

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS
CONTEMPORÂNEOS E DEMANDAS POPULARES

DISSERTAÇÃO

Adaptação transcultural e confiabilidade das escalas *Social Physique Anxiety Scale*, *Functionality Appreciation Scale* e *Self-Acceptance Scale* – *Early Blindness* para adolescentes com deficiência visual no Brasil

Augusta Karla Silva Quintanilha

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS
CONTEMPORÂNEOS E DEMANDAS POPULARES

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E CONFIABILIDADE DAS ESCALAS *SOCIAL*
PHYSIQUE ANXIETY SCALE, FUNCTIONALITY APPRECIATION SCALE E SELF-
***ACCEPTANCE SCALE – EARLY BLINDNESS* PARA ADOLESCENTES COM**
DEFICIÊNCIA VISUAL NO BRASIL

AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA

Sob a orientação da Professora Doutora
Fabiane Frota da Rocha Morgado

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Educação** no Curso de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares, Área de Concentração em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares.

Seropédica/ Nova Iguaçu, RJ
Julho de 2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro Biblioteca
Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Q7a

Quintanilha, Augusta Karla Silva, 1974-
Adaptação Transcultural e Confiabilidade das
Escalas Social Physique Anxiety Scale, Functionality
Appreciation Scale e Self-Acceptance Scale - Early
Blidness para adolescentes com deficiência visual no
Brasil / Augusta Karla Silva Quintanilha. -
Seropédica; Nova Iguaçu, 2021.
157 f.

Orientadora: Fabiane Frota da Rocha Morgado.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em
Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas
Populares, 2021.

1. Deficiência visual. 2. Imagem corporal. 3.
Psicometria. 4. Educação especial. I. Morgado, Fabiane
Frota da Rocha, 1980-, orient. II Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós
graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e
Demandas Populares III. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS
CONTEMPORÂNEOS E DEMANDAS POPULARES



TERMO Nº 865 / 2021 - PPGEDUC (12.28.01.00.00.00.20)

Nº do Protocolo: 23083.057530/2021-95

Seropédica-RJ, 11 de agosto de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO/INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS CONTEMPORÂNEOS E DEMANDAS
POPULARES

AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestra**, no Programa de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares, Área de Concentração em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 29/07/2021

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Membros da banca:

Fabiane Frota da Rocha Morgado. Dra. UFRRJ (Orientadora /Presidente da Banca).

Jose Henrique dos Santos. Dr. UFRRJ (Examinador Interno).

Maria Elisa Caputo Ferreira. Dra. UFJF (Examinadora Externa à Instituição).

Paulo José Barbosa Gutierrez Filho. Dr. UnB (Examinador Externo à Instituição).

(Assinado digitalmente em 11/08/2021 14:10)
FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptEFD (11.39.53)
Matrícula: 2200105

(Assinado digitalmente em 17/08/2021 09:27)
JOSE HENRIQUE DOS SANTOS
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptEFD (11.39.53)
Matrícula: 387329

(Assinado digitalmente em 11/08/2021 12:38)
PAULO JOSÉ BARBOSA GUTIERRES FILHO
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 526.582.520-72

(Assinado digitalmente em 23/08/2021 21:33)
MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 018.296.787-52

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **865**, ano:
2021, tipo: **TERMO**, data de emissão: **11/08/2021** e o código de verificação: **906114a474**

DEDICATÓRIA

A Deus, a Ele toda glória e honra!

Ao meu pai, Augusto Quintanilha, que me ensinou a correr atrás dos meus sonhos e cumprir minha missão no Reino de Deus!

A todos os 25 adolescentes que tornaram esta pesquisa possível!

AGRADECIMENTOS

Costumo chamá-lo de “*meu companheiro de todas as viagens*” e a Ele faço o meu primeiro agradecimento. Obrigada, meu Senhor Jesus, que cuida de mim em todas as minhas idas e vindas. Sem o Senhor e Sua direção em minha vida eu nada poderia fazer. Muito obrigada por Seu amor, cuidado e capacitação!

Em segundo lugar, agradeço ao meu segundo companheiro da vida, meu amado esposo Rogério. Sei que foram muitos os momentos em que precisou abrir mão de minha companhia, e te agradeço por toda compreensão, cuidado e amor.

Em terceiro lugar, quero agradecer a três pessoas muito importantes para mim: minha mãe e minhas filhas. Agradeço à minha amada mãe, Guiomar, que sempre esteve ao meu lado e que em todo momento intercedeu por mim, te amo! Minhas filhas, que são dois presentes que a vida me deu. Isabella, você me inspirou nesses últimos anos, pois em momentos de muitas tarefas a fazer, seu exemplo de garra me enchia de força. Sophia, seu carinho de simplesmente vir me dar um beijo me renovava. Amo vocês!

Agradeço ao meu irmão, José Augusto, à minha cunhada Ana Carolina, que, desde o início, me apoiaram (levando-me, inclusive, para a primeira etapa de seleção do mestrado). Agradeço aos meus sobrinhos, Maria Eduarda, Rebeca, Esther e Marcus Augusto, por sempre estarem ao meu lado. Agradeço, ainda, à minha sogra Izabel e cunhada Ligia por sempre torcerem por mim.

Agradeço à minha orientadora, professora Fabiane Morgado. Como aprendi com você! Lembro-me de como cheguei ao mestrado e como estou saindo dele. Aprendi com você não somente pesquisas, revisões sistemáticas e conhecimentos acadêmicos. Através de exemplos práticos, você nos mostra um olhar cuidadoso para a necessidade de quem está próximo a nós. Muito obrigada pela oportunidade de me tornar uma pesquisadora.

Agradeço à professora Maria Elisa. Muito obrigada por sempre estar pronta a ajudar quando precisávamos. Você nos inspira a nunca parar!

Um agradecimento especial vai para uma parceira que levarei para vida: Ravine. Como foi bom te conhecer! Ravi, seu exemplo de doçura e disponibilidade me ensinou muito. Passar por essa etapa ao lado de alguém tão especial como você foi um privilégio e tornou tudo mais leve.

Agradeço aos professores da minha banca, professor Henrique e professor Paulo, por todas as orientações na qualificação e nesta etapa final. Ao professor Henrique, gostaria ainda de agradecer por confiar em mim desde a primeira entrevista.

Agradeço a uma amiga muito especial, que sempre me apoiou, me incentivou e me deu oportunidade de crescer: Aninha. Você sempre me ensina e quero sempre poder contar com sua amizade. Quero agradecer a outros amigos que me acompanharam de perto nessa jornada, me apoiando em muitos momentos: Rosinha, Aurélio, Lícia e Anderson. Obrigada pela amizade e apoio de vocês!

Não posso deixar de agradecer a três pessoas muito queridas que a Rural me presenteou: professora Valéria (Val), Vítor e Marcela. Guardo vocês no meu coração com muito carinho. Vocês são parceiros que levarei para a vida. Agradeço à professora Valéria Marques, de forma especial, pois, de uma maneira muito atenciosa, atendeu à minha solicitação para me ajudar em etapas da minha pesquisa.

Agradeço a todos os companheiros do GEPAC/LEPAC/RURAL: Jair, Marcos Vinicius, Bruno, Igor, Vitória, Felipe, Gabi, Eduarda, Raquel e Ronaldo. Sei que posso contar com vocês!

Quero, ainda, agradecer a pessoas muito especiais que me ajudaram em etapas importantes da pesquisa: Eloína, Louize, Edna, Fernanda Matheus, Josilaine, Cláudia (professora do IBC) e a todos os adolescentes que participaram das entrevistas. Agradeço, ainda, à revisora Talita que com tanto profissionalismo fez a revisão deste trabalho. Sem a participação de vocês essa pesquisa não seria possível!

