores com conhecimento na metodologia do estudo, pessoas representativas da população-alvo e especialistas nos conceitos a serem investigados. Os membros devem analisar o instrumento como um todo desde o enunciado, disposição dos itens e respostas, podem incluir ou eliminar itens considerados menos importantes, inadequados ou confusos, adequando-os à população-alvo, realizar críticas e até mesmo solicitar que as etapas anteriores sejam repetidas.

Durante todo o processo de adaptação cultural, o pesquisador deve se preocupar em relação às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão que está sendo adaptada e a original, mas na etapa de revisão pelos juízes o cuidado com elas é crucial, e algumas decisões devem ser tomadas, se necessário, para mantê-las de acordo com a medida original. A equivalência semântica avalia o significado das palavras de cada item do instrumento, a fim de preservar o sentido. A equivalência idiomática diz respeito aos significados das expressões cotidianas ou coloquiais com o objetivo de encontrar expressões análogas na cultura-alvo. A equivalência cultural busca examinar se os itens do instrumento demonstram experiências comuns do cotidiano de cada cultura. Na equivalência conceitual,

avalia-se a relação do conceito que está sendo investigado entre as culturas em questão (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Pré-teste: pode ser realizado através da comparação da versão original e adaptada do instrumento, por indivíduos bilíngues ou pela aplicação da versão pré-final em 30 a 40 indivíduos da população-alvo da pesquisa. A segunda opção é mais utilizada na qual o participante deve responder primeiro ao instrumento e depois é questionado acerca da sua opinião a respeito de cada um dos itens e da medida em geral (BEATON et al., 2000). Essa etapa tem o objetivo de testar a clareza, a compreensão, a equivalência, o tempo de aplicação, a redação dos itens e a aplicabilidade do instrumento adaptado (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Ponderação dos escores: última etapa proposta na revisão. É a adaptação dos escores ao novo contexto cultural. Pode ser feita através do julgamento de especialistas por meio de procedimentos específicos de ponderação ou pela utilização da matemática através de técnicas estatísticas com uma amostra dos participantes (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Com o intuito de aprimorar as etapas metodológicas propostas acima, outros autores sugeriram que a etapa de revisão por um comitê de juízes fosse anterior à etapa de retrotradução com a finalidade de identificar erros e itens inadequados ou ambíguos que não seriam notados na avaliação da retrotradução. Além disso, propuseram uma nova etapa após a retrotradução denominada *Panel of patients* na qual oito pacientes passam por três etapas. Na primeira, respondem ao instrumento, na segunda são solicitados a comentar sobre a compreensão, dificuldades de preenchimento e a fazer sugestões de melhora ou críticas em relação ao instrumento e, na terceira, são solicitados a identificar qual são as melhores expressões a serem usadas nos itens que têm mais de uma opção de tradução (FERRER et al., 1996).

No ano 2000, foi publicada mais uma revisão sobre a adaptação cultural de instrumentos com novas sugestões. Os autores justificaram a necessidade de atualizar a revisão de Guillemin e colaboradores (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993), além do fato de haver um crescente número de estudos em outras áreas com a metodologia proposta. Foi sugerida, após a tradução inicial e a retrotradução, a etapa denominada **síntese** que consiste na reunião dos tradutores e retrotradutores para obtenção de uma versão consensual de cada etapa. O objetivo é analisar e resolver divergências nas traduções e compará-las com a original. Além disso, foi proposto, após o pré-teste, encaminhar todos os formulários e passos percorridos aos autores ou responsáveis pelo instrumento (etapa

conhecida como “Submissão e avaliação pelo autor do instrumento”) como uma forma de realizar uma auditoria sobre o processo de adaptação. Esses autores não consideraram a etapa denominada “Ponderação dos escores” (BEATON et al., 2000).

Outra forma de adaptação cultural seria a realizada em duas etapas: **qualitativa** que consiste na tradução; retrotradução, comparação das versões traduzidas com a original; teste da versão em uma amostra da população-alvo e discussão com os sujeitos sobre as suas percepções quanto aos itens; produção de uma nova versão com reteste; repetição dos dois últimos passos até ser atingido um consenso e serem confirmadas as validades de face e de constructo do instrumento e; **quantitativa** que sugere a aplicação do instrumento em uma população de 250 indivíduos da população-alvo e 50 indivíduos da população normal (não há apresentação de justificativa para esses números). Nesta etapa, são feitos alguns testes estatísticos sugeridos pela autora, a fim de comparar os resultados com os do original (CHWALOW, 1995).

Pesquisadores brasileiros (ASSUNÇÃO et al., 2013; DANTAS; SILVA; CIOL, 2013; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; PELEGRINO et al., 2012; SANTOS et al., 2013; STACCIARINI, 2012; ZANETTI et al., 2013) têm utilizado as etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), reformuladas por Ferrer et al. (1996) e Beaton et al. (2000) e, além disso, adicionaram uma nova etapa anterior ao pré-teste denominada análise ou **validade semântica** dos itens (PASQUALI, 1999) que é similar ao *Panel of patients* sugerida por Ferrer et al. (1996) e a uma das etapas da fase qualitativa proposta por Chwalow (1995). Sua finalidade é verificar a compreensibilidade de todos os seus itens para todos os membros em que o estudo se destina, ou seja, conhecer se os itens são compreensíveis para o estrato mais baixo da população-alvo (indivíduos com menor habilidade cognitiva) e se todos os itens estão claros para o estrato mais alto da população-alvo. O grupo deve ser composto por até quatro indivíduos, devendo conter os dois estratos da população-alvo. Sugestões devem ser avaliadas e, se possível, aceitas no intuito de melhorar o entendimento de cada item do instrumento (PASQUALI, 1999).

As modificações ocorridas no processo de adaptação de instrumentos para outra cultura têm como objetivo, ao longo do tempo, aprimorar a metodologia proposta para que se possa garantir que a validade e confiabilidade da versão adaptada se mantenham de acordo com a versão original.

2.3 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado

A psicometria é uma medida em ciências psicossociais que utiliza a linguagem matemática para descrever seu objeto de estudo. Tem sido amplamente utilizada para validação de testes psicológicos, já que um instrumento originado a partir da adaptação cultural não é considerado válido até que suas propriedades psicométricas sejam confirmadas (MORAIS, 2004; PASQUALI, 2009). A psicometria procura explicar o significado das respostas dadas pelos sujeitos aos itens de um instrumento. As propriedades psicométricas elementares que norteiam os instrumentos de medidas são: validade (fidedignidade) e confiabilidade (precisão/reprodutibilidade) (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Validade é a capacidade de um instrumento medir o que se sugere, ou seja, evidencia se o que está sendo medido é realmente o que o pesquisador deseja medir. Diz respeito ao fato de haver coerência entre o aspecto da medida e a propriedade medida dos objetos (BOWLING, 2005; FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009). A validade de um instrumento nunca é absoluta, mas sempre relativa, pois um instrumento é validado para este ou aquele objetivo e tem significado apenas no contexto do constructo que se pretende validar (COOK; BECKMAN, 2006; SACKETT et al., 1998). Como não há um padrão-ouro para que os resultados em saúde sejam comparados, as ciências do comportamento referem que a validade de um instrumento pode ser medida através de alguns critérios como a validade de face ou aparente, de conteúdo, de critério e de constructo ou conceito (BOWLING, 2005; CLACK-CARTER, 1999; MARTINS, 2006; PASQUALI, 2009).

Validade de Face ou **Aparente** está relacionada ao julgamento empírico em relação à pertinência, clareza e ausência de ambiguidade dos itens; se o formato (aparência) e estrutura do instrumento estão adequados. É a percepção dos pesquisadores e dos sujeitos envolvidos quanto à compreensão do que está sendo medido, ou seja, se o conceito medido é o almejado pelo pesquisador. É uma forma de validade de conteúdo (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007). A validade de face é subjetiva, não sofisticada e pode parecer menos importante e menos útil pela falta de técnica, porém é uma característica muito necessária, pois, se o instrumento parecer irrelevante, tolo, infantil ou inadequado para os respondentes, a ausência de validade de face comprometerá todo o processo do estudo (MARTINS, 2006).

Validade de Conteúdo trata do grau em que os itens são capazes de representar todas as dimensões do conteúdo a que se destinam. É julgada de forma empírica, uma vez que não

há métodos totalmente científicos que garantam que o instrumento inclua adequadamente o conteúdo desejado. Dessa forma, deve ser feita por, pelo menos, dois juízes que avaliam a pertinência de cada item para o domínio e julgam se realmente se encaixam no mesmo (WALTZ; STRICKLAND; LANZ, 2005). Para que esse tipo de validade seja mais garantido, é preciso que a área de abrangência do conteúdo seja sistematicamente analisada e descrita, antes de o instrumento ser criado; assim, os itens que serão desenvolvidos terão conteúdo fundamental e preciso (MARTINS, 2006).

Validade de Critério pode ser testada pela correlação da escala com outra medida da variável em estudo, e, preferencialmente, essa medida deve ser padrão-ouro (STREINER; NORMAN, 1995). A validade de critério permite avaliar se a escala tem associação empírica com critérios externos relacionados às medidas de outros instrumentos, com validades confirmadas, e que avaliam o mesmo constructo (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009). A validade de critério pode ser classificada como concorrente ou preditiva e o que as difere é o tempo entre a coleta da informação pelo teste a ser validado e a coleta da informação sobre o critério (PASQUALI, 2009). A validade de critério **concorrente** é quando a medida produzida pelo instrumento é semelhante à de outro já existente e administrada em um mesmo momento, ou **preditiva** que significa a capacidade do instrumento em prever outras variáveis, através da aplicação da medida que está sendo validada e um critério futuro (CHWALOW, 1995; BOWLING, 2005; FAYERS; MACHIN, 2007). Uma limitação importante para esse tipo de validade é que para a maioria das medidas usadas nas ciências sociais, não existem variáveis de critério significativas (padrão-ouro) e, mesmo quando existem, torna-se difícil provar de forma imparcial a validade da medida de critério.

Validade de Constructo ou **Conceito** é referida como a forma mais fundamental e complexa de validade dos testes psicológicos já que examina se o instrumento avalia a relação teórica entre os itens e as hipóteses estabelecidas. Abrange várias técnicas que almejam acessar duas vertentes 1- se a teoria de constructo postulada é adequada ao modelo e 2- se o instrumento corresponde ao constructo postulado. Na prática, isso quer dizer que a validade de constructo avalia a dimensionalidade, a homogeneidade e a capacidade dos itens de um domínio de se correlacionar com outras variáveis latentes. Pode ser subdividida em validade de constructo convergente e discriminante; validade entre grupos conhecidos e análise fatorial (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009; WALTZ; STRICKLAND; LANZ, 2005). **Validade de Constructo Convergente** refere-se à correlação significativa entre a medida de instrumentos que avaliam constructos teoricamente relacionados, isto é, pode ser realizada através da aplicação conjunta de um instrumento de medida correlato que seja confiável e

válido (PASQUALI, 1999). Altas correlações entre as medidas dos instrumentos sugerem que estão medindo o mesmo fator ou traços inversos (FAYERS; MACHIN, 2007; MACEDO, 2010). **Validade de Constructo Discriminante** ou **Divergente** verifica se duas medidas que analisam constructos teoricamente diferentes apresentam baixa correlação linear (PASQUALI, 1999). **Validade entre grupos conhecidos** é um tipo de validade discriminante e parte do princípio de que se uma escala é uma medida realmente válida de um determinado constructo e se ela é igualmente aplicada a grupos conhecidos (nas mesmas condições), porém que podem diferir em relação àquele constructo (ter escores altos ou baixos devido a uma determinada característica de grupo), seus valores serão diferentes, ou seja, é a capacidade do instrumento de captar a diferença entre grupos distintos (PASQUALI, 1999).

Outra forma de avaliar a validade convergente e discriminante de um instrumento é correlacionar o item com os próprios domínios. Para a validade convergente, espera-se que o item tenha alta correlação com seu domínio e, para a validade discriminante, espera-se que o item tenha baixa correlação com os outros domínios da escala. O método mais utilizado para essa avaliação é a Análise Multitraço/Multimétodo (MAP) (FAYERS; MACHIN, 2007).

A **análise fatorial** é um método que estabelece a validade de constructo a partir de testes psicométricos que analisam as dimensões do instrumento adaptado. Essa técnica, realizada por procedimentos matemáticos, consiste na análise da estrutura das inter-relações (correlações) entre as variáveis do instrumento, definindo um conjunto de dimensões latentes, os fatores. A análise fatorial apresenta várias formas de representar os grupos de variáveis, dessa forma as técnicas analíticas fatoriais podem ser de perspectivas exploratórias ou confirmatórias (HAIR et al., 2009). A **Análise Fatorial Exploratória (AFE)** faz o reconhecimento dos dados e fornece ao pesquisador informação de quantos fatores são necessários para melhor representá-los. Ela é conduzida sem que se saibam quantos fatores existem ou quais variáveis pertencem a quais fatores. Todas as variáveis são relacionadas com cada fator por uma estimativa de carga fatorial e quando a variável carrega muito (carga fatorial $> 0,40$) sobre apenas um fator significa que ela pertence a esse fator. Dessa forma, os fatores da AFE são provenientes de resultados numéricos (estatísticos) e não da teoria e por isso são nomeados somente após a execução do teste (HAIR et al., 2009). Métodos de rotação de fatores (processo de manipulação ou ajuste dos eixos fatoriais para conseguir uma solução fatorial mais simples e mais significativa) são normalmente utilizados para a interpretação dos itens. O mais conhecido e considerado superior é o Varimax (classes das rotações ortogonais), o qual produz fatores não correlacionados entre si, concentrando-se na simplificação das colunas em uma matriz fatorial (ARTES; BARROSO, 2008).

A **Análise Fatorial Confirmatória (AFC)** é um caso especial de modelos de equações estruturais (família de modelos estatísticos que buscam explicar as relações entre múltiplas variáveis), uma vez que a estrutura da análise fatorial é previamente especificada através da teoria proposta pelo pesquisador, e o objetivo principal da modelagem é testar ou confirmar o quão bem os dados se ajustam ao modelo sugerido (FAYERS; MACHIN, 2007). Os parâmetros que expressam as relações entre os itens (variáveis observadas) com os domínios (variáveis não observadas/latentes) e dos domínios entre si (covariâncias) podem ser estimados por meio de métodos de verossimilhança. Se o modelo proposto tem um ajuste aceitável, o pesquisador confirmou que ele é um entre diversos possíveis (HAIR et al., 2009). Caso os dados não se comportem como o esperado, pode ser que existam problemas com eles mesmos, com a teoria proposta ou com ambos (ARANHA; ZAMBALDI, 2008). Para a validade de constructo convergente relacionada à AFC, os itens de um constructo específico devem compartilhar uma elevada proporção de variância em comum. As formas de estimar essa validade são através das análises das correlações observadas, da porcentagem de variância explicada e pelos valores das cargas fatoriais ($> 0,40$). A validade de constructo divergente ou discriminante refere-se à ausência de correlação entre o constructo e os itens. Para avaliar esse tipo de validade por meio da AFC, podem-se comparar os percentuais de variância do modelo estimado com outro completamente diferente (ARANHA; ZAMBALDI, 2008; HAIR et al., 2009). Para testar a qualidade de ajuste do modelo (*GOF*) na AFC, ou seja, o quanto a matriz de covariância estimada se aproxima da matriz de covariância observada, existem medidas denominadas índices de ajuste ao modelo (*fit indices*). Foram desenvolvidos vários índices de ajuste ao modelo, os quais têm gerado algumas discussões devido ao crescente aumento de índices, à falta de diretrizes sobre o índice mais adequado a ser utilizado e à ausência de um acordo com seus limites de corte (*cut-off*) (HAIR et al., 2009; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008; HU; BENTLER, 1999; TABACHNICK; FIDELL, 2007). Os índices podem ser subdivididos em categorias como: índices de ajuste absoluto, índices de ajuste incremental e índices de ajuste de parcimônia (HAIR et al., 2009; HO, 2006; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008). Alguns dos mais utilizados são: o teste qui-quadrado (χ^2) (seus graus de liberdade e o valor de *p*), o Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste (*AGFI*), a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (*RMSEA*) e o Índice de Ajuste Comparativo (*CFI*). O teste qui-quadrado é o único teste estatístico e resulta na diferença entre as matrizes de covariância. A hipótese nula (*H₀*) para esse teste seria que: as matrizes de covariâncias observadas na amostra e a estimada são iguais (HAIR et al., 2009; HU; BENTLER, 1999). Dessa forma, para um ajuste aceitável, é preciso não rejeitar a *H₀* e o

valor de p ser insignificante ($>0,05$) (BARRETT, 2007). Existem duas principais limitações para o uso desse teste: é dependente do número da amostra e do número de parâmetros livres para serem estimados. Para tentar minimizar esses problemas, desenvolveu-se o qui-quadrado normado ($\chi^2/\text{graus de liberdade}$) (WHEATON et al., 1977). Os valores recomendados para essa estatística variam de menores que 5 (WHEATON et al., 1977) a menores que 2 (TABACHNICK; FIDELL, 2007). O *AGFI* é um ajuste por proporções de graus de liberdade do Índice de Qualidade do Ajuste (*GFI*), varia de 0 a 1 e calcula a proporção da variância explicada pela covariância estimada da população, sendo aceitos valores acima de 0,90 (TABACHNICK; FIDELL, 2007). A *RMSEA* é uma medida de discrepância por graus de liberdade, mas tem alta sensibilidade ao número de parâmetros estimados no modelo e número da amostra (HAIR et al., 2009; HO, 2006; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008). Por ter uma distribuição conhecida, informa como um modelo com parâmetros estimados desconhecidos, mas escolhidos, ajusta a matriz de covariância nas populações (BYRNE, 2010). Dessa forma, representa melhor o modelo na população e não apenas a uma amostra usada para estimação (HAIR et al., 2009). É umas das medidas mais utilizadas atualmente, e seu limite de corte vem diminuindo nos últimos anos (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008) como no estudo de Hu e Bentler (1999) que assume um valor abaixo de 0,06 para bons ajustes; e Steiger (2007) valores abaixo de 0,07 para ajustes aceitáveis. No entanto, alguns autores relatam que valores abaixo de 0,10, para a maioria dos modelos, ainda são aceitáveis (HAIR et al., 2009). O *CFI* é um índice incremental, é uma versão melhorada de outro índice chamado Índice de Ajuste Normado (*NFI*). Avalia o quanto o modelo observado se ajusta relativamente ao modelo nulo (assume que todas as variáveis observadas não se correlacionam). Seus pontos de corte variam de valores maiores ou iguais a 0,90 (HAIR et al., 2009) a valores iguais ou maiores que 0,95 (HU; BENTLER, 1999).

A **confiabilidade** está relacionada com a capacidade do instrumento em produzir resultados reprodutíveis e consistentes (FAYERS; MACHIN, 2007); o grau em que o instrumento produz os mesmos resultados, quando aplicado em diferentes ocasiões (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 1999). Nem todo instrumento que apresenta confiabilidade tem validade, mas todo aquele que tem validade apresenta confiabilidade (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2003). A confiabilidade do instrumento poderá ser avaliada pelo grau de consistência em que ele mede o atributo proposto. As duas principais maneiras para essa avaliação são: teste-reteste (avaliação da estabilidade) e alfa de Cronbach (avaliação da consistência interna) (POLIT; BECK, 2011). O teste-reteste calcula a correlação entre a distribuição de escores obtidos pelo mesmo teste, mesmos sujeitos e em dois períodos de

tempo diferentes. A consistência interna verifica a homogeneidade dos itens do instrumento a qual pode ser obtida através do teste de duas metades, Kuder-Richardson e alfa de Cronbach (WALTZ; STRICKLAND; LANZ, 2005).

