UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLÁVIA FERNANDA DE OLIVEIRA ASSUNÇÃO

Body Image Quality of Life Inventory- BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras

RIBEIRÃO PRETO – SP

2011

FLÁVIA FERNANDA DE OLIVEIRA ASSUNÇÃO

Body Image Quality of Life Inventory- BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras

Dissertação apresentada a. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação: Enfermagem Fundamental

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

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Rossi

RIBEIRÃO PRETO – SP

2011

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.

Assunção, F. F. O.

Body Image Quality of Life Inventory - BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras / Flavia Fernanda de Oliveira Assunção; orientador Lidia Aparecida Rossi – Ribeirão Preto, 2011

127 p. , 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

1. Queimadura. 2. Imagem Corporal. 3. Validação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Flávia Fernanda de Oliveira Assunção

Body Image Quality of Life Inventory - BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras

Dissertação apresentada a. Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
para obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa de Pós-Graduação:
Enfermagem Fundamental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIAS

*À minha mãe **MARIA**, por todo seu amor
dedicado, compreensão, por entender minhas
escolhas e por estar sempre ao meu lado.*

*Ao meu pai **JOSÉ**, por todo amor,
incentivo, apoio, afeto, segurança e
comemoração em todas as vitórias
alcançadas.*

*Ao meu irmão **FERNANDO**, pelo reconhecimento
e incentivo sempre.*

*Ao meu namorado **RICARDO**, por
toda sua força, seu amor,
companheirismo e dedicação. Por
entender os momentos de ausência e
sua serenidade.*

*A saudade só existe para quem é especial.
Dedico este trabalho a todos vocês que são especiais na minha vida.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*À Profa. Dra. **LÍDIA APARECIDA ROSSI** pelos ensinamentos, atenção, compreensão, determinação e dedicação durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.*

“Cada pessoa que passa na nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa pela nossa vida passa sozinha, não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

(Charles Chaplin)

*À Profa. Dra. **ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS** por todos os momentos de sua dedicação durante toda a trajetória deste estudo, pela oportunidade de vivenciar seu conhecimento e virtudes que possui, meu muito obrigado.*

AGRADECIMENTOS

*A **DEUS** por sua infinita bondade, por sua proteção e minha fé que estiveram comigo todo tempo.*

*Às Profas. Dra. **CLÁUDIA BENEDITA DOS SANTOS** e Dra. **CRISTINA GALVÃO** por sua contribuição nesta pesquisa.*

*À Profa. Dra. **SÔNIA MARIA VILELA BUENO** pela oportunidade de acompanhá-la em suas atividades.*

*Ao Dr. **JAYME ADRIANO FARINA JÚNIOR** pela sua contribuição neste estudo.*

*Ao Dr. **THOMAS CASH** por sua participação no desenvolvimento desta pesquisa.*

*À minha amiga **NATÁLIA GONÇALVES** por toda sua ajuda neste trabalho, seu apoio e principalmente sua amizade, fundamentais em todos os momentos.*

*À minha amiga **ADRIANA FERREIRA** pela força, compreensão, incentivo e amizade.*

*À minha amiga **GRACIELE BORGES E FABIOLA JOMAR** por todo apoio e amizade nessa jornada.*

*A todos os **PACIENTES** que participaram desta pesquisa, possibilitando a busca contínua por uma melhor assistência.*

*À enfermeira **MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO** por toda sua contribuição na realização de todas as fases deste estudo, seus ensinamentos, atenção e dedicação sempre dispensados.*

*Ao enfermeiro **ENÉAS FERREIRA** sempre solícito e presente durante a realização deste estudo.*

*À auxiliar de enfermagem **MARLI** pela sua grande ajuda durante minha coleta de dados, pelos ensinamentos e pelo incentivo sempre.*

*À funcionária **CIDINHA** pela sua ajuda durante este estudo.*

*A todos os **INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM** da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas pela ajuda sempre dispensada para realização deste trabalho.*

*Aos integrantes do Comitê de Juízes **ADRIANA GONÇALVES** e **DANIELA GROTTI**.*

*Às **SECRETÁRIAS** da Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada pela atenção.*

*À **ANA LUISA** pela ajuda com a revisão bibliográfica deste trabalho.*

*À **VELMARA** pela ajuda na formatação desta pesquisa.*

*Ao meu tio **EDVALDO** pelas palavras de conforto nos momentos difíceis.*

"O único homem que está isento de erros, é aquele que não arrisca acertar."

(Albert Einstein)

RESUMO

ASSUNÇÃO F. F. O. ***Body Image Quality of Life Inventory- BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras***. 2011. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI) é um instrumento composto por 19 itens e avalia o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da vida: emoções, convívio social, alimentação, sexualidade, bem-estar emocional, exercícios, relacionamentos entre amigos, família e trabalho/escola. Originalmente proposto no idioma inglês, esse instrumento apresenta uma escala bipolar de resposta com sete opções. Os objetivos deste estudo metodológico foram adaptar o BIQLI para o português-Brasil e avaliar confiabilidade e validade da versão adaptada do instrumento, em uma amostra de pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras. O processo de adaptação seguiu as seguintes etapas: tradução do BIQLI para o português por dois tradutores, obtenção da versão consensual em português, avaliação pelo Comitê de Juízes para análise das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural, *back-translation* por dois tradutores americanos, obtenção da versão consensual em inglês, comparação da versão consensual em inglês com a versão original do BIQLI, envio da versão consensual em inglês a um dos autores do instrumento original, análise semântica dos itens e pré-teste da versão adaptada do BIQLI em pacientes brasileiros que sofreram queimaduras. A validade de construto foi avaliada pelo teste de correlação de Pearson entre os resultados obtidos pela aplicação do BIQLI e os resultados da avaliação de construtos correlatos - autoestima (com aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg) e qualidade de vida (com a aplicação da *Burns Specific Health Scale- Revised*). Para verificar o número de componentes do BIQLI e visando à comparação com outros estudos, foram realizadas a análise dos componentes principais e o teste para comparação de grupos distintos. A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna de seus itens (Alfa de Cronbach). O nível de significância adotado foi de 0,05. Participaram da etapa de validação 77 pacientes, com idades entre 18 e 62 anos, em atendimento no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A média dos valores obtidos para cada um dos 19 itens do BIQLI foi de 0,62 (Desvio-padrão - D.P. = 1,1) e para o escore total do BIQLI foi de 11,8 (D.P. = 20,9). Com relação à validade de construto, obtiveram-se correlações moderadas entre as medidas de imagem corporal e autoestima ($r= 0,30$ e $p= 0,008$) e correlações moderadas entre as medidas de imagem corporal e as obtidas nos domínios afeto e imagem corporal ($r= 0,45$ e $p= 0,000$) e relações interpessoais ($r= 0,33$ e $p= 0,003$) da BSHS-R. Com relação à confiabilidade, obtivemos um alto valor para a consistência interna da versão adaptada do BIQLI (Alfa = 0,90). A análise fatorial realizada com um único fator previamente determinado explicou 37,30% da variância de resposta, de forma que a menor carga encontrada foi 0,395. Concluímos que a versão adaptada do BIQLI atendeu aos critérios de validade e confiabilidade, mantendo as propriedades da versão original.

Palavras Chave: Queimaduras, Imagem Corporal, Validação

ABSTRACT

ASSUNÇÃO F. F. O. ***Body Image Quality of Life Inventory- BIQLI: Adaptation to Portuguese and validation for Brazilian burn-victim patients.***

Dissertation (Masters) –Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI) is an instrument composed of 19 items and assesses the negative or positive body-image impact over a few aspects of life: emotions, social life, diet, sexuality, emotional well-being, exercise, relationship with friends, family and work/school. Originally proposed in the English language, this instrument presents a bipolar response scale with seven options. The objective of this methodological study was to adapt the BIQLI to Brazilian Portuguese and assess the reliability and validity of the instrument's adapted version, in a sample of Brazilian patients victims of burns. The adaptation process followed the following steps: translation of the BIQLI into Portuguese by two translators, obtainment of the consensual Portuguese version, assessment by the Judging Committee to analyze the semantic, idiomatic, conceptual and cultural equivalence, back-translation by two American translators, obtainment of the consensual English version, comparison of the consensual English version with the original BIQLI version, forwarding of the consensual English version to one of the authors of the original instrument, semantic analysis of the adapted BIQLI version items and pre-testing on Brazilian patients that suffered burns. The validity of the construct was assessed through the Pearson correlation test between the results obtained through applying the BIQLI and the results of the correlate construct assessments – self-esteem (applying the Rosenberg Self-Esteem Scale) and quality of life (applying the Burns Specific Health Scale- Revised). To check the number of components in the BIQLI and aiming at the comparison to other studies, the main components were analyzed and the test to compare different groups was performed. The reliability was assessed through the internal consistency of its items (Cronbach Alpha). The significance level adopted was of 0.05. Seventy-seven patients, aged between 18 and 62 being treated at the outpatient clinic of the Ribeirão Preto Medical School Clinical Hospital Burn Unit participated in the validation phase. The mean of the values obtained for each one of the 19 items in the BIQLI was of 0.62 (Standard Deviation - S.D. = 1.,1) and for the total BIQLI score 11.8 (S.D. = 20.9). With regards to the construct validity, moderate correlations were obtained between the body-image and self-esteem measurements ($r = 0.30$ and $p = 0.008$) and moderate correlations between the body-image measurements and those obtained from the affection and body-image ($r = 0.45$ and $p = 0.000$) and interpersonal-relations ($r = 0.33$ and $p = 0.003$) domains of the BSHS-R. As to the reliability, we obtained a high value for the internal consistency of the adapted BIQLI version (Alpha = 0.90). The factorial analysis performed with a single predetermined factor explained 37.30% of the response variance, in such a way that the lowest load found was of 0.395. We concluded that the adapted BIQLI version met the validity and reliability criteria, maintaining the properties of the original version.

Keywords: Burns, Body Image, Validation

RESUMEN

ASSUNÇÃO F. F. O. ***Body Image Quality of Life Inventory- BIQLI: Adaptación para el portugués y validación para pacientes brasileños, víctimas de quemaduras.*** Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2011.

El *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI) es un instrumento formado por 19 ítems y evalúa el impacto positivo o negativo de la imagen corporal sobre algunos aspectos de la vida: emociones, convivencia social, alimentación, sexualidad, bienestar emocional, ejercicios, relacionamientos entre amigos, familia y trabajo/escuela. Fue originalmente propuesto en inglés y presenta una escala bipolar con siete opciones de respuesta. Los objetivos de este estudio metodológico fueron adaptar el BIQLI para el portugués de Brasil y evaluar la confiabilidad y validez de la versión adaptada del instrumento, en una muestra de pacientes brasileños, víctimas de quemaduras. El proceso de adaptación siguió las siguientes etapas: traducción de la BIQLI para el portugués por dos traductores, obtención del consenso de la versión en portugués, evaluación por un Comité de Jueces para el análisis de las equivalencias semántica, idiomática, conceptual y cultural, *back-translation* por dos traductores americanos, obtención del consenso de la versión en inglés, comparación del consenso de la versión en inglés con la versión original del BIQLI, envío de la versión del consenso en inglés a uno de los autores del instrumento original, análisis semántica de los ítems y pre-test de la versión adaptada del BIQLI en pacientes brasileños que sufrieron quemaduras. La validez de constructo fue evaluada por medio del test de correlación de Pearson entre los resultados de la aplicación de la BIQLI y los resultados de la evaluación de constructos relacionados - autoestima (con aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg) y calidad de vida (con la aplicación de la *Burns Specific Health Scale-Revised*). Para verificar el número de componentes de la BIQLI y con el objetivo de comparar con otros estudios, fue realizado el análisis de componentes principales y el test para la comparación de grupos distintos. La confiabilidad fue evaluada por medio de la consistencia interna de los ítems (Alfa de Cronbach). El nivel de significancia adoptado fue de 0.05. Participaron en la fase de validación 77 pacientes, con edad entre 18 y 62 años, que recibían atención ambulatoria en la Unidad de Quemados del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo. La media de los valores obtenido para cada uno de los 19 ítems del BIQLI fue de 0.62 (Desvío-Standard – DS=1.1) y para el valor total del BIQLI fue de 11.8 (DS=20.9). Con relación a la validez de constructo, se obtuvo correlaciones moderadas entre las medidas de imagen corporal y autoestima ($r=0.30$ y $p=0.008$) y correlaciones moderadas entre las medidas de imagen corporal y las obtenidas en los dominios afecto e imagen corporal ($r=0.45$ y $p=0.000$) y relaciones interpersonales ($r=0.33$ y $p=0.003$) de la BSHS-R. Con relación a la confiabilidad, se obtuvo un valor alto para la consistencia interna de la versión adaptada del BIQLI (Alfa = 0.90). El análisis factorial realizado con un único factor previamente determinado explicó 37.30% de la varianza de la respuesta, de forma que la menor carga encontrada fue de 0.395. Concluimos que la versión adaptada del BIQLI atendió a los criterios de validez y confiabilidad, manteniendo las propiedades de la versión original.

Descriptores: Quemadura, La Imagen Corporal, Validación,

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas dos 77 participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	58
Tabela 2-	Estatística descritiva das variáveis clínicas dos 77 participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2010- 2011.....	59
Tabela 3-	Análise descritiva da versão adaptada do BIQLI* (total e itens) para a amostra estudada (n=77). Ribeirão Preto, 2010-2011.....	60
Tabela 4-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do BIQLI versão adaptada para a amostra estudada (n=77). Ribeirão Preto, 2010-2011.....	61
Tabela 5-	Coeficiente de correlação item-total*, alfa total dos itens do BIQLI versão adaptada e alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	63
Tabela 6-	Estatística descritiva e confiabilidade da EAER e BSHS-Revisada e das subescalas da BSHS-Revisada (n=77), Ribeirão Preto 2010-2011.....	65
Tabela 7-	Correlações entre as medidas obtidas pelo BIQLI versão adaptada, Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER) e os domínios da BSHS-Revised. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	66
Tabela 8-	Médias dos valores totais do BIQLI versão adaptada, segundo grupos distintos. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	67
Tabela9-	Correlações entre as medidas obtidas pelo BIQLI versão adaptada, Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER) e os domínios da BSHS-Revised, segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	68

Tabela 10-	Matrix de rotação Varimax da versão adaptada do BIQLI para a amostra estudada (n=77), sem determinação prévia do número de componentes. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	69
Tabela 11-	Matrix de rotação Varimax da versão adaptada do BIQLI para a amostra estudada (n=77), com a determinação prévia de um único componente. Ribeirão Preto, 2010-2011.....	70

LISTA DE SIGLAS

BSHS	<i>Burn Specific Health Scale</i>
BSHS-R	<i>Burn Specific Health Scale Revised</i>
EAER	Escala de Auto-Estima de Rosenberg
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCRP-UE	Hospital das Clínicas Ribeirão Preto – Unidade de Emergência
SF-36	<i>36-Item Short Form Health Survey</i>
VP1	Versão Português – 1
VP2	Versão Português – 2
VCP1	Versão Consensual Português – 1
VCP2	Versão Consensual Português - 2
VCP3	Versão Consensual Português – 3
VI -2	Versão Inglês 2
VCFI	Versão Consensual Final – 1
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
VI -1	Versão Inglês 1
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. Imagem corporal.....	21
1.2. Autoestima.....	25
1.3. Qualidade de vida.....	27
2. OBJETIVOS.....	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
3.1. Processo de adaptação de um instrumento.....	34
3.2. Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado.....	37
4. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	40
4.1. Permissão dos autores para a tradução e uso do instrumento e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	41
4.2. Adaptação do BIQLI para o idioma português.....	41
4.2.1. Tradução da versão original do BIQLI para o idioma português.....	43
4.2.2. Obtenção do primeiro consenso das versões do BIQLI em português.	43
4.2.3. Avaliação das versões em português do BIQLI pelo Comitê de Juízes.....	44
4.2.4. <i>Back-Translation</i> do BIQLI – versão consensual em português.....	45
4.2.5. Obtenção da versão do consensual do BIQLI em inglês.....	45
4.2.6. Comparação da versão original do BIQLI com a versão consensual em inglês	45
4.2.7. Envio da versão final do BIQLI ao autor da versão original do instrumento	46
4.2.8. Avaliação semântica dos itens da versão final do BIQLI	46
4.2.9. Pré-teste da versão final do BIQLI.....	47
4.3. Avaliação das propriedades psicométricas do BIQLI – versão adaptada para o português.....	47

5. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	49
5.1. Local do estudo.....	50
5.2. População.....	50
5.3. Instrumentos de medida.....	50
5.4. Procedimentos para coleta de dados	52
5.5. Tratamento dos dados e análise estatística.....	52
 6. RESULTADOS.....	 54
6.1. Adaptação do BIQLI para o português.....	55
6.2. Obtenção da versão consensual em inglês.....	56
6.3. Análise semântica dos itens.....	57
6.4. Pré-teste.....	57
6.5. Caracterização dos participantes - dados sociodemográficos.....	57
6.6. Avaliação das propriedades psicométricas da versão adaptada para o português do <i>Body Image Quality of Life Inventory</i> – BIQLI.....	60
6.6.1. Análise descritiva do BIQLI versão adaptada para o português para pacientes queimados brasileiros.....	60
6.6.2. Análise da confiabilidade do BIQLI versão adaptada para o português na amostra de pacientes queimados brasileiros.....	62
6.6.3. Análise da validade do BIQLI versão adaptada na amostra de pacientes queimados brasileiros.....	64
 7. DISCUSSÃO.....	 72
 8. CONCLUSÕES.....	 78
 9. COSIDERAÇÕES FINAIS.....	 80
 REFERÊNCIAS.....	 82
 APÊNDICES.....	 96
 ANEXOS.....	 115

1- INTRODUÇÃO

A queimadura é um dos traumas mais terríveis, pois em poucos instantes pode provocar uma mudança brusca e radical em vários aspectos na vida de um indivíduo. Uma pessoa que sofre uma queimadura grave passa a conviver em instantes com a luta pela sobrevivência, com a dor e com mudanças na aparência de seu corpo que são percebidas ao longo do tratamento (ARTZ; MONCRIEF; PRUITT, 1980). Após a alta hospitalar, frequentemente, esses indivíduos com alterações na aparência e na função de partes do corpo passam a sofrer o impacto que essas mudanças têm ao contato com as outras pessoas no convívio social (BERGAMASCO et al., 2002).

Várias reações de pessoas que sofreram queimaduras têm sido descritas na literatura. Problemas emocionais, psicológicos, psicossociais e a importância do apoio profissional para a recuperação, após a queimadura, foram investigados por diferentes autores que identificaram como manifestação frequente o transtorno de estresse pós-traumático (BRIANT, 1996; LAPORTE; LEONARDI, 2010; MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2010).

Outros estudos têm mostrado que pacientes que sofreram queimaduras em grande extensão de superfície corporal queimada apresentam com frequência, ansiedade e depressão (WILLIAMS; GRIFFITHS, 1991; FRANULIC et al., 1996; TEDSTONE; TARRIER, 1997; WIECHMAN et al., 2001; MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2010). Autores afirmaram, ainda, que os problemas emocionais após queimaduras são mais frequentes em mulheres (KLEVE; ROBINSON, 1999).

Bergamasco et al. (2002), em estudo que utilizou a técnica de incidente crítico no processo de coleta e análise de dados, identificaram que pacientes queimados percebem as mudanças em seu corpo quando encontram as pessoas no convívio social. Os pacientes estudados relataram sentimentos de medo e revolta. Esses autores, assim como Edhe et al. (1999), reforçaram a importância do reconhecimento dos distúrbios da imagem corporal desses pacientes pela equipe multiprofissional, para assim implementar intervenções para um melhor tratamento.

Assim, alguns dos problemas enfrentados por esses pacientes são apontados na literatura como, por exemplo, alterações na imagem corporal, qualidade de vida, convívio no trabalho (BOWDEN et al., 1980). Outros problemas são a baixa autoestima e a depressão que podem ser minimizados com o apoio familiar e de amigos (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989).

Em situações nas quais as cicatrizes são visíveis aos olhos das outras

pessoas, provocando situações constrangedoras, a autoestima também é afetada (RUMSEY; HARCOURT, 2004; LAWRENCE et al., 2004; SILVA; SILVA, 2004).