Agradeço ao CEDEVIR, em especial às professoras Aparecida e Dulcinéia e ao Instituto Paranaense de Cegos, na pessoa da professora Idamaris, que acolheram meu pedido de ajuda nessa etapa da coleta *on-line* com tanta consideração.

Agradeço à Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e ao Programa de Pós-graduação em Educação da UFRRJ.

Agradeço à CAPES por ter me concedido a bolsa de mestrado e à FAPERJ por nos conceder uma bolsa para a realização desta pesquisa.

O conhecimento emerge apenas através da invenção e da reinvenção, através da inquietante, impaciente, contínua e esperançosa investigação que os seres humanos buscam no mundo, com o mundo e uns com os outros.

Paulo Freire

RESUMO

QUINTANILHA, Augusta Karla Silva. **Adaptação transcultural e confiabilidade das escalas *Social Physique Anxiety Scale*, *Functionality Appreciation Scale* e *Self-Acceptance Scale – Early Blindness* para adolescentes com deficiência visual no Brasil**. 2021. 157 p. Dissertação (Mestrado em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares) – Instituto de Educação/Instituto Multidisciplinar, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica/Nova Iguaçu, RJ, 2021.

Imagem corporal é um conceito que tem ganhado representatividade nas últimas décadas. Para tanto, muitos pesquisadores têm empreendido esforços em estudá-la. Nesse sentido, estudiosos têm trabalhado no desenvolvimento, validação e/ou adaptação transcultural de instrumentos para sua avaliação nas mais diversas populações, dentre elas, pessoas com deficiência visual. O objetivo desta pesquisa foi realizar a adaptação transcultural e conferir a confiabilidade das escalas *Social Physique Anxiety Scale (SPAS)*, *Functionality Appreciation Scale (FAS)* e *Self-Acceptance Scale – Early Blindness (SAS-EB)* para a população de adolescentes com deficiência visual no Brasil. Para o processo de adaptação transcultural, as escalas passaram pelas etapas preconizadas por Beaton *et al.* (2002) que consideram tradução, reunião de síntese, retrotradução, comitê de peritos e pré-teste. As escalas foram avaliadas por diferentes peritos, a saber: peritos da imagem corporal, educação especial, metodologista, psicóloga, linguista e representante da população-alvo. Já para o pré-teste, no qual foram avaliadas a validade de conteúdo e a confiabilidade dos instrumentos, a população-alvo foi de 25 adolescentes com deficiência visual, de ambos os sexos, com idades entre 10 e 19 anos (média 17.08, DP = 1,97), incluindo baixa visão e cegueira. Os participantes foram oriundos de escolas e instituições no Brasil, tais como o Instituto Benjamin Constant, o Centro Educacional Municipal de Atendimento a Deficientes Visuais de Resende, ambos no Rio de Janeiro, o Instituto Paranaense de Cegos, no Paraná, além de Grupos do *Facebook* e da indicação dos próprios participantes. A medida de confiabilidade foi feita por meio da consistência interna, aferida com o alfa de Cronbach. Toda a coleta de dados foi *on-line* devido à pandemia da Covid-19 que tem como principal medida de contenção do vírus o isolamento social. As escalas unifatoriais SPAS e FAS apresentaram evidências de validade de conteúdo e confiabilidade (ambas com alfa de 0,74). A SAS também apresentou evidências de validade de conteúdo. Contudo, no cálculo da confiabilidade, um de seus fatores, nomeado *Proteção contra estigmas*, apresentou valor de referência abaixo do ponto de corte ($\alpha = 0,52$). Já os outros dois fatores apresentaram valores satisfatórios (fator *Aceitação corporal* - $\alpha = 0,75$; *Sentimentos e crenças de capacidades* - $\alpha = 0,83$). Esta pesquisa apresenta as versões adaptadas de três importantes instrumentos de avaliação da imagem corporal para adolescentes brasileiros com deficiência visual. A confiabilidade dos instrumentos se mostrou adequada, especialmente da SPAS e FAS. Esses instrumentos podem ser muito úteis para acompanhar estratégias pedagógicas com enfoque na imagem corporal de adolescentes com deficiência visual em escolas de todo o Brasil. Todavia, estudos futuros devem explorar a estrutura fatorial e a validade de constructo dos instrumentos adaptados.

Palavras-chave: Psicometria. Validade de Conteúdo. Cegueira.

Fonte de financiamento do projeto: Este projeto é financiado pela CAPES-DS/UFRRJ/PPGEDUC e pela FAPERJ.

ABSTRACT

QUINTANILHA, Augusta Karla Silva. **Cross-cultural adaptation and reliability of the Social Physical Anxiety Scale, Functionality Appreciation Scale and Self-Acceptance Scale - Early Blindness for visually impaired adolescents in Brazil.** 2021. 157 p. Dissertation (Masters in Education, Contemporary Contexts and Popular Demands) – Instituto de Educação/Instituto Multidisciplinar, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica/Nova Iguaçu, RJ, 2021.

Body image is a concept that has gained representation in recent decades. Therefore, many researchers have made efforts to study it. In this sense, scholars have been working on the development, validation and/or cross-cultural adaptation of instruments for their evaluation in the most diverse populations, amongst them, people with visual impairment. The objective of this research was to carry out the cross-cultural adaptation and check the reliability of the Social Physical Anxiety Scale (SPAS), Functionality Assessment Scale (FAS) and Self-Acceptance Scale - Early Blindness (SAS-EB) for a population of adolescents with visual impairment in Brazil. For the cross-cultural adaptation process, the scales went through the steps recommended by Beaton et al. (2002) which considers translation, synthesis meeting, back-translation, expert committee and pre-test. Different experts evaluated the scales, namely: body image, special education, methodologist, psychologist, linguist experts and member of the target population. As for the pre-test, in which the content validity and reliability of the instruments were evaluated, the target population was 25 adolescents with visual impairment, of both genders, aged between 10 and 19 years (mean 17.08, SD = 1.97), including low vision and blindness. Participants came from schools and institutions in Brazil, such as Instituto Benjamin Constant, Municipal Educational Center for the Visually Impaired of Resende, both in Rio de Janeiro, Instituto Paranaense de Cegos, no Paraná, Facebook Groups and indication of the participants themselves. The reliability measure was made through internal consistency, measured with Cronbach's alpha. All data collection was online because of the Covid-19 pandemic, which has social isolation as the main measure to contain the virus. The SPAS and FAS unifactorial scales showed evidence of content validity and reliability (both with an alpha of 0.74). SAS also provided evidence of content validity. However, in the reliability calculation, one of its factors, named *Protection against stigmas*, presented a reference value below the cutoff point ($\alpha = 0.52$). The other two factors presented satisfactory values (*Body acceptance factor* - $\alpha = 0.75$; *Feelings and beliefs of abilities* - $\alpha = 0.83$). This research presents adapted versions of three important body image assessment instruments for Brazilian adolescents with visual impairment. The reliability of the instruments proved to be adequate, especially for the SPAS and FAS. These instruments can be very useful to monitor pedagogical strategies focused on the body image of adolescents with visual impairment in schools throughout Brazil. However, future studies should explore the factor structure and construct validity of the adapted instruments.

Keywords: Psychometry. Content Validity. Blindness.