O alfa de Cronbach é o mais utilizado e é a média de todos os coeficientes de correlação. As correlações item-total e o valor de alfa são muito importantes, pois fornecem informações de cada item individualmente, e itens que não se correlacionam podem chegar a ser eliminados (MARTINS, 2006). Seus valores variam de zero a um com correlações positivas entre os itens. Valores superiores a 0,70 são aceitáveis em relação à confiabilidade da medida (FAYERS; MACHIN, 2007; POLIT; BECK, 2011).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Gerais

- Adaptar e validar a *Satisfaction With Appearance Scale* – SWAP para ser aplicada em pacientes brasileiros que sofreram queimaduras.

3.2 Específicos

- Avaliar a validade de face, conteúdo e a equivalência semântica da versão adaptada da SWAP;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da SWAP, verificando a consistência interna por meio do alfa de Cronbach;
- Avaliar a validade de constructo convergente da versão adaptada da SWAP, correlacionando os resultados obtidos com as medidas de autoestima resultantes da aplicação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER), de depressão, por meio da aplicação do Inventário de Depressão de Beck (IDB), de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde através do SF-36 e de estado de saúde com a aplicação da *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R);
- Avaliar a validade de constructo discriminante da versão adaptada da SWAP, comparando-se as médias obtidas entre grupos conhecidos segundo o sexo, Superfície Corporal Queimada e visibilidade da queimadura;
- Avaliar a validade de constructo da versão adaptada da SWAP através da Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória.

MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico cuja proposta foi adaptar e validar a SWAP para ser aplicada em pacientes brasileiros que sofreram queimaduras. As pesquisas metodológicas dizem respeito à criação, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Envolvem processos rigorosos de investigações de métodos de obtenção e organização de dados. Podem parecer menos estimulantes que a pesquisa clínica, mas são fundamentais para outros estudos que necessitam de seus resultados para serem desenvolvidos de forma válida (POLIT, BECK, 2011). Para esses estudos, são utilizados basicamente testes de confiabilidade e validade e outras etapas, quando necessário (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Autorização dos autores para tradução e uso da escala

A autorização para adaptação e validação da SWAP para vítimas de queimaduras no Brasil foi concedida pelo Dr. John Lawrence, um dos principais autores da escala, em 12 de fevereiro de 2011. O pesquisador disponibilizou, por correio eletrônico, o instrumento e concedeu a permissão para tradução para língua portuguesa do Brasil (ANEXO B).

4.3 Processo de adaptação cultural da *Satisfaction With Appearance Scale* (SWAP) no Brasil

Para a adaptação cultural do instrumento, foram adotadas as etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), reformuladas por Ferrer et al., (1996), Pasquali (1999) e Beaton et al., (2000) resultando em: *tradução do instrumento original, síntese das traduções, revisão da tradução realizada por um comitê de juízes, retrotradução, síntese das retrotraduções, comparação da versão original em inglês com a versão consensual em inglês, avaliação pelo autor do instrumento original, validação semântica dos itens e pré-teste da versão final.*

Entretanto, após a avaliação do instrumento pelo autor da versão original, foi realizada nova revisão pelo comitê de juízes (Reavaliação pelo comitê de juízes). As etapas percorridas para o processo de adaptação e validação cultural da SWAP são apresentadas na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma das etapas de adaptação da SWAP para o português (adaptado de Zanetti, 2010)

4.3.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa

Foram selecionados, via telefone e correio eletrônico, dois tradutores independentes (A e B), com conhecimento da língua e cultura inglesas e nativos do Brasil. Os tradutores receberam o instrumento original em inglês, as informações sobre os objetivos do estudo e realizaram as duas primeiras versões da tradução do instrumento para o português as quais preservaram a equivalência semântica de cada item da versão original, resultando na **Versão em Português 1 (VP1)** (ANEXO C) e **Versão em Português 2 (VP2)** (ANEXO D).

4.3.2 Obtenção do primeiro consenso das versões em português

As pesquisadoras (pesquisadora principal e orientadora) se reuniram com os tradutores em 9 de outubro de 2012. Nessa reunião, foram esclarecidos aos tradutores os objetivos da etapa, ou seja, analisar, justificar e registrar eventuais diferenças nas traduções da escala e o objetivo do estudo novamente. Para isso, foram entregues cópias da VP1 e VP2, assim como da versão original da escala para todos. A pesquisadora principal realizou a leitura de cada frase, pausadamente, iniciando pelas instruções do instrumento, sendo interrompida quando solicitada para realização de discussão e obtenção do consenso entre os tradutores. Todas as mudanças foram discutidas entre os tradutores, sempre com a finalidade de manter o significado de cada item ou palavra o mais próximo da versão original, que ainda nessa fase foi comparada com as duas traduções. Ao final dessa etapa, obteve-se a **Versão Consensual em Português 1 (VCP1)** (APÊNDICE A).

4.3.3 Avaliação pelo comitê de juízes

Nessa etapa, a VCP1 foi submetida à avaliação por um comitê de juízes que apresentaram, pelo menos, dois dos seguintes critérios: ter conhecimento sobre o tema queimaduras; da língua portuguesa e inglesa; da metodologia em questão (adaptação e validação de instrumentos para a língua portuguesa). Dessa forma, participaram três enfermeiras, docentes e pesquisadoras dessa temática, uma fisioterapeuta e aluna de

doutorado atuante no serviço de tratamento de queimaduras onde a pesquisa está sendo realizada, e uma aluna de doutorado, pesquisadora da temática.

A reunião foi realizada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo no dia 1º de novembro de 2012. No início, foram esclarecidos os objetivos da atividade, ou seja, avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da SWAP (VCP1) e a finalidade do estudo. Foi distribuída uma cópia da VCP1 para cada participante, assim como uma cópia da versão original e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para assinatura. A pesquisadora principal leu a escala desde as instruções e depois cada item para que pudessem ser feitas as discussões, análises e o consenso entre os participantes. Nessa etapa também foram avaliadas a validade de face e a de conteúdo da escala pelos juízes, originando a **Versão Consensual em Português 2 (VCP2)** (APÊNDICE C).

4.3.4 Retrotradução (*Back-translation*)

Essa etapa consistiu no caminho inverso, ou seja, realizou-se a tradução da VCP2 para o inglês. Foram eleitos, também por telefone e correio eletrônico, dois tradutores independentes (C e D), diferentes da etapa inicial, estrangeiros com domínio da língua inglesa e portuguesa e sem conhecimento dos objetivos do estudo. Ao término dessa etapa, foram obtidas duas versões em inglês, **Versão em Inglês 1 (VI1)** (ANEXO E) e **Versão em Inglês 2 (VI2)** (ANEXO F).

4.3.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original

Essa etapa foi realizada pelos tradutores estrangeiros, pela pesquisadora e orientadora também por meio de uma reunião, realizada em 5 de dezembro de 2012. Nessa reunião, os tradutores tiveram conhecimento dos objetivos do estudo e do instrumento no idioma original. Seguindo os mesmos passos para obtenção da versão em português, o instrumento foi lido por uma das pesquisadoras, logo após todos terem recebido cópia do instrumento em suas versões VI1 e VI2 e, ainda, uma cópia da versão original do instrumento em inglês para comparar todas as

versões. Mudanças e justificativas foram anotadas. O resultado dessa etapa foi uma nova versão do instrumento em inglês, **Versão Consensual Final em Inglês (VCFI)** (APÊNDICE D).

Após a obtenção da VCFI, as pesquisadoras e os tradutores verificaram as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento entre as versões original e adaptada (VCP2). A versão original foi lida sequencialmente à VCFI e à VCP2. Não houve mudanças na VCP2.

4.3.6 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original e reavaliação pelo comitê de juízes

A VCFI foi enviada, via correio eletrônico, ao Dr. John Lawrence, em 17 de dezembro de 2012, para sua avaliação e sugestões. A resposta foi enviada por correio eletrônico no dia 24 do mesmo mês (ANEXO G). Foi feita uma única sugestão de mudança, uma palavra no item 13 da escala (*unattractive*) gerando a **Versão em Inglês Avaliada pelo Autor Principal (VIAP)**. Com essa mudança na língua inglesa, foi necessário realizar uma etapa denominada “Reavaliação pelo comitê de juízes” (FREITAS et al., 2014). O comitê foi composto por uma enfermeira docente e pesquisadora da temática, uma enfermeira aluna de doutorado e pesquisadora da temática e a pesquisadora principal com o objetivo de analisar a observação do autor da escala original e obter um consenso sobre a melhor tradução. Dessa forma, para não perder a equivalência semântica e idiomática, a palavra “desagradável” foi modificada para não “não seja atrativa” na escala em português, o que gerou a **Versão Consensual em Português 3 (VCP3)** (APÊNDICE E).

4.3.7 Avaliação semântica dos itens

Foram selecionados quatro pacientes queimados, maiores de 18 anos, brasileiros, de qualquer etnia, que falavam português, que foram atendidos na semana de 17 a 22 de janeiro de 2013, no ambulatório da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e concordaram em participar da pesquisa. Foram informados a esses pacientes o objetivo do estudo e essa etapa (analisar se os itens da escala são compreensíveis à população a que se destina). Em seguida, foi assinado o Terno de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE F) pelos participantes, e a pesquisadora realizou a leitura do instrumento pausadamente desde o enunciado, observando a compreensão de cada item. Após a leitura, os pacientes responderam ao instrumento (SWAP – VCP3) e, em seguida, foi aplicado um instrumento desenvolvido pelo DISABKIDS *Group Europe* (2004) para análise semântica, adaptado para o português do Brasil por Fegadolli et al. (2010) e adaptado para este estudo (APÊNDICE G). Esse instrumento é dividido em duas partes: avaliação geral (parte A) composta por sete questões relacionadas à impressão geral de cada instrumento e as questões da parte específica (parte B) compostas de acordo com os itens dos instrumentos. Tanto as questões da parte A quanto da parte B são compostas por questões de múltipla escolha e algumas com espaços em branco, para que o participante faça sugestões. Dessa forma, cada paciente foi indagado sobre sua opinião em geral a respeito do instrumento e, também, sobre cada item em relação à importância, compreensão, dificuldade para responder e sobre as mudanças que ele faria no instrumento. Essa etapa foi realizada individualmente pela pesquisadora principal. Não houve alterações ou sugestões de mudanças feitas pelos pacientes e, dessa forma, a VCP3 foi aplicada na próxima etapa. O número de pacientes dessa etapa é sugerido na literatura (PASQUALI, 1999).

4.3.8 Pré-teste

Para o pré-teste, a SWAP-VCP3 foi aplicada individualmente a uma amostra de 30 pacientes que sofreram queimaduras como sugerido na literatura (BEATON et al., 2000), brasileiros, maiores de 18 anos, de qualquer etnia (desde que falassem português) e que concordaram em participar do estudo, os quais não participaram da etapa de análise semântica e que estavam sendo atendidos no ambulatório do serviço em que a pesquisa foi desenvolvida. Após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H), a escala foi aplicada por meio de entrevista pela pesquisadora principal que realizou a leitura de cada item até três vezes; após essas tentativas, se o paciente não compreendesse a questão seria deixada sem preencher, o que não ocorreu. Os participantes apresentaram boa aceitação do instrumento, não houve queixas em relação à compreensão dos itens e não foram feitas alterações. Sendo assim, a **Versão em Português Final (VPF)** (APÊNDICE E) é a mesma da VCP3. Os instrumentos utilizados para a correlação da escala na etapa de análise psicométrica também foram aplicados, pois os pacientes dessa etapa poderiam ser incluídos na amostra final, caso não houvesse modificações na escala.

4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada para o português da *Satisfaction With Appearance Scale* (SWAP)

4.4.1 Análise da Validade

4.4.1.1 Validade de face e conteúdo

A validade de face ou aparente e a validade de conteúdo da SWAP foram verificadas pelo consenso obtido entre os profissionais que participaram do comitê de juízes que foi composto por número ímpar de participantes. O instrumento foi avaliado quanto à capacidade de medir o que se propõe medir, estrutura, aparência (validade de face) e a relevância de cada item em relação ao constructo estudado (validade de conteúdo).

4.4.1.2 Validade de constructo

Foi verificada a validade de constructo convergente e discriminante (grupos conhecidos) assim como a validade de constructo relacionada à dimensionalidade do instrumento.

A validade de constructo convergente foi avaliada por meio da correlação do constructo satisfação com a imagem corporal, através da aplicação da SWAP, com outros constructos teoricamente relacionados e representados por instrumentos já válidos e confiáveis. Assim, foram correlacionados os escores obtidos com a aplicação da SWAP adaptada com os escores obtidos, com a aplicação das escalas BSHS-R, SF-36, EAER e IDB. As hipóteses estabelecidas em relação à direção e à força de correlação foram:

- 1 - Há correlação positiva, de moderada a forte intensidade, entre a medida total da SWAP adaptada e a medida total do IDB;
- 2 - Há correlação negativa, de moderada a forte intensidade, entre a medida total da SWAP adaptada e a medida total da EAER;

3 - Há correlação negativa, de moderada a forte intensidade, entre a medida total da SWAP adaptada e a medida total da BSHS-R e seus domínios “Afeto e imagem corporal” e “Relações interpessoais”.

4 - Há correlação negativa, de moderada a forte intensidade, entre a medida total da SWAP adaptada e as medidas dos componentes do SF-36: “Vitalidade”, “Saúde mental”, “Aspectos sociais” e “Aspectos emocionais”.

Portanto, esperava-se que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal, mais sintomas de depressão, que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal pior a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), pior o estado de saúde (BSHS-R) e mais baixa a autoestima (EAER).

A validade de constructo discriminante foi testada pela comparação entre grupos conhecidos em relação às variáveis: sexo do paciente, SCQ (menor que 20%; maior ou igual a 20%) e percepção da visibilidade da queimadura pelo paciente (sim; não). As hipóteses formuladas foram:

1- Mulheres apresentam maior média de valores com a aplicação da SWAP adaptada para o português em relação aos homens;

2 - Pacientes com SCQ maior ou igual a 20% apresentam maior média de valores com a aplicação da SWAP adaptada para o português em relação aos que apresentam SCQ menor que 20% de seus corpos;

3 - Pacientes que acreditam que as suas cicatrizes são visíveis (resposta: sim) ao olhar de outras pessoas apresentam maior média de valores na aplicação da SWAP adaptada em relação aos que acham que as cicatrizes não são visíveis (resposta: não).

A validade de constructo relacionada à dimensionalidade foi avaliada por meio da Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória.

4.4.2 Análise da Confiabilidade

A análise da consistência interna dos domínios, escore total da SWAP adaptada e dos instrumentos de correlação (BSHS-R, EAER, IDB, SF-36) foi calculada por meio do alfa de Cronbach (α). Para este estudo, foram considerados valores superiores a 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2007).

4.5 Procedimentos

4.5.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório da Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A Unidade de Queimados funciona desde 1982, possui 10 leitos para internação de crianças, adolescentes e adultos em fase aguda ou para tratamento reparador de cicatrizes; duas salas de cirurgia e dois ambulatórios para atendimento de pacientes pós-alta hospitalar e pacientes que não necessitam de internação. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional.

4.5.2 Amostra e critérios de seleção

Constituiu-se uma amostra representativa de 106 pacientes brasileiros que sofreram queimaduras. Foram incluídos no estudo pacientes queimados adultos (maiores de 18 anos), de ambos os sexos, de qualquer etnia, brasileiros e que receberam alta hospitalar, no mínimo há dois meses e, no máximo, 12 meses ou que tinham agendamento ambulatorial na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e que aguardavam cirurgias reparadoras, após alta hospitalar. Foram excluídos os pacientes que apresentaram diagnósticos psiquiátricos prévios e/ou dificuldades cognitivas que os impedissem de responder aos instrumentos (sem capacidade de dizer o endereço onde vive, dia da semana e do mês e sua idade ou data de nascimento), pacientes que estavam cumprindo pena em regime prisional fechado ou que se queimaram por motivo de suicídio. Tais critérios foram avaliados por meio do prontuário, acompanhamento da consulta médica no ambulatório, acesso à equipe e diálogo com o paciente.

A escolha da realização da entrevista com os participantes entre dois e 12 meses, após a alta hospitalar, se deu pelo tempo de contato com a sociedade. Enquanto os pacientes encontram-se internados não há o enfrentamento do olhar e atitudes das pessoas fora de seu

convívio (CALOTĂ et al., 2012), por isso avaliar a satisfação com a imagem corporal em um período menor poderia não ser significativa. Além disso, foram incluídos pacientes que aguardavam cirurgias reparadoras, pois estes sujeitos ainda se encontram em processo de reabilitação, em busca de melhoras estéticas e funcionais.

O número de sujeitos foi estabelecido considerando-se a proposta de Pasquali (1999) que sugere que a amostra em estudos desta natureza seja constituída de cinco a 10 sujeitos por item do instrumento. Além disso, considerou-se a proposta de Sapnas e Zeller (2002) que demonstraram que 100 sujeitos são suficientes para verificar as propriedades psicométricas de um instrumento que está sendo testado em outra população.

4.5.3 Instrumentos de coleta de dados e outras variáveis associadas

Além da SWAP (adaptada), descrita anteriormente, foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

4.5.3.1 Questionário de caracterização da amostra

Esse questionário contém dados sociodemográficos do paciente e clínicos sobre a queimadura que foram coletados durante a entrevista diretamente com o paciente e por meio do prontuário. O questionário foi fundamentado na literatura e na experiência profissional da pesquisadora, após isso foi submetido à validação de face e conteúdo por uma enfermeira e aluna de doutorado, a orientadora do estudo e uma docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (APÊNDICE I).

4.5.3.2 *Burn Specific Health Scale - Revised* (BSHR-R)

Versão “revisada” (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS; 1994) da BSHS desenvolvida por Blades, Mellis e Munster (1982) e adaptada para a língua portuguesa por

Ferreira et al. (2008) (ANEXO H). Escala específica para pacientes queimados que mensura estado de saúde. Composta por 31 itens distribuídos em seis subescalas ou domínios: “Afeto e Imagem Corporal” (8 itens), “Sensibilidade da pele ao calor” (5 itens), “Habilidades para funções simples” (4 itens), “Tratamento” (5 itens), “Trabalho” (4 itens) e “Relações Interpessoais” (5 itens). As respostas são dadas em uma escala de cinco pontos na qual o intervalo possível é de 31 a 155. Para o cálculo dos resultados, devem-se reverter todos os itens e depois, somar, individualmente, os itens de cada domínio e dividir este total obtido com o número de itens do respectivo domínio. Altos valores significam melhor estado de saúde e baixos valores, pior estado de saúde. Ferreira et al. (2008), no processo de adaptação, encontraram os seguintes valores de alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna: 0,94 para a escala total e a variação de 0,74 – 0,94 para os domínios. Está sendo utilizada neste estudo devido a sua especificidade (queimaduras), além de apresentar o domínio “Afeto e imagem corporal” que permite correlações específicas com a SWAP.