Em uma revisão bibliográfica para identificação de instrumentos que têm sido utilizados para avaliação da imagem corporal validados no Brasil nos últimos 15 anos, 46 formas de avaliação da imagem corporal foram identificadas e separadas em seis grupos: questionários, escalas, silhuetas, entrevistas, desenhos e variáveis antropométricas. Das 46 formas de avaliação, apenas uma foi identificada para avaliação da imagem corporal do paciente queimado, a BSHS-R. Entretanto, essa escala tem o objetivo de avaliar qualidade de vida relacionada à saúde do paciente queimado, e dos seus seis domínios, apenas um avalia imagem corporal (MORGADO et al., 2009).

Ressalta-se aqui a escassez de instrumentos de medida para a avaliação da imagem corporal em adultos que possam ser aplicados em diversas populações no Brasil, pois a maioria dos instrumentos que avaliam imagem corporal adaptados para o português são específicos para transtornos alimentares e/ou obesidade, por exemplo: Questionário de Autopercepção do participante sobre seu peso (VEGGI, 2004), *Eating Behaviors and Body Image Test* (GALINDO; CARVALHO, 2007), *Body Shape Questionnaire* (CORDÁS, 1999), Subescala de Insatisfação com a Imagem Corporal do EBBIT (GALINDO, 2005), *Body Dissatisfaction Scale* (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002), *Body Image Scale* (BRANDÃO et al., 2004); ou são específicos para crianças/adolescentes, como por exemplo, o Teste de Imagem Corporal para Pré-Adolescentes (GALINDO, 2005) e Questionário em Adolescentes Grávidas (OLIVEIRA, 1999). Esses instrumentos são apresentados entre outros no estudo de Morgado et al. (2009).

O BIQLI é um instrumento desenvolvido por Cash e Fleming (2002) e validado por Cash, Jakatdar e Williams (2004) que possibilita avaliar o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da qualidade de vida. Considerando-se que o BIQLI tem como proposta avaliar o impacto da imagem corporal sobre alguns aspectos da qualidade de vida como emoções, convívio social, alimentação, sexualidade, bem-estar emocional, exercícios, relacionamentos entre amigos, família e trabalho/escola (CASH; FLEMING, 2002) e que não há instrumentos com proposta semelhante, validados para a população brasileira, este estudo tem como proposta disponibilizar este instrumento para uma população de pacientes queimados brasileiros.

1.1 Imagem corporal

Imagem corporal é a figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. É o conjunto de sensações sinestésicas construídas pelos sentidos (audição, visão, tato, paladar), oriundas de experiências vivenciadas pelo indivíduo, por meio do qual ele cria um referencial do seu corpo, para si mesmo e para os outros, sobre o objeto elaborado (PRICE, 1990). O conceito de imagem corporal envolve três componentes: perceptivo que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, incluindo a estimativa do tamanho corporal e do peso; subjetivo que envolve aspectos como satisfação com a aparência, nível de preocupação e ansiedade a ela associada; e comportamental que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal (THOMPSON, 1996). Cash e Fleming (2002) relatam que o construto imagem corporal é multidimensional e baseia-se em dois construtos o perceptivo e o atitudinal. O primeiro refere-se à satisfação ou insatisfação com a aparência, o que inclui crenças e emoções (perceptivo), e o segundo refere-se à importância cognitiva e comportamental sobre a aparência (atitudinal).

Os meios de comunicação encarregam-se de criar desejos e reforçar imagens padronizando nossos corpos. Quando o nosso corpo não corresponde às medidas impostas pela sociedade, os indivíduos podem se sentir cobrados e insatisfeitos e, muitas vezes, empreendem uma incansável busca pela aparência perfeita, tornando claros os extremos entre o feio e o belo. Sinais esses que desde crianças aprende-se a diferenciar, levando a um aumento no consumo de bens e serviços ligados ao corpo. Assim, na atualidade, há a idéia de que um corpo com formas bonitas, saudável, magro e jovem sinaliza sucesso e felicidade (PRICE, 1990). Nessa perspectiva, a imagem corporal é definida como sendo "como nós sentimos e pensamos sobre o nosso corpo e nossa aparência corporal". Certos sentimentos e atitudes não são nem simplistas e nem estáticas, eles convivem coletivamente para formar um "conceito de corpo" que são fundamentais para uma vida social adequada (PRICE, 1990).

Alguns autores consideram a imagem corporal do ponto de vista psicanalítico, ou seja, a imagem corporal é uma "representação internalizada e

apreendida do corpo". Pode estar associada a sentimentos de orgulho, culpa e desgosto; é o modo pelo qual nós percebemos e sentimos o nosso corpo (a realidade do corpo). Essa percepção é afetada por fatores naturais, pela educação, pelo modo como o corpo responde ao nosso comando (a representação do corpo), ou seja, como mostramos a aparência do corpo e inclui um padrão interno pelo qual os dois aspectos anteriores são julgados (o ideal de corpo que se exprime em como pensamos que o nosso corpo deveria ser). Aspecto esse que é constantemente alterado pelas diversas influências como, por exemplo, meios de comunicação (televisão) e como as pessoas reagem à nossa imagem corporal (PRICE, 1990).

Segundo Cash e Pruzinsky (2002), a imagem corporal tem sido vista como um construto fundamental para o entendimento do ser humano, pois tem um papel fundamental, influenciando fortemente nossa qualidade de vida. Desde cedo, na infância, a imagem corporal afeta nossas emoções, pensamentos, comportamentos e ainda nossas relações mais íntimas, ou seja, aquelas que não são expostas às outras pessoas. Nessa perspectiva, a imagem corporal é um fenômeno multidimensional, muito mais complexo do que a forma como foi descrito por Schilder (1999), ou seja, como a forma como nosso próprio corpo aparece em nossa mente. Para esses autores, alguns itens fundamentais para a compreensão da imagem corporal incluem satisfação com o peso, percepção do corpo, satisfação com a aparência, autoestima, esquema corporal, distorção da imagem corporal e avaliação da aparência (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Cash e Pruzinsky (2002) descreveram o desenvolvimento da imagem corporal em todas as fases da vida, infância, adolescência e idade adulta. A cada fase, os indivíduos sofrem influências culturais dos meios de comunicação, da família e dos relacionamentos com outras pessoas. Todo esse contexto e, também, os aspectos relacionados ao gênero, à orientação sexual e às características físicas que incluem adiposidade, musculatura e alterações congênitas desfigurantes são essenciais para o desenvolvimento da imagem corporal, seja ela normal ou prejudicada. Esses autores, também, estudaram aspectos relacionados à imagem corporal negativa, que influenciam diretamente as relações sociais do indivíduo e discutiram as dificuldades relacionadas ao descontentamento com a imagem corporal, incluindo distúrbios mais graves como a anorexia e a bulimia (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Em diversas áreas da medicina podem ser identificados problemas que

levam a mudanças na aparência ou no funcionamento do corpo humano, que podem afetar fortemente a imagem corporal e a qualidade de vida do indivíduo (CASH; PRUZINSKY, 2002). Fatores físicos relacionados à aquisição de uma deformidade também podem influenciar a imagem corporal. A adaptação para uma cirurgia reparadora, por exemplo, inclui a causa da deformidade, localização e grau de comprometimento. A localização da deformidade influencia em grande parte a imagem corporal do indivíduo, pois as lesões podem ser visíveis ou não aos olhos das outras pessoas (BIORDI, 2009).

Para Cash e Pruzinsky (2002), pode parecer mais fácil conviver com sequelas que são naturalmente não visíveis; entretanto, para outros autores, como Rumsey e Harcourt (2004), alguns pacientes que possuem cicatrizes, em áreas não naturalmente expostas, relatam ansiedade ou vergonha diante da possibilidade de expor suas sequelas, pois as mudanças da imagem corporal são notadas por eles próprios, apesar de não visíveis aos olhos dos outros. O mesmo acontece com as pessoas que são frequentemente julgadas superficialmente, somente pela aparência, o que afeta o comportamento e a atitude dos indivíduos.

A imagem corporal negativa (insatisfação com a imagem corporal ou excesso de preocupação com a aparência) pode levar a consequências psicossociais que podem ser manifestadas como transtornos alimentares, ansiedade, depressão e baixa autoestima, fatores esses que influenciam as emoções do dia a dia e o bem-estar social (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004).

A imagem do corpo é uma imagem conceitual e envolve atitudes, habilidades e emissão do poder físico, como também noções sobre masculinidade e feminilidade. Doenças que afetam a estrutura do corpo afetam a aparência e, conseqüentemente, podem levar as pessoas a terem reações que são influenciadas pelo tipo de tratamento, atitudes da família e da sociedade (cultura) (SAPOUNTZI-KREPIA et al., 2001).

A imagem corporal de pessoas que sofrem queimaduras tem sido estudada por meio de estudos quantitativos e qualitativos. Os estudos quantitativos foram conduzidos por meio da aplicação de instrumentos que avaliam a imagem corporal. Cinco instrumentos foram identificados, são eles: *Satisfaction With Appearance Scale* (SWAP), um instrumento específico de avaliação da imagem corporal do paciente queimado que foi desenvolvido por Lawrence et al. (1998); *Burns Specific Health Scale* (BSHS), proposta por Blades, Jones e Munster, em 1979, que avalia

qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes queimados e um de seus domínios avalia imagem corporal; *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ-IA), proposto por Cash e Pruzinsky (2000), que tem o objetivo de avaliar aspectos comportamentais, afetivos e cognitivos da imagem corporal; *Importance of Appearance Scale* (IAS), desenvolvida por Mendelson, Mendelson e Andrews (2000), que avalia a importância atribuída à aparência física; *Body Esteem Scale for Adolescents and Adults* (BES), desenvolvida por Mendelson, Mendelson e White (2001), que avalia satisfação com a aparência e autoestima. As escalas MBSRQ-IA, IAS e BES não são específicas para pacientes queimados.

Em estudo longitudinal com homens e mulheres, aplicando-se a SWAP para avaliação da imagem corporal, concluiu-se que pessoas com queimaduras graves e de face apresentaram maior insatisfação com a imagem corporal (FAUERBACH et al., 1999).

Um outro estudo, em que o objetivo foi avaliar a imagem corporal no paciente queimado com a aplicação da SWAP e também avaliar a QVRS por meio do SF-36, mostra que os pacientes que apresentaram maior insatisfação com a imagem corporal apresentaram pior qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente nos domínios físico e mental do SF-36, em um período de dois meses após a queimadura (FAUERBACH et al., 2000).

O mesmo período de dois meses foi investigado em pacientes queimados em estudo prospectivo e longitudinal, com o objetivo de avaliar, não somente a imagem corporal por meio da aplicação da SWAP, mas, também, as estratégias de enfrentamento focadas na angústia (emoção) frente às mudanças na aparência, aplicando-se o questionário *COPE Inventory* desenvolvido por Carver, Scheier e Weintraub (1989) que avalia estratégias de enfrentamento focado nas emoções. Os autores concluíram que os pacientes que utilizaram com muita frequência estratégias de enfrentamento, como distração e negação, apresentaram maior insatisfação com a imagem corporal e maior percepção de pior impacto social frente às cicatrizes em um período de dois meses, após a alta (FAUERBACH et al., 2002).

A superfície corporal queimada (SCQ), sexo e a importância atribuída à aparência física, também, afetam a avaliação da imagem corporal. Estudo mostrou que quanto maior a SCQ e maior importância atribuída à aparência para essas pessoas, maior a insatisfação com a imagem corporal, principalmente, entre as mulheres (THOMBS et al., 2008).

A gravidade e a visibilidade das cicatrizes da queimadura estão relacionadas a comportamentos confusos, maior percepção de hostilidade, baixa autoestima e insatisfação com a imagem corporal (LAWRENCE et al., 2004).

Em estudo conduzido em pacientes queimados com os objetivos de avaliar a gravidade das cicatrizes, com uma escala de classificação tipo Likert de seis pontos, a autoestima, utilizando a BES e a importância da aparência, com a aplicação da IAS, os resultados mostram que as mulheres que atribuíram forte importância à aparência e apresentaram cicatrizes que mudaram a aparência apresentaram baixa autoestima (LAWRENCE; FAUERBACH; THOMBS, 2006).

Já estudo qualitativo que buscou a compreensão do significado da imagem corporal em pacientes queimados recorreu à abordagem fenomenológica. Nessa investigação, descrições sobre uma nova imagem, um corpo desconhecido, inseguranças e dificuldade de reintegração na sociedade foram relatados em estudo conduzido por Moi, Vindenes e Gjengedal (2008).

Métodos qualitativos e quantitativos foram aplicados conjuntamente em recente pesquisa com pacientes queimados. A partir de uma abordagem etnográfica e por meio da aplicação da *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R), os pesquisadores encontraram convergências e divergências em seus resultados, uma vez que poucos aspectos negativos relacionados à imagem corporal foram evidenciados na análise quantitativa e por lado, declarações de desconforto com a aparência das cicatrizes no convívio social, bem como a preocupação em escondê-las, foram reportadas utilizando-se o método etnográfico (COSTA et al., 2010).

Uma pessoa com alteração da imagem corporal, como o paciente queimado, pode apresentar sentimentos negativos que afetam a autoestima (SILVA; SILVA, 2002), por essa razão, consideramos importante abordar este aspecto, a seguir.

1.2 Autoestima

Para Rosenberg (1965), autoestima é a totalidade de pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre si próprio. O apreço e a consideração que uma pessoa tem de si mesmo, o quanto se gosta, como se vê e o que pensa sobre si

próprio.

Vaz Serra (1986) considera que autoestima é a faceta mais importante do autoconceito; encontra-se associada aos aspectos avaliativos que o sujeito elabora ao seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. Para Gobitta e Guzzo (2002), autoestima e autoconceito são construtos teóricos muito semelhantes. Embora esses conceitos sejam importantes, principalmente em estudos psicológicos que investigam personalidade, a literatura revela uma confusão conceitual sobre a definição de ambos, o que pode levar à confusão na avaliação dos dois construtos.

Pelham e Swann (1989) enfatizam a importância dos fatores cognitivos e afetivos da autoestima. Consideram que a sua organização é complexa e multideterminada e identificaram três componentes na autoestima global: a tendência para experimentar estados afetivos positivos e negativos; as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades e a forma como as pessoas “interiorizam” a autoimagem, ou seja, a convicção sobre a importância relativa da “autoimagem” positiva de si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre a “autoimagem” real e a ideal de si próprios.

A autoestima está fortemente associada com outros aspectos da personalidade, relacionada à saúde mental ou bem-estar psicológico. Sua carência se relaciona com fenômenos mentais negativos como depressão e suicídio (MRUCK, 1998).

Em psicologia, autoestima inclui a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau (SEDIKIDES; GREGG, 2003). O comprometimento estético do paciente queimado pode desencadear sentimentos negativos, afetando a autoestima e desencadeando sentimentos de inferioridade complexos e de insegurança (SILVA; SILVA, 2002).

A autoestima de pacientes queimados foi avaliada aplicando-se uma escala desenvolvida por Dela Coleta e Dela Coleta (1996), em estudo descritivo exploratório correlacional. Os resultados mostraram que mulheres comprometidas por queimaduras nos membros superiores e tórax apresentaram baixa autoestima, porém, valores altos de autoestima foram encontrados na maioria dos participantes (SILVA; SILVA, 2002). Outro estudo conduzido em pacientes queimados pelos mesmos autores, também, utilizou a escala de Dela Coleta, com o objetivo de avaliar o grau de autoestima e, ainda, o comportamento não verbal dessa população. Os

sinais não verbais mais frequentes foram olhar e meneio de cabeça, e o sentimento demonstrado mais frequente foi tristeza/decepção, os resultados para autoestima não diferiram do estudo acima relatado (SILVA; SILVA, 2004).

Revisão integrativa da literatura (CANTARELLI et al., 2010) mostrou que os instrumentos mais utilizados para avaliação da autoestima no paciente queimado foram o *Coopersmith Self-Esteem Inventory* (CSEI), validado por Watkins e Astilla (1980), *Body Esteem Scale* (BES), *Self Esteem Inventory* (SEI) desenvolvido por Coopersmith (1989) e *Rosenberg Self-esteem Scale* (RSES), desenvolvida por Rosenberg (1965).

A mídia e a cultura influenciam as pessoas a adquirirem conceitos entre o belo e o feio, o normal e o diferente. O mesmo acontece com a definição do que é ter uma boa ou má qualidade de vida e como é possível ter uma vida de qualidade e conviver com as sequelas de um trauma, o que acontece nas queimaduras. O impacto das alterações na imagem corporal na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes queimados tem sido frequentemente investigado. Considerando que o BIQLI tem como proposta avaliar como a imagem corporal afeta vários aspectos relacionados à qualidade de vida, este tópico será discutido a seguir.

1.3 Qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL- GROUP, 1998).

Segundo Wilson e Cleary (1995), os conceitos de qualidade de vida relacionados à saúde (QVRS), estado de saúde (*health status*) e *status* funcional (*functional status*), frequentemente não são claramente diferenciáveis. Esses conceitos são vistos como distintos por alguns pesquisadores como Smith, Avis e Assmann, (1999) e similares por outros (CORLESS; NICHOLAS; NOKES, 2001).

Há muitas controvérsias sobre o uso dos termos qualidade de vida e QVRS, sendo muitas vezes equivocadamente usados como sinônimos (SMITH; AVIS; ASSMANN, 1999; SEIDL; ZANNON, 2004). No presente estudo, por estarmos

tratando de qualidade de vida em indivíduos com uma condição específica de saúde, utilizaremos o termo QVRS.

Os instrumentos que avaliam QVRS podem ser classificados como genéricos ou específicos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Instrumento genérico se refere a questionários de base populacional sem especificar qualquer tipo de patologia, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, ao planejamento e à avaliação do sistema de saúde. Os instrumentos genéricos utilizados com grande frequência encontrados na literatura são: *Sickness Impact Profile* (SIP), desenvolvido por Carter et al. (1976), *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (MOS SF-36), desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992, utilizado amplamente no mundo, adaptado e validado para o português por Ciconelli (1997), *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) desenvolvido pelo WHOQOL GROUP, (1998), *Questionnaire of Quality of Life* (QLQ), proposto por Evans e Cope (1989), uma ferramenta multidimensional usada para examinar vários aspectos da vida diária. O Grupo Euroqol, em 1990, desenvolveu o questionário EQ-5D, padronizado como medida de desfecho em saúde, é aplicável a uma ampla gama de condições de saúde e tratamentos, fornecendo um perfil descritivo simples e um valor de índice único para o estado de saúde. É proposto para avaliar cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades, dor/desconforto e ansiedade/depressão (RABIN; CHARRO, 2001).

Já um instrumento específico, refere-se a situações relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, condições ou intervenções médicas que podem ser representadas por doenças específicas como: câncer, diabetes, artrite, entre outras (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Como exemplo de instrumentos específicos, podemos citar: o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) proposto por Mazharinia, Aghaei e Shayan (2007), com dez itens direcionados a perguntas sobre a pele do indivíduo; a *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R), versão modificada por Blalock, Bunker e De Vellis, (1994), da versão original *Burn Specific Health Scale* (BSHS) desenvolvida por Blades, Jones e Munster em 1979. A versão revisada da BSHS-R apresenta 31 itens, agrupados em seis subescalas: habilidade para funções simples, sensibilidade da pele ao calor, trabalho, afeto e imagem corporal, relações interpessoais e tratamento e foi adaptada para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras, por Ferreira et al. (2008).

Cromes et al. (2002) utilizaram a BSHS para avaliar a QVRS de pacientes, vítimas de queimaduras, e concluíram que quanto menor o tempo de internação melhor a QVRS destes pacientes e é mais rápido seu retorno ao convívio social.

Druery, Brown e Muller (2005) utilizaram a BSHS versão abreviada e um questionário complementar sobre a Fisioterapia e Terapia Ocupacional, concluindo que pacientes queimados podem ter boa readaptação funcional e boa QVRS.

Com o objetivo de descrever a QVRS e identificar os índices clínicos e funcionais que predizem uma boa avaliação em pacientes que sofreram queimaduras, Anzarut et al. (2005) aplicaram o SF-36 e concluíram que os participantes apresentaram uma boa QVRS.