Project funding source: This project is funded by CAPES-DS/UFRRJ/PPGEDUC and FAPERJ.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDEVIR	Centro Municipal de Deficientes Visuais de Resende
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FAS	<i>Functionality Appreciation Scale</i>
IBC	Instituto Benjamin Constant
IPC	Instituto Paranaense de Cegos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPGEDUC	Programa de Pós-graduação em Educação – UFRRJ
SAS-ES	<i>Self-Acceptance Scale- Early Blindness</i>
SAS-VI	<i>Self-Acceptance Scale- Visual Impairment</i>
SPAS	<i>Social Physique Anxiety Scale</i>
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Possíveis cenários em que alguma forma de adaptação transcultural é necessária.....	40
Quadro 2.	Expressões ou tipos de validades de um teste.....	42
Quadro 3.	Versão original, tradução, retrotradução e versão síntese (T12) da SPAS.....	57
Quadro 4.	Equivalências da SPAS.....	62
Quadro 5.	Versão original, versão síntese e versão pré-final da SPAS.....	64
Quadro 6.	Versão original, tradução, retrotradução e versão síntese (T12) da FAS.....	67
Quadro 7.	Equivalências da FAS.....	69
Quadro 8.	Versão original, versão síntese e versão pré-final após comitê de peritos da FAS.....	71
Quadro 9.	Principais considerações dos peritos – SAS-EB.....	72
Quadro 10.	Equivalências da SAS-EB.....	78
Quadro 11.	Versão original, versão sugerida e versão pré-final da SAS-VI.....	81
Quadro 12.	Síntese das versões da SPAS nos três pré-testes.....	91
Quadro 13.	Versão final da <i>Social Physique Anxiety Scale</i> , Escala de Ansiedade Físico social (SPAS).....	93
Quadro 14.	Síntese das versões da FAS nos três pré-testes.....	98
Quadro 15.	Versão final da <i>Functionality Appreciation Scale</i> , Escala de Apreciação da Funcionalidade (FAS).....	99
Quadro 16.	Síntese das versões da SAS-VI nos três pré-testes.....	106
Quadro 17.	Versão final da <i>Self-Acceptance Scale – Visual Impairment</i> , Escala de Autoaceitação para Adolescentes com Deficiência Visual (SAS-VI)....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características gerais da amostra total.....	83
Tabela 2.	Dados descritivos dos três pré-testes.....	86
Tabela 3.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no primeiro pré-teste (SPAS).....	88
Tabela 4.	Inquérito sobre dificuldade de cansaço no segundo pré-teste (SPAS)....	89
Tabela 5.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no terceiro pré-teste (SPAS).....	91
Tabela 6.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no primeiro pré-teste (FAS).....	95
Tabela 7.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no segundo pré-teste (FAS).....	96
Tabela 8.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no terceiro pré-teste (FAS).....	97
Tabela 9.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no primeiro pré-teste (SAS-VI).....	100
Tabela 10.	Análise da forma de aplicação e expressões utilizadas no primeiro pré-teste.....	102
Tabela 11.	Inquérito sobre o nível de dificuldade e cansaço no segundo pré-teste (SAS-VI).....	102
Tabela 12.	Análise da forma de aplicação e expressões utilizadas no segundo pré-teste.....	104
Tabela 13.	Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no terceiro pré-teste (SAS-VI).....	105
Tabela 14.	Análise da forma de aplicação e expressões utilizadas no terceiro pré-teste.....	106

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Justificativa.....	19
1.2 Estrutura da Dissertação	21
2 QUADRO TEÓRICO	23
2.1 Deficiência Visual	23
2.1.1 Conceitualização da deficiência visual.....	23
2.2 Adolescência.....	26
2.2.1 Conceitos de adolescência.....	26
2.2.2 Adolescência e deficiência visual.....	27
2.3 Imagem Corporal.....	29
2.3.1 Conceitualização da imagem corporal.....	29
2.3.2 Perspectiva positiva da imagem corporal	30
2.3.3 Funcionalidade corporal: conceito e avaliação.....	31
2.3.4 Autoaceitação: conceito e avaliação.....	33
2.3.5 Ansiedade físico social: conceito e avaliação.....	34
2.3.6 Imagem corporal de adolescentes com deficiência visual.....	37
2.4 Psicometria	38
2.4.1 Conceitualização da psicometria	38
2.4.2 Diretrizes metodológicas para adaptação de instrumentos psicométricos.....	39
2.4.3 Validação e confiabilidade de instrumentos de avaliação da imagem corporal	41
2.4.3.1 Tipos de validade de escalas.....	41
2.4.3.2 Tipos de confiabilidade de escalas	44
3 OBJETIVOS	47
3.1 Objetivo Geral	47
3.2 Objetivos Específicos	47

4 MÉTODO.....	48
4.1 Caracterização da Pesquisa.....	48
4.2 Aspectos Éticos	48
4.3 Autorização para Uso das Escalas no Brasil	48
4.4 Primeira Etapa: Adaptação Transcultural da SPAS, FAS E SAS-EB.....	49
4.4.1 Tradução	49
4.4.2 Reunião de síntese	49
4.4.3 Retrotradução.....	49
4.4.4 Comitê de peritos da SPAS e FAS	50
4.4.5 Comitê de peritos da SAS-EB	50
4.5 Segunda Etapa: Pré-teste	51
4.5.1 Participantes	52
4.5.2 Procedimentos de coleta de dados	52
4.5.3 Instrumentos de coleta de dados	54
4.5.4 Análise dos dados	54
5 RESULTADOS	56
5.1 Primeira Etapa: Adaptação Transcultural da SPAS, FAS e SAS-EB.....	56
5.1.1 SPAS	56
5.1.1.1 Tradução	56
5.1.1.2 Reunião de Síntese.....	56
5.1.1.3 Retrotradução.....	57
5.1.1.4 Comitê de Peritos	61
5.1.2 FAS.....	66
5.1.2.1 Tradução	66
5.1.2.2 Reunião de Síntese.....	66
5.1.2.3 Retrotradução.....	67
5.1.2.4 Comitê de peritos.....	69
5.1.3 SAS-EB	72
5.1.3.1 Comitê de Peritos	72
5.2 Segunda Etapa: Pré-Teste	83
5.2.1 Características gerais da amostra.....	83
5.2.2 Resultado Sociodemográfico: Primeiro, segundo e terceiro pré-teste.....	86
5.2.3 SPAS: Primeiro pré-teste.....	88

5.2.4 SPAS: Segundo pré-teste.....	89
5.2.5 SPAS: Terceiro pré-teste	90
5.2.6 FAS: Primeiro pré-teste	94
5.2.7 FAS: Segundo pré-teste	95
5.2.8 FAS: Terceiro pré-teste	97
5.2.9 SAS-VI: Primeiro pré-teste	99
5.2.10 SAS-VI: Segundo pré-teste	102
5.2.11 SAS-VI: Terceiro pré-teste.....	104
6 DISCUSSÃO	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
8 REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	132
Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	132
Apêndice 2 – Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)	134
Apêndice 3 – Questionário Sociodemográfico.....	136
Apêndice 4 – Versão final da SPAS	138
Apêndice 5 – Versão final da FAS	139
Apêndice 6 – Versão Final da SAS-VI.....	140
ANEXOS	143
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética Plataforma Brasil e UFRRJ.....	143
Anexo 2 – SPAS – Autorização dos autores e escala original	149
Anexo 3 – FAS – Autorização do autor e escala original	151
Anexo 4 – SAS-EB – Autorização do autor e escala original	152
Anexo 5 – Termos de anuência	155

APRESENTAÇÃO

Estudar a imagem corporal de pessoas com deficiência visual tem sido um desafio instigante. Desde que me deparei com tal provocação, busquei compreender melhor a imagem corporal e a deficiência visual. Segundo Schilder (1999), a imagem corporal é a imagem do corpo formada em nossa mente a partir de nossa maneira singular de ser e estar no mundo, desta forma, podemos entender que cada indivíduo possui um modo peculiar de construir e perceber sua própria imagem corporal. A deficiência visual é uma condição específica do indivíduo que, apesar de ter o sistema visual com alterações, pode desenvolver plenamente a imagem corporal (ANDERSON *et al.*, 2019). Desse modo, ao ingressar no mestrado, decidi percorrer os caminhos deste campo do saber, o qual me apresentou novas perspectivas de conhecimento.