4.5.3.3 Short-Form Health Survey (SF-36)

Instrumento genérico e multidimensional de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), proposto por Ware e Sherbourne (1992) e adaptado para a língua portuguesa por Ciconelli et al. (1999) (ANEXO I). Composto por 11 questões e 36 itens, distribuídos em oito domínios que medem quatro aspectos da saúde física e quatro aspectos da saúde mental: “Capacidade funcional” (10 itens), “Aspectos físicos” (4 itens), “Dor” (2 itens), “Estado geral de saúde” (5 itens), “Vitalidade” (4 itens), “Aspectos sociais” (2 itens), “Aspectos emocionais” (3 itens) e “Saúde mental” (5 itens) e mais uma questão comparativa sobre a atual percepção da saúde há um ano. O escore normatizado para cada um dos domínios pode variar de 0-100, sendo que zero representa a pior QVRS do indivíduo e 100, a melhor QVRS. O SF-36 tem sido amplamente utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e a capacidade funcional de pacientes, vítimas de queimaduras (ALTIER et al., 2002; COCHRAN et al., 2004), além de ter sido utilizado pelo autor da SWAP original para correlação dos constructos. No processo de adaptação, Ciconelli et al. (1999) utilizaram o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar reprodutibilidade e validade. Os resultados obtidos para reprodutibilidade foram estatisticamente significantes (intra e interobservadores $0,4426 < r < 0,8468$ e $0,5542 < r < 0,8101$ respectivamente), assim

como na avaliação da validade o coeficiente entre os parâmetros clínicos laboratoriais e os vários componentes do SF-36 foram clinicamente e estatisticamente significantes ($p<0,01$). Estudos mostraram que esse é um instrumento válido, confiável e com propriedades psicométricas comprovadas na população queimada (BAKER, 2008; DYSTER-AAS; KILDAL; WILLEBRAND, 2007).

4.5.3.4 Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER)

Escala desenvolvida por Rosenberg (1965) e adaptada para a língua portuguesa (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004) (ANEXO J). Contém 10 itens, com uma escala de respostas tipo Likert de quatro pontos (0=concordo plenamente, 1=concordo, 2=discordo, 3=discordo plenamente). A soma das respostas aos itens é analisada em um intervalo de 0 a 30 pontos. Altos valores indicam elevada autoestima. Tem-se utilizado essa escala para avaliar autoestima de pacientes queimados por ser unidimensional, abordar um constructo, a autoestima, dificultando a sobreposição com o constructo imagem corporal (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989). No estudo de adaptação e validação da escala, a reprodutibilidade intra e interobservadores apresentou significância estatística ($p<0,5$) (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004). Ferreira et al. (2008) utilizaram a EAER e obtiveram alfa de Cronbach de 0,82 na avaliação da consistência interna. A consistência interna e a validade de constructo pela análise fatorial da escala foram avaliadas recentemente em adolescentes e obteve-se alfa de Cronbach de 0,70, e a estrutura fatorial foi mantida como na escala original (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

Alguns estudos têm demonstrado as grandes alterações momentâneas ou permanentes que a queimadura provoca na vida do paciente de forma inesperada. Dessa forma, encontra-se que manifestações como a ansiedade aparecem mais imediatamente após a queimadura, e em uma etapa um pouco mais tardia, o estresse ou impacto do evento pode acarretar problemas como baixa autoestima (TAAL; FABER, 1997; VAN LOEY; FABER; TAAL, 2001). Portanto, neste estudo, optou-se por aplicar uma escala de avaliação de autoestima, já que os pacientes foram entrevistados de dois meses a um ano após alta hospitalar, além daqueles que estavam aguardando por cirurgias reparadoras.

4.5.3.5 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Proposto por Beck et al. (1961) e adaptado para a língua portuguesa por Gorenstein e Andrade (1996 e 1998) (ANEXO L), o IDB apresenta 21 itens com alternativas de resposta que variam de 0-3 pontos, tendo uma pontuação total que pode variar de 0 a 63 pontos. Quanto maior a pontuação na escala maior o grau dos sintomas de depressão. A escolha do ponto de corte adequado para distinguir o nível de depressão depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo (BECK; STEER; GARBIN, 1988). Este estudo não teve como objetivo diagnosticar depressão nos participantes, portanto, para as análises dos dados, foi considerada a medida contínua do resultado total da escala (variação de 0-63 pontos). Em estudo sobre as propriedades psicométricas da versão em português, a consistência interna da escala obtida pelo alfa de Cronbach foi 0,81 para a amostra total, 0,76 para a subamostra de homens e 0,83 para a de mulheres (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). O autor da SWAP original também utilizou o IDB para correlacionar os constructos depressão e satisfação com a imagem corporal.

4.5.4 Procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada de janeiro a outubro de 2013. Os dados foram coletados em um único encontro pela pesquisadora principal e uma aluna de doutorado. As pesquisadoras consultavam a agenda semanal de atendimento do ambulatório da unidade de queimados e verificavam no sistema eletrônico do hospital a idade do paciente como primeiro passo para inclusão ou não no estudo. Os prontuários desses possíveis pacientes eram visualizados no dia da consulta para obter informações a respeito do sujeito e, assim, ser tomada a decisão de inseri-lo ou não no estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Somente após esse procedimento, a pesquisadora convidava ou não o paciente para participar do estudo. Caso ele fosse selecionado, uma vez que tivesse aceitado o convite, após todas as orientações relacionadas à pesquisa, ao tipo de colaboração que se esperava dele e de todos os seus direitos, conforme Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), era procedida a finalização do processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, que consistiu na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H).

Uma cópia do termo assinado em duas vias permaneceu sob a guarda da pesquisadora, e a outra era fornecida ao participante, com orientações para que se desejasse entrasse em contato com a pesquisadora, utilizando o endereço e telefone registrados no termo. Foi garantido a todos os participantes o direito de interromper a sua participação a qualquer momento. Eles foram informados que mediante dificuldade para responder a algum item dos instrumentos ao longo da entrevista, eles tinham a opção de não responder e seguir para o próximo item. Os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: questionário de caracterização da amostra, SWAP adaptada, BSHS-R, SF-36, EAR e IDB.

4.5.5 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos foram organizados, digitados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS® versão 20.0 (IBM Corporation 2010)¹, para o cálculo das análises descritivas, de tendência central (média e mediana), de dispersão (desvio-padrão, máximo e mínimo) e das análises psicométricas. Para a realização da análise fatorial confirmatória, foi utilizado um módulo especial do SPSS, o *Analysis of Moment Structures* (AMOS).

Para todas as variáveis, foram aplicadas análises descritivas. As variáveis categóricas foram avaliadas por frequência simples e proporção; e as numéricas por medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, máximo e mínimo).

A validade de constructo convergente foi avaliada por meio do teste de correlação de Pearson entre os valores totais obtidos na aplicação da SWAP adaptada e seus domínios, e os obtidos na aplicação da EAER, do IDB, da BSHS-R e domínios e domínios do SF-36. Para análise dos valores dos coeficientes de correlação, foi seguida a classificação de Ajzen e Fishbein (1980) que estabelece que as correlações com valores abaixo de 0,30 são consideradas fracas, entre 0,30 e 0,50 são consideradas moderadas e acima de 0,50 são consideradas fortes.

A validade discriminante foi testada por meio dos grupos conhecidos através do teste t de *Student* para amostras independentes, associando a média da SWAP adaptada com as médias obtidas com sexo, SCQ e percepção da visibilidade da queimadura por outras pessoas.

¹ COPYRIGHT IBM CORPORATION 2010. SPSS® Statistics. Disponível em www.spss.com

A validade de constructo relacionada à dimensionalidade da escala foi avaliada pela análise fatorial confirmatória, a fim de testar o modelo proposto pelos autores da escala original. Considerou-se a matriz de covariância, e foi adotado o método de estimação de verossimilhança (*Maximum Likelihood*). Foram considerados adequados valores superiores a 0,40 para a análise das cargas fatoriais das correlações entre os itens e os domínios e as covariâncias (HAIR et al., 2009). Os índices de ajuste ao modelo verificados foram: χ^2 /graus de liberdade, *GFI*, *RMSEA* e *CFI*. A análise fatorial exploratória foi avaliada pela análise de componentes principais pelo método de rotação Varimax, estabelecendo-se um valor mínimo de 0,45 na comparação das cargas fatoriais de cada fator (TABACHNICK; FIDELL, 2007). Previamente à análise foram realizados o teste de esfericidade de *Bartlett* e o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), para constatar se o tamanho da amostra era adequado para a realização da análise fatorial, considerando KMO>0,5 e *Barlett* com rejeição da hipótese nula e $p \leq 0,05$.

A confiabilidade da SWAP adaptada e seus domínios, da BSHS-R e domínios, EAER, IDB e dos domínios do SF-36 foi examinada através da consistência interna pelo alfa de Cronbach, e foram aceitos valores superiores a 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2007; POLIT; BECK, 2011).

O nível de significância adotado foi de 0,05.

4.5.6 Considerações éticas

O projeto, que resultou nesta dissertação de mestrado, foi aprovado pelo Centro Integrado de Emergências em Saúde (CIES) da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em relação à anuência para o desenvolvimento do estudo na Unidade de Queimados do referido Hospital no dia 04 de maio de 2012 (ANEXO M), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto no dia 16 de outubro (of. CEP - EERP/USP – 200/2012, CAAE: 04544112.9.3001.5440) (ANEXO N) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como instituição coparticipante (ANEXO O).

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e importância. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, e os

instrumentos foram preenchidos de forma que os entrevistados não fossem identificados. Todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, assim como a pesquisadora leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H), em duas vias, sendo que uma permaneceu sob a posse da pesquisadora e outra em posse do sujeito.

Neste estudo, foram obedecidas as orientações constantes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) no que tange tanto aos aspectos éticos com a instituição que autorizou quanto com os sujeitos que participaram da pesquisa.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Adaptação cultural da *Satisfaction With Appearance Scale* (SWAP)

Os resultados estão apresentados seguindo-se as etapas do processo de adaptação adotadas neste estudo: avaliação pelo comitê de juízes; obtenção do consenso em inglês e comparação com a versão original; avaliação do instrumento pelo autor da versão original; reavaliação do comitê de juízes (etapa incluída para apreciação e tomada de decisão sobre as modificações propostas pelo autor da versão original); análise semântica e pré-teste (Figura 1).

5.1.1 Avaliação pelo Comitê de Juízes

Como resultado da reunião em que foi apresentada a VCP1 aos juízes, foi sugerida mudança na instrução (enunciado) da escala de “... de acordo com a seguinte escala” por “... escolhendo uma das alternativas abaixo”. Na alternativa da escala de resposta “neutro”, foi incluída a explicação entre parênteses “não concordo, nem discordo”. As modificações nos itens do instrumento estão destacadas no Quadro 2.

Os juízes avaliaram as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual e analisaram a representatividade dos itens em relação aos conceitos e à relevância, considerando-se os objetivos da medida (validade de conteúdo), e avaliaram a validade de face. Nessa etapa, foi sugerida e realizada mudança no formato visual da escala, a fim de facilitar seu uso e aplicação. Essa alteração pode ser observada comparando-se a versão original com a adaptada (ANEXO A e APÊNDICE C, respectivamente). Todas as alterações realizadas nessa etapa ocorreram mediante a concordância de, pelo menos, 80% dos membros do comitê de juízes.

Item	SWAP VCP1	SWAP VCP2
13	Sinto que minha queimadura não seja atraente para as outras pessoas	Sinto que minha queimadura não é agradável para as outras pessoas
14	Acho que as pessoas não gostariam de me tocar.	Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar.

Quadro 2 - Modificações realizadas nos itens da SWAP (Versão Consensual em Português 1) após revisão pelo Comitê de Juízes, SWAP (Versão Consensual em Português 2). Ribeirão Preto – SP, 2013

5.1.2 Obtenção do consenso em inglês e comparação com a versão original

As duas versões em inglês VII e VI2, originadas da etapa da retrotradução da VCP2, foram comparadas com a versão original e discutidas em reunião com os tradutores, a fim de alcançar uma versão consensual em inglês. Os tradutores dessa etapa consideraram a escala simples e fácil. Houve poucas divergências entre eles em relação à escala original. Ao comparar as versões, os tradutores sugeriram manter alguns termos semelhantes à versão original, pois tinham a mesma equivalência semântica das versões traduzidas em inglês. As únicas mudanças ocorridas em relação à versão original foram incluir o pronome “*eu*” antes das alternativas do enunciado, por exemplo, “*I disagree*”; trocou-se a palavra “*strongly*” das alternativas por “*totally*”, pois no Brasil é mais comum dizer “totalmente” do que “fortemente”. Após a obtenção do consenso da versão em inglês, foi realizada a comparação entre a versão consensual final em inglês (VCFI) da SWAP com a VCP2 e a SWAP original. No item 13, foi mantida a palavra “*unpleasant*” na VCFI, de acordo com a tradução da VCP2 ao invés de “*unattractive*” como na original, já que as pesquisadoras e tradutores consideraram a expressão “não seja atraente” como uma conotação no sentido de tendência sexual para o Brasil.

5.1.3 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original e reavaliação pelo comitê de juízes

A VCFI foi enviada ao Dr. John W. Lawrence por correio eletrônico que fez uma única objeção: manter a palavra “*unattractive*” ou encontrar outra para substituir

“*unpleasant*”. Segundo o autor, “*unattractive*” refere-se a uma visão negativa de como alguém é ou aparenta ser, é sinônimo de “feia”, contudo é uma palavra mais educada e formal e menos agressiva emocionalmente do que “*unpleasant*” que significa desagradável e é um termo muito geral. Considerando-se esse resultado, reuniu-se parte do comitê de juízes (Reavaliação pelo comitê de juízes) a fim de rever a VCP2, já que a palavra “desagradável” poderia modificar o significado original do item. Dessa forma, após discussão com o comitê, decidiu-se alterar “desagradável” por “não seja atrativa”, considerando que “atrativa” é menos conotativa em relação à sexualidade do que “atraente” da VCP1, resultando na Versão Consensual em Português 3 (VCP3).

5.1.4 Avaliação semântica dos itens

A idade dos quatro participantes da etapa variou de 21 a 51 anos; dois eram do sexo masculino e dois do sexo feminino. A escolaridade em anos de estudos dos quatro pacientes variou de 3 a 11 anos. Ao aplicar o DISABKIDS adaptado para os quatro participantes, todos os itens foram respondidos e não foram sugeridas mudanças ou alterações na escala. Dessa forma, permaneceu-se com a versão VCP3 para realização do pré-teste.

5.1.5 Pré-teste

O pré-teste foi realizado com 30 sujeitos os quais foram incluídos na amostra final do estudo, pois não houve modificações durante a etapa. Dos participantes do pré-teste, 16 (53,3%) eram do sexo feminino com média de idade de 36,2 anos (18,9-58,1; DP=10,9), e a média de anos de estudo foi de 8,6 (1-22; DP=4,3). O tempo médio para fornecer as respostas aos itens da SWAP adaptada foi de 3,3 minutos. A entrevista com a aplicação de todos os instrumentos propostos teve tempo médio de 28 minutos. Todos os itens foram respondidos, e não houve questionamentos sobre o instrumento. Dessa forma, não foram realizadas alterações na terceira versão da escala (VCP3) sendo, portanto, considerada a Versão em Português Final (VPF).

Foi realizada a análise da consistência interna dos 14 itens e quatro domínios da SWAP adaptada por meio do alfa de Cronbach. Os resultados da confiabilidade estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Apresentação dos valores do alfa de Cronbach total e domínios da SWAP adaptada encontrados no pré-teste (n=30). Ribeirão Preto, 2013

Domínios	nº de itens	Alfa de Cronbach
SWAP Total	14	0,87
Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais	4	0,76
Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características não faciais	4	0,74
Desconforto social devido à aparência	3	0,82
Impacto social percebido devido à aparência	3	0,77

5.2 Validação do instrumento

5.2.1 Caracterização dos participantes – dados sociodemográficos e clínicos

Foi realizada coleta de dados no período compreendido entre 24 de janeiro de 2013 e 15 de outubro de 2013.

Na Unidade de Queimados, na qual o estudo foi realizado, são atendidos em média oito pacientes (adultos/crianças) por dia (segunda-feira a sexta-feira). Durante o período da coleta de dados, foram contatados 219 pacientes adultos que compareceram à consulta agendada dos quais: cinco se recusaram a participar do estudo e 108 não atendiam aos critérios de inclusão (54 atendidos em regime ambulatorial, 26 já tinham recebido alta hospitalar há mais de 12 meses e não aguardavam por cirurgias reparadoras, 11 queimaram-se por tentativa de suicídio, 10 apresentaram dificuldade cognitiva ao serem abordados para entrevista, cinco apresentaram diagnóstico médico de doença psiquiátrica e dois encontravam-

se em regime prisional fechado). Portanto, a amostra final do estudo foi composta por 106 sujeitos. A caracterização sociodemográfica dos 106 participantes encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	n (%)	Mediana (Intervalo)	Média (DP) ¹
Sexo			
Masculino	54 (50,9)		
Feminino	52 (49,1)		
Estado Civil			
Solteiros	41 (38,7)		
Casados	31 (29,2)		
Separados	19 (17,9)		
União consensual	11 (10,4)		
Viúvos	4 (3,8)		
Etnia			
Branca	47 (44,4)		
Parda	42 (39,6)		
Negra	16 (15,1)		
Amarela	1 (0,9)		
Nível de escolaridade			
Analfabeto	1 (0,9)		
Ensino fundamental incompleto	34 (32,1)		
Ensino fundamental completo	24 (22,6)		
Ensino Médio completo	32 (30,2)		
Superior incompleto	6 (5,7)		
Superior completo	9 (8,5)		
Trabalhando			
Não	59 (55,7)		
Sim	41 (44,3)		
Anos de estudo		10 (0 – 22)	9,1 (4)
Idade (em anos)		35,6 (19 – 70)	37,5 (13,2)
Renda familiar mensal ²		1.700,00 (0 – 15.000,00)	2.199,97 (1.989,34)

¹DP – Desvio-padrão; ² reais (R\$)

Dos 106 participantes, 54 eram homens (50,9%) e 52, mulheres (49,1%); 41 eram solteiros (38,7%); 47, brancos (44,3%) e 34 (32,1%) tinham o ensino fundamental incompleto. Os participantes tinham 9,1 anos de estudo em média (Intervalo=0-22; DP=4), média de idade de 37,5 anos (Intervalo=19-70; DP=13,2), 59 (55,7%) não estavam trabalhando no momento da entrevista (24 recebendo auxílio financeiro do governo, 24 desempregados, cinco aposentados, quatro donas de casa e dois estudantes) e renda familiar mensal informada de zero a 15 mil reais. Apenas um dos participantes relatou renda superior a oito mil reais.

Setenta e um (71,7%) participantes apresentaram SCQ menor que 20%, 77 (77,8%), predomínio de queimaduras de segundo grau e realizaram em média 2,6 (DP=3) cirurgias.

O tempo médio de internação foi de 20,7 dias (Intervalo=1-120; DP=20,7). O principal agente etiológico para a queimadura foi a combinação de álcool e fogo em 31 pacientes (29,2%). Do total de participantes, 36 (34%) aguardavam cirurgias reparadoras. Oitenta e quatro sujeitos (79,2%) consideraram que, pelo menos, uma área de sua queimadura era visível ao olhar de outra pessoa e 41 (38,7%) consideraram que suas sequelas eram apenas estéticas. Os membros superiores foram os mais atingidos, 68 (67,3%) pacientes.