As queimaduras, dependendo da extensão e profundidade, podem levar a complicações estéticas e funcionais, como, por exemplo, as contraturas e o desfiguramento. Leblebici et al. (2006), aplicando o SF 36, para avaliar QVRS de pacientes queimados, identificaram que indivíduos com contraturas apresentaram valores mais baixos nos domínios; capacidade funcional, aspectos físicos e dor.

Rosenberg et al. (2006) aplicaram o *Quality of Life Questionnaire* (QLQ), em pacientes queimados, comparando idade, sexo, tempo de lesão e extensão da queimadura, e concluíram que os homens apresentaram melhor QVRS para quatro dos cinco domínios do questionário, sendo eles, bem-estar geral, relações interpessoais, lazer e atividades recreativas. Para as mulheres, apenas o domínio bem-estar apresentou melhor avaliação da QVRS.

A qualidade de vida dos pacientes, vítimas de queimaduras, deve ser investigada, pois pode estar afetada após o acidente. Limitações físicas e psíquicas após o trauma foram evidenciadas em homens e mulheres. Resultados da aplicação da BSHS-R, em estudo descritivo e transversal, mostraram baixos escores entre as vítimas de queimaduras, refletindo baixa qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com a pontuação do instrumento (JÚNIOR; VIEIRA; ALVES, 2010).

Estudo prospectivo observacional com o questionário EQ-5D, desenvolvido em 1990 pelo grupo Euroqol, concluiu que os pacientes com queimaduras graves (SCQ maior que 40%) apresentaram pior qualidade de vida, em virtude das sequelas funcionais e psicológicas deixadas pelo trauma (PAVONI et al., 2010).

Estudo conduzido em pacientes, vítimas de queimaduras, por meio da aplicação do questionário SF-36, concluiu que os domínios: aspecto físico, aspecto emocional e dor foram os mais comprometidos (SOUSA, 2008). Outro fator que

compromete a qualidade de vida relacionada à saúde desses pacientes é a incapacidade para trabalhar (COSTA et al., 2010).

A qualidade de vida foi investigada no momento da alta hospitalar e em um período de até três meses após a alta com o questionário *Sickness Impact Profile* (SIP). Esse instrumento avalia dimensões físicas e psicológicas sobre a qualidade de vida. Na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde após os três meses, foi observada melhora em ambas as dimensões quando comparadas aos resultados no momento da alta hospitalar. Ressalta-se que as mulheres apresentaram pior qualidade de vida relacionada à saúde quando comparadas aos homens (NOVELLI et al., 2009).

A escolha do BIQLI para ser adaptado para o português se justifica, por ser este um instrumento que busca avaliar o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da qualidade de vida (CASH; FLEMING, 2002). Trata-se de um instrumento genérico que poderá ser empregado em diversos grupos de pessoas atingidas por mudanças na aparência, independente da causa. Esse instrumento proporcionará um melhor conhecimento sobre o impacto da imagem corporal na vida das pessoas e, desta forma, poderá contribuir para o desenvolvimento de condutas e abordagens mais bem elaboradas, em busca de uma melhor reabilitação física e social.

2. OBJETIVOS

Geral

- Adaptar e validar o *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI) para ser aplicado em pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras;

Específicos

- Avaliar a validação de face e de conteúdo e realizar análise semântica da versão adaptada do BIQLI;
- Avaliar a validade de construto e a consistência interna da versão adaptada do BIQLI em uma amostra de pacientes brasileiros, vítimas de queimadura.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Processo de adaptação de um instrumento

Em 1978, Kleinman, Eisenberg e Good propuseram quatro opções para pesquisadores que pretendam aplicar um instrumento de medida em situações nas quais não se dispõem de um instrumento adaptado à cultura que se pretende estudar: 1- desenvolver uma nova medida própria para o seu contexto cultural, 2- promover o desenvolvimento de uma nova medida que possa ser adaptável a contextos diferentes, 3- fazer o uso de uma medida subjetiva, não relacionada diretamente a um instrumento de medida e que permita ao indivíduo definir os domínios importantes para sua própria avaliação e, 4- traduzir, adaptar e validar para seu idioma e cultura um instrumento já existente.

Para Chwalow (1995), Beaton et al. (2000) e Sperber (2004), a adaptação cultural de um instrumento tem como objetivo disponibilizar um instrumento de uma forma culturalmente relevante e compreensível, preservando todas as características da versão original.

As etapas percorridas, no processo de adaptação, são citadas por diversos autores, e cada uma apresenta uma ordem metodológica dos passos visando a reproduzir uma versão traduzida o mais próximo possível da versão original. Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem que, primeiramente, seja realizada a tradução do instrumento e, posteriormente, sua adaptação. Segundo esses autores, as etapas a serem percorridas para a adaptação de um instrumento são: a) *tradução*, que deverá ser realizada, de um idioma para outro, de forma literal e no seu contexto cultural, mantendo o mesmo significado de cada item entre os dois idiomas e a integridade da versão original. Recomenda-se que a tradução seja feita por, pelo menos, dois tradutores independentes e qualificados, preferencialmente, nativos do idioma no qual será adaptado o instrumento e que conheçam a finalidade do estudo. Terminada esta etapa, será obtida uma versão consensual entre os dois tradutores no idioma-alvo; b) *síntese das traduções*, o pesquisador e tradutores se reunirão para a realização da síntese das traduções iniciais, durante o processo o pesquisador responsável realizará um registro das justificativas das mudanças necessárias. O objetivo desta etapa será obter uma versão consensual entre as duas traduções; c) *retrotradução (back-translation)* que consiste em retrotraduzir o conteúdo da versão consensual obtida na tradução, para o idioma original,

realizando agora o caminho inverso. Dessa forma, serão obtidas duas versões, a original e a traduzida, ambas no mesmo idioma utilizado na elaboração do instrumento original, as quais devem ser comparadas. Nesse momento, serão discutidas as eventuais divergências entre a versão traduzida e a versão original entre o pesquisador e os tradutores (agora diferentes dos anteriores). Os autores aconselham que os tradutores sejam fluentes no idioma e nas palavras de origem não formal (coloquiais) do idioma de origem do instrumento, ou seja, o ideal é que os tradutores sejam nativos em relação ao idioma em que o instrumento foi desenvolvido. Assim, espera-se obter uma versão traduzida livre de divergências em relação à versão original, obtendo-se uma nova versão, agora no idioma-alvo como proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton, (1993); d) *revisão da tradução* que será realizada por um Comitê de Juízes, composto por pessoas preferencialmente bilíngues que poderão 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 do Comitê devem avaliar o questionário, suas instruções e verificar a escala de resposta. O objetivo desta etapa é garantir que o instrumento de pesquisa traduzido mantenha a replicabilidade da medida, incluindo ou até mesmo eliminando itens irrelevantes, impróprios ou ambíguos, adequando-os à população-alvo e evitando palavras coloquiais. Nesta etapa, será possível verificar as equivalências: semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as versões original e traduzida.

A equivalência semântica refere-se à equivalência das palavras nas duas versões, ao seu significado (BICE; KALIMO, 1971). A equivalência idiomática consiste em reportar o significado das palavras não formais, as coloquiais; devendo-se encontrar expressões semelhantes na cultura-alvo (BEATON et al., 2000). A equivalência cultural refere-se à consideração do contexto das palavras na versão original com vistas à cultura do idioma-alvo, podendo algum item ser substituído, na tentativa de compensar um item sem relevância na cultura-alvo, por um item significativo (BEATON et al., 2000). Finalmente, a equivalência conceitual traz a relação do conceito que está sendo investigado entre as culturas em questão (BICE; KALIMO, 1971). Nesta etapa, a versão original deverá ser apresentada a todos os membros do Comitê; e) *pré-teste* que consiste na aplicação do instrumento a uma amostra da população-alvo. Neste caso, considera-se necessário de 30 a 40 indivíduos da população-alvo como número ideal para o teste, com o objetivo de

garantir sua compreensibilidade, relevância cultural e clareza de todos os seus itens (BEATON et al., 2000).

Autores brasileiros, a exemplo de Ciconelli (1997) e Kimura (1999), realizaram adaptação de instrumentos seguindo as propostas de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

Outra forma de tradução de uma escala de um idioma para outro foi descrita por Chwalow (1995) que sugere duas fases, uma qualitativa e uma quantitativa. Na fase qualitativa, deverão ser realizadas; a) *tradução do instrumento*; b) *back-translation*; c) *comparação das versões traduzidas com a original*; d) *teste da versão* em uma amostra da população-alvo e discussão com os sujeitos sobre as suas percepções quanto aos itens (validade de face); e) *produção de uma nova versão com reteste*; f) *repetição dos dois últimos passos* até ser atingido um consenso e serem confirmadas as validades de face e de construto do instrumento. Em seguida, na fase quantitativa, a autora sugere que o instrumento seja aplicado em uma população de 250 indivíduos da população-alvo e 50 indivíduos da população “normal”. Nesta etapa, são realizados os cálculos do Alfa de Cronbach, análise fatorial e comparação dos resultados obtidos pelas versões traduzida e original. A autora não apresenta justificativa para o número de indivíduos.

Outra sequência para estas etapas é a proposta por Ferrer et al. (1996) e que tem sido utilizada por outros pesquisadores brasileiros (ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; DANTAS, 2007; FERREIRA et al., 2008).

A principal alteração na sequência proposta por esses autores é na ordem da retrotradução, realizada após a análise pelo Comitê de Juízes. Os autores sugerem que, antes da retrotradução, a primeira versão do instrumento no idioma-alvo deve ser submetida a uma avaliação por um Comitê de Juízes, composto por pessoas preferencialmente bilíngues que representem a população-alvo e especialistas nos conceitos a serem investigados.

Pasquali (1999), Medina (2007), Fegadolli (2008), Reis (2008), Deon (2009), Pelegrino (2009) e Santos (2010) sugerem também que antes de o instrumento ser utilizado, seja realizada uma análise semântica de cada um de seus itens, a qual tem o objetivo de verificar a compreensibilidade de todos os seus itens para todos os membros a que o estudo se destina. Esta etapa corresponde à última etapa da fase qualitativa descrita por Chwalow (1995). Nesta forma de análise, duas preocupações são relevantes: a primeira se destina a conhecer se os itens são

compreensíveis para o estrato mais baixo da população-alvo e, a segunda, se todos os itens estão claros para o estrato mais alto da população-alvo.

Explica-se que o estrato mais baixo é representado por pessoas da população-alvo que apresentam menor nível de habilidades cognitivas, e o estrato mais alto se destina àquelas pessoas da população-alvo que tenham maior habilidade ou maior nível de instrução. O grupo deverá ser composto por até quatro indivíduos, com as características anteriormente mencionadas, devendo ser apresentado item por item. Sugestões deverão ser avaliadas e, se possível, aceitas no intuito de melhorar a compreensibilidade de cada item do instrumento. O objetivo de todas estas etapas é garantir a compreensão de todos os itens do instrumento quando aplicado na população-alvo. Considera-se que a compreensão de cada item não deverá ser um complicador para as respostas dos indivíduos.

Em geral, podemos afirmar que todas essas propostas metodológicas para o processo de adaptação de instrumentos buscam garantir que a validade e a confiabilidade da versão adaptada se mantenham de acordo com a versão original. Neste estudo, foi utilizado, no processo de adaptação do BIQLI, o modelo proposto originalmente por Ferrer et al. (1996).

3.2 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado

A validade de um instrumento evidencia se o que está sendo medido é o que o pesquisador pretende medir. É definida como a capacidade de um instrumento medir o que se propõe. Poderá ser avaliada por meio da Validade de Face (percepção que as pessoas têm do que está sendo medido), Validade de Construto ou de Conceito (Convergente e Divergente ou Discriminante), Validade de Conteúdo (grau em que as medidas convergem em um mesmo ponto de medida) e Validade relacionada ao Critério (Concorrente e Validade Preditiva) (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 1999).

A Validade de Face se reporta à compreensão e aceitação do instrumento pelos próprios sujeitos. Algumas questões pertinentes seriam: O que os sujeitos pensam que a escala está medindo? Eles compreendem os itens? (CHWALLOW,

1995).

A Validade de Conteúdo confere a capacidade dos itens de representarem adequadamente todas as dimensões do conteúdo a que se destinam (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1984; STREINER; NORMAN, 1995).

A Validade de Critério é o grau no qual as medidas concordam com outras abordagens que medem a mesma característica. A Validade de Critério Preditiva envolve a avaliação de quanto as medidas do estudo são capazes de prever os resultados (FAYERS; MACHIN, 2007). Refere-se à capacidade da escala em predizer outras variáveis como, por exemplo: um nível pior de qualidade de vida é prognóstico de um índice de mortalidade precoce? (CHWALLOW, 1995). A Validade de Critério Concorrente envolve a avaliação da correlação da medida da escala com outras variáveis concorrentes como por exemplo: a qualidade de vida piora de acordo com a evolução da doença? (CHWALLOW, 1995).

A Validade de Construto examina a ligação teórica entre os itens, mais acessível para exploração de análises numéricas (FAYERS; MACHIN, 2007). A Validade de Construto Convergente refere-se à correlação significativa dos escores dos instrumentos com outros escores com as quais este deveria estar relacionado, isto é, correlacionando um instrumento com algum outro instrumento de medida que seja válido e confiável (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 1999). Uma alta correlação significa que ambos estão medindo construtos correlatos ou traços inversos (GUILLEMIN, 1995; FAYERS; MACHIN, 2007; MACEDO et al., 2010). A Validade de Construto Discriminante ou Divergente reconhece que as dimensões entre os instrumentos apresentam, comparativamente, baixas correlações (FAYERS; MACHIN, 2007).

A outra propriedade de medida é a confiabilidade, que está relacionada à capacidade de medir com precisão, consistência e estabilidade, ao longo do tempo, o atributo que se deseja medir; é o grau em que o instrumento produz os mesmos resultados, quando aplicado em diferentes ocasiões (duas vezes a uma mesma pessoa ou por diferentes avaliadores aplicando em tempo igual o mesmo instrumento a uma mesma pessoa) (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007). A confiabilidade do instrumento poderá ser avaliada pelo grau de consistência em que ele mede o atributo proposto, podendo seguir diferentes caminhos: teste-reteste (avaliando estabilidade), Alfa de Cronbach (avaliando consistência interna e equivalência), entre outras (POLIT; BECK;

HUNGLER, 2004; FAYERS; MACHIN, 2007).

Neste estudo, foram avaliadas as validades de face, de conteúdo, de construto convergente e a consistência interna do BIQLI versão adaptada.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo metodológico descritivo correlacional, visando à adaptação e validação do *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), para ser utilizado em pacientes brasileiros que sofreram queimaduras.

4.1 Permissão dos autores para a tradução e uso do instrumento e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

A permissão para a tradução do instrumento BIQLI foi solicitada ao Dr. Thomas Cash, um dos autores do instrumento, sendo concedida conforme documento (ANEXO A). O projeto foi aprovado em maio de 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) (ANEXO B).

4.2 Adaptação do BIQLI para o idioma português

O BIQLI avalia o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da qualidade de vida. Ainda não traduzido para o idioma português, o BIQLI foi eleito para o desenvolvimento desta pesquisa. Foi desenvolvido para quantificar o impacto da imagem corporal sobre alguns eventos da vida sobre os aspectos: emoções, convívio social, alimentação, sexualidade, bem-estar emocional, exercícios, relacionamentos entre amigos, família e trabalho/escola (CASH; FLEMING, 2002). É um instrumento original no idioma inglês, desenvolvido por Cash e Fleming (2002) (ANEXO C) e apresentado nesta pesquisa conforme autorização do autor (ANEXO D). Foi aplicado inicialmente em 116 mulheres estudantes universitárias que reportaram uma imagem corporal de forma mais positiva do que negativa.

A avaliação da estabilidade do instrumento foi verificada pelo teste-reteste do instrumento, reaplicado entre duas e três semanas, obtendo resultado de $\alpha = 0,79$ não havendo diferenças entre a primeira e a segunda aplicação, o que demonstrou estabilidade do instrumento. A análise da consistência interna do BIQLI foi verificada por meio do Alfa de Cronbach, obtendo-se valor total de 0,95 e entre 0,45 e 0,86 para os itens (CASH; FLEMING, 2002).

A validação do BIQLI foi realizada por Cash, Jakatdar e Williams (2004) em 603 estudantes (homens e mulheres). Os instrumentos utilizados para etapa de validação foram: *Body Image Ideals Questionnaire* – BIQ (CASH; SZYMANSKI, 1995); *Situational Inventory of Body Image Dysphoria – Short form* – SIBID-S (CASH, 2002); *Appearance Schemas Inventory – Revised* – ASI-R (CASH; LABARGE, 1996); *Rosenberg Self-Esteem Scale* – RSES (ROSENBERG, 1965); *Life Orientation Test-Revised* – LOT-R (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 1994); *Social Support Appraisals Scale* - SSAS (VAUX et al., 1986); *Eating Attitudes Test* – EAT-26 (GARNER et al., 1982). Os resultados demonstraram que os homens apresentam melhor avaliação da imagem corporal do que as mulheres. Altos valores correlacionais foram apresentados para autoestima e apoio social para homens e mulheres.

O BIQLI é composto por 19 itens, com escala de resposta bipolar compreendida em sete opções de resposta. Os escores são computados com intervalo de - 57 a + 57 pontos, de forma que altos valores traduzem avaliação positiva da imagem corporal sobre algumas facetas da vida. A escala de respostas é apresentada logo abaixo de acordo com a versão original do BIQLI (CASH; FLEMING, 2002).

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<i>Very Negative Effect</i>	<i>Moderate Negative Effect</i>	<i>Slight Negative Effect</i>	<i>No Effect</i>	<i>Slight Positive Effect</i>	<i>Moderate Positive Effect</i>	<i>Very Positive Effect</i>

O BIQLI, em sua versão original, tem sido utilizado em diferentes populações como, por exemplo, para avaliar a imagem corporal de pacientes contaminados com HIV – positivo com lipodistrofia e sem lipodistrofia, em mulheres (HUANG et al., 2006a), e em homens (HUANG et al., 2006b). Investigação da imagem corporal em homens e mulheres com idades entre 18 e 98 anos (RUSTICUS; HUBLEY; ZUMBO, 2008) e mulheres com prolapso uterino obteve valor de Alfa de Cronbach de 0,97 (LOWDER et al., 2010).

Para o processo de adaptação cultural do BIQLI, foram utilizadas as

etapas propostas por Ferrer et al. (1996). As etapas percorridas estão descritas, a seguir, conforme referencial metodológico adotado por outros autores brasileiros (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; DANTAS, 2007; FERREIRA et al., 2008).

4.2.1 Tradução da versão original do BIQLI para o idioma português

Em setembro de 2009, foram convidadas duas tradutoras via correio eletrônico e telefone, sendo uma nativa em país de língua inglesa (língua de origem do instrumento) que apresenta fluência em português e conhecimento de nossa cultura, e outra brasileira com conhecimento na língua e cultura inglesas, ambas residentes no Brasil, sendo denominadas, tradutora um e tradutora dois. Foi entregue às duas tradutoras a versão original do instrumento juntamente com as instruções e as informações sobre os objetivos do estudo, para que fosse realizada esta etapa, ou seja, as duas primeiras versões da tradução do instrumento para o português. Essas duas primeiras versões preservaram o significado de cada item da versão original, resultando em duas traduções independentes, a versão em português 1 (VP1) e a versão em português 2 (VP2).

4.2.2 Obtenção do primeiro consenso das versões do BIQLI em português

Esta etapa foi realizada com o objetivo de obter um consenso entre as duas traduções. As pesquisadoras (pesquisadora principal e orientadora) se reuniram com as tradutoras em outubro de 2009 para a realização desta síntese, conforme descrito a seguir: **1-** A pesquisadora principal explicou às tradutoras que o objetivo da reunião era realizar um consenso entre as versões VP1 e VP2 e, novamente, explicou o objetivo do estudo (adaptação e validação do BIQLI, um instrumento de avaliação do impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da vida, que será aplicado em pacientes, vítimas de queimaduras; **2-** As tradutoras já haviam recebido cópias de ambas as traduções e a versão original previamente, via correio eletrônico, para que, no momento da reunião, fosse realizada a discussão dos itens; **3-** A pesquisadora principal realizou a leitura de cada frase, pausadamente, iniciando pelas instruções do instrumento, sendo interrompida quando solicitada para discussão e obtenção do consenso entre as tradutoras; **4-** Todas as mudanças foram discutidas entre as tradutoras, sempre no

intuito de manter o significado de cada item ou palavra o mais próximo da versão original, que ainda nesta fase foi comparada com as duas traduções; **5-** Ao final desta etapa, obteve-se a primeira versão consensual no idioma português (VCP1) (APÊNDICE A).