Assim, emergiram as etapas teóricas, metodológicas e epistemológicas a serem dominadas: autorizações, plataformas, conhecer a deficiência visual, a imagem corporal, a psicometria, entre outras. A participação no Grupo de Estudo e Pesquisa em Aspectos psicossociais do Corpo (GEPAC) foi fundamental para que essas novas aprendizagens se concretizassem. Sob a condução de minha orientadora, os encontros semanais possibilitaram um melhor conhecimento dos constructos que fundamentam todo o nosso trabalho.

Dentre as etapas desta investigação, uma que se destacou foi a Psicometria. Realizar a adaptação transcultural e, futuramente, validar instrumentos de avaliação da imagem corporal para a população de adolescentes com deficiência visual representa a possibilidade de inclusão social e educacional para essa população, no sentido de tornar possíveis intervenções mais adequadas e assertivas, lhes propiciando benefícios. Dada a escassez de investigações nessa área, percebi que eu poderia contribuir com a ciência, mas, sobretudo, com a população que escolhi para pesquisar, uma vez que os conhecimentos advindos da presente investigação podem viabilizar estratégias de intervenção eficazes no campo da Educação e da Saúde.

Minha caminhada, nesse sentido, está apenas começando, entretanto, o meu entendimento de que pessoas com deficiência visual precisam ser mais bem compreendidas na sua forma de ser e expressar no mundo foi ampliado. Em minhas áreas de atuação, a Educação e a Psicologia, eu já entendia que, como sociedade, nossos esforços para conhecer as pessoas com deficiência ainda são insuficientes. Agora, como pesquisadora, entendo que podemos quebrar paradigmas normatizadores, os quais imputam que a deficiência define o sujeito. Quantas vezes mencionamos “aquele rapaz cadeirante” ou “aquela menina cega”, sem nos darmos conta de que tais pessoas possuem outras características para além da deficiência. Cada ser humano é único e possui suas especificidades e individualidades. E é nessa concepção que pretendo continuar minha caminhada e meus muitos futuros desafios.

1 INTRODUÇÃO

A deficiência visual consiste em uma alteração na acuidade visual que pode levar à baixa visão ou a cegueira (KLEIN *et al.*, 1991). Pode, ainda, ser definida como uma alteração sensorial da capacidade de ver que pode anular totalmente a visão (ALEXANDRINO *et al.*, 2017). Acuidade visual é a medida da capacidade dos olhos para distinguir a forma e os detalhes do objeto em uma determinada distância (KELLY; BISCHKE, 2011). A deficiência visual é uma das deficiências com maior incidência no Brasil e no mundo (CONGDON; FRIEDMAN; LIETMAN, 2003; PINQUART; PIFFEFER, 2017), e estudos demonstram um aumento na prevalência desta deficiência, sobretudo devido ao envelhecimento da população (MASAKI, 2015; BOURNE, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2013) realizou uma estimativa global sobre a deficiência visual entre os anos de 2014 e 2019, demonstrando que, em 2015, haveria 216,6 milhões de pessoas com deficiência visual, das quais 36 milhões eram cegas (BOURNE *et al.*, 2017). Nessa estimativa, 90% dos casos de cegueira ocorrem nas áreas pobres do mundo, 60% das cegueiras são evitáveis, 40% têm conotação genética (são hereditárias), 25% têm causa infecciosa, e mais de 20% das cegueiras já instaladas são recuperáveis (BOURNE *et al.*, 2017; OTTAIANO *et al.*, 2019).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelaram que, em 2013, a deficiência visual acometia 3,6 % da população brasileira. A região sul do país tem maior proporção de pessoas com deficiência visual (5,4%), seguida da região Nordeste (3,4%), Centro-Oeste (3,3%), Sudeste (3,2%) e Norte (3,0%). Vale ainda ressaltar que destes: 3,3% adquiriram a deficiência por doença ou acidente; 0,4% possui cegueira congênita; 6,6% das pessoas com deficiência visual faziam uso de algum recurso para auxiliar a locomoção; 4,8% frequentavam algum serviço de reabilitação (Ministério da Saúde, 2019).

No presente estudo, a deficiência visual é conceituada de acordo com recomendações da Organização Mundial de Saúde, que a define como um comprometimento ocular que afeta o sistema visual em uma ou mais de uma de suas funções de visão, considerando, ainda, que esse tipo de deficiência inclui tanto a baixa visão como a cegueira. Segundo a OMS, baixa visão é definida como a acuidade visual menor do que 6/18, porém, igual ou melhor do que 3/60, ou um campo visual correspondente a menos de 20 graus, no olho de melhor visão com a melhor correção óptica possível. Já a cegueira é definida como a acuidade visual menor do que 3/60 (WHO, 2013; BOURNE *et al.*, 2017). Partindo dessas colocações, é preciso ainda considerar a heterogeneidade da população com deficiência visual, uma vez que em cada período da vida, tal deficiência pode ter implicações peculiares.

Segundo a OMS (2009), a adolescência é o período que vai desde os 10 até os 19 anos de idade. Esta fase é marcada por muitas transformações, podendo ser denominada idade de transição, uma vez que tem as funções psicológicas em desenvolvimento mediante a apropriação dos conceitos científicos com saltos quantitativos em meio às crises que compõem o processo de desenvolvimento (BARBOSA; FACCI, 2018). Tal fase é marcada pela acentuada importância dada à aparência física, tendo em vista que ser atraente é uma pré-condição para aprovação social entre os pares (PINQUART; PFEIFFER, 2012).

Além disso, há registros que apontam que a maioria dos adolescentes é insatisfeita com o próprio corpo (CHOI; CHOI, 2016; GANESAN; RAVISHANKAR; RAMALINGAN, 2018) e que possui ampla internalização de ideais de magreza (McCABE; RICCIARDELLI, 2009; VALLANCE; LATNER; GLEAVES, 2011). Estudos também indicam índices alarmantes de transtorno alimentar entre adolescentes (KESSLER; POLL, 2018; EVANS *et al.*, 2017) e alterações cognitivas e comportamentais relacionadas à imagem corporal (MICALI *et al.*, 2015). Entretanto, esses dados são controversos, pois adolescentes podem

desenvolver uma imagem corporal positiva (ATTIE; GUNN, 1989; ROSENBLUM; LEWIS, 1999), principalmente quando praticam algum tipo de atividade física (ABBOT; BARBER, 2010).

A imagem corporal é a representação mental do próprio corpo (SCHILDER, 1999; CAMPANA; TAVARES, 2009). Isso é possível a partir de processos psíquicos, que começam desde a captação de informações a partir dos sentidos, passando pelo processamento dessas informações, gerando, assim, padrões organizados que possibilitam abstrações e inferências, finalizando na representação mental do corpo. Dessa forma, a imagem corporal pode ser entendida como um fenômeno intrincado de imagens, fantasias e significados próprios sobre o corpo, suas partes e funções (KRUEGER, 2004; MORGADO, 2013).

Por ser um conceito multidimensional, a imagem corporal inclui elementos perceptivos, ou seja, como o sujeito percebe o próprio corpo; e atitudinais, que são as atitudes relacionadas ao próprio corpo, como por exemplo, cognições, afetos, comportamentos e insatisfação (CAMPANA; TAVARES, 2009; GARDNER, 2011; NEVES; MORGADO; TAVARES, 2015).