A caracterização clínica dos 106 participantes encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Características clínicas dos participantes do estudo (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	n (%)	Mediana (Intervalo)	Média (DP)¹
Superfície corporal queimada ²		9 (0,5 - 80)	14,9 (15,2)
Menor que 20%	71 (71,7)		
Maior ou igual a 20%	28 (28,3)		
Profundidade (predomínio) ²			
2º grau	77 (77,8)		
3º grau	22 (22,2)		
Tempo da última internação (dias) ³		16 (1 - 120)	20,7 (20,7)
Agente etiológico			
Álcool e fogo	31 (29,2)		
Escaldadura	20 (18,8)		
Fogo	13 (12,3)		
Outros ⁴	13 (12,3)		
Eletricidade	11 (10,4)		
Explosão	10 (9,4)		
Água quente	4 (3,8)		
Gasolina e fogo	4 (3,8)		
Número de Cirurgias ⁵		2 (0 - 24)	2,6 (3)
Aguarda cirurgia reparadora	36 (34,0)		
Considera a queimadura visível	84 (79,2)		
Sequelas na perspectiva do paciente			
Funcionais	10 (9,4)		
Estéticas	41 (38,7)		
Funcionais e estéticas	32 (30,2)		
Nenhuma	23 (21,7)		

¹DP – Desvio-padrão; ²número de observações=99; ³número de observações=103; ⁴Outros: abrasão, contato, parafina, agente químico e solvente e fogo; ⁵número de observações=98.

5.2.2 Análise descritiva da versão adaptada da SWAP para o português

A análise descritiva da SWAP pode ser feita de duas maneiras: pela soma total das respostas obtidas para os seus 14 itens (intervalo 0-84) ou pela média dos itens (intervalo de 0-6), após a recodificação e reversão dos itens em qualquer das opções. Optou-se pela soma total das respostas obtidas para os 14 itens. Os resultados da estatística descritiva da versão adaptada da SWAP para o escore total, média de respostas aos itens, domínios e cada um dos 14 itens estão apresentados na Tabela 4.

Em relação ao valor total da SWAP, obteve-se mediana de 30 que é menor do que a mediana do intervalo possível entre zero e 84, que é 42. Não foi observada grande diferença entre o valor da média e da mediana para o total da medida. Os resultados referentes à média dos itens foram iguais para mediana (2,1) e média 2,1 (DP=1,4) do grupo, com intervalo observado entre zero e 5.

Os valores das medianas e das médias para os domínios foram próximos, sendo que a média para os domínios variou de 7,1 a 8,5. As medianas dos itens, individualmente, foram, em sua maioria, igual a um. As médias dos itens, individualmente, variaram de 1,4 a 2,8.

Tabela 4 – Análise descritiva da versão adaptada da SWAP (total da escala, média dos itens, domínios e itens) (n=106). Ribeirão Preto, 2013

SWAP Adaptada	Mediana (Intervalo)	Média (DP)¹
SWAP total	30,0 (0 - 75)	29,2 (19,5)
Média dos 14 itens	2,1 (0 -5)	2,1 (1,4)
Domínios		
Satisfação subjetiva da aparência com ênfase nas características faciais	6,0 (0 – 24)	7,1 (6,3)
Satisfação subjetiva da aparência com ênfase nas características não faciais	7,5 (0 – 24)	8,5 (6,7)
Desconforto social relacionado à aparência	6,0 (0 – 18)	6,8 (5,9)
Impacto social percebido relacionado à aparência	6,5 (0 – 18)	6,8 (5,5)
Itens		
1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família	1,0 (0 – 6)	1,5 (2,1)
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos	1,0 (0 – 6)	2,4 (2,4)
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos	3,0 (0 – 6)	2,6 (2,6)
4. Estou satisfeito com minha aparência geral	2,0 (0 – 6)	2,7 (2,3)
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo	1,0 (0 – 6)	1,4 (1,9)
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto	1,0 (0 – 6)	1,6 (2,1)
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço	1,0 (0 – 6)	1,5 (2,0)
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos	1,0 (0 –6)	2,0(2,3)
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços	2,0 (0 – 6)	2,6 (2,4)
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas	1,0 (0 – 6)	1,9 (2,2)
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito)	1,0 (0 – 6)	1,9 (2,3)
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos	1,0 (0 – 6)	1,8 (2,1)
13. Sinto que minha queimadura não seja atrativa para as outras pessoas	2,5 (0 – 6)	2,8 (2,4)
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar	1,0 (0 – 6)	2,2 (2,1)

¹DP – Desvio-padrão

A Tabela 5 demonstra a distribuição da frequência de respostas aos itens da SWAP, antes da reversão da escala de respostas para os itens de 4 a 11. Observou-se maior frequência de respostas para as opções das extremidades “concordo totalmente” que variou de 9,4% (item 14) a 48,1% (item 5) das respostas, e “discordo totalmente” que apresentou frequência de resposta entre 6,6% (item 5) e 47,2% (item 1). Nenhum item apresentou frequência de resposta maior que 50%. A opção de resposta “neutro” para o item 5, “Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo”, não foi escolhida por qualquer participante.

Dentre os 106 participantes do estudo, apenas dois não responderam a algum item da SWAP; um não respondeu ao item 14 “Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar” e o outro, ao item 9 “Estou satisfeito com a aparência dos meus braços”. Ambos reportaram que o motivo de não terem respondido foi por não saber a resposta. Como neste estudo o número de itens não respondidos foi muito baixo (dois), utilizou-se o método de imputação da média geral do sujeito para o item sem resposta.

Tabela 5 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da SWAP adaptada (n= Preto106). Ribeirão, 2013

Itens	Discordo Totalmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Parcialmente n (%)	Neutro (não concordo nem discordo) n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Concordo n (%)	Concordo Totalmente n (%)
1	50 (47,2)	25 (23,6)	7(6,6)	2(1,9)	5 (4,7)	6 (5,7)	11 (10,4)
2	40 (37,7)	14 (13,2)	7 (6,6)	3 (2,8)	15 (14,2)	11 (10,4)	16 (15,1)
3	31 (29,2)	14 (13,2)	7 (6,6)	2 (1,9)	19 (17,9)	10 (9,4)	23 (21,7)
4*	18 (17)	15 (14,2)	13 (12,3)	5 (4,7)	19 (17,9)	8 (7,5)	28 (26,4)
5*	7 (6,6)	7 (6,6)	8 (7,5)	0	31 (29,2)	2 (1,9)	51 (48,1)
6*	9 (8,5)	9 (8,5)	5 (4,7)	4 (3,8)	27 (25,5)	4 (3,8)	48 (45,3)
7*	10 (9,4)	6 (5,7)	4 (3,8)	2 (1,9)	31 (29,2)	7 (6,6)	46 (43,4)
8*	15 (14,2)	10 (9,4)	8 (7,5)	1 (0,9)	28 (26,4)	7 (6,6)	37 (34,9)
9*	24 (22,6)	10 (9,4)	10 (9,4)	2 (1,9)	23 (21,7)	9 (8,5)	28 (26,4)
10*	14 (13,2)	8 (7,5)	8 (7,5)	2 (1,9)	22 (20,8)	8 (7,5)	44 (41,5)
11*	15 (14,2)	10 (9,4)	6 (5,7)	2 (1,9)	25 (23,6)	5 (4,7)	43 (40,6)
12	41 (38,7)	27 (25,5)	9 (8,5)	3 (2,8)	7 (6,6)	8 (7,5)	11 (10,4)
13	29 (27,4)	18 (17)	6 (5,7)	3 (2,8)	20 (18,9)	9 (8,5)	21 (19,8)
14	34 (32,1)	21 (19,8)	6 (5,7)	12 (11,3)	12 (11,3)	11 (10,4)	10 (9,4)

*Itens não revertidos

5.2.3 Confiabilidade da versão adaptada da SWAP para o português

Os coeficientes de correlação produto momento de Pearson entre cada um dos itens, o total da escala e os valores de alfa, quando cada um dos itens foi excluído, estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Apresentação dos valores dos coeficientes de correlação item-total da versão adaptada da SWAP e dos valores de alfa de Cronbach se o item for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013

SWAP adaptada α total = 0,88	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Itens		
1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família	0,51	0,87
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos	0,67	0,87
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos	0,58	0,87
4. Estou satisfeito com minha aparência geral	0,73	0,86
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo	0,43	0,88
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto	0,52	0,87
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço	0,53	0,87
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos	0,44	0,88
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços	0,65	0,87
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas	0,35	0,88
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito)	0,57	0,87
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos	0,58	0,87
13. Sinto que minha queimadura não seja atrativa para as outras pessoas	0,54	0,87
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar	0,58	0,87

Observa-se, na Tabela 6, que o valor de alfa de Cronbach, se o item for excluído, variou de 0,86 a 0,87.

Em relação à força de correlação dos itens com o total da escala, obtiveram-se valores de moderados (itens 5, 8 e 10) a fortes (itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13 e 14), variando de 0,35 a 0,73. O item com maior valor de correlação foi o 4 “Estou satisfeito com minha aparência geral” ($r=0,73$), e o item com menor valor foi o 10 “Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas” ($r=0,35$). A exclusão de cada um dos 14 itens não interferiu significativamente na variação dos valores do alfa total ($\alpha=0,88$) que permaneceram entre 0,86 e 0,88.

Na Tabela 7, estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach para o domínio “Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais” da SWAP adaptada, os valores do coeficiente de correlação item-total e os valores de alfa, quando cada um dos itens for excluído.

Tabela 7 – Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 4 itens do domínio *Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais* e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Domínio - Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais α total=0,75	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Itens		
4. Estou satisfeito com minha aparência geral	0,54	0,70
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo	0,48	0,73
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto	0,61	0,66
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço	0,56	0,69

Entre os quatro itens observam-se correlações de moderada a forte entre cada um dos itens com o valor total da medida do domínio, com valores variando entre 0,48 e 0,61. O item 6 “Estou satisfeito com a aparência do meu rosto” apresentou a correlação mais forte ($r=0,61$) com o total da medida do domínio que está inserido. O valor do alfa para o total dos itens do domínio foi de 0,75, e a exclusão de cada um dos quatro itens que compõem o domínio mostrou variações pequenas (0,66 a 0,73).

Na Tabela 8, observam-se os resultados relacionados ao domínio “Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características não faciais”: alfa de Cronbach para o domínio, valores do coeficiente item-total e valores do alfa, quando cada item for excluído. Entre os quatro itens também foram constatadas correlações de moderada a forte intensidade, variando

de 0,36 a 0,61, sendo o menor valor para o item 10. O valor do alfa para o total dos domínios foi 0,71. A exclusão de cada um dos itens do domínio apresentou variação de 0,58 a 0,73.

Tabela 8 – Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 4 itens do domínio *Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características não faciais* e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Domínio - Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características não faciais α total = 0,71	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Itens		
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos	0,54	0,63
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços	0,61	0,58
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas	0,36	0,73
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito)	0,51	0,65

A Tabela 9 demonstra os resultados relacionados ao domínio “Desconforto social devido à aparência”. Esse domínio apresentou o maior valor de alfa (0,80) entre os quatro domínios da escala e a maior variação do alfa, quando cada um dos três itens do domínio for excluído (0,58 a 0,79). Entre os três itens foram observadas correlações fortes (0,59 a 0,78).

Tabela 9 – Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 3 itens do domínio *Desconforto social devido à aparência* e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Domínio - Desconforto social devido à aparência α total = 0,80	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Itens		
1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família	0,59	0,79
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos	0,78	0,58
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos	0,60	0,79

Para o domínio “Impacto social percebido devido à aparência”, a Tabela 10 mostra que os coeficientes de correlação item-total também apresentaram forte intensidade e variaram de 0,50 a 0,67. A variação do alfa quando cada um dos itens do domínio foi excluído apresentou variação de 0,60 a 0,79. O valor do alfa para o total do domínio foi 0,77. Dessa forma, os alfas de Cronbach para os quatro domínios da SWAP adaptada mostraram forte consistência interna, variando de 0,71 a 0,80.

Tabela 10 – Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa de Cronbach do total dos 3 itens do domínio *Impacto social percebido devido à aparência* e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Domínio - Impacto social percebido devido à aparência α total=0,77	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Itens		
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos	0,50	0,79
13. Sinto que minha queimadura não seja atrativa para as outras pessoas	0,67	0,60
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar	0,64	0,65

Para analisar a correlação entre os domínios SWAP adaptada e cada um deles com o total da escala, calcularam-se os coeficientes de correlação de Pearson entre eles (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlações entre os domínios da SWAP adaptada com o total da escala (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Medidas	SWAP Total	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4
SWAP Total	1	0,83*	0,80*	0,78*	0,78*
1. Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais		1	0,66*	0,51*	0,43*
2. Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características não faciais			1	0,38*	0,46*
3. Desconforto social devido à aparência				1	0,65*
4. Impacto social percebido devido à aparência					1

*nível de significância = 0,01

Constataram-se correlações fortes e estatisticamente significantes entre a SWAP total e todos os seus domínios, principalmente, para o domínio 1, “Satisfação subjetiva com a aparência com ênfase nas características faciais” ($r=0,83$). Observaram-se correlações de moderadas a fortes entre os domínios (0,38 a 0,66). O maior valor obtido foi entre os domínios 1 e 2 ($r=0,66$) e o menor, entre os domínios 2 e 3 ($r=0,38$).

5.2.4 Validade de constructo da SWAP adaptada para o português

Os instrumentos EAER, IDB, BSHS-R e SF-36 foram utilizados para avaliar a validade de constructo convergente da versão adaptada da SWAP. A seguir, nas Tabelas 12 e 13 podem ser observadas a estatística descritiva e a confiabilidade dos instrumentos EAER, IDB, BSHS-R e domínios e domínios do SF-36.

Tabela 12 – Estatística descritiva e confiabilidade da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER), Inventário de Depressão de Beck (IDB), *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R) e domínios da BSHS-R (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Instrumentos	Nº de itens	Alfa de Cronbach	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP) ¹
EAER	10	0,81	0-30	9-30	21	21,2 (5,1)
IDB	21	0,93	0-63	0-52	10,5	14,6 (13)
BSHS-R	31	0,92	31-155	63-155	121	119,1 (24,2)
Domínios						
Afeto e imagem corporal	8	0,88	8-40	8-40	29,5	28,4 (9,4)
Sensibilidade da pele	5	0,74	5-25	5-25	14	15 (5,6)
Habilidades para funções simples	4	0,72	4-20	6-20	20	18,9 (2,7)
Trabalho	4	0,91	4-20	4-20	17	15,1 (5,4)
Tratamento	5	0,71	5-25	6-25	22,5	21,1 (4,5)
Relações interpessoais	5	0,72	5-25	5-25	22	20,7 (4,7)

¹DP – Desvio-padrão

Tabela 13 – Estatística descritiva e confiabilidade dos domínios do *Short-Form Health Survey* – 36 (SF-36) (n=104). Ribeirão Preto, 2013

Componentes	Nº de itens	Alfa de Cronbach	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)¹
Estado geral de saúde	5	0,68	0-100	20-100	72	71,3 (20)
Dor	2	0,88	0-100	0-100	61,5	60 (28,6)
Vitalidade	4	0,74	0-100	10-100	67,5	64,9 (24,1)
Aspectos físicos	4	0,84	0-100	0-100	50	51,4 (41)
Capacidade funcional	10	0,84	0-100	20-100	85	78,8 (20,2)
Aspectos emocionais	3	0,80	0-100	0-100	66,7	58 (41,3)
Aspectos sociais	2	0,55	0-100	0-100	75	70,5 (27,6)
Saúde mental	5	0,87	0-100	0-100	72	62,8 (26,6)

¹DP – Desvio-padrão

Observa-se, nas tabelas, que foram obtidos altos valores (acima de 0,70) para os alfas de Cronbach dos instrumentos e seus domínios, exceto para os domínios “Estado geral de saúde” e “Aspectos sociais” do SF-36 (0,68 e 0,55 respectivamente). Mesmo assim, os valores garantem a confiabilidade dos instrumentos para correlacioná-los com a SWAP adaptada. Dessa forma, para verificar a validade de constructo convergente da SWAP adaptada, analisou-se a correlação entre as medidas obtidas com os instrumentos EAER, IDB, BSHS-R, SF-36 e a SWAP adaptada para o português na amostra estudada.

Tabela 14 – Correlações entre os valores obtidos na aplicação da SWAP adaptada, Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER), Inventário de Depressão de Beck (IDB), *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R) e domínios e componentes do *Short-Form Health Survey – 36* (SF-36) (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Medidas	r (p)*
EAER	- 0,56 (< 0,001)
IDB	0,49 (< 0,001)
BSHS-R total	- 0,74(< 0,001)
Afeto e imagem corporal	- 0,77(< 0,001)
Sensibilidade da pele	- 0,58(< 0,001)
Habilidades para funções simples	- 0,25 (0,011)
Trabalho	- 0,44(< 0,001)
Tratamento	- 0,52(< 0,001)
Relações interpessoais	- 0,45(< 0,001)
SF-36	
Estado geral de saúde	- 0,39 (< 0,001)
Dor	- 0,35 (< 0,001)
Vitalidade	- 0,33 (0,001)
Aspectos físicos	- 0,26 (0,007)
Capacidade funcional	- 0,37 (< 0,001)
Aspectos emocionais	- 0,30 (0,002)
Aspectos sociais	- 0,51 (< 0,001)
Saúde mental	- 0,47(< 0,001)

*p – valor Teste de Correlação de Pearson

Observa-se, na Tabela 14, que as medidas da SWAP adaptada e da EAER apresentaram correlação negativa e forte ($r=-0,56$ e $p<0,001$), confirmando a hipótese de que as medidas da

SWAP adaptada e da EAER apresentariam correlação negativa, de intensidade moderada a forte. Foi, também, confirmada a hipótese de que a correlação entre a medida da SWAP adaptada e IDB seria positiva, de intensidade moderada a forte ($r=0,49$ e $p<0,001$). Confirmaram-se, ainda, as hipóteses de que a medida total da SWAP adaptada apresentaria correlação negativa, de moderada a forte, com a medida total da BSHS-R ($r=-0,74$ e $p<0,001$) e com os domínios “Afeto e imagem corporal” ($r=-0,77$ e $p<0,001$) e “Relações interpessoais” ($r=-0,45$ e $p<0,001$).

Para as medidas da SWAP adaptada e os domínios do SF-36, todas as correlações foram negativas como previsto e variaram de fracas a fortes. Foram confirmadas as hipóteses estabelecidas de que a medida total da SWAP adaptada apresentaria correlação negativa, de intensidade moderada a forte com os domínios “Vitalidade” ($r=-0,33$ e $p=0,001$), “Aspectos emocionais” ($r=-0,30$ e $p=0,002$), “Aspectos sociais” ($r=-0,51$ e $p<0,001$) e “Saúde mental” ($r=-0,47$ e $p<0,001$).

A análise da validade discriminante foi obtida comparando-se a diferença entre as médias dos valores obtidos com a aplicação da SWAP adaptada para o português em relação aos seguintes grupos: sexo (homens; mulheres), SCQ (menor que 20%; maior ou igual a 20%) e visibilidade da queimadura (ser visível ou não na perspectiva do participante) (Tabela 15).