4.2.3 Avaliação das versões em português do BIQLI pelo Comitê de Juízes

A versão do BIQLI obtida na etapa anterior (VCP1) foi submetida à avaliação de um Comitê cujos membros foram selecionados a partir dos seguintes critérios: **1-** ter conhecimento sobre o tema queimaduras e **2-** apresentar conhecimento do idioma português e do inglês, e/ou da metodologia em questão (adaptação e validação de instrumentos para o idioma português). Cada integrante apresentava pelo menos o primeiro e/ou o segundo critério, para que assegurássemos atingir os objetivos desta etapa. O Comitê foi composto por dois enfermeiros experientes na área de queimaduras e na metodologia adotada e atuantes no serviço onde este estudo foi conduzido, uma fisioterapeuta, com mestrado, também atuante no serviço, duas enfermeiras, docentes experientes e pesquisadoras nessa temática, e uma aluna do sexto semestre do curso de Bacharelado em enfermagem. A reunião foi realizada, em novembro de 2009, nas dependências da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, seguindo-se os seguintes passos; **1-** Uma das pesquisadoras explicou os objetivos da reunião (avaliar o instrumento em relação às equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual) e do instrumento (avaliar o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da vida); **2-** Todos os participantes receberam uma cópia da VCP1 e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Uma cópia da versão original foi disponibilizada para melhor compreensão de todo o instrumento; **3-** As pesquisadoras conduziram a leitura do instrumento, iniciando pela versão original em inglês, seguida pela versão VCP1, de forma pausada e clara, iniciando-se pelas instruções do instrumento e seguindo-se para cada um de seus itens. Na vigência de dúvidas ou questionamentos, procedia-se à discussão até que se obtivesse um consenso.

Todas as sugestões foram discutidas e analisadas pelos membros do Comitê, a fim de decidir se seriam aceitas ou não, de forma que pudéssemos justificar as mudanças propostas. Ao término dessa etapa, foi obtida a segunda

versão consensual em português (VCP2) (APÊNDICE C).

4.2.4 *Back-Translation* do BIQLI - versão consensual em português

Nesta etapa, foi realizada a tradução da versão do BIQLI obtida na etapa anterior (VCP2) para o idioma de origem, o inglês. Para esse momento, em novembro de 2009, foram convidados dois tradutores independentes, diferentes da primeira tradução, estrangeiros com domínio dos idiomas inglês e português, residentes no Brasil e que não tenham conhecimento dos objetivos do estudo e nem mesmo a finalidade do instrumento. Os tradutores receberam a versão (VCP2) via correio eletrônico. Ao término desta etapa foram obtidas duas versões em inglês, VI-1 e VI-2.

4.2.5 Obtenção da versão consensual do BIQLI em inglês

Este consenso foi realizado entre os tradutores estrangeiros e as pesquisadoras também por meio de uma reunião ocorrida, em março de 2010 e, nesse momento, os tradutores obtiveram conhecimento dos objetivos do estudo (adaptação e validação para o português do instrumento BIQLI para ser utilizado em pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras) e do instrumento (avaliar o impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre alguns aspectos da vida). Seguindo-se os mesmos passos para obtenção da versão consensual em português, logo após os dois tradutores terem recebido cópia impressa do instrumento em suas versões VI-1 e VI-2, o instrumento foi lido pela pesquisadora, iniciando-se pelas instruções. Com o mesmo intuito das etapas anteriores, a pesquisadora anotou eventuais mudanças e as justificativas. O resultado ao fim desta etapa foi uma nova versão do instrumento em inglês, versão consensual final em inglês (VCFI).

4.2.6 Comparação da versão original do BIQLI com a versão consensual em inglês

Nesta etapa, o objetivo foi verificar as equivalências entre as versões, original e a versão (VCP2). A comparação foi realizada no mesmo dia da reunião realizada para a obtenção da VCFI, data justificada pela disponibilidade de ambos

os tradutores. A versão (VCP2) já estava em mãos dos tradutores, nesse momento, foi entregue então a versão original do instrumento. Realizou-se uma nova leitura das versões (VCP2), (VCFI) e da versão original. As mudanças propostas pelos tradutores foram aceitas quando necessárias e pertinentes. O resultado desta etapa foi a versão consensual em português 3 (VCP3) (APÊNDICE D).

4.2.7 Envio da versão final do BIQLI ao autor da versão original do instrumento

A versão final, obtida após o consenso dos autores estrangeiros (VCFI), foi enviada via correio eletrônico ao Dr. Thomas Cash, um dos autores do instrumento original, em março de 2010, para sua avaliação e sugestões (APÊNDICE E). Em sua resposta também via correio eletrônico, foram apontadas sugestões e mudanças de acordo com o instrumento original (ANEXO E). Após a leitura das considerações do autor original, a pesquisadora as enviou para os tradutores estrangeiros da etapa *back-translation* a fim de obter uma nova tradução em todos os apontamentos realizados pelo autor. Todas as considerações foram aceitas consensualmente entre os tradutores.

4.2.8 Avaliação semântica dos itens da versão final do BIQLI

O objetivo desta etapa foi analisar se todos os itens do instrumento são compreensíveis para a população a qual se destina. Como descrito por Pasquali (1998), esta fase pode ser composta por quatro indivíduos. Foram convidados pacientes brasileiros queimados que estivessem frequentando a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto – Unidade de Queimados (HCRP - UE), que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). Foi informado aos pacientes o objetivo do estudo e, em seguida, realizada a leitura do instrumento pela pesquisadora, verificando a compreensão de cada item. Após a leitura, os pacientes responderam ao instrumento (BIQLI – VCP3) e, em seguida, foi aplicado um instrumento para a análise semântica desenvolvido pelo DISABKIDS *Group Europe* (2004) proposto por Santos (2010), Medina (2007), Fegadolli (2008), Reis (2008), Deon (2009), e Pelegrino (2009), adaptado para este estudo como apresentado anexo (APÊNDICE G).

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. Este processo foi realizado individualmente com cada paciente pela pesquisadora. Ao término desta etapa, não houve mudanças ou sugestões pelos participantes. Desta forma, a versão (VCP3) foi a versão aplicada na fase pré-teste.

4.2.9 Pré-teste da versão final do BIQLI

Após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE F) pelos participantes convidados, os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista pela pesquisadora. A entrevista foi conduzida pela leitura dos itens, os quais foram lidos até três vezes, após essas tentativas, se o paciente não compreendesse o item ele deveria ser deixado sem preencher. Tal avaliação é importante para detectar problemas na redação dos itens da versão adaptada.

4.3 Avaliação das propriedades psicométricas do BIQLI - versão adaptada para o português

Neste estudo, foram testadas as validades de face, conteúdo e construto convergente. As duas primeiras foram realizadas pela equipe multidisciplinar (Comitê de Juízes) que foi composta por número ímpar de componentes, e seu objetivo foi realizar a avaliação se o instrumento estaria ou não medindo o que se propôs a medir (validade de face) e a relevância de cada item/domínio a ser investigado (validade de conteúdo) como proposto por Chwalow (1995).

A validade de construto é uma medida de alta validade que examina o grau em que um instrumento mede o construto teórico sob investigação (CLACK-CARTER, 1999). Em nosso estudo, a validade de construto convergente foi avaliada pela verificação da existência de relações entre medidas que deveriam convergir no que se refere ao construto imagem corporal. Dessa forma, foi verificada a associação entre o BIQLI com outras medidas de instrumentos que avaliam

construtos associados com o construto imagem corporal, ou seja, autoestima, avaliada pela aplicação da “Escala de Auto-estima de Rosenberg” (EAER) desenvolvida por Rosenberg (1965), traduzida para o português por Dini, Quaresma e Ferreira, (2004) e a qualidade de vida, avaliada pela *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R), modificada da versão original BSHS por Blalock, Bunker e De Vellis, (1994) traduzida para o português por Ferreira et al. (2008). Ambas as escalas são positivamente ordenadas, ou seja, maiores valores correspondem à melhor autoestima e melhor QVRS. A validade de construto, também, foi testada por meio da análise de componentes principais com o objetivo de verificar se os itens do instrumento adaptado se agrupariam como na versão original. Embora os valores do BIQLI sejam considerados como variáveis discretas, a análise de componente principal foi realizada com os 19 itens, com o objetivo de verificar se eles se agrupam da mesma forma como na versão original. A rotação Varimax foi usada e não se estabeleceu um número de componentes (SAPNAS; ZELLER, 2002). Entretanto, seguindo os passos dos autores da versão original, também foi realizada a análise de componente principal estabelecendo um único fator e autovalores acima de 0,40 para serem considerados (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004).

A análise da consistência interna foi realizada por meio do coeficiente do Alfa de Cronbach. Tal indicador é mais utilizado em análise de consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de covariância dos itens entre si. Esse coeficiente compreende valores entre zero e um, dentre os quais, os valores de 0,70 são considerados aceitáveis, valores de 0,80 são bons e de 0,90, excelentes (FAYERS; MACHIN, 2007). A confiabilidade das medidas de autoestima e de QVRS também foi verificada.

5. PROCEDIMENTOS

5.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo, Unidade de Queimados.

5.2 População

População: pacientes queimados que frequentaram o ambulatório da Unidade de Queimados do HCFMRP, no período de maio de 2010 a fevereiro de 2011.

Critérios de inclusão: Participaram do estudo pacientes adultos (maiores de 18 anos no momento da entrevista), de ambos os sexos, que sofreram queimadura; com, no mínimo, um mês e, no máximo, 24 meses de tempo transcorrido após alta hospitalar e que haviam realizado ou aguardavam cirurgias reparadoras; que não tivessem limitações cognitivas ou diagnósticos psiquiátricos que dificultassem o raciocínio lógico.

Amostra: Foi constituída uma amostra consecutiva, por conveniência, composta por 85 pacientes. Desses, quatro participaram da etapa de análise semântica, quatro da etapa de pré-teste e 77 pacientes participaram da etapa de validação.

5.3 Instrumentos de medida

Um questionário de dados sociodemográficos e características da queimadura foi elaborado para coleta e registro de dados, no qual o participante era identificado apenas por um número para controle do pesquisador. O instrumento incluiu informações sociodemográficas, como idade, sexo, renda familiar, anos de estudo e, ainda, informações sobre as características das queimaduras, sequelas e tratamento (APÊNDICE H). Esse instrumento foi submetido à validação de face e conteúdo por três profissionais da equipe multidisciplinar (dois enfermeiros e uma

fisioterapeuta) da Unidade de Queimados, local onde o estudo foi conduzido.

Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER)

Desenvolvida por Rosenberg (1965) e adaptada para o português por Dini, Quaresma e Ferreira (2004), a Escala de Auto-estima de Rosenberg contém dez itens e utiliza uma escala de quatro pontos tipo Likert (1 = concordo plenamente, 2 = concordo, 3 = discordo, 4 = discordo plenamente) para as respostas. A soma das respostas aos itens é analisada em um intervalo de 10 a 40 pontos. Altos valores indicam elevada autoestima. No processo de validação da escala, foram realizados os testes de correlação de Pearson e de Spearman que, segundo os autores, demonstraram a sua validade (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004). Essa escala tem sido utilizada por diferentes autores em pacientes queimados (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; ROBERT et al., 1999; ARNOLDO et al., 2006; ECHEVARRIA GUANILO et al., 2011). Ferreira et al. (2008) utilizaram a EAER e obtiveram um Alfa de Cronbach de 0,82 na avaliação da consistência interna. A utilização desta escala tem sido defendida para avaliar autoestima de pacientes queimados por ser unidimensional e abordar um construto, a autoestima, evitando a sobreposição com o construto imagem corporal, também estudado nessa população (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989) (ANEXO F).

Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R)

A versão revisada da BSHS foi originada da modificação realizada por Blalock, Bunker e De Vellis (1994) na versão original desenvolvida por Blades, Jones e Munster (1979). A BSHS-R foi validada para o português por Ferreira et al. (2008) (ANEXO G). Contém 31 itens distribuídos em seis subescalas ou domínios: “Afeto e imagem corporal”, “Sensibilidade da pele ao calor”, “Habilidades para funções simples”, “Tratamento”, “Trabalho” e “Relações interpessoais”. As respostas são computadas em uma escala de cinco pontos, e o intervalo possível é de 31 a 155. Altos valores traduzem melhor QVRS e baixos valores, pior QVRS. No processo de adaptação, os resultados obtidos na análise da consistência interna, utilizando-se o Alfa de Cronbach, foram de 0,94 para a escala total, variando entre 0,74 e 0,94 para os domínios (FERREIRA et al., 2008).

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Cada possível participante foi abordado antes ou após a consulta médica no ambulatório da Unidade de Queimados. O participante era conduzido até uma sala do ambulatório, onde era informado sobre a realização e objetivos do estudo. Após essas informações, o paciente era convidado a participar da pesquisa. Após o aceite, era informado sobre como responder às perguntas e, caso não conseguisse respondê-las devido a dificuldades físicas (como limitações dos movimentos das mãos ou dedos), o participante era informado de que a pesquisadora poderia auxiliá-lo no preenchimento do instrumento, se assim o desejasse.

A aplicação dos instrumentos foi realizada sempre na mesma ordem, iniciando-se pela obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), o qual era assinado pela pesquisadora e participante em duas vias, permanecendo uma cópia para cada um dos envolvidos. Após eram aplicadas, por meio de entrevista, a versão adaptada do BIQLI, em seguida a BSHS-R versão adaptada para o português por Ferreira et al. (2008) e, posteriormente, a EAER versão adaptada para o português por Dini, Quaresma e Ferreira (2004). No final, eram coletados os dados de caracterização do participante (APÊNDICE H). Todos os instrumentos coletados eram identificados apenas por um número, impossibilitando a identificação do participante.

Todos os participantes responderam voluntariamente às questões, sem auxílio de familiares, acompanhantes ou pesquisadora. Ao final da entrevista, a pesquisadora agradeceu a participação do paciente na pesquisa.

5.5 Tratamento dos dados e análises estatísticas

Os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos foram organizados e digitados no programa Excel-2002 da Microsoft Windows. Esses dados foram transferidos e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS® versão 15.0 (IBM Corporation, 2010), permitindo a realização dos testes estatísticos. Foram obtidos valores de tendência central (média e mediana), de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo) para variáveis quantitativas, Alfa de

Cronbach (para avaliar a confiabilidade do instrumento por meio de sua consistência interna), Coeficiente de Correlação de Pearson (para medir o grau da correlação entre as medidas) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) e análise fatorial, com rotação Varimax, com o objetivo de verificar se os itens se agrupam da mesma forma como na versão original (SAPNAS; ZELLER, 2002). Para análise dos coeficientes de correlação, foi considerada a classificação proposta por Ajzen e Fishbein (1998), na qual, valores menores que 0,30 foram considerados como correlações fracas e com pouca aplicabilidade clínica, mesmo quando estatisticamente significantes; valores entre 0,30 e 0,50 como correlações moderadas e valores acima de 0,50 correlações fortes. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Para comparar as cargas fatoriais dos itens em cada fator ou componente, estabeleceu-se o valor mínimo de 0,40, o mesmo utilizado no processo de validação da versão original do instrumento (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004).

6. *RESULTADOS*

6.1 Adaptação do BIQLI para o português

Após a realização da etapa de tradução do instrumento original para o português por duas tradutoras independentes, foi obtida a primeira versão consensual em português (VCP1), submetida, posteriormente, à análise pelo Comitê de Juízes. Composto por um número ímpar de componentes (7), o Comitê foi formado por profissionais experientes na temática e no método de adaptação de instrumento para outro idioma. Todas as sugestões e opiniões foram discutidas e analisadas. A análise foi iniciada pelas instruções do instrumento, e as mudanças propostas foram descritas a seguir:

Em relação às instruções, a frase “Ao mesmo tempo as pessoas diferem em como as experiências que têm com sua imagem corporal afetam outros aspectos de sua vida, ou não afetam de forma alguma” foi modificada para: “Ao mesmo tempo as pessoas diferem em como as vivências que têm com sua imagem corporal afetam ou não afetam outros aspectos de sua vida”. Ainda, com relação às instruções, a frase “Abaixo estão listadas várias formas em que sua própria imagem corporal pode ou não influenciar a sua vida” foi modificada para: “Abaixo estão listadas várias maneiras em que sua própria imagem corporal pode ou não influenciar a sua vida”, outra modificação foi realizada nas respostas-âncoras da VCP1 na qual a palavra “afeta” foi modificada para “efeito” em todas as suas ocorrências, permanecendo da seguinte forma:

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Efeito	Efeito	Efeito	Sem	Efeito	Efeito	Efeito
muito	moderado e	pouco	Efeito	pouco	moderado e	muito
negativo	negativo	negativo		positivo	positivo	positivo

Uma sugestão importante foi realizada por um dos membros, baseada no fato de que a população de pacientes brasileiros necessita de maior clareza para o entendimento de um instrumento, e devido ao frequente baixo nível de instrução da maioria dos participantes. Cada questão deveria ser sempre iniciada pela frase: “como minha aparência afeta...” No momento da entrevista, essas palavras foram aplicadas verbalmente antes da leitura de cada um dos 19 itens do BIQLI. Ao término dessa etapa, obtivemos a segunda versão consensual em português VCP2.

6.2 Obtenção da versão consensual em inglês

A versão resultante da análise pelo Comitê de Juízes (VPC2) foi encaminhada a dois tradutores independentes, que não participaram da primeira etapa, para a realização da *back-translation*. Esta etapa teve uma grande duração em virtude da pouca disponibilidade de tradutores com experiência nesse processo. Houve ainda a perda do contato com um tradutor que havia dado início ao estudo, sendo necessária a busca por um novo tradutor e o reinício do processo, o que retardou ainda mais o processo de adaptação cultural.

Após o término dessa fase, o documento foi enviado ao Dr. Thomas Cash para sua avaliação (APÊNDICE E). As sugestões, recebidas por correio eletrônico (ANEXO E), estavam relacionadas à escala de pontuação (resposta-âncora) nas instruções do instrumento, sendo elas (efeito positivo, negativo ou sem efeito) que haviam sido omitidas, e também em três itens da escala conforme está descrito a seguir:

- Item 7, "relationship" was "relationships" (plural) in the original.
- Item 11, "acceptance" é originalmente "acceptability."
- Item 16 " . . . it (appearance)" is odd. Why would it not translate to the original "my appearance"?

Após a leitura das considerações do autor original, a pesquisadora principal as enviou novamente aos tradutores estrangeiros da etapa *back-translation*, a fim de obter uma nova tradução em todos os apontamentos realizados pelo autor. As sugestões do Dr. Cash foram consensualmente aceitas pelos tradutores e modificadas em todos os itens solicitados no instrumento, em português, encaminhado para tradução. Assim, obtivemos ao final desta etapa a terceira versão consensual em português VCP3.

6.3 Análise semântica dos itens

Quatro pacientes, que concordaram em participar do estudo e que estavam frequentando o ambulatório da Unidade de Queimados do HCFMRP, participaram dessa etapa. Esse número pode ser justificado devido ao número limitado de pacientes queimados que são atendidos no local do estudo. A inserção de maior número de pacientes está restrita ao número de leitos disponíveis na Unidade de Queimados (dez), para adultos e crianças.

O objetivo da análise semântica foi verificar se o instrumento era compreensível aos pacientes eleitos para este estudo. Na aplicação do BIQLI versão adaptada, com o instrumento de análise semântica (APÊNDICE G), foram respondidos todos os itens do instrumento, e não foram realizadas sugestões de mudanças ou alterações pelos representantes dessa fase. Não havendo mudanças no instrumento nessa etapa, permanecemos com a versão VCP3 para a realização do pré-teste.