Assim, as características desse constructo podem ser tanto negativas quanto positivas. Imagem corporal negativa diz respeito a um desgosto profundo com o próprio corpo ou aparência corporal, podendo gerar afetos negativos, como raiva e depressão, insatisfação corporal e preocupação excessiva com o corpo. Já a imagem corporal positiva diz respeito às atitudes de afeto e respeito com relação ao próprio corpo e à própria aparência corporal, tais como autoaceitação, opiniões favoráveis sobre o corpo, respeito pelo corpo e proteção do mesmo (TYLKA, 2011; TYLKA, 2015; ALLEVA *et al.*, 2017).

Adolescentes com deficiência visual também têm sido considerados um grupo de risco para alterações na imagem, podendo apresentar dificuldades no desenvolvimento e manutenção de uma imagem corporal positiva (VANDEREYCKEN, 1986; PAGE; PAPPS, 2018). Isso porque, no quadro da deficiência visual, a atividade física pode ser negativamente afetada por características específicas da deficiência, tais como deformidades na face, olhos deformados, maneirismos estereotipados, balanço do corpo e ação de cutucar os olhos (PINQUART; PFEIFFER, 2012). Em adição, pessoas com cegueira ou com limitação visual grave podem ser mais dependentes da avaliação social dos outros sobre sua aparência física, uma vez que há maior incerteza a respeito de seu próprio visual devido à ausência da imagem visual (KAPLAN-MYRTH, 2000; KOCOURVOVA *et al.*, 2011). Essas avaliações, em geral, não são positivas e as pessoas que não enxergam podem ser mais vulneráveis a receber chacota sobre sua aparência física (PINQUART; PFEIFFER, 2013).

Outros estudos ainda apontam que a deficiência visual pode favorecer alterações na imagem corporal entre adolescentes, desencadeando problemas no desenvolvimento e manutenção de uma imagem corporal positiva e que a falta de atividade física em adolescentes com deficiência visual pode interferir em sua imagem corporal (KAPLAN-MYRTH, 2000; SHEPPARD; EISER; KINGSTON, 2005; GREGUOL; GOBBI; CARRARO, 2013). Adolescentes com deficiência visual (baixa visão e cegueira) e outras deficiências podem ser menos satisfeitos com o seu corpo do que seus pares com visão (PINQUART; PFEIFFER, 2012; GREGUOL; GOBBI; CARRARO, 2014; HAEGELE; ZHU, 2018).

Entretanto, a escassa literatura da área ainda é inconclusiva, pois alguns estudos apontam que a deficiência visual não interfere negativamente na imagem corporal, não encontrando diferenças entre a imagem corporal de jovens com e sem deficiência visual (DIAS, *et al.*, 2005; BOLAT *et al.*, 2011). Estudos que avaliaram adolescentes que ainda não haviam passado por experiências de provocações com relação à aparência constataram que jovens com deficiência visual avaliaram suas aparências e características mais positivamente do que os pares videntes (ALEXANDER, 1996; PIERCE; WARDLE, 1996; SHAPIRO *et al.*, 2005).

No contexto escolar, questões sobre a imagem corporal de adolescentes com deficiência visual se destacam. Estudos demonstram que, na escola, aparecem debates sobre ideais de aparência, comparação social e preocupações com a imagem corporal (ANDERSON, 2019; SCHIPPER; LIBERMAN, 2017; KAPLAN-MYTRH, 2000). Esses dados merecem atenção, pois de acordo o modelo sociocultural tripartite de Thompson (2015) existem três principais agentes de influências sobre a imagem corporal: pais, mídia e amigos. A despeito de pais e mídia, a escola também se apresenta como um ambiente favorável para o compartilhamento de variadas ideias e questões entre amigos. Assim, configura-se como um espaço propício para difusão e articulação de padrões de beleza considerados perfeitos, bem como para compartilhamento de anseios e inquietações em relação ao corpo. É nesse sentido que o ambiente escolar é um importante ambiente para a ampliação de investigações que avaliem a imagem corporal desta população.

A avaliação de aspectos relacionados à imagem corporal é possível através da utilização de instrumentos psicométricos, ou seja, escalas que possam quantificar em números o fenômeno (constructo, comportamento ou traço latente). A psicometria é a teoria e a técnica de medida dos processos mentais aplicada a áreas como Educação e Psicologia (PASQUALI, 2013). Essa importante área do conhecimento nos permite avaliar a imagem corporal com medidas robustas, com adequados índices de validade e confiabilidade. Entretanto, em situações em que não há instrumentos adequados, válidos e confiáveis, podemos optar por dois caminhos de pesquisa. O primeiro é o desenvolvimento de uma nova medida; o segundo caminho para o pesquisador é a adaptação de instrumentos pré-existentes criados e validados para outra realidade cultural (BEATON *et al.*, 2002; FERREIRA *et al.*, 2014).

Assim, diante da escassez de escalas específicas para avaliar aspectos relacionados à imagem corporal de adolescentes com deficiência visual, o presente trabalho propõe a adaptação transcultural e a conferência da confiabilidade de três medidas, a saber: a *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) (HART; LEARY; REJESKI, 1989), a *Functionality Appreciation Scale* (FAS) (ALLEVA; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2017) e a *Self-Acceptance Scale - Early Blidness* (SAS-EB) (MORGADO; CAMPANA; TAVARES, 2014).

1.1 Justificativa

O presente trabalho se fundamenta e justifica sobre três pilares principais. Primeiramente, sabe-se que questões relacionadas à imagem corporal podem ter associação com a formação do indivíduo nas suas mais variadas facetas, incluindo a formação educacional (WALLHEAD; O’SULLIVAN, 2005; PEREIRA; CIA; BARHAM, 2008), o que justifica a realização deste estudo no presente Programa de Pós-Graduação em Educação.

Em segundo lugar, avaliar aspectos relacionados à imagem corporal nas mais diversas populações é de suma importância para a sistematização de conhecimento específico nessa área do saber, o que poderá contribuir para intervenções assertivas e eficazes (MORGADO *et al.*, 2019).

Em terceiro lugar, dada a escassez de instrumentos validados para avaliar aspectos relacionados à imagem corporal na população de adolescentes com deficiência visual no Brasil (QUINTANILHA *et al.*, 2021), faz-se necessária a adaptação transcultural de instrumentos.

Assim, com relação aos estudos da imagem corporal em contextos educativos, vale destacar que o indivíduo passa boa parte de sua vida em ambientes acadêmicos e, por esta razão, muitas questões que perpassam seu desenvolvimento acontecem em contextos escolares (PEREIRA; CIA; BARHAM, 2008). De acordo com Wallhead e O’Sullivan (2005), em contextos escolares, os alunos apreciam oportunidades para discutir assuntos como gênero

e imagem corporal, demonstrando que esses conteúdos são significativos para a vida na escola e na sociedade em geral, faceando seu desenvolvimento integral (DESSEN; POLONIA, 2007). Nesse sentido, autores demonstram que questões relacionadas à imagem corporal em adolescentes estão presentes em contextos educacionais (WALLHEAD; O'SULLIVAN, 2005; SCHERER *et al.*, 2013).

Para transitar nas diversas áreas da vida, sejam elas sociais, educacionais e até mesmo profissionais, o indivíduo precisa estar confiante e integrado. Contudo, a formação da identidade corporal do estudante é de responsabilidade da escola também, pois são nesses contextos que muitos conhecimentos sobre o corpo se formam (AERTS; MADEIRA; ZART, 2010; LEMES *et al.*, 2018). Com isso, programas que priorizem processos formativos integrais e que atentem para formação de uma imagem corporal integrada são de grande importância (SALGADO; SILVA, 2018).