Tabela 15 – Comparação das médias da SWAP adaptada de acordo com sexo, Superfície Corporal Queimada (SCQ) e visibilidade da queimadura (n=106). Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	N	Mediana (intervalo)	Média (DP)*	p**
Sexo				0,14
Masculino	54	23,5 (0-70)	26,4 (20)	
Feminino	52	34 (1-75)	32,1 (18,7)	
SCQ (n=99)				0,11
Menor que 20%	71	27 (0-75)	27,3 (18,5)	
Maior ou igual a 20%	28	38 (0-71)	34,3 (22,1)	
Visibilidade				< 0,001
Sim	84	33 (0-75)	32,5 (19,3)	
Não	22	12 (0-50)	16,4 (14,7)	

*DP – Desvio-padrão; **p - valor teste t de Student

Conforme pode ser observado na Tabela 15, a hipótese de que os participantes, que relatariam perceber a queimadura como visível (32,5; DP=19,3), apresentariam maior insatisfação com a imagem corporal em relação aos que responderiam que as cicatrizes não seriam visíveis (16,4; DP=14,7) foi confirmada $p<0,001$.

5.2.5 Análise Fatorial Confirmatória

O diagrama de caminhos (*path diagram*), a seguir, demonstra as cargas fatoriais das variáveis observadas (itens de 1 a 14) nas variáveis latentes (domínios) e as estimativas das correlações entre as variáveis latentes (covariâncias). Observa-se que todos os valores obtidos para as cargas fatoriais dos itens foram superiores a 0,40, sendo o maior valor para o item 2 e seu domínio (0,93) e o menor para o item 10 (0,43). A maior covariância obtida foi entre os domínios 1 e 2 (0,92) e a menor entre os domínios 2 e 3 (0,49). O símbolo representado pela letra *e*, o qual representa o resíduo ou erro, não foi representado por valores numéricos (Figura 2).

Legenda: revertido: valores foram invertidos após recodificação para análise dos dados, de acordo com as instruções dos autores da escala original (LAWRENCE et al., 1998); recodificado: subtração de um ponto nos valores para fixar as pontuações dos dados no ponto zero (LAWRENCE et al., 1998).

Figura 2 – *Path diagram* dos resultados da análise confirmatória da SWAP adaptada com quatro domínios

A Tabela 16 demonstra os resultados encontrados para as medidas de adequação do ajuste.

Tabela 16 – Medidas de adequação do ajuste pela análise fatorial confirmatória da SWAP adaptada (n = 106). Ribeirão Preto, 2013

Medidas de adequação do ajuste	Valores encontrados
χ^2	165,82*; g.l=71
$\chi^2/g.l$	2,335
AGFI	0,69
RMSEA	0,11
CFI	0,85

* $p < 0,0001$ para a estatística χ^2

A análise fatorial confirmatória demonstrou que a versão adaptada da SWAP apresentou valores das cargas fatoriais de moderados a altos (0,43 a 0,93). Os resultados de ajuste ao modelo (Tabela 16) não foram totalmente adequados, de acordo com os valores de referência apresentados na literatura (HU, BENTLER, 1999, HO, 2006; HAIR et al., 2009). Sendo assim, recorreu-se à análise fatorial exploratória para identificação do número e características dos domínios.

Previamente à análise fatorial exploratória, foram realizados os testes de esfericidade de *Bartlett* (por meio do qual se constatou a rejeição da hipótese nula de que a matriz de correlação seria uma matriz identidade, $p < 0,001$) e de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), para o qual se obteve índice adequado (0,849), constatando-se bom ajuste dos dados à análise fatorial e que a análise de componentes principais poderia ser realizada.

Os valores das cargas fatoriais de cada item, de acordo com a alocação no domínio, estão apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Apresentação das cargas fatoriais dos itens por domínio da SWAP adaptada (n=106). Ribeirão Preto – SP, 2013

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família	0,748	0,328	-0,145
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos	0,832	0,260	0,113
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos	0,696	0,053	0,321
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos	0,739	0,323	0,011
13. Sinto que minha queimadura não seja atrativa para as outras pessoas	0,643	-0,148	0,510
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar	0,598	-0,089	0,570
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo	0,330	0,573	-0,016
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto	0,127	0,791	0,180
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço	0,093	0,784	0,247
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito)	0,110	0,717	0,363
4. Estou satisfeito com minha aparência geral	0,459	0,397	0,517
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos	-0,014	0,258	0,737
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços	0,266	0,339	0,693
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas	0,023	0,141	0,611

Legenda: destacadas em negrito as cargas fatoriais > 0,40

A análise fatorial exploratória com o método de rotação Varimax identificou diferenças em relação à SWAP original na alocação dos itens os quais foram distribuídos em três fatores. Em relação aos valores das cargas fatoriais, todos os itens apresentaram cargas positivas e superiores a 0,40. O percentual de variância total explicada encontrado foi de 63,2%, sendo 39,90% para o Fator 1 que incluiu os itens relacionados ao impacto e ao desconforto social percebidos e relacionados à aparência; 12,78% para o Fator 2 que incluiu

os itens relacionados à satisfação subjetiva da aparência com o couro cabeludo, rosto, pescoço e tórax e 10,51% para o Fator 3 satisfação subjetiva da aparência geral, com ênfase nos membros inferiores e superiores.

Dessa forma, foi realizada uma nova análise fatorial confirmatória para testar a hipótese da estrutura de três domínios da SWAP provenientes da análise fatorial exploratória. Assim, como na análise fatorial confirmatória realizada anteriormente, foram identificados valores de cargas fatoriais acima de 0,40 (Figura 3). Na Tabela 18, constam os resultados das medidas de adequação do ajuste com o modelo.

Legenda: revertido: valores foram invertidos após recodificação para análise dos dados, de acordo com as instruções dos autores da escala original (LAWRENCE et al., 1998); recodificado: subtração de um ponto nos valores para fixar as pontuações dos dados no ponto zero (LAWRENCE et al., 1998).

Figura 3 – *Path diagram* dos resultados da análise confirmatória da SWAP adaptada com três domínios

Tabela 18 – Medidas de adequação do ajuste pela análise fatorial confirmatória da SWAP adaptada (n = 106). Ribeirão Preto, 2013

Medidas de adequação do ajuste	Valores encontrados
χ^2	159,46*; g.l=74
$\chi^2/g.l$	2,155
AGFI	0,73
RMSEA	0,10
CFI	0,86

* $p < 0,0001$ para a estatística χ^2

Ao testar a hipótese da SWAP adaptada com três domínios, foram identificados valores de cargas fatoriais de moderado a alto (0,41 a 0,80). Os índices de ajustes ao modelo (Tabela 18) apresentaram-se mais próximos dos indicados como adequados pela literatura (HAIR et al., 2009; HO, 2006; HU, BENTLER, 1999).

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A finalidade deste estudo foi adaptar e validar para o Brasil uma escala que avalia a satisfação com a imagem corporal de pacientes queimados, a *Satisfaction With Appearance Scale* – SWAP (LAWRENCE et al., 1998), considerando a inexistência de instrumentos elaborados ou validados para brasileiros que sofreram queimaduras com este objetivo.

As etapas da adaptação cultural foram realizadas de acordo com a metodologia sugerida na literatura (BEATON et al., 2000; FERRER et al., 1996; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; PASQUALI, 1999) as quais já foram utilizadas por outros pesquisadores brasileiros (ASSUNÇÃO et al., 2013; DANTAS; SILVA; CIOL, 2013; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; PELEGRINO et al., 2012; SANTOS et al., 2013; STACCIARINI, 2012; ZANETTI et al., 2013). Foi, ainda, incluída uma etapa, como recomendada na literatura (FREITAS et al., 2014) denominada, neste estudo, de “Reavaliação pelo comitê de juízes”. Essa etapa permitiu a avaliação e alteração de um termo sugerido pelo autor da versão original, possibilitando que a equivalência semântica do termo fosse mantida na versão em português.

No processo de adaptação da SWAP para o português, na avaliação das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural e, da validade de face e de conteúdo, considerou-se o nível de instrução da população, na qual a escala seria aplicada. Assim, como na presente investigação, estudos prévios mostraram os baixos níveis de escolaridade e de renda familiar dos indivíduos que sofreram queimaduras no Brasil (ALBUQUERQUE et al., 2010; ASSUNÇÃO et al., 2013; MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2010; FERREIRA et al., 2008; ROSSI et al., 2009). A baixa escolaridade também é encontrada entre vítimas de queimaduras em outros países (FAUERBACH et al., 1999; HOLAVANAHALLI et al., 2006; REZAIE et al., 2011). Portanto, como em outros estudos de adaptação de escalas para indivíduos brasileiros que sofreram queimaduras (ASSUNÇÃO et al., 2013; FERREIRA et al., 2008; FREITAS et al., 2014), no processo de adaptação, o nível de instrução dessa população foi respeitado, buscando-se facilitar a compreensão do instrumento.

A avaliação da escala pelo comitê de juízes, realizada previamente à retrotradução, seguindo a proposta de Ferrer et al. (1996), pode ter possibilitado a detecção precoce de possíveis erros ou problemas de compreensão. Neste estudo, por exemplo, o comitê de juízes realizou modificações no enunciado da escala e introduziu uma explicação para uma das

alternativas de respostas já na primeira versão em português, o que poderia não ter sido considerado relevante se a ordem das etapas não tivesse sido invertida.

As etapas seguidas no processo de adaptação cultural da escala podem ter permitido que equívocos nas traduções fossem detectados, como observado na fase de avaliação da versão retrotraduzida pelo autor da versão original (Dr. John W. Lawrence), quando assinalou objeção a um dos termos utilizados, contribuindo para a revisão da versão em português. A participação desse pesquisador foi muito importante para que a versão brasileira estivesse mais próxima possível da versão em inglês. Sugere-se, assim, como Beaton et al. (2000) propuseram, realizar a etapa de avaliação pelo autor da versão original do instrumento a ser validado e, sempre que possível e se houver sugestões de alterações, a inclusão de mais uma avaliação pelo comitê de juízes para verificar novamente as equivalências semântica, idiomática conceitual e cultural.

A realização da análise semântica com quatro sujeitos e do pré-teste com 30, como proposta por Beaton et al. (2000), foi considerada adequada e proporcionou confiança para as pesquisadoras, já que os participantes mostraram compreensão dos itens da versão adaptada da SWAP ao respondê-los, pois não foram sugeridas alterações. Além disso, o tempo de aplicação da escala no pré-teste foi considerado breve (de 1,6 – 4,5 minutos), o que pode ser mais um indicativo da facilidade de entendimento das perguntas.

Apesar de os valores de alfa de Cronbach serem dependentes do número de sujeitos da amostra e número de itens do instrumento (CHARTER, 2003), a consistência interna total e de cada domínio foi analisada no pré-teste e resultou em valores satisfatórios (maiores que 0,70) e muito semelhantes aos valores finais com a amostra de 106 sujeitos. Outros estudos de adaptação de instrumentos demonstram valores de alfa de Cronbach aceitáveis no pré-teste, realizados com 30 (FREITAS et al., 2014) e 44 indivíduos (D'ALMEIDA et al., 2011). Entretanto, essa constatação não exclui a necessidade da realização de outros testes estatísticos para confirmar a confiabilidade e validade dos instrumentos com um número maior de sujeitos. A utilização exagerada do alfa de Cronbach em pesquisas vem sendo questionada. Streiner (2003) indicou que, para alguns tipos de medidas como aquelas que avaliam índices (Escala de Apgar, por exemplo), não faz sentido utilizar o alfa de Cronbach, pois são compostas por indicadores causais que, na maioria das vezes, não possuem itens que se correlacionam, mas isso não significa que seus escores não sejam confiáveis. Além disso, outros estudiosos mostraram que o alfa é influenciado por outros fatores como o número de itens do instrumento, a dimensionalidade, a média da correlação interitens e que seu objetivo não é avaliar homogeneidade (SIJTSMA, 2008; SCHMITT, 1996; CORTINA, 1993). Dessa

forma, é preciso considerar a natureza da medida, ao optar por esse teste estatístico que também não deve ser utilizado como a única forma de avaliar a confiabilidade das medidas.

No processo de validação da SWAP para brasileiros, o número de sujeitos foi atingido de acordo com as recomendações da literatura (PASQUALI, 1999; SAPNAS; ZELLER, 2002), garantindo a representatividade da amostra, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Houve equilíbrio em relação à quantidade de homens e mulheres no estudo, 50,9% e 49,1%, respectivamente. O mesmo ocorreu no estudo de validação da escala para o idioma sueco no qual 53,3% dos participantes foram do sexo masculino e 46,7%, do sexo feminino (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013). Porém, no estudo da escala original, a maioria dos participantes foi composta por homens (73,3%) (LAWRENCE et al., 1998). No Brasil, as queimaduras ocorrem predominantemente no sexo masculino (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012; MACIEL; SERRA, 2004; ROSSI et al., 1998). Entretanto, no grupo estudado, o equilíbrio entre o número de homens e mulheres foi considerado um aspecto positivo por se tratar de um estudo de validação, no qual o constructo pôde ser testado de forma ponderada em relação à participação dos sujeitos segundo sexo.

Considerando-se que a escala validada no presente estudo faz referência a partes do corpo atingidas pela queimadura, alguns desses itens podem não fazer sentido para a pessoa quando não apresenta queimadura na região específica, por isso as instruções aos respondentes, ao aplicar a escala, precisam estar mais claras. Esse aspecto foi apontado em estudo prévio (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013) que relata a validação da SWAP para o sueco. Nesse estudo, alguns participantes relataram dificuldades para entender os itens que se referiam a partes do corpo (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013). Queimaduras em áreas consideradas socialmente visíveis, como os membros superiores, podem causar maior desconforto ao paciente queimado, porém pesquisas mostraram que queimaduras em locais como coxas, tórax e abdome também podem causar danos à autoestima e autoimagem mesmo cobertas, pois a satisfação com a imagem depende da percepção de cada indivíduo (COSTA et al., 2010; LAWRENCE et al., 2004). A relação dos locais do corpo atingidos pela queimadura e a satisfação com a imagem corporal é um aspecto que ainda precisa ser mais bem investigado. Revisão de literatura realizada recentemente no Brasil mostrou que os membros superiores são as áreas mais atingidas por queimaduras (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012), assim como os dados encontrados no presente estudo (67,3%). Nos Estados Unidos, em um estudo realizado com 311 pacientes, foi identificado que a localização das queimaduras era muito variável, porém, havia maior envolvimento das extremidades (SAGRAVES et al., 2007).

As opções de respostas mais frequentemente escolhidas pelos participantes se concentraram nas extremidades, “concordo totalmente” para o item 5 “Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo”; e “discordo totalmente” para o item 1 “Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família”, com 48,1% e 47,2% das escolhas, respectivamente. Em relação à satisfação dos pacientes com o couro cabeludo, esta pode ser explicada por ser um local onde sequelas de queimaduras de segundo grau podem ser disfarçadas pelo crescimento do cabelo em um curto período de tempo, mesmo para aqueles que têm a pele para enxerto retirada desse local (MIMOUN et al.; 2006; OLIVEIRA et al., 2012). O número elevado de respostas negativas no item referente ao desconforto diante da família pode ser devido ao acompanhamento do parente desde a ocorrência da queimadura, por conhecer a razão do acidente, pelo desejo de não demonstrar constrangimento diante da vítima, para não deixá-la desconfortável, pela realização de visitas rotineiras durante a internação e pelo apoio psicológico que os familiares buscam oferecer na maioria das vezes. Quanto maior o apoio social de familiares e amigos, mais positiva é a percepção relacionada à imagem corporal de vítimas de queimaduras (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989). Além disso, o apoio de familiares ou amigos pode diminuir o risco de desordens psicossociais em longo prazo, amenizar preocupações que envolvem problemas financeiros, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade (PARK et al., 2008; SACCO; STAPLETON; INGERSOLL, 2009; WU; ZHAI; GANLANSHU, 2008).

As escalas com opções de resposta de 7 a 10 pontos apresentam maior confiabilidade e podem permitir que o participante expresse suas opiniões de forma mais clara, fornecendo mais informações (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; PRESTON; COLMAN, 2000). Por outro lado, se o nível de instrução dos participantes for baixo, pode comprometer a capacidade em distinguir entre várias opções de respostas, o que pode ter ocorrido no presente estudo, pois os sujeitos tiveram maior concentração de respostas nos extremos da escala, ou seja, ou concordaram totalmente ou discordaram totalmente na maioria dos itens. A complexidade de uma escala será maior quanto maior o número de pontos na escala, pois quanto maior o número de possibilidades de escolha, maior a dificuldade para o respondente discriminar entre cada opção de resposta. Assim, pessoas com maior capacidade cognitiva ou de processamento, possivelmente, estarão aptas a analisar maior número de alternativas, do que aquelas com menor capacidade (WEATHERS; SHARMA; NIEDRICH, 2005).

De acordo com os resultados, constatou-se que a SWAP, versão brasileira, apresenta alta consistência interna entre os itens com alfa de Cronbach de 0,88. Este resultado é similar

aos valores encontrados nos estudos de validação da escala no idioma inglês e sueco, 0,87 e 0,89, respectivamente (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013; LAWRENCE et al., 1998). Os valores de alfa de Cronbach para cada domínio da versão da SWAP adaptada para o Brasil foram altos e variaram de 0,71 a 0,80, mostrando a confiabilidade da versão brasileira.

Os itens com maior e menor valor de coeficiente de correlação item-total foram o 4 “Estou satisfeito com a minha aparência geral” ($r=0,73$) e o 10 “Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas” ($r=0,35$). Esses resultados são semelhantes aos encontrados para a versão sueca dessa escala, na qual se obteve, para o item 4, maior coeficiente de correlação item-total ($r=0,72$) e o item 10 o menor ($r=0,32$) (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013).

Foram confirmadas as hipóteses do estudo na avaliação da validade da SWAP adaptada para o português, testada por meio da avaliação de constructos correlatos aplicando-se a EAER, o IDB, a BSHS-R e o SF-36. Esses instrumentos apresentaram resultados adequados na avaliação da consistência interna, tanto para as medidas totais quanto para os domínios (FAYERS; MACHIN, 2007), indicando que as correlações poderiam ser realizadas de forma segura. Outros autores, em estudos de validação de escalas em indivíduos brasileiros que sofreram queimaduras, utilizaram tais instrumentos, como no processo de validação do *Body Image Quality of Life Inventory* (ASSUNÇÃO et al., 2013), no qual os participantes que apresentam maior impacto negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da qualidade de vida (BIQLI) apresentaram baixa autoestima (EAER) e piores resultados relacionados ao afeto e à imagem corporal (BSHS-R); e no estudo de validação da BSHS-R, em que aqueles indivíduos que apresentaram pior estado de saúde (BSHS-R) mostraram mais sintomas depressivos (IDB) e baixa autoestima (EAER) (FERREIRA et al., 2008). Esses resultados corroboram o que foi encontrado neste estudo. Como previsto, quanto maior a insatisfação com a imagem corporal do paciente queimado (SWAP), mais baixa a autoestima (EAER), pior o estado de saúde (BSHS-R), pior a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), e mais sintomas depressivos (IDB) são apresentados. Pesquisas têm demonstrado que alterações na aparência convergem com tais resultados (AHRARI; SALEHI; FATEMI, 2013; FAUERBACH et al., 2002; FAUERBACH et al., 2000; PALLUA; KUNSEBECK; NOAH, 2003; RUMSEY; HARCOURT, 2004; SILVA; SILVA, 2004; THOMBS et al., 2008).

O valor da correlação da medida de depressão com a SWAP encontrado no estudo de validação da escala original ($r=0,51$; $p<0,01$) (LAWRENCE et al., 1998) foi semelhante ao encontrado neste estudo ($r=0,49$; $p<0,001$). Para as correlações com os domínios do SF-36, no estudo original de validação da SWAP, os autores encontraram correlações inferiores às

encontradas no presente estudo, exceto o domínio “Vitalidade” ($r=-0,42$; $p<0,01$) (LAWRENCE et al., 1998).