6.4 Pré-teste

O pré-teste do instrumento foi realizado com quatro pacientes, em atendimento no ambulatório da Unidade de Queimados do HCFMRP, que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. O tempo médio para que os participantes respondessem ao instrumento foi de dez minutos. Todos os itens foram respondidos e não houve questionamentos sobre o instrumento. Assim, não foram realizadas alterações na terceira versão do instrumento (VCP3).

6.5 Caracterização dos participantes - dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos e clínicos dos 77 participantes do estudo foram apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3 a seguir.

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas dos 77 participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2010-2011

Variável (N=77)	N (%)	Mediana (Intervalo)	Média (D. P.*)
Sexo			
Feminino	43 (55,8)		
Masculino	34 (44,2)		
Estado Civil			
Casados/União Consensual	34 (44,2)		
Solteiros	27 (35,1)		
Separados/Divorciados	15 (19,5)		
Viúvos	1 (1,3)		
Idade (anos)		36,8 (18,2–62,1)	36,7 (11,9)
Anos de Estudo		8 (0 - 16)	7,9 (3,6)
Renda Familiar Mensal* (em reais)	74	1150 (100-6000)	1515,5 (1184,1)

*D. P.= Desvio-padrão

Observa-se, na Tabela 1, que a amostra estudada se caracterizou por maior número de participantes mulheres (55,8%), casados ou com união consensual (44,2%), com idade média de 36,7 anos, baixa escolaridade (média de 7,9 anos de estudo) e com renda familiar variando de 100 a 6.000 reais.

Tabela 2- Estatística descritiva das variáveis clínicas dos 77 participantes do estudo.
Ribeirão Preto, 2010 - 2011

Variável (N= 77)	(N)%	Mediana (Intervalo)	Média (D. P.*)
Grau da queimadura			
2 ^o . Grau	22 (28,6)		
3 ^o . Grau	12 (15,6)		
1 ^o . e 2 ^o . Graus	1 (1,3)		
2 ^o . e 3 ^o . Graus	42 (54,5)		
Superfície Corporal Queimada		14,0 (1-75)	17,8 (14,8)
Menor ou igual a 20%	48 (62,3)		
Maior que 20%	29 (37,7)		
Presença de tratamento Cirúrgico (Sim)	68 (88,3)		
Número de cirurgias			
1	31 (40,3)		
De 2 a 5	21 (27,3)		
De 6 a 10	14 (18,2)		
Acima de 10	2 (2,6)		
Cirurgias reparadoras (Sim)	52 (67,5)		
Visibilidade da queimadura (Sim)	65 (84,4)		

*D. P. = Desvio-padrão

Observa-se, na Tabela 2, que a maioria dos participantes apresentou queimaduras de 2^o. e 3^o. graus (54,5%) e 62,3% apresentaram superfície corporal queimada (SCQ) menor ou igual a 20%. Sessenta e oito pacientes (88,3%) necessitaram de cirurgia, sendo que 31 (40,3%) realizaram apenas uma cirurgia. Dos 77 participantes, 67,5% foram submetidos a cirurgias reparadoras.

Quanto à visibilidade das cicatrizes, 84,4% dos pacientes relataram que consideravam suas cicatrizes visíveis aos olhos das outras pessoas. Os membros superiores (direito e esquerdo), face e região cervical anterior foram as regiões mais atingidas pela queimadura.

6.6 Avaliação das propriedades psicométricas da versão adaptada para o português do *Body Image Quality of Life Inventory* – BIQLI

6.6.1 Análise descritiva do BIQLI versão adaptada para o português para pacientes queimados brasileiros

A Tabela 3, a seguir, mostra os valores obtidos para os 19 itens do BIQLI- versão adaptada para o português, considerando-se o intervalo possível que varia de – 57 a + 57, e que quanto maior o valor, maior o impacto positivo da imagem corporal.

Tabela 3 - Análise descritiva da versão adaptada para o português do BIQLI* (total e itens) para a amostra estudada (n=77). Ribeirão Preto, 2010-2011

BIQLI	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Total dos 19 itens	-36,0 a 52,0	9,00	11,84	20,98
Média dos 19 itens	-1,89 a 2,74	0,47	0,62	1,10
Item 1	-3 a 3	0,00	0,00	1,73
Item 2	-3 a 3	1,00	0,74	1,90
Item 3	-3 a 3	0,00	0,60	1,65
Item 4	-3 a 3	0,00	0,40	2,03
Item 5	-3 a 3	1,00	0,53	2,02
Item 6	-3 a 3	0,00	0,48	1,83
Item 7	-3 a 3	1,00	1,09	1,74
Item 8	-3 a 3	2,00	1,45	1,58
Item 9	-3 a 3	0,00	0,52	1,84
Item 10	-3 a 3	1,00	0,55	2,05
Item 11	-3 a 3	0,00	0,62	1,94
Item 12	-3 a 3	1,00	0,82	1,86
Item 13	-3 a 3	0,00	0,42	1,82
Item 14	-3 a 3	0,00	0,22	1,50
Item 15	-3 a 3	0,00	0,10	1,69
Item 16	-3 a 3	0,00	-0,05	1,87
Item 17	-3 a 3	1,00	0,87	1,85
Item 18	-3 a 3	2,00	1,31	1,81
Item 19	-3 a 3	2,00	1,17	1,88

*BIQLI (*Body Image Quality of Life Inventory*) versão adaptada

Considerando que zero é o valor mediano no intervalo (- 57 a + 57), a mediana obtida foi próxima da mediana deste intervalo (0,47) (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição das frequências de respostas aos itens do BIQLI versão adaptada para a amostra estudada (n=77). Ribeirão Preto, 2010-2011

Itens do BIQLI	-3 N (%)	-2 N (%)	-1 N (%)	0 N (%)	+1 N (%)	+2 N (%)	+3 N (%)
1	6 (7,8)	13(16,9)	10(13,0)	18(23,4)	11(14,3)	14(18,2)	5 (6,5)
2	7 (9,1)	4 (5,2)	7 (9,1)	18(23,4)	7 (9,1)	16(20,8)	18(23,4)
3	3 (3,9)	5 (6,5)	10(13,0)	24(31,2)	7 (9,1)	16(20,8)	12(15,6)
4	9 (11,7)	8 (10,4)	4 (5,2)	25(32,5)	3 (3,9)	9 (11,7)	19(24,7)
5	8 (10,4)	8 (10,4)	8 (10,4)	12(15,6)	11(14,3)	12(15,6)	18(23,4)
6	6 (7,8)	6 (7,8)	7 (9,1)	25(32,5)	8 (10,4)	9 (11,7)	16(20,8)
7	4 (5,2)	4 (5,2)	-	24(31,2)	10(13,0)	11(14,3)	24(31,2)
8	2 (2,6)	1 (1,3)	-	28(36,4)	4 (5,2)	10(13,0)	32(41,6)
9	6 (7,8)	5 (6,5)	11(14,3)	18(23,4)	10(13,0)	12(15,6)	15(19,5)
10	8 (10,4)	8 (10,4)	8 (10,4)	14(18,2)	8 (10,4)	11(14,3)	20(26,0)
11	6 (7,8)	7 (9,1)	7 (9,1)	21(27,3)	5 (6,5)	11(14,3)	20(26,0)
12	7 (9,1)	3 (3,9)	3 (3,9)	23(29,9)	10(13,0)	10(13,0)	21(27,3)
13	7 (9,1)	3 (3,9)	13(16,9)	20(26,0)	11(14,3)	8 (10,4)	15(19,5)
14	4 (5,2)	4 (5,2)	12(15,6)	30(39,0)	14(18,2)	4 (5,2)	9 (11,7)
15	4 (5,2)	12(15,6)	9 (11,7)	27(35,1)	6 (7,8)	10(13,0)	9 (11,7)
16	12(15,6)	6 (7,8)	9 (11,7)	24(31,2)	9 (11,7)	7 (9,1)	10(13,0)
17	7 (9,1)	2 (2,6)	6 (7,8)	17(22,1)	11(14,3)	15(19,5)	19(24,7)
18	7 (9,1)	1 (1,3)	1 (1,3)	12(15,6)	13(16,9)	17(22,1)	26(33,8)
19	5 (6,5)	4 (5,2)	4 (5,2)	15(19,5)	10(13,0)	10(13,0)	29(37,7)

(-3) efeito muito negativo; (-2) efeito moderado e negativo (-1) efeito pouco e negativo; (0) sem efeito; (1) efeito pouco e positivo; (2) efeito moderado e positivo; (3) efeito muito positivo.

Podemos observar, na Tabela 4, maior frequência de resposta para a opção “sem efeito”, seguida da opção “efeito muito positivo”. A opção “sem efeito”

apresenta frequência de resposta entre 15,6% e 39,0%. Observa-se ainda que a opção “efeito muito positivo” variou entre 6,5% e 41,6% (valores em negrito). Para os itens 7 e 8, não houve ocorrência de resposta para a opção “efeito pouco e negativo”.

6.6.2 Análise da confiabilidade do BIQLI versão adaptada para o português na amostra de pacientes queimados brasileiros

Para análise da confiabilidade, foi calculado o valor do Alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos 19 itens do BIQLI versão adaptada. Na Tabela 5, observam-se os resultados dos coeficientes de correlação item-total e os valores dos Alfas de Cronbach, quando cada item foi excluído do instrumento.

Tabela 5 - Coeficiente de correlação item-total*, Alfa de Cronbach total dos itens do BIQLI versão adaptada e alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto, 2010-2011

BIQLI total (α total =0,90)		Coeficiente de Correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1- Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio		0,41	0,90
2- Meus sentimentos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher – sentimentos de masculinidade ou feminilidade		0,59	0,89
3- Minhas interações (contato) com pessoas do mesmo sexo		0,44	0,90
4- Minhas interações (contato) com pessoas do outro sexo		0,55	0,89
5- Minhas experiências quando conheço pessoas novas		0,57	0,89
6- Minhas experiências no trabalho ou na escola		0,61	0,89
7- Meus relacionamentos com amigos		0,42	0,90
8- Meus relacionamentos com familiares		0,34	0,90
9- Minhas emoções no dia a dia		0,70	0,89
10- Minha satisfação com minha vida em geral		0,72	0,89
11- Meus sentimentos sobre o quanto sou aceitável enquanto um parceiro sexual		0,69	0,89
12- Meu prazer com minha vida sexual		0,71	0,89
13- Minha capacidade de controlar o quê e quanto eu como		0,45	0,90
14- Minha capacidade de controlar o meu peso		0,40	0,90
15- Minhas atividades físicas		0,36	0,90
16- Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar a atenção para minha aparência		0,40	0,90
17- Meus cuidados com minha aparência no dia a dia (como me vestir e me arrumar)		0,53	0,89
18- O quanto me sinto confiante na minha vida diária		0,66	0,89
19- O quanto me sinto feliz na minha vida diária		0,61	0,89

* Correlação produto momento de Pearson

Observa-se, na Tabela 5, que em relação ao total dos itens, o BIQLI versão adaptada apresenta forte consistência interna, com Alfa de Cronbach de 0,90. As correlações entre cada um dos itens e o total da escala variaram de forte (11 itens) a moderada (oito itens). O item no qual se obteve maior valor de correlação foi o de número 10 – “Minha satisfação com minha vida em geral” ($r = 0,72$). O item 8 – “Meus relacionamentos com familiares” apresentou a menor correlação ($r = 0,34$).

Embora os resultados tenham mostrado variações nos valores dos coeficientes de correlação de Pearson (0,34 a 0,72), a exclusão de cada item não interferiu expressivamente na variação dos valores do Alfa de Cronbach que permaneceram entre 0,89 e 0,90 (Tabela 5).

6.6.3 Análise da validade do BIQLI, versão adaptada na amostra de pacientes queimados brasileiros

Para realização dos testes para verificação da validade de construto convergente do BIQLI versão adaptada com escalas que avaliam construtos correlacionados, apresentamos as análises descritas e os Alfas de Cronbach da Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER) e da *Burns Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R) na amostra estudada na Tabela 6, a seguir. Na Tabela 6, podem ser observadas a estatística descritiva e a confiabilidade da EAER e da BSHS-R, incluindo-se os resultados obtidos para os domínios dessa última.

Tabela 6 - Estatística descritiva e confiabilidade da EAER* e BSHS-R** e das subescalas da BSHS-R (n=77), Ribeirão Preto 2010-2011

Escalas	Nº de itens	Alfa de Chronbach	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média D. P.***
BSHS-R Total	31	0,92	31-155	57-154	118,0	113,02 (25,57)
Média dos itens			1 - 5	1,84-4,97	3,80	3,64 (0,82)
Subescalas						
Afeto e Imagem corporal	8	0,91	8 - 40	8 - 40	27,0	26,11 (10,48)
Itens			1 - 5	1 - 5	3,37	3,26 (1,31)
Sensibilidade da pele	5	0,81	5 - 25	5 - 25	16,0	15,18 (5,86)
Itens			1 - 5	1 - 5	3,20	3,03 (1,17)
Habilidade para funções simples	4	0,71	4 - 20	10 - 20	20,0	18,41 (2,52)
Itens			1 - 5	2,5 - 5	5,0	4,60 (0,63)
Trabalho	4	0,86	4 - 20	4 - 20	16,0	14,59 (5,07)
Itens			1 - 5	1 - 5	4,0	3,64 (1,26)
Tratamento	5	0,82	5 - 25	7 - 25	22,0	19,77 (5,63)
Itens			1 - 5	1,4 - 5	4,40	3,95 (1,12)
Relações interpessoais	5	0,71	5 - 25	7 - 25	20,0	18,93 (5,18)
Itens			1 - 5	1,4 - 5	4,0	3,78 (1,03)
EAER**	10	0,73	10 - 40	22 - 40	29,0	29,81 (4,34)

* Burn Specific Health Scale - R

**Escala de Auto-estima de Rosenberg

***D. P. = Desvio-padrão

Observa-se, na Tabela 6, que os valores da confiabilidade obtidos por meio do Alfa de Cronbach na análise da BSHS-R versão adaptada variaram de 0,71, para os domínios “Habilidades para funções simples” e “Relações interpessoais”, a 0,91 para o domínio “Afeto e imagem corporal”, demonstrando forte consistência interna entre os itens nos domínios. O valor do Alfa de Cronbach obtido para EAER foi de 0,73, refletindo da mesma forma a confiabilidade da escala na amostra estudada.

A análise correlacional, entre as medidas do BIQLI versão adaptada com a EAER e com a BSHS-R, foi obtida por meio do Teste de Correlação de Pearson (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlações entre as medidas obtidas pelo BIQLI versão adaptada, EAER e domínios da BSHS-Revised. Ribeirão Preto, 2010-2011

Medidas	r (p)*
EAER	0,30 (0,008)
BSHS-R	
Afeto e imagem corporal	0,45 (0,000)
Relações interpessoais	0,33 (0,003)
Habilidades para funções simples	0,09 (0,43)
Trabalho	0,07 (0,52)
Sensibilidade da pele ao calor	0,18 (0,10)
Tratamento	0,23 (0,03)

* p – valor Teste de Correlação de Pearson

Observam-se, na Tabela 7, correlações moderadas e estatisticamente significantes entre as medidas obtidas entre o BIQLI versão adaptada e EAER ($r = 0,30$, $p = 0,008$), e correlações moderadas e estatisticamente significantes entre as medidas do BIQLI versão adaptada e os domínios da BSHS-R “Afeto e imagem corporal” ($r = 0,45$, $p = 0,000$) e “Relações interpessoais” ($r = 0,33$, $p = 0,003$). Os domínios “Habilidades para funções simples” ($r = 0,09$), “Trabalho” ($r = 0,07$), “Sensibilidade da pele ao calor” ($r = 0,18$) e “Tratamento” ($r = 0,23$) apresentaram correlações fracas.

Outro teste realizado para verificar a validade de construto da versão adaptada do BIQLI para o português foi a comparação dos resultados obtidos entre

grupos que teoricamente podem se diferenciar na avaliação da autoimagem (Tabela 8).

Tabela 8 - Médias dos valores totais do BIQLI versão adaptada, segundo grupos distintos. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grupo	N	Média D. P.**	Mediana (Intervalo)	p*
Sexo				0,77
Feminino	43	10,83 (22,06)	9,0 (-36 a 51)	
Masculino	34	13,11 (19,79)	9,0 (-33 a 52)	
SCQ				0,74
Menor ou igual a 20%	48	10,85 (21,19)	8,50 (-36 a 48)	
Maior que 20%	29	13,48 (20,90)	11,0 (-33 a 52)	
Visibilidade				0,16
Sim	65	10,24 (21,21)	9,0 (-36 a 52)	
Não	12	20,5 (18,06)	19,0 (-2 a 47)	

*p – valor Teste Mann Whitney

**D. P. = Desvio-padrão

A análise da mediana dos valores obtidos para a versão adaptada do BIQLI, quando comparados segundo o sexo, visibilidade das cicatrizes e SCQ, não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 8).

No estudo realizado para validação do BIQLI (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004), os autores optaram por realizar as medidas de correlação entre as médias de autoimagem, autoestima e de QVRS, segundo o sexo dos pacientes. Para que pudéssemos comparar os resultados deste estudo com esse e outros que fizeram avaliações semelhantes, optamos por realizar os mesmos testes para comparar os resultados obtidos com a versão adaptada para o português (Tabela 9).

Tabela 9 - Correlações entre as medidas obtidas pela aplicação do BIQLI versão adaptada entre a EAER e domínios da BSHS-Revised, segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2010-2011

Medidas	Mulheres <i>r</i> (<i>p</i>)	Homens <i>r</i> (<i>p</i>)*
EAER	0,38 (0,01)	0,19 (0,27)
BSHS-R		
Afeto e imagem corporal	0,51 (0,000)	0,36 (0,03)
Relações interpessoais	0,42 (0,005)	0,16 (0,34)
Habilidades para funções simples	0,09 (0,56)	0,10 (0,56)
Trabalho	0,07 (0,61)	0,08 (0,61)
Sensibilidade da pele ao calor	0,14 (0,36)	0,22 (0,19)
Tratamento	0,22 (0,14)	0,24 (0,16)

* *p* valor Teste de Correlação de Pearson

Com relação aos resultados obtidos entre as correlações das medidas do BIQLI versão adaptada e da EAER, observou-se correlação moderada ($r=0,38$; $p = 0,01$) entre o sexo feminino (Tabela 9).

Os resultados das correlações entre as medidas da versão adaptada do BIQLI versão adaptada, com os domínios da BSHS-R, foram de forte (0,51) para mulheres a moderada (0,36) para os homens no domínio “Afeto e imagem corporal”. No domínio “Relações interpessoais”, a correlação moderada foi encontrada apenas no sexo feminino ($r = 0,42$; $p = 0,05$). As demais correlações entre a medida do BIQLI versão adaptada e os domínios da BSHS-R foram todas fracas para ambos os sexos

A validade de construto da versão adaptada para o português do BIQLI foi também investigada pela avaliação de sua dimensionalidade. A análise dos componentes principais (análise fatorial) foi realizada com o objetivo de comparar se os itens se agrupavam entre si conforme a versão original do BIQLI. Primeiramente, realizou-se a análise fatorial com a rotação Varimax sem a determinação prévia do número de componentes (Tabela 10).

Tabela 10 - Matrix de rotação Varimax da versão adaptada do BIQLI para a amostra estudada (n=77), sem determinação prévia do número de componentes. Ribeirão Preto 2010-2011

BIQLI itens	Componentes				
	1	2	3	4	5
Item 1	0,344	0,560	0,039	0,049	-0,313
Item 2	0,234	0,729	0,256	0,023	0,048
Item 3	0,200	0,123	0,802	0,138	-0,039
Item 4	0,507	0,561	-0,006	-0,033	-0,023
Item 5	0,055	0,702	0,348	0,099	0,250
Item 6	0,160	0,773	0,035	0,195	0,279
Item 7	-0,052	0,339	0,316	0,730	0,050
Item 8	0,320	-0,069	-0,061	0,832	0,038
Item 9	0,634	0,287	0,451	0,024	0,092
Item 10	0,782	0,280	0,105	0,185	0,102
Item 11	0,727	0,279	0,208	0,201	0,001
Item 12	0,555	0,538	0,009	0,276	0,108
Item 13	0,175	0,132	0,426	0,513	0,105
Item 14	0,168	0,147	0,470	0,111	0,300
Item 15	0,099	0,093	0,125	0,131	0,826
Item 16	0,477	-0,068	0,282	-0,112	0,462
Item 17	0,430	0,359	-0,108	0,024	0,563
Item 18	0,642	0,211	0,289	0,049	0,268
Item 19	0,751	0,077	0,095	0,179	0,196

A Tabela 10 mostra que os resultados obtidos indicaram cinco componentes com autovalores (*eigenvalues*) maiores do que um e que explicam 64,9% da variância da medida.