Sob essa ótica, entende-se que essa tarefa é multidisciplinar, pois a imagem corporal é um conteúdo que deve estar sob o domínio e responsabilidade de toda a comunidade escolar, isto é, de todos os personagens envolvidos na Educação, sejam eles alunos, professores e demais profissionais que fazem parte da formação desse aluno (SILVA *et al.*, 2018) e, em específico, do aluno com deficiência visual (CHEIKH; KASMI; MEHIDI, 2018; HAEGELE; ZHU, 2018). Por isso, no contexto educacional, é de grande relevância a atuação de profissionais como o psicólogo compreendendo aspectos socioemocionais, do professor de Educação Física, enquanto profissional que trabalha o movimento e a cultura corporal, do professor das áreas de humanas, pois podem problematizar questões culturais e subjetivas, do professor das áreas de ciências da natureza, pois também trabalha com aspectos biológicos e fisiológicos do corpo e, por fim, do professor do atendimento especial, pois focaliza seu trabalho nas questões de aprendizagem do aluno com deficiência visual (LIMA; OLIVEIRA, 2018; COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2016; HUEARA *et al.*, 2006).

Autores afirmam que a imagem corporal negativa pode trazer implicações negativas ao estudante, pois toda aprendizagem passa pelo corpo (FONSECA, 2005; JONES; TAYLOR; BROADWELL, 2008), e pode refletir em seu rendimento escolar. Nesse sentido, a presente pesquisa se dará em contextos educacionais (escolas regulares e instituições de atendimento especializado), pois o conhecimento aprimorado da imagem corporal de adolescentes com deficiência visual pode propiciar aspectos positivos no processo educacional desta população, dada a relevância na construção de uma imagem corporal integrada e positiva para o sujeito.

Quando o enfoque gira em torno de adolescentes com deficiência visual, a temática da imagem corporal assume especial relevância, pois é essencial conhecer e investigar de modo sistemático as implicações da deficiência visual na imagem corporal, de modo a ampliar o conhecimento na área e viabilizar intervenções mais assertivas e eficazes no contexto educacional (QUINTANILHA *et al.*, 2021). Quando se considera a fase da adolescência, alterações na imagem corporal são observadas tanto em adolescentes videntes (SCHERER, 2010; FRISEN; HOLMQVIST, 2010; MENDES; ARAÚJO; LOPES; RAMOS, 2014, RODGERS *et al.*, 2018) quanto em adolescentes com deficiência visual (PINQUART; PFEIFFER, 2012; SCHIPPER; LIEBERMAN; MOODY, 2017; CHEIKH; KASMI; MEHIDI, 2018; HAEGELE; ZHU, 2018; ANDERSON *et al.*, 2019).

A deficiência visual pode estar associada à imagem corporal de diferentes formas. Estudos demonstram que quadros de anorexia nervosa (VANDEREYCKEN, 1986), depressão (KOCOURVOVA *et al.*, 2011), insatisfação corporal (ASHIKALI; DITTIMAR, 2010; HALDER; DATTA, 2011), exclusão social (HAEGELE; ZHU, 2018), checagem corporal (GÜLER *et al.*, 2012) e imagem corporal negativa (GREGUOL; GOBBI; CARRAR, 2014) estão associados à deficiência visual em adolescentes (QUINTANILHA *et al.*, 2021). Outro fator relevante é que adolescentes com deficiência visual acabam excluídos da prática

de atividades físicas, o que interfere em sua saúde (CHEIKH; KASMI; MEHIDI, 2018; SCHIPPER; LIEBERMAN; MOODY; 2017; YANG *et al.*, 2016). Nesse sentido, tornam-se fulcrais estudos que focalizem investigações na imagem corporal dessa população.

Não obstante, tanto no contexto nacional como no internacional, há escassez de instrumentos psicométricos validados e confiáveis para avaliar imagem corporal de pessoas com deficiência visual, o que limita o avanço de investigações nesta área (QUINTANILHA *et al.*, 2021). Apenas duas escalas, *SAS-EB* (MORGADO; CAMPANA; TAVARES, 2014) e *Three-dimensional Body Rating Scale* (MORGADO *et al.*, 2013) foram encontradas para essa finalidade, todavia, ambas não foram validadas especificamente para adolescentes com deficiência visual. Estes dados demonstram a importância de estudos de adaptação ou criação de instrumentos que avaliem a imagem corporal de adolescentes com deficiência visual. Portanto, adaptar instrumentos para o contexto brasileiro viabilizará novas possibilidades de pesquisas e de intervenções nessa área de conhecimento.

Vale, ainda, ressaltar que o valor científico das pesquisas em imagem corporal está diretamente associado à qualidade dos instrumentos de medida desse constructo. Para tanto, é essencial escolher o instrumento mais apropriado para o trabalho científico, com adequados parâmetros psicométricos comprovados para a população que se pretende estudar (NEVES; MORGADO; TAVARES, 2015). No caso de inexistência ou escassez, são necessários estudos de adaptação transcultural e validação (CASH, 2011).

Especificamente, três medidas foram consideradas de singular valor para serem adaptadas transculturalmente para avaliar aspectos relacionados à imagem corporal em adolescentes brasileiros com deficiência visual. A primeira SPAS (HART; LEARY; REJESKI, 1989), que avalia a ansiedade que a pessoa experimenta em resposta à avaliação dos outros sobre sua pessoa. A segunda, a FAS (ALLEVA; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2017), que avalia componentes relacionados à apreciação da funcionalidade do corpo com o objetivo de promover uma imagem corporal positiva. E a terceira é a *SAS-EB* (MORGADO; CAMPANA; TAVARES, 2014), que avalia a autoaceitação.

Sendo assim, em conjunto, a avaliação desses constructos pode contribuir para ampliar o entendimento das preocupações que adolescentes com deficiência visual desenvolvem em relação ao próprio corpo e à própria identidade corporal, viabilizando intervenções assertivas principalmente no âmbito educacional

1.2 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação foi elaborada em sete capítulos, em que se busca apresentar o processo de adaptação transcultural e conferir a confiabilidade de três escalas que avaliam a imagem corporal de adolescentes com deficiência visual no Brasil. Dessa forma, os capítulos são divididos em introdução, quadro teórico, caracterização da pesquisa, resultados, discussão e considerações finais.

Na introdução, foi feita uma breve apresentação dos constructos abordados, seguida da problematização e justificativa da pesquisa.

O segundo capítulo, referente ao quadro teórico, se dividiu em cinco partes. Na primeira, apresentou-se um breve histórico e conceitualização da deficiência visual, bem como as perspectivas que abarcam esta deficiência. A segunda diz respeito aos conceitos de adolescência e sua relação com a deficiência visual. Na terceira parte, foram apresentados os conceitos da imagem corporal e em seguida os constructos ligados a cada escala que será adaptada. Na quarta parte, relacionou-se as implicações da deficiência visual na imagem corporal de adolescentes e na quinta, abordou-se os conceitos relacionados à psicometria, em

específico, as diretrizes metodológicas para adaptação transcultural e confiabilidade de instrumentos.

O terceiro capítulo refere-se aos objetivos, sendo estes subdivididos em geral e específicos. No quarto capítulo, caracteriza-se todo o método proposto para esta pesquisa, que se subdivide em tipo de pesquisa, aspectos éticos, autorização para uso das escalas no Brasil, metodologia, participantes, instrumentos e procedimento.

No quinto capítulo, serão apresentados os resultados. O capítulo seis dissertará sobre a discussão dos resultados. Por fim, no capítulo sete, as considerações finais são apresentadas, finalizando assim esta pesquisa.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Deficiência Visual

2.1.1 Conceitualização da deficiência visual

O conceito de deficiência tem sido construído ao longo das décadas sob diferentes perspectivas teóricas/epistemológicas que devem ser consideradas, quais sejam: médica, social e biopsicossocial (MORGADO *et al.*, 2017).