Não foram confirmadas as hipóteses do estudo na avaliação da validade entre grupos conhecidos, quando comparadas as diferenças das médias da SWAP adaptada para o Brasil, em relação ao sexo e SCQ. Ao contrário do resultado encontrado, Thombs et al. (2008) aplicaram a SWAP durante a internação, seis e 12 meses após a alta, e encontraram que mulheres e pacientes com queimaduras de maior extensão apresentaram pior satisfação com a imagem corporal, durante todo o período avaliado. No estudo de validação da SWAP para suecos, as mulheres também apresentaram maiores escores de insatisfação com diferenças estatisticamente significativas em relação aos homens (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013). Uma das razões para os resultados encontrados no presente estudo pode ser devido à preocupação que os homens também têm atribuído à aparência atualmente. Em outros estudos realizados com homens ocidentais, inclusive brasileiros, encontrou-se evidência de que eles estão tão cientes quanto as mulheres em relação à pressão feita pela sociedade sobre apresentarem uma boa aparência e que há um aumento crescente na insatisfação com a imagem entre jovens adultos do sexo masculino (ADAMS; TURNER; BUCK, 2005; GOLDENBERG, 2005; MILLER; HALBERSTADT, 2005; POPE et al., 2000). Ao investigar os aspectos que envolvem a percepção da imagem corporal, além do sexo, localização da seqüela, história pregressa e personalidade do indivíduo, há fatores climáticos, religiosos, socioeconômicos e culturais que precisam ser considerados.

A ausência de diferenças significantes para as médias da SCQ e o escore total da SWAP adaptada para o Brasil pode ser pela abrangência do constructo “satisfação com a imagem corporal” que envolve diferentes percepções e atitudes do indivíduo perante a própria imagem e está associado às características cognitivas, afetivas e comportamentais do ser humano (CASH; SANTOS; WILLIAMS, 2005). Essas características podem não ser capturadas pela medida da SCQ, pois a percepção da imagem corporal é individual (HARCOURT; RUMSEY, 2008), e grandes extensões de queimadura podem não caracterizar pior satisfação com a imagem corporal. Outros estudos têm descrito resultados de coeficientes de correlação da SCQ com o constructo imagem corporal de intensidade moderada (LAWRENCE et al., 2004; PATTERSON et al., 1993; VAN LOEY; VAN SON, 2003).

Embora no presente estudo não tenham sido encontradas diferenças nos resultados em relação aos grupos sexo e SCQ, a SWAP adaptada para o Brasil mostrou capacidade de discriminação em relação à percepção de visibilidade das seqüelas de queimaduras (sim ou não). A visibilidade da cicatriz ou seqüela tem sido associada à pior percepção de imagem

corporal e à presença de comportamentos estigmatizantes (LAWRENCE et al., 2006; LAWRENCE et al., 2004). Em estudo que teve como um dos objetivos distinguir os sentidos atribuídos à experiência após a queimadura, os autores identificaram que a maior parte das vítimas preocupa-se em esconder as marcas para evitar comportamentos desagradáveis de outras pessoas (COSTA et al., 2008) como olhar fixo, comentários, questionamentos e choque (NEWELL, 1999). No Brasil, há maior dificuldade em esconder as cicatrizes com roupas e acessórios devido ao clima quente, pode ser por isso que, em estudo sobre esse aspecto, a maioria dos pacientes referiu que suas cicatrizes são visíveis para outras pessoas (BERGAMASCO et al., 2002).

Na primeira análise fatorial confirmatória, os valores das cargas fatoriais foram satisfatórios e chegaram a 0,93, mas os índices que avaliam a qualidade do modelo não foram adequados (HU; BENTLER 1999; TABACHNICK; FIDELL, 2007; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008; HAIR et al., 2009). Na análise fatorial exploratória para testar de que maneira os itens estavam se agrupando na SWAP versão brasileira, foram encontrados três fatores com percentual de variância total de 63,2%. O mesmo ocorreu na validação da SWAP, para a população sueca, em que se obtiveram três fatores com percentual de variância total de 68%. Considerando-se os itens pertencentes a cada domínio, apenas os itens 4 “Estou satisfeito com a minha aparência geral” e o 11 “Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito)” diferiram na localização dos fatores, considerando-se as versões da SWAP brasileira e a sueca; mas mesmo assim, se agruparam de forma lógica e similar do ponto de vista clínico em relação à versão original, ou seja, os itens que se referem ao impacto e ao desconforto social se agruparam em um fator; os itens que se referem a couro cabeludo, rosto, pescoço e tórax em outro; e os itens que se referem a membros superiores e inferiores em outro fator (DAHL; WICKMAN; WENGSTROM, 2013; LAWRENCE et al., 1998).

Neste estudo as cargas fatoriais obtidas, na segunda análise fatorial confirmatória, foram satisfatórias novamente (maiores que 0,40), e os índices de avaliação da qualidade do modelo apresentaram-se mais próximos dos indicados pela literatura (HAIR et al., 2009; HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008; HU; BENTLER 1999; TABACHNICK; FIDELL, 2007). Dessa forma, sugere-se que, como a versão sueca, a SWAP versão brasileira seja composta por três fatores, considerando-se os agrupamentos apresentados neste estudo: 1. Impacto e desconforto social (itens 1, 2, 3, 12, 13 e 14); 2. Satisfação subjetiva da aparência com ênfase nas características das partes superiores do corpo (itens 5, 6, 7 e 11) e 3. Satisfação subjetiva da aparência com ênfase nos membros superiores e inferiores do corpo (itens 4, 8, 9 e 10).

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos e resultados obtidos neste estudo metodológico, pode-se concluir que a *Satisfaction With Appearance Scale* – SWAP, versão adaptada para o português:

- apresentou-se válida e confiável para ser utilizada com indivíduos brasileiros que sofreram queimaduras;
- manteve as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de acordo com a versão original;
- apresentou três fatores na análise fatorial exploratória, diferentemente da versão original;
- apresentou melhores índices de ajuste ao modelo, ao ser testada com três fatores na análise fatorial confirmatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a disponibilização de uma escala para avaliação da satisfação com a imagem corporal de vítimas de queimaduras no Brasil. Até o momento não havia qualquer instrumento desenvolvido ou adaptado para brasileiros que sofreram queimaduras com esse objetivo.

Este estudo apresenta limitações como a não aplicação do instrumento em maior número de indivíduos com diferentes áreas queimadas, o que permitiria comparações, considerando-se a localização da queimadura. Não foram realizadas análises entre o local da queimadura e as respostas aos itens que se referiam às partes do corpo devido ao tamanho amostral que não permitiu tal análise. Essa avaliação seria importante para que se pudesse verificar o entendimento dos itens. Portanto, sugere-se que outros estudos sejam realizados com grupos diferentes como, por exemplo, pacientes queimados que não ficaram internados e que investiguem a relação entre o local da queimadura e as respostas aos itens que se referem a partes do corpo e, ainda, com outros tipos de alterações na aparência, estrutura ou função do corpo, após validação para outras populações.

A insatisfação com a imagem corporal de indivíduos que sofreram queimaduras pode ser um fator complicador no processo de reabilitação. Depressão, baixa autoestima, vergonha, medo, estigmatização, piora na qualidade de vida, estresse pós-traumático são condições, frequentemente, associadas à insatisfação com a aparência. Dessa forma, um instrumento, como a SWAP, é importante para avaliação de intervenções que visam a melhorar o enfrentamento das mudanças que ocorrem após traumas ou doenças que modificam a aparência, estrutura ou função do corpo. A identificação precoce de indivíduos com insatisfação na aparência possibilitará a seleção de tratamentos adequados. Para a pesquisa/ensino, utilizando-se essa escala, será possível comparar os resultados entre populações com diferentes problemas de saúde que afetam a imagem corporal e, assim, desenvolver intervenções mais avançadas e eficazes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ADAMS, G.; TURNER, H.; BUCKS, R. The experience of body dissatisfaction in men. **Body Image**, Amsterdam, v. 2, n. 3, p. 271-283, 2005.
- AHRARI, F.; SALEHI, S.H.; FATEMI, M.J. Severity of symptoms of depression among burned patients one week after injury, using Beck Depression Inventory-II (BDI-II). **Burns**, Amsterdam, v. 39, n. 2, p. 285-290, 2013.
- AJZEN, J.; FISHBEN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice Hall, 1980. 278p.
- ALBUQUERQUE, M.L.L. et al. Análise dos pacientes queimados com sequelas motoras em um hospital de referência na cidade de Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 89-94, 2010.
- ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 2, p.109-111, 2002.
- ALTIER, N. et al. Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 32, n. 4, p. 677-685, 2002.
- ANDRADE, D.F.; TAVARES, H.R.; VALLE, R.C. **Teoria de Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000. 154p.
- ARANHA, F.; ZAMBALDI, F. **Análise fatorial em administração**: Cengage Learning, 2008. 168p.
- ARTES, R.; BARROSO, L.P. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, W. (Eds). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Leitura Médica, 2008. p. 35-44.
- ASSUNÇÃO, F.F.O. et al. Reliability and validity of the body image quality of life inventory: version for Brazilian burn victims. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 36, n. 3, p. 299-310, 2013.

BAKER, C.P. et al. Relationships between the Quality of Life Questionnaire (QLQ) and the SF-36 among young adults burned as children. **Burns**, Amsterdam, v. 34, n. 8, p. 1163-1168, 2008.

BARRET, P. Structural equation modeling: adjudging model fit. **Personality and Individual Differences**, Amsterdam, v. 42, n. 5, p. 815-824, 2007.

BEATON, D.E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. Psychometric properties of Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, Tarrytown, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988.

BERGAMASCO, E.C. et al. Body image of patients with burns sequellae: evaluation through the critical incident technique. **Burns**, Amsterdam, v. 28, n. 1, p. 47-52, 2002.

BERKANOVIC, E. The effect of inadequate language translation on Hispanic's responses to health surveys. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 70, n. 12, p. 1273-1276, 1980.

BERNSTEIN, N.R.; BRESLAU, A.J.; GRAHAM, J.A. **Coping strategies for burn survivors and their families**. New York: Hardcover, 1988. 159p.

BLADES, B.; MELLIS, N.; MUNSTER, A.M. A Burn Specific Health Scale. **The Journal of Trauma**, Baltimore, v. 22, n. 10, p. 872-875, 1982.

BLADES, B.C.; JONES, C.; MUNSTER, A.M. Quality of life after major burns. **The Journal of Trauma**, Baltimore, v. 19, n. 8, p. 556-558, 1979.

BLALOCK, S.J.; BUNKER, B.J.; DE VELLIS, R.F. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the burn specific health scale. **The Journal of Trauma**, Baltimore, v. 36, n. 4, p. 508-515, 1994.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 3^a ed. Berkshire: Open University Press, 2005. 224p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466, 2012. Brasília: CNS; 2012.

BRIGHAM, P.; McLOUGHLIN, E. Burn incidence and medical care use in the United States: estimates, trends and data sources. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, Hagerstown, v. 17, n. 2, p. 95-107, 1996.

BRYANT, R.A. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. **Burns**, Amsterdam, v. 22, n. 2, p. 89-92, 1996.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming**. New York: Routledge Academic, 2010. 416p.

CALOTĂ, D.R. et al. Correlations between morphological appearance and psychosocial difficulties in patients with extensive burns who received allotransplant. **Romanian Journal of Morphology and Embryology**, Bucuresti, v. 53, suppl. 3, p. 703-711, 2012.

CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F.; WEINTRAUB, J.K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. **Journal Personality and Social Psychology**, Washington, v. 56, n. 2, p. 267-283, 1989.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: Development, Deviance and Change**. New York: Guilford Press, 1990. 361p.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford Press, 2002. 530p.

CASH, T.F.; FLEMING, E.C. The impact of body image experiences; development of the body image quality of life inventory. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 31, n. 4, p. 455-460, 2002.

CASH, T.F.; SANTOS, M.T.; WILLIAMS, E.F. Coping with body-image threats and challenges: validation of the body image coping strategies inventory. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v.58, n.2, p. 190-199, 2005.

CHARTER, R.A. Study samples are too small to produce sufficiently precise reliability coefficients. **The Journal of General Psychology**, Provincetown, v. 103, n. 2, p. 117-129, 2003.

CHOINIÈRE, M. et al. The pain of burns: characteristics and correlates. **The Journal of Trauma**, Baltimore, v. 29, n. 11, p. 1531-1539, 1989.

CHWALOW, A.J. Cross cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education Counseling**, Princeton, v. 26, n. 1-3, p. 313-318, 1995.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CLACK-CARTER, D. **Doing quantitative psychosocial research: from design to report**. Hove: Psychological Press, 1999. 666p.

COCHRAN, A. et al. Self-Reported quality of life after electrical and thermal injury. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, Hagerstown, v. 25, n. 1, p. 61-66, 2004.

CONNELL, K.M. et al. Sexuality, body image and relationships following burns: Analysis of BSHS-B outcome measures. **Burns**, Amsterdam, 2014.
(doi: 10.1016/j.burns.2014.01.006).

COOK, D.A.; BECKMAN, T.J. Current concepts in validity and reliability for psychometrics instruments: theory and application. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 119, n. 2, e7-16, 2006.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco, CA: Freeman, 1967. 283p.

CORRY, N.; PRUZINSKY, T.; RUMSEY, N. Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: social functioning, body image, and health policy perspectives. **International Review of Psychiatry**, London, v. 21, n. 6, p. 539-548, 2009.

CORRY, N.H.; KLICK, B.; FAUERBACH, J.A. Posttraumatic stress disorder and pain impact functioning and disability after major burn injury. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 31, n. 1, p. 13-25, 2010.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

COSTA, M.C. et al. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 209-216, 2010.

COSTA, M.C.S. et al. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 252-259, 2008.

CRONBACH, L.J. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 575p.

CRUZ, B.F.; CORDOVIL, P.B.L.; BATISTA, K.N.M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Florianópolis, v. 11, n. 4, p. 246-250, 2012.

CUMMINGS, S.R.; STUART, A.; HULLEY, S.B. **Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados**. In: HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto alegre: Artmed, 2003. p.265-281.

D'ALMEIDA, K.S.M. et al. Adaptação transcultural para o Brasil do Dietary Sodium Restriction Questionnaire (Questionário Restritivo da Dieta de Sódio) (DSRQ). **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 1, p. 70-75, 2011.

DAHL, O.; WICKMAN, M.; WENGSTROM, Y. The adaptation and validation of Swedish version of the Satisfaction With Appearance Scale (SWAP-Swe). **Burns**, Amsterdam, v. 40, n. 4, p. 598-605, 2013.

DANILLA, S. Epidemiologia das queimaduras na América Latina. In: LIMA, J.E.M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 27-46.

DANTAS, R.A.S.; SILVA, F.S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v. 23, n. 1-2, p. 156-165, 2013.

DINI, G.M.; QUARESMA, M.R.; FERREIRA, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

DISABKIDS. Translation and Validation Procedure. **Guidelines and Documentation Form**. The Disabkids Group Europe, 2004.

DRUERY, M.; BROWN, T.L.H.; MULLER, M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. **Burns**, Amsterdam, v. 31, n. 6, p. 692-695, 2005.

DYSTER-AAS, J.; KILDAL, M.; WILLEBRAND, M. Return to work and health-related quality of life after burn injury. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 39, n. 1, p. 49-55, 2007.

ECHEVARRIA-GUANILO, M.E. et al. Cross cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS to be used with Brazilian burned patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 526-533, 2006.

FAUERBACH, J. A. et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 62, n. 4, p. 576-582, 2000.

FAUERBACH, J.A. et al. Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. **Journal of Health Psychology**, Washington, v. 21, n. 2, p. 115-122, 2002.

FAUERBACH, J.A. et al. Prolonged adjustment difficulties among those with acute posttrauma distress following burn injury. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 22, n. 4, p. 359-378, 1999.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes**: Wiley, 2007. 566p.

FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS[®] para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 95-105, 2010.

FERREIRA, E. et al. The cultural adaptation and validation of the “Burn Specific Health Scale” (BSHS-R): version for Brazilian victims. **Burns**, Amsterdam, v. 34, n. 7, p. 994-1001, 2008.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George’s Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **The Europe Respiratory Journal**, Sheffield, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FREITAS, N.O. et al. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 25-33, 2014.

GALINDO, E.M.C.; CARVALHO, A.M.P. Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do Eating Behaviours and Body Image Test para uso com crianças do sexo feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 47-54, 2007.

GARDNER, R.M. Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. **British Journal of Psychology**, London, v. 87, n. 2, p. 327-337, 1996.

GOLDENBERG, M. Gênero e corpo na cultura brasileira. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 65-80, 2005.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAIR, J.F., et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009. 593p.

HARCOURT, D.; RUMSEY, N. Psychology and visible difference. **The Psychologist**, Leicester, v. 21, n. 6, p. 468-489, 2008.

HEINBERG, L.J. **Theories of body image: perceptual, development, and sociocultural factors**. In: THOMPSON, J.K., editor. Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide to assessment and treatment. Washington DC: American Psychological Association, 1996. p. 27-48.

HO, R. **Structural equation modeling**. In: Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS: Chapman & Hall/CRC, 2006. 561p.

HOLAVANAHALLI, R.K. et al. Profile of patients lost to follow-up in the burn injury rehabilitation model systems' longitudinal database. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v.27, n.5, p.703-712, 2006.

HOOPER, D.; COUGHLAN, J.; MULLEN, M.R. Structural equation modeling: guidelines for determining model fit. **Electronic Journal of Business Research Methods**, Oxford, v. 6, n. 1, p. 53-60, 2008.

HU, L.; BENTLER, P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: a multidisciplinary Journal**, Philadelphia, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999.

KIMMO, T.; JYRKI, V.; SIRPA, A.S. Health status after recovery from burn injury. **Burns**, Amsterdam, v. 24, n. 4, p. 293-298, 1998.

KOLJONEN, V. et al. Treatment of patients with severe burns-costs and health-related quality of life outcome. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 34, n. 6, p. e318-25, 2013.

LAWRENCE, J.W. et al. Development and validation of the Satisfaction With Appearance Scale: assessing body image among burn-injured patients. **Psychological Assessment**, Washington, v. 10, n. 1, p. 64-70, 1998.

LAWRENCE, J.W. et al. The Reliability and Validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) Among an Adult Burn Survivor Sample. **Psychological Assessment**, Washington, v. 18, n. 1, p. 106-111, 2006.

LAWRENCE, J.W. et al. Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, Lake Forest, v. 25, n. 1, p. 25-32, 2004.

LAWRENCE, J.W.; FAUERBACH, J.A.; THOMBS B.D. A test of the moderating role of importance of appearance in the relationship between perceived scar severity and body-esteem among adult burn survivors. **Body Image**, Amsterdam, v. 3, n. 2, p. 101-111, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. 352p.

MACEDO, L.G. et al. There was evidence of convergent and construct validity of Physiotherapy Evidence Database quality scale for physiotherapy trials. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 63, n. 8, p. 920-925, 2010.

MACIEL, E.; SERRA, M.C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. 646p.

MAGNE, J. Aspects psychologies de la brûlure. **Pathologie Biologie**, Paris, v. 50, n. 2, p. 134-136, 2002.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MEDEIROS, L.G.; KRISTENSEN, C.H.; ALMEIDA, R.M.M. Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 148-158, 2010.

MENDELSON, M.J.; MENDELSON, B.K.; ANDREWS, J. Self-esteem, body esteem, and body-mass in late adolescence: is a competence X importance model needed? **Journal of Applied Developmental Psychology**, Amsterdam, v. 21, n. 3, p. 249-266, 2000.