Observa-se, ainda, na Tabela 10, que para o primeiro componente, o qual apresentou autovalor de 7,08, havia nove itens com cargas fatoriais maiores que 0,4 (realçados em negrito). Nos demais quatro componentes, esse número diminui para seis (componente dois), quatro (componente três) e três (componentes quatro e

cinco).

Observa-se, ainda, que alguns itens estão representados em mais de um fator. O item 4 está presente nos fatores 1 e 2; o item 9 encontra-se nos fatores 1 e 3; item 12 presente no primeiro e segundo fator; o item 13 está no terceiro e quarto fator e, por fim, o item 16 e o item 17 estão presentes nos fatores 1 (um) e 5 (cinco). Os demais itens são representados em apenas 1 (um) fator.

Posteriormente, foi realizada nova análise fatorial, estipulando-se previamente a presença de um único componente (Tabela 11).

Tabela 11 - Matrix de rotação Varimax da versão adaptada do BIQLI para a amostra estudada (n=77), com a determinação prévia de um único componente. Ribeirão Preto, 2010-2011

BIQLI versão adaptada	Componente
1. Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio	0,479
2. Meus sentimentos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher – sentimentos de masculinidade ou feminilidade	0,659
3. Minhas interações (contato) com pessoas do mesmo sexo	0,496
4. Minhas interações (contato) com pessoas do outro sexo	0,627
5. Minhas experiências quando conheço pessoas novas	0,630
6. Minhas experiências no trabalho ou na escola	0,669
7. Meus relacionamentos com amigos	0,472
8. Meus relacionamentos com familiares	0,395
9. Minhas emoções no dia a dia	0,760
10. Minha satisfação com minha vida em geral	0,787
11. Meus sentimentos sobre o quanto sou aceitável enquanto um parceiro sexual	0,762
12. Meu prazer com minha vida sexual	0,771
13. Minha capacidade de controlar o quê e quanto eu como	0,500
14. Minha capacidade de controlar o meu peso	0,459
15. Minhas atividades físicas	0,413
16. Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar a atenção para minha aparência	0,465
17. Meus cuidados com minha aparência no dia a dia (como me vestir e me arrumar)	0,602
18. O quanto me sinto confiante na minha vida diária	0,723
19. O quanto me sinto feliz na minha vida diária	0,675

A variância explicada foi de 37,30% (Tabela 11). Considerando-se a mesma carga fatorial de 0,40, constatou-se apenas um item com carga menor (0,395 - item 8).

7. DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo foram adaptar o BIQLI para o português-Brasil e avaliar confiabilidade e validade da versão adaptada do BIQLI, em uma amostra de pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras.

No processo de adaptação, a inserção das palavras “como minha aparência afeta”, posicionadas antes de cada item do instrumento, foi justificada pela necessidade de tornar mais fácil o entendimento de cada uma das afirmativas e, ainda, pelo fato de que grande parte dos pacientes queimados apresenta baixo nível de escolaridade (ROSSI et al., 2006; COSTA et al., 2010). Em nosso estudo, a média de anos de instrução dos participantes foi baixa (Tabela 1). Estudos realizados em outros países como Estados Unidos (FAUERBACH et al., 1999; HOLAVANAHALLI et al., 2006) e Irã (REZAIE et al., 2011) têm mostrado que a queimadura atinge frequentemente populações com baixo nível de instrução. Portanto, essa modificação foi pertinente e auxiliou na aplicação do instrumento na medida em que atribuiu sentido à afirmação que se seguia, como por exemplo: “como minha aparência afeta: item 1. Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio”. Todo instrumento precisa ser de fácil compreensão para as pessoas às quais ele se destina, e as palavras empregadas devem representar seu real significado.

Outro ponto a ser destacado neste estudo metodológico, na etapa de adaptação, foi a submissão do instrumento após a *back-translation* a um dos seus autores (Dr. Thomas Cash), que nos enviou sugestões pertinentes que foram acatadas em relação a algumas frases da instrução do instrumento, aos termos utilizados na escala de respostas e aos itens sete e 11. A participação do Dr. Thomas Cash foi de fundamental importância durante o processo de adaptação do BIQLI, possibilitando que a versão em português estivesse a mais próxima possível da versão original em inglês e, assim, realizarmos uma adaptação adequada do instrumento bem como a reprodução de sua medida. Portanto, recomendamos a adoção dessa etapa sempre que possível como sugerido por outros autores (BEATON et al., 2000; SU; PARHAM, 2002).

Em relação às características dos 77 participantes da etapa de análise das propriedades psicométricas da versão adaptada do BIQLI, a maioria dos sujeitos foi representada por mulheres (55,8%) e era casada ou referiu união consensual (44,2%). A média de idade dos participantes foi de 36,7 anos. Quanto à extensão da área queimada, a maioria dos participantes (62,3%) apresentou queimaduras igual

ou menor a 20%. Em relação à profundidade das queimaduras, a maior parte foi de queimaduras de segundo e terceiro graus (54,5%), possivelmente, em razão do próprio critério para admissão na Unidade de Queimados que segue as recomendações internacionais da *American Burn Association* (ABA) que, para adultos, são: mais de 10% de SCQ, comprometer face, mãos, pés, genitália, períneo ou regiões articulares, queimaduras de terceiro grau, queimaduras elétricas, químicas ou por inalação, doenças comórbidas preexistentes, traumas associados como fraturas, pacientes que requerem intervenção especial como apoio social, emocional e reabilitação e crianças que não tenham possibilidade de atendimento em uma unidade específica com cuidados pediátricos. A profundidade, assim como a extensão, é um aspecto importante na avaliação da gravidade do trauma e justifica o grande número de pacientes submetidos a cirurgias (88,3%), sendo que 20,8% desses foram submetidos a seis cirurgias ou mais.

Estudos têm mostrado que a maior SCQ (FAUERBACH et al., 2005; THOMBS et al., 2008; PAVONI et al., 2010) e a presença de queimaduras de terceiro grau (ANZARUT et al., 2005; LEBLEBICI et al., 2006) e de queimaduras nas mãos (CHOI; PARK; LEE, 2011; KOWALSKE, 2011) aumentam o impacto psicológico do trauma (FAUERBACH et al., 2005; CORRY; KLINK; FAUERBACH, 2010; PROCTER, 2010).

Se de um lado a sobrevivência de pessoas que sofrem queimaduras tem aumentado nos últimos anos (WILLIAMS et al., 2003), de outro, as sequelas são cada vez mais graves. Assim, as queimaduras deixam marcas, muitas vezes, irreversíveis. Neste estudo, 84,4% dos participantes classificaram suas cicatrizes como visíveis aos olhos das outras pessoas. No Brasil, o fato de termos um clima tropical favorece o uso de vestimentas que expõem mais o corpo, o que em algumas situações impede que o paciente esconda suas cicatrizes (BERGAMASCO et al., 2002).

Em relação às análises descritivas das respostas ao BIQLI, observou-se tendência de concentração das respostas nas opções “sem efeito” e “efeito muito positivo”. Uma escala bipolar, com mais que três possibilidades de escolha pode não ser adequada ao nível de instrução dos participantes deste estudo. Autores recomendam que as opções de respostas em uma escala sejam de, no mínimo, quatro e de, no máximo, sete. Um maior número de opções de respostas pode permitir ao respondente expressar mais claramente seu ponto de vista e aumentar a

confiabilidade e validade de um instrumento (PRESTON; COLMAN, 2000). Entretanto, para aqueles que possuem baixo nível de instrução, pode gerar dúvidas, pois a capacidade de discriminação pode ser reduzida.

Observa-se, em nossos resultados, que os itens 8 e 14 que se referem, respectivamente, a como a aparência afeta os relacionamentos com familiares e como o peso afeta a aparência, apresentaram concentração maior nas respostas no ponto neutro (nenhum efeito) e no extremo muito positivo (efeito muito positivo). Segundo LoBiondo-Wood e Haber (1998), a categoria neutra em uma escala de respostas pode gerar confusão, pois de modo geral tende a ser a resposta mais frequente, gerando confusão na interpretação dos resultados. Entretanto, possivelmente, no caso dos relacionamentos familiares, esse aspecto pode ser explicado pela importância do apoio social, principalmente, de membros da família no processo de adaptação desses pacientes, como já foi mostrado por outros estudos (PALLUA et al., 2003; CIOFI-SILVA et al., 2010). Essa situação pode explicar o fato de a aparência não afetar os relacionamentos ou afetar positivamente. Outros estudos com pacientes queimados são necessários para avaliar a relação entre peso e satisfação com a imagem.

Durante o processo de validação de um instrumento, é de grande importância a análise de sua confiabilidade. Neste estudo, a análise da confiabilidade da versão adaptada do BIQLI total e de seus itens foi verificada por meio do Alfa de Cronbach, indicador utilizado com grande frequência para esse tipo de análise (CASH, 2002; CASH; FLEMING, 2002; MORALES et al., 2002; CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004; LÓPEZ et al., 2010). Em nosso estudo, considerando-se o BIQLI total, a consistência interna foi alta conforme classificação proposta por Fayers e Machin (2007). Resultados semelhantes foram encontrados pelos autores do BIQLI, no processo de desenvolvimento (CASH; FLEMING, 2002), de validação (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004) e na avaliação da consistência interna da versão espanhola do BIQLI (JÁUREGUI LOBERA; BOLANOS RÍOS, 2011) e, ainda, em estudo que utilizou o instrumento em população distinta (LOWDER et al., 2010).

Para avaliar a validade de construto convergente do BIQLI versão adaptada, as medidas de autoestima, obtidas pela aplicação da EAER e de QVRS, pela aplicação da BSHS-R, foram também correlacionadas às medidas de imagem corporal relacionada à qualidade de vida. Assim como em outros estudos com

pacientes queimados (FERREIRA et al. , 2008), nesta investigação, a EAER e a BSHS-R apresentaram índices adequados de consistência interna (FAYERS; MACHIN, 2007). Foram encontradas correlações moderadas e estatisticamente significantes entre as medidas da EAER e do BIQLI versão adaptada, para o grupo como um todo e, também, quando se consideraram apenas as mulheres. Historicamente, as mulheres são mais preocupadas com a aparência e com o fato de como essa aparência é percebida pelas outras pessoas no convívio social. As correlações para os homens foram fracas. Cash, Jakatdar e Williams (2004) encontraram correlações fortes e estatisticamente significantes entre autoestima, avaliada pela EAER, e imagem corporal relacionada à qualidade de vida (BIQLI), tanto para homens como para mulheres, em estudo realizado com estudantes com idades entre 18 e 29 anos, de diferentes etnias. Resultados semelhantes aos apresentados por Cash, Jakatdar e Williams (2004) foram também encontrados por Jáuregui Lobera e Bolanos Ríos (2011). As fortes correlações entre autoestima e imagem corporal relacionada à qualidade de vida para ambos os sexos encontradas nesses dois estudos podem ser explicadas pelas diferenças socioculturais entre os grupos por eles estudados e pelo nosso. Principalmente, considerando-se que os participantes do nosso estudo haviam sofrido queimaduras e poderiam apresentar alterações na aparência, estrutura e função de partes do corpo.

Estudos têm mostrado que as mulheres atribuem mais importância à aparência e apresentam-se mais insatisfeitas com a imagem corporal que os homens (MUTH; CASH, 1997; THOMBS et al., 2007; RUSTICUS; HUBLEY; ZUMBO, 2010). Assim, é esperado que o impacto da alteração da aparência na vida social de sobreviventes de queimadura seja maior em mulheres que em homens e naqueles com maior SCQ (THOMBS et al., 2008). Entretanto, a busca pelo corpo escultural e ideal tem se tornado generalizada em nossa sociedade. Para Patzer (1997), a autoestima pode ser definida em termos de generalizações cognitivas derivadas de experiências passadas. A atração física é considerada como um dos mais importantes fatores que influenciam a autoestima. Ela está associada a interações positivas com as outras pessoas, com consequente impacto positivo na autoestima.

Na avaliação da validade de construto convergente, nas correlações entre as medidas de imagem corporal relacionada à qualidade de vida e de QVRS (BSHS-R), foram obtidas correlações moderadas e estatisticamente significantes para os

domínios da BSHS-R “Afeto e imagem corporal” e “Relações interpessoais”. Em relação ao sexo, encontraram-se correlações forte e estatisticamente significantes entre as mulheres para o domínio “Afeto e imagem corporal”, e moderada e estatisticamente significativa para o domínio “Relações interpessoais”. Já entre os homens, com exceção do domínio “Afeto e imagem corporal”, que apresentou correlação moderada com a medida de imagem corporal relacionada à qualidade de vida, os demais apresentaram correlações fracas. Para Cash e Fleming (2002), o BIQLI não avalia a imagem corporal isoladamente, mas sim o seu impacto em várias dimensões psicossociais da qualidade de vida como as relações interpessoais e o bem-estar.

Em nosso estudo, as medidas do BIQLI total não apresentaram diferenças estatisticamente significantes quando comparadas segundo sexo, visibilidade das cicatrizes e SCQ. Esses resultados podem ser explicados pelo fato de a imagem corporal ser um construto dinâmico e multidimensional e envolver percepções e atitudes. Não está apenas relacionada à aparência física, mas refere-se à satisfação e insatisfação com a aparência, incluindo crenças e emoções; como a imagem corporal é construída em nossa mente (imagem corporal perceptiva) e, também, à extensão na qual o comportamento cognitivo enfatiza a própria aparência (imagem corporal atitudinal) (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004). Assim, os nossos resultados podem ser influenciados por vários aspectos como o tempo transcorrido da queimadura até a data da entrevista e pelas experiências e percepções individuais sobre a aparência do corpo, antes e após a queimadura. Fatores cognitivos podem interagir com aspectos objetivos da queimadura e contribuir para uma pior, ou melhor, apreciação do prejuízo físico causado pela queimadura. Alguns indivíduos podem, por exemplo, avaliar sua queimadura como pior em função da localização e da reação das outras pessoas (FAUERBACH et al., 2000).

A análise da validade de construto relacionada à dimensionalidade da versão adaptada do BIQLI, na amostra estudada, foi verificada pela análise fatorial. Os valores (mínimo e máximo) obtidos para as cargas fatoriais entre os itens, considerando um único componente (Tabela 11), foram inferiores aos encontrados por Cash, Jakatdar e Williams (2004) e Lobera e Ríos (2011). A análise fatorial indicou que o BIQLI versão adaptada para o português é unidimensional assim como estudo de validação da escala (CASH; JAKATDAR; WILLIAMS, 2004) e na versão adaptada para o espanhol (JÁUREGUI LOBERA; BOLANOS RÍOS, 2011).

8. CONCLUSÕES

Este estudo metodológico permitiu concluir que a versão adaptada para o português do BIQLI:

- manteve as equivalências conceitual e semântica da versão original;
- apresentou alto índice de confiabilidade (verificado pela consistência interna do instrumento pelo Alfa de Cronbach);
- manteve a validade de construto convergente, de acordo com os valores dos coeficientes de correlação obtidos para os construtos correlatos, autoestima (EAER) e qualidade de vida relacionada à saúde, considerando-se os domínios imagem corporal e relacionamento interpessoal (BSHS-R);
- em relação à validade de construto relacionada à dimensionalidade, verificada por meio da análise fatorial, apresentou uma única dimensão conforme versão original.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu disponibilizar um instrumento para avaliação de imagem corporal relacionada à qualidade de vida de pacientes que sofreram queimaduras para a população brasileira. Embora outros estudos devam ser desenvolvidos para confirmar a estabilidade e a capacidade da versão adaptada para o português do BIQLI para distinguir grupos distintos (sexo, pessoas com ou sem alterações na aparência), este estudo mostrou a sua confiabilidade e validade.

O BIQLI versão adaptada poderá ser ainda aplicado em pessoas com situações que envolvem a alteração da aparência, como pessoas submetidas a amputações, em estágio avançado de câncer e em uso de dispositivos que alterem a aparência, para verificar a eficácia de intervenções cirúrgicas ou outras complementares ou psicossociais.

Outros estudos devem ser realizados em uma amostra maior, incluindo a avaliação de outras variáveis como idade, SCQ, nível de instrução dos participantes, sexo e, ainda, a importância atribuída pelo grupo estudado à aparência. Nesse último aspecto, a combinação de estudos qualitativos e quantitativos poderá confirmar a validade deste instrumento.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AJZEN, J.; FISHBEIN, M. Overview. In: _____. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: prentice Hall, 1998.

AMERICAN BURN ASSOCIATION. **Advanced Burn Life Support (ABLS). Learn more about the ABA and ABLs** disponível em: www.ameriburn.org>. Acesso em: 10 de junho de 2011

ANZARUT, A.; CHEN, M.; SHANKOWSKY, H.; TREDGET, E. E. Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury. **Plast. Reconstr. Surg.** v. 116, n. 3, p. 791-7, Sep, 2005.

ARNOLDO, B. D.; CRUMP, D.; BURRIS, A. M.; HUNT, J. L.; PURDUE, G. F. Self-esteem measurement before and after summer burn camp in pediatric burn patients. **J Burn Care Res.** v. 27, n. 6, p. 786-9, Nov-Dec, 2006.

ARTZ, C. P.; MONCRIEF, J. A.; PRUITT, B. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine.** v. 25, n. 24, p. 3186-91, Dec, 2000.

BERGAMASCO, E. C.; ROSSI L. A.; de C. G. AMANCIO A.; de CARVALHO E. C. Body image of patients with burns sequelae: evaluation through the critical incident technique. **Burns.** v. 28, n.1, p. 47-52, Feb, 2002.

BICE, T. W.; KALIMO, E. Comparisons of health-related attitudes: a cross national, factor analytic study. **Soc. Sci. Med.** v. 5, n. 4, p. 283-318, Aug, 1971.

BIORDI, L. D. "Body Image" in LUBKIN, I. M.; LARSEN, P. D. **Chronic illness: Impact and Intervention**. 7ª. ed., 2009.

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

BLADES, M.; MUNSTER, E. A burn specific health scale. **J Trauma.** v. 22, n.10, p. 872-5, Oct, 1982.

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. **J Trauma.** v. 36, n. 4, p. 508-15, 1994.

BOWDEN, M. L.; FELLER, I.; THOLEN, D.; DAVIDSON, T. N.; JAMES, M. H. Self –

esteem of severely burned patients. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** v. 61, n. 10, p. 449-52, Oct, 1980.

BRANDÃO, C. L. C.; ARANHA, V. C.; CHIBA, T.; QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP. **Psicol Hosp.** v. 2, n. 2, 2004.

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

CANTARELLI, K. J.; DAL PAI, D.; TOMBERG, J. O.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. **Revisão integrativa de literatura: instrumentos utilizados para avaliação de autoestima e depressão em vítimas de queimaduras.** XII ENPOS II Mostra científica 2010.

CARTER, W. B.; BOBBITT, R. A.; BERGNER, M.; GILSON, B. S. Validation of an interval scaling: the sickness impact profile. **Health Serv Res.** v. 11, n. 4, p. 516-528, 1976.

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

CASH, T. F. **The multidimensional body-self relations questionnaire users' manual** (2000). Available from the author at :www.body-images.com com />. Acesso em 18 de Janeiro de 2011.

CASH, T. F. The Situational Inventory of Body Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short version. **International Journal of Eating Disorders.** v. 32, p.362-366, 2002.

CASH, T. F.; LABARGE, A. S. Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body image assessment. **Cognitive Therapy and Research.** v. 20, p. 37-50, 1996.

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.** v. 31, n. 4, p. 455-60, Mar, 2002.