A perspectiva médica teve suas bases epistemológicas nos ideais iluministas que marcaram os séculos XVII, XVIII e XIX, as quais também influenciaram a construção filosófica do positivismo (BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017). Tal modelo se fundamenta em definições da Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS), baseando-se apenas na doença. Dessa forma, a deficiência é definida como um desvio passível de ser observado, resultante de normas biológicas e médicas (MAIOR, 2019). Por estar diretamente relacionada à fisiologia, a deficiência é vista como uma alteração do estado normal (BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017). As pessoas com deficiências são definidas por suas limitações físicas, intelectuais ou sensoriais e são independentes de seu ambiente social (DINIZ, 2012; BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017; OTTAIANO *et al.*, 2019). O objetivo desta perspectiva é a cura através do suporte médico (DINIZ, 2012), e, apesar desse modelo ainda ser vigente, sofreu críticas (GAUDENZI; ORTEGA, 2016). Em contrariedade a essa perspectiva, surgiu o modelo social da deficiência (FRANÇA, 2013).

Na perspectiva social, a deficiência é tida como uma construção social. Segundo Gaudenzi e Ortega (2016), essa abordagem surgiu por volta do ano de 1970 impulsionada por Paul Hunt, sociólogo inglês, e se consolidou na década de 1980. Tal perspectiva ressalta que a pessoa com deficiência não é um indivíduo isolado, mas atuante em um contexto social. Desta forma, a deficiência é vista a partir de normas sociais, culturais, econômicas e com base em percepções e produções da sociedade (FRANÇA, 2013; GAUDENZI; ORTEGA, 2016). A premissa básica do modelo social é que a deficiência não deve ser entendida como um problema do indivíduo, mas como uma questão da vida em sociedade (MAGNABOSCO; SOUZA, 2018), transferindo, assim, a responsabilidade pelas “desvantagens das limitações do indivíduo” para a incapacidade da sociedade em prever e se ajustar à diversidade (MORGADO, 2014).

Embora os modelos médico e social sejam usados mais frequentemente, alguns estudiosos utilizam uma perspectiva que integra e equilibra as duas concepções, ou seja, um modelo biopsicossocial da deficiência (MELONI; FEDERICI; DENNIS, 2015; MORGADO *et al.*, 2017; FRAZIER, 2020).

A perspectiva biopsicossocial da deficiência a conceitualiza como uma relação dialética, que integra as características intrínsecas do indivíduo e as concepções sociais (MORGADO *et al.*, 2017; FRAZIER, 2020). Esse modelo se fundamenta partindo dos modelos médico e social, entretanto, considera os aspectos psicológicos do indivíduo como essenciais para a sua formação plena. Por isso, a perspectiva biopsicossocial é chamada integrativa, pois busca obter uma integração das variadas dimensões da saúde. Nesse modelo, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais atuam em conjunto para determinar a saúde ou a vulnerabilidade do indivíduo (ARAÚJO, 2013).

É nessa perspectiva que pesquisadores concordam que as pessoas experienciam suas deficiências no contexto de suas relações sociais, entendendo que é um fenômeno multidimensional, resultante da interação entre o indivíduo (suas características biológicas e

psicológicas) e seu ambiente físico e social (família, escola, trabalho, dentre outros) (ARAÚJO, 2013; MORGADO, 2014; MELONI; FEDERICI; DENNIS, 2015; MORGADO *et al.*, 2017; FRAZIER, 2020). A perspectiva biopsicossocial não tem por objetivo negar as limitações biológicas da deficiência, contudo, propõe uma abordagem que considere as potencialidades do sujeito, pois o desenvolvimento da pessoa com deficiência é pleno de possibilidades e limitações como o de qualquer ser humano (NUNES; LOMÔNACO, 2010; MORGADO *et al.*, 2017; 2019).

Na esteira destas perspectivas, constrói-se o conceito de deficiência visual, que é comumente compreendido como uma alteração na acuidade visual que pode levar à baixa visão ou à cegueira (KELLY, 2015; OTTAIANO *et al.*, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a deficiência visual ocorre quando uma condição ocular afeta o sistema visual e uma ou mais de suas funções visuais (WHO, 2019).

Dados atuais da OMS demonstram que, globalmente, pelo menos 2,2 bilhões de pessoas têm deficiência visual (WHO, 2019). Segundo Ottaiano *et al.* (2019), informações da Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira demonstram que, dentre as principais causas da deficiência visual, destacam-se: erros refrativos não corrigidos (48,9%), catarata (25,8%), degeneração macular relacionada à idade (4,1%), glaucoma (2,78%), opacidade córnea (1,65%), retinopatia diabética (1,16%), tracoma (0,79 %) e outras (14,71 %) (FLAXMAN *et al.*, 2017; WHO, 2019). Baseados nesses dados, Ottaiano *et al.* (2019) reportam que a catarata continua a ser a principal causa de cegueira, e o erro refrativo não corrigido é a principal causa de baixa visão, destacando que essas duas condições reversíveis são responsáveis por quase três quartos (74,8%) de todos os casos de deficiência visual.

Com relação ao Brasil, a deficiência visual é apontada como a deficiência que mais acomete a população. O último censo realizado em 2010 constatou que 45.606.048 milhões de pessoas (23,9% da população) declararam possuir algum tipo de deficiência, destas, 35.774.392 (78,4%) possuíam deficiência visual, 29.227.678 (81,7%) possuem alguma dificuldade para enxergar, 6.045.872 (16,9%) possuem muita dificuldade para enxergar e 500.841 (1,4%) declararam não conseguir enxergar (IBGE, 2010).

Vale ressaltar que muitos casos de deficiência visual poderiam ser evitados se corrigidos a tempo (BOURNE *et al.*, 2017; OTTAIANO *et al.*, 2019). Em recente estudo de revisão, Bourne *et al.* (2017) reportam que uma ação global feita pela OMS (WHO, 2013) teve como objetivo reduzir em 25% os quadros de deficiência visual evitáveis entre os anos de 2010 e 2019. Um dos principais objetivos do Plano de Ação Global foi gerar evidências sobre a magnitude da deficiência visual em todo o mundo e propor estratégias que visem a prevenir a deficiência visual, uma vez que ela está relacionada a diversos quadros, tais como: problemas psicológicos e neuropsicológicos (AMIRALIAN, 2004; KOCOURVOVA *et al.*, 2011; HAAN; TUCHA; HEUTINKA, 2020), problemas de aprendizagem (KINSBOURNE; LEMPERT, 1980; AMIRALIAN, 2004), exclusão social (BITTENCOURT; FONSECA, 2011; HAEGELE; ZHU, 2018), obesidade (PAPADOPOULOS; KOUSTRIAVA; KARTASIDOU, 2012), dentre outros.

De acordo com a OMS, são dois os níveis de deficiência visual, a saber: baixa visão e cegueira (WHO, 2019). A baixa visão é classificada como uma alteração da capacidade funcional da visão, decorrente de inúmeros fatores isolados ou associados, como baixa acuidade visual significativa, redução significativa do campo visual, alterações corticais e/ou de sensibilidade aos contrastes que interferem ou limitam o desempenho visual do indivíduo (BOURNE *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2017). Entretanto, ela também pode ser definida como uma condição que não limita o sujeito, pois com correção óptica é possível usar potencialmente a visão para desempenhar tarefas e ter autonomia (MORGADO *et al.*, 2014).