MENDELSON, M.J.; MENDELSON, B.K.; WHITE, D.R. Body-esteem Scale for adolescent and adults. **Journal of Personality Assessment**, London, v. 76, n. 1, p. 90-106, 2001.

MILLER, E.; HALBERSTADT, J. Media consumption, body image, and thin ideals in New Zealand men and women. **New Zealand Journal of Psychology**, Wellington, v. 34, n. 3, p. 189-195, 2005.

MIMOUN, M. et al. The scalp is an advantageous donor site for thin-skin grafts: A report on 945 harvested samples. **Plastic and Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 118, n. 2, p. 369-373, 2006.

MORAIS, J. F. Validade e confiabilidade de escalas multi itens. **Estima**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 42-45, 2004.

MORGADO, F.F.R. et al. Análise dos Instrumentos de Avaliação da Imagem Corporal. **Fitness and Performance Journal**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 204-211, 2009.

MUNSTER, A.M.; FAUERBACH, J.A.; LAWRENCE, J.W. Development and utilization of a psychometric instrument for measuring quality of life in burn patients, 1976 to 1996. **Acta Chirurgiae Plasticae**, Prague, v. 38, n. 4, p. 128-131, 1996.

MUNSTER, A.M.; HOROWITZ, G.L.; TUDAH, L.A. The abbreviated Burn Specific Health Scale. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 27, n. 4, p. 425-428, 1987.

NEWELL, R.J. Altered body image: a fear-avoidance model of psycho-social difficulties following disfigurement. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 30, n. 5, p. 1230-1238, 1999.

NOBLE, J.; GOMEZ.; FISH, J.S. Quality of life and return to work following electrical burns. **Burns**, Amsterdam, v. 32, n. 2, p. 159-164, 2006.

OLIVEIRA, R.A. et al. Enxerto cutâneo do couro cabeludo no tratamento de queimadura de face e região cervical. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 89-92, 2012.

ORR, D.A.; REZNIKOFF, M.; SMITH, G.M. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. **Journal of Burn Care Rehabilitation**, Lake Forest, v. 10, n. 5, p. 454-461, 1989.

PALLUA, N.; KUNSEBECK, H.W.; NOAH, E.M. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. **Burns**, Amsterdam, v. 29, n. 2, p. 143-152, 2003.

PARK, S. et al. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. **Burns**, Amsterdam, v. 34, n.1, p. 24-31, 2008.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999. 306p.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43(esp), p. 992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico - TEP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 233p.

PATTERSON, D.R. et al. Psychological effects of severe burn injuries. **Psychological Bulletin**, Philadelphia, v. 113, n.3, p. 362-378, 1993.

PAVONI, V. et al. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care units. **Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine**, Stavanger, v. 18, 2010.

PELEGRINO, F.M. et al. Cross cultural adaptation a psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS). **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v. 21, n. 17-18, p 2509-2517, 2012.

PELHAM, B.W.; SWANN, W.B. From self-conceptions to self-worth: on the sources and structures of self-esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 57, n. 4, p. 672-680, 1989.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática em enfermagem**. São Paulo: Artmed, 2011. 670p.

POPE, H.G. et al. Body image perception among men in three countries. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 157, n. 8, p. 1297-1301, 2000.

POPE, S.J. et al. Body image: mood and quality of life in young burn survivors. **Burns**, Amsterdam, v. 33, n. 6, p. 747-755, 2007.

PRESTON, C.C.; COLMAN, A.M. Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. **Acta Psychologica**, Amsterdam, v. 104, n. 1, p. 1-15, 2000.

PRUZINSK, T. et al. Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation. **Journal of Burn Care Rehabilitation**, Lake Forest, v. 13, n. 1, p. 79-88, 1992.

RAMOS DE CARVALHO, T.R. et al. Tradução do inglês para o português do questionário de autoavaliação da escala de Hamilton para depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 255-260, 1993.

RASHID, A. et al. Revised estimates of mortality from burns in the last 20 years at the Birmingham Burns Centre. **Burns**, Amsterdam, v. 27, n. 7, p. 723-730, 2001.

REZAIE, L.A. et al. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. **Burns**, Amsterdam, v. 37, n. 1, p. 159-163, 2011.

ROSENBERG, M. **Society and adolescent self image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROSSI, L.A. et al. Características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 4, n. 6, p. 410-404, 1998.

ROSSI, L.A. et al. Cultural meaning of quality of life: perspectives of Brazilian patients. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 31, n. 9, p. 712-719, 2009.

RUMSEY, N.; HARCOURT, D. Body image and disfigurement: issues and interventions. **Body Image**, Amsterdam, v. 1, n. 1, p. 83-97, 2004.

SACCO, T.L.; STAPLETON, M.F.; INGERSOLL, G.L. Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units. **Critical Care Nurse**, Aliso Viejo, v.29, n. 3, p. 36-45, 2009.

SACKETT, D.L. et al. **Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998. 280p.

SAGRAVES, S.G. et al. A collaborative systems approach to rural burn care, **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 28, n. 1, p. 111-114, 2007.

SAMPIERI, H. R.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodología de la investigación**. México: Grall Hill, 2003. 689p.

SANTOS, D.M.S.S. et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas iniciais do instrumento DISABKIDS® - Cystic Fibrosis Module – versão brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1311-1317, 2013.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002.

SBICIGO, J.B.; BANDEIRA, D.R.; DELL'AGLIO, D.D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010.

SCHILDER, P. **The image and appearance of the human body**. London, England: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co, Ltd, 1935. 353p.

SCHMITT, N. Uses and Abuses of Coefficient Alpha. **Psychological Assessment**, Washington, v. 8, n. 4, p. 350-353, 1996.

SIJTSMA, K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. **Psychometrika**, New York, v. 74, n. 1, p. 107-120, 2008.

SILVA, M. F.; SILVA, M.J.P. A autoestima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 206-216, 2004.

SPERBER, A.D. Translation and validation of study instruments for cross cultural research. **Gastroenterology**, Philadelphia, v. 126, Supl 1, p. 124-128, 2004.

STACCIARINI, T.S.G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised para o Brasil**, 2012. 191p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

STEIGER, J.H. Understanding the limitations of global fit assessments in structural equation modeling. **Personality and Individual Differences**, Amsterdam, v. 42, n. 5, p. 893-898, 2007.

STREINER, D.L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, Oxford, v. 80, n. 3, p. 217-222, 2003.

STREINER, DL.; NORMAN, G.R. **Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use**. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995. 352p.

TAAL, L.A.; FABER, A.W. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. **Burns**, Amsterdam, v. 23, n. 7-8, p. 545-549, 1997.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics**. Boston: Pearson Education, 2007. 1024p.

TER SMITTEN, M.H.; DE GRAAF, R.; VAN LOEY, N.E. Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1-4 years after burn. **Burns**, Amsterdam, v. 37, n. 5, p. 753-761, 2011.

THOMAS, S.; BARROW, R.E.; HERNDON, D.N. **History of the treatment of burns**. In: Herndon DN, editor. Total burn care. New York: WB Saunders, 2002. p 1-10

THOMBS, B.D. et al. Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. **General Hospital Psychiatry**, New York, n. 29, v. 1, p. 14-20, 2007.

THOMBS, B.D. et al. From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 64, n. 2, p. 205-212, 2008.

THOMPSON, J. K.; SMOLAK, L. **Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment**. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. 389p.

THOMPSON, J.K. **Assessing body image disturbance: Measure, methodology and implementation**. In: J. K. THOMPSON (Org.), Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment. American Psychological Association, 1996. 32p.

THOMPSON, J.K. **Exacting beauty: theory, assesment and treatment of body image disturbance**. Washington: American Psychological Association, 1999. 396p.

ULMER, J.F. An exploratory study of pain, coping, and depressed mood following burn injury. **Journal of Pain Symptom Management**, New York, v. 13, n. 3, p. 148-157, 1997.

VALDERAS, J.M.; FERRER, M.; ALONSO, J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada com la salud e de otros resultados percibidos por los pacientes. **Medicina Clínica (Barc)**, Amsterdam, v. 125, n. 1, p. 56-60, 2005.

VALE, E.C.S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-19, 2005.

VAN LOEY, N.E.; FABER, A.W.; TAAL, L.A. Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. **Burns**, Amsterdam, v. 27, n. 2, p. 103-110, 2001.

VAN LOEY, N.E.; VAN SON, M.J. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. **American Journal of Clinical Dermatology**, Auckland, v. 4, n. 4, p. 245-272, 2003.

VEGGI, A.B. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 242-247, 2004.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LANZ, E.R. **Measurement in nursing research**. Philadelphia: Davis Company, 2005. 504p.

WARE, J.E.Jr.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p.473-483, 1992.

WEATHERS, D.; SHARMA, S.; NIEDRICH, R. W. The impact of the number of scale points, dispositional factors, and the status quo heuristic on scale reliability and response accuracy. **Journal of Business Research**, Amsterdam, v. 58, n. 11, p. 1516-1524, 2005.

WHEATON, B., et al. Assessing reliability and stability in panel models. **Sociological Methodology**, Thousand Oaks, v. 8, n. 1, p. 84-136, 1977.

WIECHMAN, S.A. et al. Rates, trends, and severity of depression after burn injuries. **Journal of Burn Care & Research**, Lake Forest, v. 22, n. 6, p. 417-424, 2001.

WU, J.; ZHAI, J.; GANLANSHU, X. Coping strategies of eight patients with significant burn injury. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown v. 30, n. 5, p. 889-893, 2008.

ZANETTI, A.C.Q. **Adaptação cultural e validação para a língua português do Family Questionnaire (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia**, 2010, 126p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ZANETTI, A.C.Q. et al. Cultural adaptation and psychometric properties of the family questionnaire in a Brazilian sample of relatives of schizophrenia outpatients. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 22, n. 11-12, p. 1521-1530, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Versão Consensual em Português 1: VCP1

Satisfaction With Appearance Scale

Para cada uma das afirmações seguintes, faça um círculo ao redor das respostas mais corretas para você, de acordo com a seguinte escala:

- 1 = discordo totalmente
- 2 = discordo
- 3 = discordo parcialmente
- 4 = neutro
- 5 = concordo parcialmente
- 6 = concordo
- 7 = concordo totalmente

1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família.
1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos.
1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com minha aparência geral.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu rosto.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência dos meus braços.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito).
1	2	3	4	5	6	7	Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos.
1	2	3	4	5	6	7	Sinto que minha queimadura não seja atraente para as outras pessoas.
1	2	3	4	5	6	7	Acho que as pessoas não gostariam de me tocar.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Comitê de Especialistas**

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Marina Paes Caltran – Enfermeira e aluna de Mestrado pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada “*Satisfaction With Appearance Scale – SWAP*: Adaptação e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras” que tem como objetivo principal adaptar para o português uma escala que avalia satisfação com a imagem corporal para pacientes que sofreram queimaduras. Caso você aceite participar do estudo, será agendado um encontro com os pesquisadores onde serão entregues a você as versões traduzidas dos instrumentos para que realize a leitura e avalie quanto à equivalência semântica (significado da palavra) e idiomática (expressões coloquiais), no intuito de desenvolver a versão do instrumento que será submetida ao pré-teste. Você levará em torno de 30 minutos para ler e avaliar os instrumentos. Garantimos que em nenhum momento durante a realização do estudo, ou durante a divulgação dos resultados, você terá sua identidade revelada. Gostaríamos de informar também que não haverá custos quanto à sua participação nesta pesquisa. Os resultados do estudo poderão nos ajudar a conhecer e identificar problemas relacionados à satisfação com a imagem corporal do paciente queimado e serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos. A participação é voluntária e você estará livre para recusar a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo a sua pessoa. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Marina Paes Caltran ou com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi, no endereço Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902. Ribeirão Preto – SP, nos telefones (16) 36023402 ou (16) 81814517 ou ainda através do e-mail: marina.caltran@usp.br em qualquer fase do estudo.

Trata-se de um estudo metodológico, que não oferece grandes riscos à saúde física ou mental dos pacientes. Entretanto, caso o paciente relate qualquer tipo de desconforto físico ou emocional, a entrevista será interrompida e comunicada à equipe de profissionais da Unidade, que deverá avaliar a necessidade de atendimento médico ou psicológico. Caso ainda queira esclarecer quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo

telefone (16)3202-3386. Se você se sentir prejudicado por ter participado da pesquisa, você deverá buscar indenização de acordo com a lei vigente no Brasil. Gostaríamos de informar também que você receberá uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado pela pesquisadora responsável.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Marina Paes Caltran
Pesquisadora responsável

APÊNDICE C – Versão Consensual em Português 2: VCP2

Satisfaction With Appearance Scale

Para cada uma das afirmações seguintes, faça um círculo ao redor das respostas mais corretas para você, escolhendo uma das alternativas abaixo:

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Neutro (não concordo nem discordo)	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Estou satisfeito com minha aparência geral.	1	2	3	4	5	6	7
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto.	1	2	3	4	5	6	7
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço.	1	2	3	4	5	6	7
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos.	1	2	3	4	5	6	7
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços.	1	2	3	4	5	6	7
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito).	1	2	3	4	5	6	7
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto que minha queimadura não é agradável para as outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE D – Versão Consensual Final em Inglês: VCFI

Satisfaction With Appearance Scale

For each of the following statements, circle the most correct responses for you according to the following scale:

I totally disagree	I disagree	I somewhat disagree	Neutral (I neither agree nor disagree)	I somewhat agree	I agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

1. Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my family.	1	2	3	4	5	6	7
2. Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my friends.	1	2	3	4	5	6	7
3. Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of strangers.	1	2	3	4	5	6	7
4. I am satisfied with my overall appearance.	1	2	3	4	5	6	7
5. I am satisfied with the appearance of my scalp.	1	2	3	4	5	6	7
6. I am satisfied with the appearance of my face.	1	2	3	4	5	6	7
7. I am satisfied with the appearance of my neck.	1	2	3	4	5	6	7
8. I am satisfied with the appearance of my hands.	1	2	3	4	5	6	7
9. I am satisfied with the appearance of my arms.	1	2	3	4	5	6	7
10. I am satisfied with the appearance of my legs.	1	2	3	4	5	6	7
11. I am satisfied with the appearance of my chest.	1	2	3	4	5	6	7
12. Changes in my appearance have interfered with my relationships.	1	2	3	4	5	6	7
13. I feel that my burn is unpleasant to others.	1	2	3	4	5	6	7
14. I don't think people would want to touch me.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE E – Versão Consensual em Português 3: VCP3/Versão Final em Português: VPF***Satisfaction With Appearance Scale***

Para cada uma das afirmações seguintes, faça um círculo ao redor das respostas mais corretas para você, escolhendo uma das alternativas abaixo:

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Neutro (não concordo nem discordo)	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Estou satisfeito com minha aparência geral.	1	2	3	4	5	6	7
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto.	1	2	3	4	5	6	7
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço.	1	2	3	4	5	6	7
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos.	1	2	3	4	5	6	7
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços.	1	2	3	4	5	6	7
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito).	1	2	3	4	5	6	7
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto que minha queimadura não seja atrativa para as outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Análise Semântica**

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo para participar de uma pesquisa que irá traduzir e adaptar um questionário, criado em outro país, para saber como o paciente queimado se sente em relação a sua aparência após o acidente. Para participar, o senhor (a) terá que responder um questionário com 14 perguntas por escrito. Em seguida, preencherá um outro formulário que pergunta se as questões que respondeu são importantes, se são fáceis de entender e claras de acordo com a linguagem e a cultura brasileira. Poderá nos ajudar também com qualquer sugestão de mudança no questionário. Todo o processo levará em torno de 25 minutos e acontecerá aqui no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto antes ou após a consulta médica do senhor (a). O (a) senhor (a) estará acompanhado (a) pela pesquisadora Marina Paes Caltran e avaliará as questões por escrito, utilizando o formulário que está sendo apresentado, sendo que conversará com Marina se tiver dúvidas, quiser sugerir alguma mudança ou fazer algum comentário sobre o questionário. Garantimos que em nenhum momento durante a realização do estudo, ou durante a divulgação dos resultados da pesquisa, o senhor (a) terá sua identidade revelada e se o senhor (a) não quiser responder a alguma questão ou contar alguma coisa sobre essa experiência com a sua nova aparência, não tem problema. Sabemos que falar sobre a mudança da sua aparência pode trazer lembranças de situações ou momentos difíceis, e este pode ser um risco por participar da pesquisa. Caso isso ocorra, poderemos interromper nossa conversa e continuar depois, se você assim desejar. Nesse momento, eu estarei pronta pra ouvir o (a) senhor (a) e apoiá-lo (a) ou podemos comunicar à equipe de profissionais da Unidade, que poderá avaliar a necessidade de atendimento médico ou psicológico. Gostaríamos de informar que sua participação será totalmente voluntária e não haverá custos e, se houver a necessidade do seu comparecimento no HC apenas para participar da pesquisa, poderemos reembolsar os gastos que você tiver com o transporte e alimentação. Além disso, o senhor (a) estará livre para recusar a participar da pesquisa e a recusa não lhe trará nenhuma mudança no tratamento. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, como congressos. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para o senhor (a) nesse momento, mas sua participação será importante para tornarmos o instrumento mais compreensível e para que este possa avaliar, futuramente, como as pessoas que sofreram queimaduras se sentem em relação a sua aparência após o trauma. Nós poderemos aprender muito com as experiências que nos forem contadas, melhorando o cuidado que os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem oferecer a essas pessoas. Se o (a) senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias desse documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após todos os esclarecimentos e entregue a pesquisadora responsável. O (a) senhor (a) receberá uma cópia assinada. Em caso de dúvidas, o senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Marina Paes Caltran ou com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi por meio dos telefones (16) 3602-3402; (16)8181-4517 ou procurarmos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as

pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16)3602-3386.

Agradecemos a sua colaboração.

Pesquisadora responsável: Marina Paes Caltran. E-mail: marina.caltran@usp.br

Orientadora: Lidia Aparecida Rossi. rizzardo@eerp.usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____

Aceito participar desta pesquisa, contribuindo com meu entendimento sobre as questões apresentadas. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2013.

Marina Paes Caltran

Pesquisadora

Participante

APÊNDICE G - Instrumento de Análise Semântica**PARTE A: avaliação semântica da *Satisfaction With Appearance Scale***

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade (em anos): _____ Tempo de Queimadura: _____

Avaliação Geral

- 1) O que você achou do nosso instrumento em geral? () bom () regular () ruim
- 2) O que você achou das questões? () fáceis () regulares () difíceis
- 3) O que você achou da escala de resposta? () fácil () regular () difícil
- 4) Qual importância que essas questões têm para quem sofreu queimaduras?
() muita importância () alguma importância () nenhuma importância
- 5) Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?
() não () sim _____
- 6) Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?
() não () sim _____
- 7) Teve alguma questão a que você não quis responder?
() não () sim _____
- 8) Qual a questão você não quis responder?

PARTE B: Avaliação Específica

QUESTÕES	Essa questão é importante para a sua situação?			Teve dificuldade para entender essa questão?		Em suas palavras, como você faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
1. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família.						
2. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos.						
3. Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos.						
4. Estou satisfeito com minha aparência geral.						
5. Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo.						
6. Estou satisfeito com a aparência do meu rosto.						
7. Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço.						
8. Estou satisfeito com a aparência das minhas mãos.						
9. Estou satisfeito com a aparência dos meus braços.						
10. Estou satisfeito com a aparência das minhas pernas.						
11. Estou satisfeito com a aparência do meu tórax (peito).						
12. Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos.						
13. Sinto que minha queimadura não seja atrativa para as outras pessoas.						
14. Eu acho que as pessoas não gostariam de me tocar.						