CASH, T. F.; JAKATDAR, A. T.; WILLIAMS, E. F. The body image quality of life inventory: further validation with college men and women. **Body Image.** v. 1, n. 3, p. 279-287, 2004.

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

CASH, T. F.; SZYMANSKI, M. L. The development and validation of the Body Image Ideals Questionnaire. **Journal of Personality Assessment**. v. 64, p. 446-477, 1995.

CIOFI-SILVA, C. L.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; COSTA, C. S.; ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; CIOL, M. A. The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase. **Disability and Rehabilitation**. v. 32, p. 431-437, 2010.

CHOI, H.; PARK, M. S.; LEE, H. M. Hand surface area as a percentage of body surface area in Asian children: A pilot study. **Burns**. Apr 13, 2011.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**. v. 26, n. 1-3, p. 313-8, Sept, 1995.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".** 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 143f, 1997.

CLACK-CARTER, D. **Doing quantitative psychological research: from design to report.** 3 ed. Hove: Psychological Press, 1999, 666p. il.

COPYRIGHT IBM CORPORATION 2010. **SPSS® Statistics**. Disponível em: <
<http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>. Acesso em 19 de Maio de 2011

COOPERSMITH, S. **Coopersmith Self-Esteem Inventory.** Palo Alto, CA: Consulting Psychologists PressCoopersmith, 1989.

CORLESS, I. B.; NICHOLAS P. K.; NOKES K. M. Issues in cross-cultural quality-of-life research. **J. of Nurs Scholars**. v. 33, n. 1, p.15-20, 2001.

CORDÁS T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Rev Psiq Clín.** 26, 1999.

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

COSTA, M. C. S.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; TRIGUEROS, L. F. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **Cogitare Enferm**. v. 15, n. 2, p. 209-16, Abr/Jun, 2010.

CROMES, G. F.; HOLAVANAHALLI, R.; KOWALSKE, K.; HELM, P. Predictors of

quality of life as measured by the burn specific health scale in persons with major burn injury. **J. Burn Care Rehabil.** v. 23, n. 3, p. 222-234, May-Jun, 2002.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros.** 2007. Tese de Livre-Docência, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 115 p, 2007.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **Escalas para medida de atitude e outras variáveis psicossociais.** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1996.

DEON, K. C. **Adaptação cultural e validação do módulo específico dermatite atópica do instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes DISABKIDS – MDA fase I.** 2009. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 147p, 2009.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cirurgia Plástica.** v. 19, n. 1, p. 41-52, Jan-Abr, 2004.

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

DRUERY, M.; BROWN, T. L.; MULLER, M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. **Burns.** v. 31, n. 6, p. 692-5, Sept, 2005.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; Dos SANTOS, C. B. Cross-cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale--BSPAS to be used with Brazilian burned patients. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.** v. 14, n. 4, p. 526-533, Jul-Aug, 2006.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; DANTAS, R. A. S.; FARINA JR, J. A.; JORDI A.; RAJMIL, L.; ROSSI, L. A. Reliability and validity of the Impact of Event Scale (IES): version for Brazilian burn victims. **Journal of Clinical Nursing.** v. 20, n. 11-12, p. 1588–1597, June, 2011.

EDHE, D. M.; PATTERSON D. R.; WIECHMAN S. A.; WILSON L. G. Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. **Burns.** v. 25, n. 7, p. 587-592, Nov, 1999.

EVANS, D. R.; COPE, W. E. **Quality of Life Questionnaire (QLQ).** New York: Multi-Health Systems Inc.; 1989.

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

FAUERBACH, J. A.; LAWRENCE, J. W.; MUNSTER, A. M.; PALOMBO, D. A.; RICHTER, D. Prolonged adjustment difficulties among those with acute post trauma distress following burn injury. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 22, n. 4, 1999.

FAUERBACH, J. A.; LEZOTTE, D.; HILLS, R. A.; CROMES, G. F.; KOWALSKE, K.; DE LATEUR, B. J.; GOODWIN, C. W.; BLAKENEY, P.; HERNDON, D. N.; WIECHMAN, S. A.; ENGRAV, L. H.; PATTERSON, D. R. Burden of burn: a norm-based inquiry into the influence of burn size and distress on recovery of physical and psychosocial function. **J Burn Care Rehabil.** v. 26, n. 1, p. 21-32, Jan-Feb, 2005.

FAUERBACH, J. A.; HEINBERG, L. J.; LAWRENCE, J. W.; MUNSTER, A. M.; PALOMBO, D. A.; RICHTER, D. B. S.; SPENCE, R. J.; STEVENS, M. D.; SANDRA, S.; WARE, L.; MUEHLBERGER, T. Effect of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury. **Psychosomatic Medicine** v. 62, p. 576–582, 2000.

FAUERBACH, J. A.; HEINBERG, L. J.; LAWRENCE, J. W.; BRYANT, A. G.; RICHTER, L.; SPENCE, R. J. Coping With Body Image Changes Following a Disfiguring Burn Injury. **Health Psychol.** v. 21, n. 2, p. 115-21, March, 2002.

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS 37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase I**. 2008. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 162p, il, 2008.

FERRER, M.; ALONSO, J.; PIETRO, L.; PLAZA, V.; MONSO, E.; MARRADES, R.; AGUAR, M. C.; KHALAF, A.; ANTO, J. M. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **J. Eur. Respir.** v. 9, n. 6, p. 1160-6, Jun, 1996.

FERREIRA, E.; DANTAS, R. A. S.; ROSSI, L.A.; CIOL, M. A. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): version for brazilian burns victims. **Burns.** v. 34, n. 7, p. 994-1001, Nov, 2008.

FRANULIC, A.; GONZÁLEZ, X.; TRUCCO, M.; VALLEJOS, F. Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. **Burns.** v. 22, n. 8, p. 618-622, Dec, 1996.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 24, (Supl III), p. 34-8, 2002.

GALINDO, E. M. C. **Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP** [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

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. **Rev Nutr.** v. 20, p. 47-54, 2007.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; BOHR, Y.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine.** v. 12, p. 871-878, 1982.

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo inicial do Inventário de Autoestima (SEI) – Forma A. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 143-150, 2002.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. [editorial]. **J Rheumatol.** v. 24, p. 61-63, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.** v. 46, n. 12, p. 1417-32, Dec, 1993.

HOLAVANAHALLI, R. K.; LEZOTTE, D. C.; HAYES, M. P.; MINHAJUDDIN, A.; FAUERBACH, J. A.; ENGRAV, L. H.; HELM, P. A.; KOWALSKE, K. J. Profile of patients lost to follow-up in the Burn Injury Rehabilitation Model Systems' longitudinal database. **J Burn Care Res.** v. 27, n. 5, p. 703-12, Sep-Oct, 2006.

HUANG, J. S.; LEE, D.; BECERRA, K.; SANTOS, R.; MATHEWS, C. Body image in men with HIV. **Aids Patient Care and STDS.** v. 20, n. 10, p. 668- 677, 2006.

HUANG, J. S.; HARRITY, S.; LEE, D.; BECERRA, K.; SANTOS, R.; MATHEWS, C. Body image in woman with HIV: a cross-sectional evaluation. **Aids Research and Therapy.** v. 3, n. 17, Jul, 2006.

JÚNIOR, G. F. P.; VIEIRA, A. C. P.; ALVES, G. M. G. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. **Rev Bras Queimaduras.** v. 9, n. 4, p. 140-5, 2010.

JÚNIOR, S. P.; ELY, J. B.; SAKAE, T. M.; NOLLA, A.; MENDES, F. D. Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 36, n. 2, p. 22-27, 2007.

KOWALSKE, K. J. Hand burns. **Phys Med Rehabil Clin N Am.** v. 22, p. 249–259, 2011.

KIMURA, M. Tradução **para o português e validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Power**. 1999. Teses (Livre-Docência) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 85p, 1999.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care clinical lessons form anthropologic and cross – cultural research. **Ann Int Med**. v. 88, p. 251-4, 1978.

KLEVE, L; ROBINSON, E. Survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. **Burns**. v. 25, n. 7, p. 575-79, Nov, 1999.

LAPORTE, G. A.; LEONARDI, D. F. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. v. 9, n. 3, p. 105-14, 2010.

LAWRENCE, J. W.; FAUERBACH, J. A.; HEINBERG, L.; DOCTOR, M. Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. **J. Burn Care Rehabil**. v. 25, n. 1, p. 25-32, Jan-Feb, 2004.

LAWRENCE, J. W.; FAUERBACH, J.A.B.; THOMBS, B. D. B. 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**. v. 3, p. 101–111, 2006.

LAWRENCE, J. W.; HEINBERG, L. J.; HOPKINS, J.; ROCA, R. 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.

LEBLEBICI, B.; ADAM, M.; BAGIS, S.; TARIM, A. M.; NOYAN, T.; AKMAN, M. N.; HABERAL, M. A. Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. **J Burn Care Res**. v. 27, n. 6, p. 864-8, Dec, 2006.

LÓPEZ, C. A.; ESCRIBANO, A. F.; PABLOS, A. L.; GARCÍA, E. I.; CANTANERO, G. G. Design of a quality of life questionnaire in Spanish for children with chronic renal disease. **Nefrologia**. v. 30, n. 2, p. 168-176, 2010.

LOWDER, J. L.; GHETTI, C.; MOALLI, P.; ZYCZYNSKI, H.; CASH, T. F. Body image in women before and after reconstructive surgery for pelvic organ prolapsed. **Int Urogynecol J**. v. 21, n. 8, p. 919-925, May, 2010.

MACEDO, L. G.; ELKINS, M. R.; MAHER, C. G.; MOSELEY, A. M.; HERBERT, R. D.; SHERRINGTON, C. There was evidence of convergent and construct validity of Physiotherapy Evidence Database quality scale for physiotherapy trials. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 63, p. 920-925, 2010.

MAZHARINIA, N.; AGHAEI, S.; SHAYAN, Z. Dermatology life quality index (DLQI) scores in burn victims after revival. **J Burn Care Research**. v. 28, n. 2, p. 312-7, mar-apr, 2007.

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

MEDINA, C. M. E. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde, DISABKIDS 37 para crianças e adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais/cuidadores: fase I**. 2007. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 182p, il, 2007.

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? **J Appl Dev Psy**. v. 21. p. 249-66, 2000

MENDELSON, B. K., MENDELSON, M. J., WHITE, D. R. Body-esteem scale for adolescents and adults. **J Pers Assess**. v.76, n.1, p. 90-106, Feb, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência da Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p.7-18, 2000.

MOI, A. L.; VINDENES, H. A.; GJENGEDAL, E. THE experience of life after burn injury: a new bodily awareness. **Journal of Advanced Nursing**. v. 64, n. 3, p. 278-286, Nov, 2008.

MORALES, L. A.; GRAU, F. G.; CAMPOY, M. P.; BENAVENTE, R. A.; PASCUAL, D. P. M. J. L. Validation of ESCAP-CD as an instrument of measure for the evaluation of the quality of life in prostatic cancer. Part 2a]. **Actas Urol Esp**. v. 26, n. 5, p.320-34, May, 2002.

MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C.; ANDRADE, M. R. M.; SEGHETO, K. J. Análise dos instrumentos de avaliação da imagem corporal. **Fit Perf J**. v. 8, n. 3, p. 204-11, MAI/JUN, 2009.

MRUCK, C. **Auto-estima**: Investigación, teoria y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.

NOVELLI, B.; MELANDRI, D.; BERTOLOTTI, G.; VIDOTTO, G. Quality of life impact as outcome in burns patients. **Lav Med Ergon Ital**. v. 31, suppl. 1, p. 58-63, Jan-Mar, 2009.

OLIVEIRA, N. R. **Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo psicossocial**

de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade [Tese]. São Paulo USP, Instituto de Psicologia, 1999.

ORR, D. A.; REZNIKOFF, M.; SMITH, G.M. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. **J. Burn Care Rehabil.** v. 10, n. 5, p. 454-61, Sep-Oct, 1989.

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

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Cli.** v. 25, v. 5, ed. especial, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. **Testes referentes a construtos: teoria e modelo.** In: Instrumentos Psicológicos: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, p. 37-71, 1999.

PAVONI, L. V. G.; PAPARELLA, L.; BUONINSEGNI, L. T.; BARBONI, E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. **Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine.** v. 18, p. 24, 2010.

PATZER, G. L. Improving self-esteem by improving physical attractiveness. **J Esthet Dent.** v. 9, n.1, p. 44-46, 1997.

PELEGIRINO, F. M. **Adaptação cultural e validação do instrumento Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS): versão para brasileiros em uso de anticoagulação oral.** 2009. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 168p, fig, 2009.

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.** v. 57, p. 672-680, 1989.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** 5a. ed, Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

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

PRICE, B. **Body Image:** nursing concepts and care. Great Britain: Prentice Hall, 1990.

PROCTER, F. Rehabilitation of the burn patient. **Indian J Plast Surg.** v. 43, n. 3, p. 101-113, 2010.

RABIN, R.; CHARRO, F. EQ-5D: A measure of health status from the EuroQol Group. **Ann Med.** v. 33, n. 5, p. 337-43, Jul, 2001.

REIS, R. A. **Módulo específico para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde para crianças e adolescentes que vivem com deficiência auditiva – VIDA.** 2008. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 153p, il, 2008.

REZAIIE, L. A.; KHAZAIE, H. A.; SOLEIMANI, A. B.; SCHWEBEL, D. C. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. **Burns.** v. 37, p. 159 – 163, 2011.

ROBERT, R.; MEYER, W.; BISHOP, S.; ROSENBERG, L.; MURPHY, L.; BLAKENEY, P. Disfiguring burn scars and adolescent self-esteem. **Burns.** v. 25, n. 7, p. 581-5, Nov, 1999.

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

ROSENBERG, M.; BLAKENEY, P.; ROBERT, R.; THOMAS, C.; HOLSER, C.; MEYER, W. Quality of life of young adults who survived pediatric burns, **J. Burn Care Research.** v. 27, n. 6, p. 773-8, Nov-Dec, 2006.

ROSSI, L. A.; SANTOS, C. M. N. M. A.; FERREIRA, E.; DALRI, M. C. B.; CARLUCCI, V. D. S. Diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes vítimas de queimaduras. **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, n. 3, p. 356 – 64, 2006.

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

RUSTICUS, S. A.; HUBLEY, A. M.; ZUMBO, B. D. Measurement Invariance of the Appearance Schemas Inventory–Revised and the Body Image Quality of Life Inventory Across Age and Gender. **Assessment.** v. 15, n. 1, p. 60-71, Mar, 2008.

SANTOS, D. M. S. S. **Adaptação cultural e validação do DISABKIDS - Cystic Fibrosis Module® para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes brasileiros: fase I.** 2009 Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Área do Conhecimento Enfermagem em Saúde Pública, Defesa 2010, 149p., il.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory

factor analysis for measurement. **J. Nurs. Meas.** v. 10, n. 2, p. 135-54, 2002.

SAPOUNTZI-KREPIA, D. S.; VALAVANIS, J.; PANTELEAKIS, G. P.; ZANGANA, D. T.; VLACHOJIANNIS, P. C.; SAPKAS, G. S. Perceptions of body image, happiness and satisfaction in adolescents wearing a Boston brace for scoliosis treatment. **Journal Advanced Nursing.** Oxford. v. 35, n. 5, p. 683-690, 2001.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S.; BRIDGES, M. W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. **Journal of Personality and Social Psychology.** v. 67, p. 1063-1078, 1994.

SCHILDER, P. **Image and appearance of the human body:** Studies in the constructive energies of the psyche. New York: International University Press, 1999.

SEDIKIDES, C.; GREGG, A. P. **"Portraits of the self."** In: M. A. Hogg; J. Cooper (Eds.), *Sage handbook of social psychology* (pp. 110-138). Londres: Sage Publications. (2003).

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos, **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar- abr, 2004.

SILVA, M. F.; SILVA, M. J. A autoestima de pacientes ambulatoriais com queimaduras. **Revista Baiana de Enfermagem.** v.17, n.3, p.75-84, set/dez, 2002.

SILVA, M. F.; SILVA, M. J. A Auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev. Esc. Enferm USP.** [S.L]. v. 38, n. 2, p. 206-16, Jun, 2004.

SMITH, K. W.; AVIS, N. E.; ASSMANN, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. **Quality of Life Research.** v. 8, p. 447-459, 1999.

SOUZA, T. J. A. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados **Rev Bras Queimaduras.** v. 7, n. 4, p. 15 – 19, Dez, 2008.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology.** v. 126, supl. 1, p. 124-8, Jan, 2004.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales:** A practical guide to their development and use, 2ed, Oxford: Oxford University Press, 1995.

SU, C. T.; PARHAM, L. D. Generating a valid questionnaire translation for cross-cultural use. **The American Journal of Occupational Therapy.** v. 56, n. 5, p. 581-5,

Sep-Oct, 2002.

TEDSTONE, J. E.; TARRIER, N. An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. **Burns**. v. 23, n.7/8, p. 550-4, Nov-Dec, 1997.

THOMBS, B. D.; NOTES, L. D.; LAWRENCE, J. W.; MAGYAR-RUSSELL, G.; BRESNICKM. G.; FAUERBACH, J. A. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, n.2, p. 205-212, 2008.

THOMPSON, J. K. **Body Image, Eating Disorders and Obesity**. Washington D. C. American Psychological Association, 1996.

VAUX, A.; PHILLIPS, J., HOLLY, L.; THOMSON, B.; WILLIAMS, D.; STEWART, D. The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity. **American Journal of Community Psychology**. v. 14, p. 195-219, 1986.

VAZ SERRA, A. A importância do auto-conceito. **Psiquiatria Clínica**. v. 7, n. 2, p.57-66, 1986.

VEGGI, A. B. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 26, p. 242-7, 2004.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing research**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1984.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36- item short-form health survey (SF- 36). Conceptual framework and item selection. **Medical Care**. v. 30, n. 6, p. 473-83, Jun, 1992.

WATKINS, D.; ASTILLA, E. The reliability and validity of the coppersmith self-esteem inventory for a sample of Filipino high school girls. **Educational and Psychological Measurement**, v. 40, n. 1, p. 251-254, Apr, 1980.

WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**. v. 46, p. 1569-85, 1998.

WIECHMAN, S. A.; PTACEK, J. T.; PATTERSON, D. R. GIBRAN, N. S.; ENGRAV, L. E.; HEIMBACH, D. M. Rates, trends and severity of depression after burn injuries. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**. v. 22, p. 417-424, 2001.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of

life. A conceptual model of patients outcomes. **J. American Medical Association.** v. 273, n. 1, p. 59-65, Jan, 1995.

WILLIAMS, R.; DOCTOR, J.; PATTERSON, D.; GIBRAN, N. Health outcomes for burn survivors: A 2-year follow-up. **Rehabilitation Psychology.** v. 48, n. 3, p. 189-194, 2003.

WILLIAMS E. E.; GRIFFITHS T. A. A. Psychological consequences of burn injury. **Burns.** v.17, n. 6, p. 478-480, Dec, 1991.

APÊNDICE A- Versão Consensual em português 1: VCP1

Body Image Quality of Life Inventory

Instruções: Pessoas diferentes têm sentimentos diferentes com relação a sua aparência física. Esses sentimentos são chamados de “imagem corporal”. Algumas pessoas estão geralmente satisfeitas com sua aparência enquanto outras estão insatisfeitas. Ao mesmo tempo, as pessoas diferem em como as experiências que têm com sua imagem corporal afetam outros aspectos de sua vida, ou não afetam de forma alguma. Abaixo estão listadas várias formas em que sua própria imagem corporal pode ou não influenciar sua vida. Para cada item, marque como e quanto os seus sentimentos sobre sua aparência afetam aquele aspecto de sua vida. Antes de responder cada item, pense cuidadosamente sobre a resposta que reflete de forma mais fiel como sua imagem corporal normalmente afeta você.