Fonte: FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS® para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.10, n.1, p. 95-105, 2010.

APÊNDICE H: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Paciente**

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa que irá traduzir e adaptar um questionário, criado em outro país, para saber como o paciente queimado se sente em relação a sua aparência após o acidente. Caso o senhor (a) concorde em fazer parte da pesquisa, precisaremos nos encontrar uma única vez no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto antes ou após a sua consulta médica e o senhor (a) terá que responder a alguns questionários com perguntas sobre fatos relacionados ao acontecimento da queimadura, sua vida pessoal e diária, e como se sente em relação a sua aparência e autoestima após o acidente. O senhor (a) levará aproximadamente 40 minutos para responder às perguntas. Caso sua participação seja iniciada e o senhor (a) tiver dificuldades para responder determinado item dos questionários o senhor (a) poderá pular para os próximos deixando-o em branco. Garantimos que em nenhum momento durante a realização do estudo, ou durante a divulgação dos resultados da pesquisa, o senhor (a) terá seu nome revelado e se o senhor (a) não quiser responder a alguma questão ou contar alguma coisa sobre essa experiência com a sua nova aparência, não tem problema. Sabemos que falar sobre a mudança da sua aparência pode trazer lembranças de situações ou momentos difíceis, e este pode ser um risco por participar da pesquisa. Caso isso ocorra, poderemos interromper nossa conversa e continuar depois, se o senhor (a) assim desejar. Nesse momento, eu estarei pronta pra ouvir o (a) senhor (a) e apoiá-lo (a) ou podemos comunicar à equipe de profissionais da Unidade, que poderá avaliar a necessidade de atendimento médico ou psicológico. Gostaríamos de informar que sua participação será totalmente voluntária e não haverá custos e, se houver a necessidade do seu comparecimento no HC apenas para participar da pesquisa, poderemos reembolsar os gastos que o senhor (a) tiver com o transporte e alimentação. Além disso, o senhor (a) estará livre para recusar a participar da pesquisa e a recusa não lhe trará nenhuma mudança no tratamento. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, como congressos. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para o senhor (a) nesse momento, mas sua participação será importante, pois, poderá nos ajudar a conhecer e identificar problemas relacionados à aparência e autoestima do paciente queimado após o acidente. Nós poderemos aprender muito com as respostas dadas nos questionários, elas ajudarão os enfermeiros e outros profissionais de saúde a melhorar a qualidade do atendimento a esses pacientes futuramente. Se o (a) senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias desse documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após todos os esclarecimentos e entregue a pesquisadora responsável. O (a) senhor (a) receberá uma cópia assinada. Em caso de dúvidas, o senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Marina Paes Caltran ou com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi por meio dos telefones (16) 3602-3402; (16) 8181-4517 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16)3602-3386.

Agradecemos a sua colaboração.

Pesquisadora responsável: Marina Paes Caltran. E-mail: marina.caltran@usp.br

Orientadora: Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____

Aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo com a participação em um único encontro para responder a uma entrevista com o preenchimento de questionários. Durante toda a minha participação, sei que vou falar sobre fatos relacionados à queimadura, vida diária e pessoal, minha aparência e autoestima após o acidente. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir sem qualquer consequência. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e sua orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__

Marina Paes Caltran

Pesquisadora

Participante

APÊNDICE I - Questionário para Coleta de Dados - Dados Sociodemográficos e Clínicos**IDENTIFICAÇÃO**

Nº de identificação: Iniciais: Registro:
Data da Entrevista:
Endereço:
Bairro: Cidade:
Telefone:
Data de Nascimento:
Sexo: () Masculino () Feminino
Etnia: () Amarela () Branca () Indígena () Negra () Parda Estado civil:
() 1- casado (a) () 2- solteiro (a) () 3- viúvo (a) () 4- separado (a)
() 5- união consensual
Nível de escolaridade: () 1º. Grau Completo () 2º. Grau completo () Superior
() Analfabeto () 1º. Grau incompleto () 2º. Grau incompleto () Superior incompleto
Anos de estudo:
Trabalho - Situação atual: Sim () Não ()
Trabalho: profissão/ocupação atual: Renda familiar:
Uso de drogas () sim () não
Uso de bebidas alcoólicas () sim () não
Uso de tabaco () sim () não
Apresenta sequelas (na perspectiva do paciente)
() funcionais () estéticas () ambas
Sequelas visíveis na perspectiva do paciente: () Sim () Não.
Especificar:

DADOS DO ACIDENTE E INTERNAÇÃO

Data do Acidente:
Data da internação: Data da alta:
Tempo de internação:

Aguarda cirurgia reparadora: () Sim () Não

Agente etiológico:
() água quente () escaldadura () álcool () fogo
() álcool + fogo () gasolina () eletricidade () explosão
() outros:

Breve história do acidente:
Data da última cirurgia:
Número de cirurgias até a data da entrevista:
Debridamento: Sim () Não ()
Local:
Número de desbridamentos até a data da entrevista:
Enxertia: Sim () Não ()
Local:
Número de enxertias até a data da entrevista:
Área doadora:
Amputação: Sim () Não () Membro:

DADOS RELATIVOS À QUEIMADURA

Profundidade (predomínio): () 1º grau () 2º grau () 3º grau

Área	Valores padrão(%)	Valores obtidos (%)		
		1º	2º	3º
Cabeça	7			
Pescoço	2			
Tronco Anterior	13			
Tronco posterior	13			
Nádega direita	2,5			
Nádega esquerda	2,5			
Genitália	1			
Braço direito	4			
Braço esquerdo	4			
Antebraço direito	3			
Antebraço esquerdo	3			
Mão direita	2,5			
Mão esquerda	2,5			
Coxa direita	9,5			
Coxa esquerda	9,5			
Perna direita	7			
Perna esquerda	7			
Pé direito	3,5			
Pé esquerdo	3,5			
Total (%) profundidade				
Total (%)				

ANEXOS

ANEXO A – Satisfaction With Appearance Scale original (inglês)

Satisfaction With Appearance Scale

Patient: _____ ID #: _____ Date: _____

In each of the following statements, circle the most correct responses for you according to the following scale:

- 1 = strongly disagree
 2 = disagree
 3 = somewhat disagree
 4 = neutral
 5 = somewhat agree
 6 = agree
 7 = strongly agree

1	2	3	4	5	6	7	Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my family.
1	2	3	4	5	6	7	Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my friends.
1	2	3	4	5	6	7	Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of strangers.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with my overall appearance.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my scalp.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my face.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my neck.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my hands.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my arms.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my legs.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my chest.
1	2	3	4	5	6	7	Changes in my appearance have interfered with my relationships.
1	2	3	4	5	6	7	I feel that my burn is unattractive to others.
1	2	3	4	5	6	7	I don't think people would want to touch me.

Fonte: LAWRENCE, J.W., et al. Development and validation of the Satisfaction With Appearance Scale: assessing body image among burn-injured patients. *Psychological Assessment*, v. 10, n. 1, p. 64-70, 1998

ANEXO B - Permissão do Autor da escala Original

□ John Lawrence

Para marina caltran

12/02/2011

Responder ▾

De: **John Lawrence** (John.Lawrence@csi.cuny.edu) ⓘ

Enviada: sábado, 12 de fevereiro de 2011 15:00:21

Para: marina caltran (mary_caltran@hotmail.com)

Hi Marina, The questionnaire is in the public domain so you do not need permission. Please keep me informed about your research. We have also developed the Perceived Stigmatization Questionnaire and the Social Comfort Questionnaire. I will send you copies next week.

Yours truly,

John Lawrence, Ph.D.

Psychology Department (4S-108)

College of Staten Island

4800 Victory Blvd.

Staten Island, NY 10314

Phone: 718-982-4136

FAX: 718-982-4114

e-mail: john.lawrence@csi.cuny.edu

ANEXO C – Versão em Português 1: VP1

Satisfaction With Appearance Scale

Para cada uma das declarações a seguir, faça um círculo ao redor da resposta mais aplicável a você seguindo a escala abaixo:

- 1 = discordo fortemente
- 2 = discordo
- 3 = discordo parcialmente
- 4 = neutro
- 5 = concordo parcialmente
- 6 = concordo
- 7 = concordo fortemente

1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença da minha família.
1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos.
1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos.
1	2	3	4	5	6	7	No geral, estou satisfeita(o) com minha aparência.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência do meu couro cabeludo.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência do meu rosto.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência do meu pescoço.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência das minhas mãos.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência dos meus braços.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência das minhas pernas.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeita(o) com a aparência do meu peito.
1	2	3	4	5	6	7	Mudanças na minha aparência interferiram com meus relacionamentos.
1	2	3	4	5	6	7	Sinto que minha queimadura não seja atrativa para outras pessoas.
1	2	3	4	5	6	7	Acho que as pessoas não gostariam de tocar em mim.

ANEXO D – Versão em Português 2: VP2

Satisfaction With Appearance Scale

Em cada uma das afirmações seguintes, circunde as respostas mais corretas para você, de acordo com a seguinte escala:

- 1 = discordo totalmente
- 2 = discordo
- 3 = discordo em parte
- 4 = neutro
- 5 = concordo em parte
- 6 = concordo
- 7 = concordo plenamente

1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas por minha queimadura, sinto-me desconfortável na presença de minha família.
1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de meus amigos.
1	2	3	4	5	6	7	Devido a mudanças em minha aparência causadas pela queimadura, sinto-me desconfortável na presença de estranhos.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com minha aparência geral.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu couro cabeludo.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu rosto.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu pescoço.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência de minhas mãos.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência de meus braços.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência de minhas pernas.
1	2	3	4	5	6	7	Estou satisfeito com a aparência do meu tórax.
1	2	3	4	5	6	7	Mudanças em minha aparência têm interferido em meus relacionamentos.
1	2	3	4	5	6	7	Sinto que minha queimadura é pouco atraente para os outros.
1	2	3	4	5	6	7	Não acho que as pessoas quereriam me tocar.

ANEXO E – Versão em Inglês 1: VII

Appearance Satisfaction Scale

For each one of the following statements, circle the answers that reflect how you feel, selecting one of the alternatives below:

Disagree Completely 1	Disagree 2	Disagree Partially 3	Neutral (don't agree or disagree) 4	Agree Partially 5	Agree 6	Agree Completely 7			
1. Due to changes in my appearance caused by my burns, I feel uncomfortable in my family's presence.			1	2	3	4	5	6	7
2. Due to changes in my appearance caused by my burns, I feel uncomfortable in my friends' presence.			1	2	3	4	5	6	7
3. Due to changes in my appearance caused by my burns, I feel uncomfortable in the presence of strangers.			1	2	3	4	5	6	7
4. I am satisfied with my general appearance.			1	2	3	4	5	6	7
5. I am satisfied with the appearance of my scalp.			1	2	3	4	5	6	7
6. I am satisfied with the appearance of my face.			1	2	3	4	5	6	7
7. I am satisfied with the appearance of my neck.			1	2	3	4	5	6	7
8. I am satisfied with the appearance of my hands.			1	2	3	4	5	6	7
9. I am satisfied with the appearance of my arms.			1	2	3	4	5	6	7
10. I am satisfied with the appearance of my legs.			1	2	3	4	5	6	7
11. I am satisfied with the appearance of my chest.			1	2	3	4	5	6	7
12. Changes in my appearance have interfered in my relationships.			1	2	3	4	5	6	7
13. I feel my burns are unpleasant to others.			1	2	3	4	5	6	7
14. I think people would not like to touch me.			1	2	3	4	5	6	7

ANEXO F – Versão em Inglês 2: VI2

Satisfaction With Appearance Scale

For each of the assertions below, circle the most correct answers for you, choosing one of the alternatives below:

I totally disagree	I disagree	I partially disagree	Neutral (I neither agree nor disagree)	I partially agree	I agree	I fully agree
1	2	3	4	5	6	7

1. Due to changes in my appearance the burn causes, I feel uncomfortable when my family is present.	1	2	3	4	5	6	7
2. Due to changes in my appearance the burn causes, I feel uncomfortable when my friends are present.	1	2	3	4	5	6	7
3. Due to changes in my appearance the burn causes, I feel uncomfortable when strangers are present.	1	2	3	4	5	6	7
4. I am satisfied with my general appearance.	1	2	3	4	5	6	7
5. I am satisfied with the appearance of my scalp.	1	2	3	4	5	6	7
6. I am satisfied with the appearance of my face.	1	2	3	4	5	6	7
7. I am satisfied with the appearance of my neck.	1	2	3	4	5	6	7
8. I am satisfied with the appearance of my hands.	1	2	3	4	5	6	7
9. I am satisfied with the appearance of my arms.	1	2	3	4	5	6	7
10. I am satisfied with the appearance of my legs.	1	2	3	4	5	6	7
11. I am satisfied with the appearance of my thorax (chest).	1	2	3	4	5	6	7
12. Changes in my appearance have interfered in my relationships.	1	2	3	4	5	6	7
13. I feel that my burn is not pleasant to other people.	1	2	3	4	5	6	7
14. I think that people would not like to touch me.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO G - Resposta da Versão Consensual Final em Inglês (VCFI) enviada ao Dr. John W. Lawrence

RE: Evaluate of back translation version of SWAP, PSQ and SCQ- Brazilian

[Voltar para mensagens](#) |

Para ver mensagens relacionadas a esta, [agrupar mensagens por conversa](#).

John Lawrence

Para marina caltran

24/12/2012

Responder

De: John Lawrence (John.Lawrence@csi.cuny.edu)

Enviada: segunda-feira, 24 de dezembro de 2012 19:01:23

Para: marina caltran (mary_caltran@hotmail.com)

Dear Marina,

Thank you for your interest in the SWAP, PSQ and SCQ. I apologize that it took me a while to respond to you. I have been busy.

Overall, the back translation looks excellent. There are just a few discrepancies between the English original and the Portuguese/English back translation.

SWAP Question 13

The back translation uses the word "unpleasant." The original word was "unattractive." The word is "unattractive" in English is a synonym with "ugly;" however, the word "unattractive" is more polite and formal and less emotionally salient. Other synonyms of "unattractive" are bad-looking, unappealing, and unsightly.

In English the word "unpleasant" means displeasing or disagreeable. It is a more general word than unattractive. The word unattractive refers to a negative view of how someone appears or looks. So you might try to find a different word.

ANEXO H - *Burn Specific Health Scale-Revised*

Abaixo está uma lista de problemas que às vezes as pessoas que sofreram queimaduras apresentam. Após ler cada um deles faça um círculo no número que descreve sua própria experiência.

Agora quanta dificuldade você tem em:

Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais ou menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------

1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc...	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?

Não me descreve	Descreve- me pouco	Descreve- me mais ou menos	Descreve- me bem	Descreve- me muito bem
--------------------	-----------------------	----------------------------------	---------------------	------------------------------

6. Minha pele está mais sensível agora do que antes.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. As vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc ...).	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve- me pouco	Descreve- me mais ou menos	Descreve- me bem	Descreve- me muito bem
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	1	2	3	4	5
11. Eu tenho dificuldade de cuidar da minha queimadura como me foi orientado.	1	2	3	4	5
12. Às vezes eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	1	2	3	4	5
13. A queimadura afetou minha capacidade de trabalhar.	1	2	3	4	5
14. Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos.	1	2	3	4	5
15. Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
16. Ficar no sol me incomoda.	1	2	3	4	5
17. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.	1	2	3	4	5
18. Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor.	1	2	3	4	5
19. Minha aparência me incomoda muito.	1	2	3	4	5
20. É um incômodo cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5
21. Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto.	1	2	3	4	5
22. Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família.	1	2	3	4	5

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve- me pouco	Descreve- me mais ou menos	Descreve- me bem	Descreve- me muito bem
23. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
24. Eu não gosto da maneira que minha família age quando estou por perto.	1	2	3	4	5
25. O calor me incomoda.	1	2	3	4	5
26. Eu me sinto triste e deprimido com frequência.	1	2	3	4	5
27. Eu me sinto preso, sem saída.	1	2	3	4	5
28. Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas.	1	2	3	4	5
29. Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol.	1	2	3	4	5
30. Eu não tenho ninguém para conversar sobre meus problemas.	1	2	3	4	5
31. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5

Fonte: FERREIRA, E.; DANTAS, R.; ROSSI, L.; CIOL, M. . The cultural adaptation and validation of the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R): Version for Brazilian burn victims. Burns (Oxford), v. 34, n. 7, p. 994-1001, 2008.

ANEXO I – Short Form Health Survey 36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito ruim.....5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(Circule uma)

- Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
 Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance lances de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma.....1
 Muito leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito grave.....6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De forma nenhuma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**:

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A parte maior do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem	1	2	3	4	5	6

se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo.....1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a.Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b.Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c.Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d.Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Fonte: CICONELLI, R.M., et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Revista Brasileira de Reumatologia, v.39, n.3, p. 143-50, 1999.

ANEXO J – Escala de Auto Estima de Rosenberg (versão adaptada)

a) Concordo plenamente	b) Concordo	c) Discordo	d) Discordo plenamente
0	1	2	3

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo(a).

0	1	2	3
---	---	---	---

2) As vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

0	1	2	3
---	---	---	---

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

0	1	2	3
---	---	---	---

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

0	1	2	3
---	---	---	---

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

0	1	2	3
---	---	---	---

6) As vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

0	1	2	3
---	---	---	---

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

0	1	2	3
---	---	---	---

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).

0	1	2	3
---	---	---	---

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

0	1	2	3
---	---	---	---

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

0	1	2	3
---	---	---	---

Fonte: DINI, G.M.; QUARESMA, M.R.; FERREIRA, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de Autoestima de Rosenberg. Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, v.19, n.1, p.41-52, 2004.

ANEXO L – Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

- 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12. 0** Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13. 0** Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14. 0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15. 0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16. 0** Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17. 0** Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18. 0** Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19. 0** Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
- 20. 0** Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21. 0** Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Fonte: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica, v.25, n.5, p.245-50, 1998.

ANEXO M – Aprovação do Centro de Emergência em saúde da U.E – HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO UNIDADE DE EMERGÊNCIA CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE
Fone: (16) 36021225 / Fax: (16) 36021248 cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br		Rua Bernardino de Campos, 1000 14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP**PARECER**

O trabalho intitulado "***Satisfaction with Appearance Scale-SWAP: adaptação e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras***", apresentado sob a responsabilidade da Profª. Drª. Lídia Aparecida Rossi como Projeto de Pesquisa a ser realizado na Unidade de Emergência, pela graduanda em Enfermagem Marina Paes Caltran, foi aprovado pelo Centro Integrado de Emergências em Saúde (CIES).

Ribeirão Preto, 04 de maio de 2012.

Prof. Dr. MARCOS DE CARVALHO BORGES
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP

ANEXO N – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 200/2012

Ribeirão Preto, 16 de outubro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de outubro de 2012.

Protocolo CAAE: 04544112.9.0000.5393

Projeto: Satisfaction with appearance scale - swap: adaptação e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras.

Pesquisadores: Lidia Aparecida Rossi
Marina Paes Caltran

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO O - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP como instituição coparticipante

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 14 de dezembro de 2012

Projeto de pesquisa: "Satisfaction with appearance scale – swap: adaptação e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras"

Pesquisadora responsável: Marina Paes Caltran e Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica – HCFMRP-USP

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro
SISNEP/CONEP nº 4
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br