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

Efeito	Efeito	Efeito	Nenhum	Efeito	Efeito	Efeito
Muito	Negativo	Pouco	Efeito	Pouco	Positivo	Muito
Negativo	Moderado	Negativo		Positivo	Moderado	Positivo

1 - Meus sentimentos básicos sobre mim mesmo(a) - Sentimentos de adequação pessoal e valor próprio	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2 - Meus sentimentos básicos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher – sentimentos de masculinidade ou feminilidade	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3 - Minhas interações com pessoas do mesmo sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Minhas interações com pessoas do outro sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Minhas experiências quando conheço pessoas novas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. Minhas experiências no trabalho ou na escola	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Meu relacionamento com amigos	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. Meu relacionamento com familiares	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Minhas emoções no dia a dia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

10. Minha satisfação com minha vida em geral	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Meus sentimentos de aceitação enquanto um parceiro sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. Meu prazer com minha vida sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Minha capacidade de controlar o quê e quanto eu como	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. Minha capacidade de controlar o meu peso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Minhas atividades físicas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar a atenção para ela (aparência)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Meus cuidados com minha aparência no dia a dia (como me vestir e me arrumar)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. O quanto me sinto confiante na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. O quanto me sinto feliz na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

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

Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa

1. Nome da pesquisa: *Body Image Quality of Life Inventory: Adaptação para língua portuguesa para ser utilizado em pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras.*

2. Pesquisador responsável: Flávia Fernanda de Oliveira Assunção

3. Promotor da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Gostaria de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo principal adaptar para o português uma escala que avalia a imagem corporal e a qualidade de vida.

Caso aceite participar, o (a) Sr (a) deverá avaliar o instrumento quanto ao significado das palavras, expressões coloquiais, no intuito de desenvolver a versão do instrumento que será submetida ao pré-teste. Não será cobrado nada, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação neste estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato. É importante ressaltar que sua participação é voluntária e que, portanto, você poderá recusar-se a participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa e ao seu cuidado. Os resultados desta pesquisa serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos. Desde já agradeço sua atenção e participação e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Eu _____

RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa; 2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e

deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo ao tratamento neste serviço.

3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
5. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Em caso de dúvidas você poderá procurar por:

Lídia Aparecida Rossi

Flávia Fernanda de Oliveira Assunção

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP

Telefones: (16) 36023402

APÊNDICE C- Versão Consensual em português 2: VCP2

Body Image Quality of Life Inventory

Instruções: Pessoas diferentes têm sentimentos diferentes com relação a sua aparência física. Esses sentimentos são chamados de “imagem corporal”. Algumas pessoas estão geralmente satisfeitas com sua aparência, enquanto outras estão insatisfeitas. Ao mesmo tempo, as pessoas diferem em como as vivências que têm com sua imagem corporal afetam ou não afetam outros aspectos de sua vida. Abaixo estão listadas várias maneiras em que sua própria imagem corporal pode ou não influenciar sua vida. Para cada item, marque como e quanto os seus sentimentos sobre sua aparência afetam aquele aspecto de sua vida. Antes de responder cada item, pense cuidadosamente sobre a resposta que reflete de forma mais fiel como sua imagem corporal normalmente afeta você.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Afeta Muito negativa- mente	Afeta Moderada- mente e negativa- mente	Afeta pouco e negativa- mente	Não afeta	Afeta pouco e positiva- mente	Afeta moderada- mente e positiva- mente	Afeta muito positiva -mente

1. Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. Meus sentimentos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher – sentimentos de masculinidade ou feminilidade	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Minhas interações (contato) com pessoas do mesmo sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Minhas interações (contato) com pessoas do outro sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Minhas experiências quando conheço pessoas novas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

6. Minhas experiências no trabalho ou na escola	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Meu relacionamento com amigos	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. Meus relacionamentos com familiares	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Minhas emoções no dia-a-dia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. Minha satisfação com minha vida em geral	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Meus sentimentos de aceitação enquanto um parceiro sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. Meu prazer com minha vida sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Minha capacidade de controlar o quê e quanto eu como	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. Minha capacidade de controlar o meu peso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Minhas atividades físicas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar a atenção para ela (aparência)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Meus cuidados com minha aparência no dia-a-dia (como me vestir e me arrumar)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. O quanto me sinto confiante na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. O quanto me sinto feliz na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

APÊNDICE D- Versão Consensual em português 3: VCP3

Body Image Quality of Life Inventory

Instruções: Pessoas diferentes têm sentimentos diferentes com relação a sua aparência física. Esses sentimentos são chamados de “imagem corporal”. Algumas pessoas estão geralmente satisfeitas com sua aparência, enquanto outras estão insatisfeitas. Ao mesmo tempo, as pessoas diferem em como as vivências que têm com sua imagem corporal afetam outros aspectos de sua vida. A imagem corporal pode ter um efeito positivo, negativo ou nenhum efeito. Abaixo estão listadas várias maneiras em que sua própria imagem corporal pode ou não influenciar sua vida. Para cada item, marque como e quanto os seus sentimentos sobre sua aparência afetam aquele aspecto de sua vida. Antes de responder cada item, pense cuidadosamente sobre a resposta que reflete de forma mais fiel como sua imagem corporal normalmente afeta você.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	Efeito muito negativo	Efeito moderado e negativo	Efeito pouco e negativo	Sem efeito	Efeito pouco e positivo	Efeito moderado e positivo	Efeito muito positivo
1. “Como minha aparência afeta” Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. “Como minha aparência afeta” Meus sentimentos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher – sentimentos de masculinidade ou feminilidade	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. “Como minha aparência afeta” Minhas interações (contato) com pessoas do mesmo sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. “Como minha aparência afeta” Minhas interações (contato) com pessoas do outro sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. “Como minha aparência afeta” Minhas experiências quando conheço pessoas novas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. “Como minha aparência afeta” Minhas experiências no trabalho ou na escola	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. “Como minha aparência afeta” Meus relacionamentos com amigos	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. “Como minha aparência afeta” Meus relacionamentos com familiares	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: O *BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY* não é de domínio público e, portanto, para utilização deve-se obter a autorização dos autores da versão original.

9. "Como minha aparência afeta" Minhas emoções no dia a dia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. "Como minha aparência afeta" Minha satisfação com minha vida em geral	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. "Como minha aparência afeta" Meus sentimentos sobre o quanto sou aceitável enquanto um parceiro sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. "Como minha aparência afeta" Meu prazer com minha vida sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. "Como minha aparência afeta" Minha capacidade de controlar o que e quanto eu como	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. "Como minha aparência afeta" Minha capacidade de controlar o meu peso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. "Como minha aparência afeta" Minhas atividades físicas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. "Como minha aparência afeta" Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar a atenção para minha aparência	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. "Como minha aparência afeta" Meus cuidados com minha aparência no dia a dia (como me vestir e me arrumar)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. "Como minha aparência afeta" O quanto me sinto confiante na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. "Como minha aparência afeta" O quanto me sinto feliz na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: O *BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY* não é de domínio público e, portanto, para utilização deve-se obter a autorização dos autores da versão original.

APÊNDICE E- Envio da versão Back-Translation ao Dr. Thomas Cash

----- Original Message -----

From: Lidia Aparecida Rossi

To: tom_cash@comcast.net

Sent: Monday, March 22, 2010 11:19 AM

Subject: Fw: Notification of payment received

Dear Dr Cash

In 2006, we obtained your consent to adapt the Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI) into Brazilian Portuguese language. Presently, we are finishing the adaptation process, and before we conduct a pre-test of this version we would like to ask you to evaluate our back translation version of the BIQLI. Please find the scale attached and feel free to make suggestions.

Sincerely,

Prof. Lidia Aparecida Rossi

APÊNDICE F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

No: _____

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Flávia Fernanda de Oliveira Assunção. Fisioterapeuta e aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

PROJETO DE PESQUISA: *Body Image Quality of Life Inventory: Adaptação para língua portuguesa para ser utilizado em pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras.*

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa que tem como objetivo adaptar para a nossa língua (o português) uma escala que avalia o impacto da imagem corporal na qualidade de vida. Caso você concorde em participar, você terá de responder a algumas perguntas sobre fatos relacionados ao acontecimento da queimadura, sua vida diária e pessoal, sobre sua qualidade de vida e sua autoestima. Você levará aproximadamente 60 minutos para responder às perguntas. Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a conhecer o impacto que as alterações da imagem corporal têm na qualidade de vida para que possamos planejar de forma mais completa e adequada o processo de reabilitação após o acidente. A recusa em participar não trará mudanças no tratamento. Você estará livre para deixar de responder às perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento deixando-as em branco. Caso você tenha alguma limitação nas mãos que torne difícil responder às perguntas, você poderá pedir a pesquisadora responsável que assinale a resposta que você escolheu. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Você não será identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para você, não trará riscos e não receberá qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas, poderei chamar a pesquisadora

responsável Flávia Fernanda de Oliveira Assunção ou a orientadora deste estudo Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi no telefone ou endereço abaixo.

Eu, _____ RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

- Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

- Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo, sendo minha contribuição na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante à minha.

Assinatura do Paciente:

_____ Data: _____

Em caso de dúvidas você poderá procurar por:

Lídia Aparecida Rossi ou Flávia Fernanda de Oliveira Assunção
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP
Telefones: (16) 3602-3402

APÊNDICE G- Instrumento de Análise Semântica – Adaptado do DISABKIDS GROUP

Parte A: AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DO *BODY IMAGE QUALITY OF INVENTORY*

Idade: ____ Sexo: __ Escolaridade (em anos): ____ Tempo de Queimadura: ____

PARTE A: 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 a 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 - Adaptado do DISABKIDS GROUP

Questões	Essa questão é importante para a sua situação?			Teve dificuldade e para entender essa questão?		Em suas palavras, como você faria essa pergunta?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
“Como minha aparência afeta”						Reformulação
1. Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio						
2. Meus sentimentos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher – Sentimentos de masculinidade ou feminilidade						
3. Minhas interações (contato) com pessoas do mesmo sexo						
4. Minhas interações (contato) com pessoas do outro sexo						
5. Minhas experiências quando conheço pessoas novas						
6. Minhas experiências no trabalho ou na escola						

7. Meus relacionamentos com amigos						
8. Meus relacionamentos com familiares						
9. Minhas emoções no dia a dia						
10. Minha satisfação com minha vida em geral						
11. Meus sentimentos de aceitação enquanto um parceiro sexual						
12. Meu prazer com minha vida sexual						
13. Minha capacidade de controlar o quê e quanto eu como						
14. Minha capacidade de controlar o meu peso						
15. Minhas atividades físicas						
16. Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar atenção para ela (aparência)						
17. Meus cuidados com a minha aparência no dia a dia (como me vestir e me arrumar)						

18. Quanto me sinto confiante na minha vida diária						
19. Quanto me sinto feliz na minha vida diária						

APÊNDICE H- Caracterização dos participantes

Entrevista n. _____ Iniciais: _____ Registro: _____

Data de nascimento: _____

Sexo: _____ Estado civil/pessoa significante: _____

Nacionalidade: _____ Data do acidente: _____

Nível de escolaridade: () 1º. Grau Completo () 2º. Grau completo () Superior
() Analfabeto () 1º. Grau incompleto () 2º. Grau incompleto () Superior
incompleto

Trabalho – profissão/ocupação: _____

Empregado antes da queimadura () Sim () Não

Trabalho - Situação atual: _____

Estudante antes da queimadura () Sim () Não

Escola - Situação atual: _____

Renda Familiar: _____

Data do Acidente: _____

Data da entrevista: _____ Data da última cirurgia: _____

Número de cirurgias até a data da entrevista: _____

Alta definitiva: () Sim () Não

Cirurgia agendada: () Não () Sim. Quando? _____

Tipo de enxerto: Total () Expandido () Área doadora: _____

Uso de expansor: Sim () Não () Quanto tempo? _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Agente causador / Breve história do acidente _____

Dados relativos à queimadura:

Couro cabeludo ()
 Face ()
 Região cervical ()
 Tórax anterior ()
 Tórax posterior ()
 Abdome ()
 MSD ()
 MSE ()
 Mão D ()
 Mão E ()
 MID ()
 MIE ()
 Pé D ()
 Pé E ()
 Períneo ()
 Nádegas ()

Descrever as características da lesão:

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

Superfície Corporal Queimada (SCQ):

Sequelas visíveis perspectiva do paciente: () Sim () Não (Localização/tipo funcional, cicatrizes, etc.):

Sequelas invisíveis:

Sintomas que provocam desconforto (prurido, ressecamento de pele, etc).

Especificar:

Especificar grau de dependência: () independente () parcial () total

Descrever, se dependente:

Tratamento da queimadura

Proteção solar () Sim () Não

Fisioterapia () Sim () Não

Massagem () Sim () Não

Hidratação () Sim () Não

Malha elástica () Sim () Não

Silicone () Sim () Não

Medicações () Sim () Não. Especificar:

Outros _____

ANEXO A- Permissão do autor - Dr. Thomas Cash

Página 1 de 2

Lidia Aparecida Rossi

De: "Dr. Thomas F. Cash" <tomcash@cox.net>
 Para: <rizzardo@eerp.usp.br>
 Cc: "body-images" <body-images@cox.net>
 Enviada em: sexta-feira, 30 de junho de 2006 18:56
 Anexar: BIQLI-Body Image Quality of Life Inventory.pdf
 Assunto: Re: Notification of payment received

Dear Lidia:

I thank you for your order of the body-image assessment(s) indicated below on your invoice.

These materials are attached as one or more viewable/printable "pdf" (Adobe Acrobat) files.

If you do not have the Acrobat Reader program on your computer, you may download it free from

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep.html>.

As you may have noticed on my website, our new comprehensive volume "Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice" (Cash & Pruzinsky, 2002) is available.

The newly published paperback edition is priced at only \$30. On my site I provide a link to the publisher's website if you are interested. Similarly, I provide a link to the publisher's site for my 1997 "Body Image Workbook," which presents my empirically validated cognitive-behavioral treatment program for body-image problems.

For your consideration, I'd like to announce the publication of a new peer-reviewed scientific journal:

"Body Image: An International Journal of Research." For more information, see the journal's website at:

<http://www.elsevier.com/locate/bodyimage>.

My best wishes in your body-image research.

Sincerely,

Thomas F. Cash, Ph.D.
www.body-images.com
 Body-Images Research Consulting
 Virginia Beach, VA 23455

body-images@cox.net

----- Original Message -----

From: rizzardo@eerp.usp.br
 To: Body Images Research Consulting
 Sent: Friday, June 30, 2006 12:33 PM
 Subject: Notification of payment received

PayPal

Dear Body Images Research Consulting,

29/9/2008

Página 2 de 2

This email confirms that you have received a payment for \$15.00 USD from Lidia Rossi (rizzardo@eerp.usp.br).

Receipt ID: 0529-0464-3177-7353

The number above is the buyer's receipt ID for this transaction. Please retain it for your records so that you will be able to reference this transaction for customer service.

[View the details of this transaction online](#)

PayPal Shopping Cart Contents

Item Name: Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI)
Item Number: BIQLI
Quantity: 1
Total: \$15.00 USD

Cart Subtotal: \$15.00 USD
Sales Tax:
Cart Total: \$15.00 USD

Payment Details

Total Amount: \$15.00 USD
Currency: U.S. Dollars
Transaction ID: 2XT028517D972445W
Buyer: Lidia Rossi

Shipping Information

Address: Lidia Rossi
Rua Chile, 1500 apto 84
Ribeirão Preto, São paulo 14020-610
Brazil

Address Status:

Unconfirmed ☐

Important Note: Lidia Rossi has provided an Unconfirmed Address. If you are planning on shipping items to Lidia Rossi, please check the Transaction Details page of this payment to find out whether you will be covered by the PayPal [Seller Protection Policy](#).
Thank you for using PayPal!
The PayPal Team

PayPal Email ID PP345

ANEXO B- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP

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

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 27 de maio de 2009

Ofício nº 1628/2009
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado 'BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY': ADAPTAÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA PARA SER UTILIZADO EM PACIENTES BRASILEIROS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 287ª Reunião Ordinária realizada em 25/05/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 4214/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
FLÁVIA FERNANDA DE OLIVEIRA ASSUNÇÃO
PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail: cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO C- BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY ORIGINAL

1

The BIQLI Questionnaire

Instructions: Different people have different feelings about their physical appearance. These feelings are called "body image." Some people are generally satisfied with their looks, while others are dissatisfied. At the same time, people differ in terms of how their body-image experiences affect other aspects of their lives. Body image may have positive effects, negative effects, or no effect at all. Listed below are various ways that your own body image may or may not influence your life. For each item, circle how and how much your feelings about your appearance affect that aspect of your life. Before answering each item, think carefully about the answer that most accurately reflects how your body image usually affects you.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	Very Negative Effect	Moderate Negative Effect	Slight Negative Effect	No Effect	Slight Positive Effect	Moderate Positive Effect	Very Positive Effect
1. My basic feelings about myself— feelings of personal adequacy and self-worth.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. My feelings about my adequacy as a man or woman—feelings of masculinity or femininity.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. My interactions with people of my own sex.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. My interactions with people of the other sex.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. My experiences when I meet new people.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. My experiences at work or at school.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. My relationships with friends.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. My relationships with family members.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. My day-to-day emotions.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. My satisfaction with my life in general.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

2

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
Very Negative Effect		Moderate Negative Effect	Slight Negative Effect	No Effect	Slight Positive Effect	Moderate Positive Effect	Very Positive Effect				
11. My feelings of acceptability as a sexual partner.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. My enjoyment of my sex life.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. My ability to control what and how much I eat.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. My ability to control my weight.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. My activities for physical exercise.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. My willingness to do things that might call attention to my appearance.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. My daily "grooming" activities (i.e., getting dressed and physically ready for the day).					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. How confident I feel in my everyday life.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. How happy I feel in my everyday life.					-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

(©TF Cash, 2002)

ANEXO D- Autorização do autor Dr. Thomas Cash para apresentação da versão original

De: **Lidia Aparecida Rossi** (rizzardo@eerp.usp.br)
Enviada: segunda-feira, 2 de maio de 2011 17:30:36
Para: Dr. Tom Cash (tom_cash@comcast.net)
Cc: flavia assuncao (flaviafassuncao@hotmail.com)

Dear Dr Cash

We are concluding the thesis, we told you about, whose objectives were to adapt and validate the BIQLI into Portuguese. Please, let us know if your permission to validate this scale into Portuguese includes the possibility of publishing it in the final thesis. We think that we must advertise the readers that it is not permitted to copy or use this scale, without your permission.

Best regards

Prof. Lidia Aparecida Rossi

----- Forwarded message -----

From: **Dr. Tom Cash** <tom_cash@comcast.net>
Date: 2011/5/6
Subject: Re: BIQLI
To: Lidia Aparecida Rossi <rizzardo@eerp.usp.br>

Dear Professor Rossi,

Including it within the thesis document per se is acceptable, as long as you include the statement you indicate.

Best wishes,

Thomas F. Cash, Ph.D.
Fellow, Association for Psychological Science
Professor Emeritus of Psychology
Old Dominion University (Norfolk, VA)
Residing in Naples, Florida
website: www.body-images.com

----- Original Message -----

ANEXO E- Resposta do autor após *back-translation*

Original Message -----

From: Dr. Tom Cash

To: Lidia Aparecida Rossi

Sent: Wednesday, March 24, 2010 6:13 PM

Subject: BIQLI Translation

Dear Professor Rossi,

For the most part your back-translation suggests an accurate translation of the BIQLI. Let me mention a few disparities:

1. In the instructions, the fourth original sentence, "Body image may have positive effects, negative effects, or no effect at all", was omitted.
2. Item 7, "relationship" was "relationships" (plural) in the original.
3. Item 11, "acceptance" was originally "acceptability." There is a subtle distinction between the two in English. "Acceptance" implies actuality; "acceptability" implies potentiality.
4. Item 16 "... it (appearance)" is odd. Why would it not translate to the original "my appearance"?
5. Finally, the original response anchors were written as nouns, while the back-translation is expressed as verbs.

Best wishes in your research.

Tom

Thomas F. Cash, Ph.D.
Fellow, Association for Psychological Science
Professor Emeritus of Psychology
Old Dominion University (Norfolk, VA)
Residing in Naples, Florida
website: www.body-images.com

ANEXO F- 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) Às 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) Às 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) Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). (Dar-me mais valor).

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
---	---	---	---

ANEXO G- *Burn Specific Health Scale – Revised* (Versão Adaptada)

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. Às 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
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 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	1	2	3	4	5

queimadura					
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
23. Cuidar da minha queimadura dificulta outras coisas 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 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