Assim, em termos técnicos, define-se a baixa visão como a acuidade visual menor do que 6/18, mas igual ou melhor do que 3/60, ou um campo visual correspondente a menos de

20 graus, no olho de melhor visão com a melhor correção óptica possível (CID 10, 2007). Em complemento, outros autores reportam que baixa visão é definida como a acuidade visual abaixo de 20/60, incluindo 20/400 no melhor olho, independentemente da causa e que a pessoa com baixa visão possui um campo visual entre 10° a 30° (OTTAIANO *et al.*, 2019; HAAN; TUCHA; HEUTINKA, 2020).

Até o início do século XX, as pessoas com baixa visão foram diagnosticadas com cegueira, o que dificultava o tratamento de forma eficaz (KELLY, 2015). Dessa forma, foram criadas estratégias de “economia de visão”, com o objetivo de fornecer uma solução para que as pessoas com baixa visão não tivessem mais perda visual (KELLY, 2015). Contudo, Natalie Barraga (1964) conduziu um estudo que comprovou que a estimulação visual poderia melhorar o funcionamento da visão. Suas pesquisas demonstraram que pessoas com baixa visão poderiam utilizar a visão de forma mais eficiente, em vez de evitar usá-la devido ao medo de mais perda da acuidade visual e, com isso, incentivou a educação de pessoas com deficiência visual e, em específico, a baixa visão.

Já a cegueira é definida como ausência total da visão, podendo chegar à ausência total de projeção de luz (NUNES; LOMÔNACO, 2010). Outros autores, sob diferente perspectiva, classificam a cegueira como a incapacidade total para ver, a qual priva o indivíduo do exercício de algumas tarefas, mesmo que possuam certos graus de visão residual (OTTAIANO *et al.*, 2019).

Em parâmetros técnicos, a cegueira é definida como uma acuidade visual de apresentação inferior a 3/60 ou uma perda de campo visual correspondente a menos de 10° no melhor olho (OMS, 2019). Veraszto *et al.* (2018) sugerem que a pessoa com cegueira é aquela cuja acuidade visual, no melhor olho, e com a melhor correção óptica, é menor do que 20/400 (0,5), ou seja, essa pessoa vê a 20 m de distância aquilo que uma pessoa de visão comum veria à 400m de distância. Dessa maneira, pessoas com acuidade visual menor do que a citada são consideradas cegas mesmo que sejam capazes de ver vultos ou alguma imagem.

Segundo Morgado *et al.* (2014), a cegueira pode ser classificada em congênita (quando a pessoa nasceu com a deficiência ou a apresentou antes do primeiro ano de idade), precoce (quando a pessoa apresentou a deficiência entre o primeiro e o nono ano de idade) ou adquirida (quando a pessoa manifestou a deficiência tardiamente). Chestnov (2013) sugere que existem vários fatores de riscos comprovados para as principais causas de cegueira (por exemplo, diabetes mellitus, tabagismo, parto prematuro, rubéola, deficiência de vitamina) os quais, se forem tratados de forma apropriada, poderiam evitar quadros de cegueira.

Diante do exposto, deve-se considerar que a deficiência visual é um fenômeno complexo e diverso. As causas da deficiência, o momento e a forma da ausência visual (progressiva ou repentina), o contexto psicológico, familiar e social são fatores que influenciam o modo como a pessoa vive sua condição (MORGADO *et al.*, 2019). Desse modo, pessoas com deficiência visual não deveriam ser classificadas baseadas em suas limitações, pois o desenvolvimento de cada uma é peculiar, o que justifica pensarmos que o desenvolvimento da pessoa com deficiência visual está muito mais próximo ao de outras pessoas com características semelhantes (idade, condição socioeconômica, influência cultural, por exemplo) do que a de outra pessoa com deficiência da visão (QUINTANILHA *et al.*, 2021; ANDERSON *et al.*, 2019). A presente investigação, portanto, parte desta premissa biopsicossocial para caracterizar a deficiência visual.

2.2 Adolescência

2.2.1 Conceitos de adolescência

A palavra adolescência é derivada do latim *adolescere*, que significa crescer até a maturidade (MUSS, 1996). Esse conceito era incomum nas sociedades pré-industriais, pois as crianças eram consideradas adultas quando amadureciam fisicamente ou iniciavam um aprendizado profissional (FELICIANO, 2010). Foi apenas no século XX, que a adolescência foi definida como uma etapa da vida e passou, então, a ser considerada um fenômeno social, sendo tomada como um período de transição da dependência da família para a autossuficiência da vida adulta. No entanto, seu início e fim dependem da cultura, da geografia e da sociedade na qual o indivíduo vive (FELICIANO, 2010; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Nesse mesmo sentido, Barbosa e Facci (2018) reportam que a adolescência é uma etapa da vida marcada por funções psicológicas que se desenvolvem mediante a apropriação dos conceitos científicos com saltos quantitativos em meio às crises que compõem o processo de desenvolvimento. É marcada por alterações em aspectos biológicos, cognitivos, psicológicos e sociais, tais como puberdade, namoro e escolha de uma profissão (KAPLAN, 2000; BLAKEMORE; MILLS, 2014; MÄIKINEN, 2015).

São diversificados na literatura os conceitos sobre o período que definem a adolescência. Estudiosos do desenvolvimento humano, por exemplo, como Papalia e Feldman (2013), reportam que esta fase compreende o período de 11 a 20 anos. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é o período que vai desde os 12 até os 18 anos de idade (Lei n. 8.069/90). No presente trabalho, utilizaremos o termo adolescência com base nas recomendações da OMS, tendo como base a definição de que essa fase da vida se caracteriza pelo período compreendido entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 2009). O motivo dessa escolha se deu, principalmente, pelo fato da abrangência etária. Desta forma, optou-se por uma recomendação na qual seja possível encontrar a população em instituições de atendimento especializado a essa população, bem como em escolas regulares.

Assim, Papalia e Feldman (2013) classificam a adolescência em três aspectos: desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. O desenvolvimento físico é bem demarcado pelo início da puberdade. Esta, por sua vez, é o processo pelo qual o indivíduo atinge a maturação sexual ou a fertilidade. No desenvolvimento cognitivo, o adolescente passa a ter a capacidade de pensar em termos abstratos, ocorrendo também mudanças estruturais e funcionais. As mudanças estruturais compreendem a ampliação da capacidade na memória de trabalho e memória de longo prazo, enquanto as mudanças funcionais estão ligadas à capacidade de obter, manipular e reter a informação. O desenvolvimento psicossocial é marcado pela busca da identidade, o que faz parte do autoconhecimento. Este processo é saudável e fundamentado nas realizações das etapas anteriores, lançando os alicerces para lidar com os desafios da idade adulta.

No mesmo sentido, outros autores também trazem importantes contribuições sobre aspectos biopsicossociais do desenvolvimento na adolescência. Bee e Boyd (2011) relatam que os primeiros anos da adolescência apresentam pontos em comum com os primeiros anos de vida da criança. Na infância, elas apresentam uma busca por independência, ao mesmo tempo que lutam para se apropriar de novas habilidades sociais. Os adolescentes também passam por esse processo, porém em níveis muito mais abstratos, devido ao amadurecimento do córtex pré-frontal. Muitos deles também passam por um período de negativismo e

conflitos, particularmente com os pais, contudo, a maioria desses conflitos com os pais se centraliza em questões de independência (BEE; BOYD, 2011).

Já no que se refere ao final da adolescência, Bee e Boyd (2011) apresentam que as transformações físicas da puberdade estão na maior parte completas, independência e liberdade são conquistadas com adequações no sistema familiar e sua nova identidade está mais definida. Entretanto, esse período não é isento de tensões, pois, segundo essas autoras, a maioria dos adolescentes ainda não possui uma identidade definida até a universidade. Contudo, no que refere às relações interpessoais, o final da adolescência ainda congrega a tarefa de formar parcerias emocionalmente íntimas (sejam sexuais ou não), o que interfere na formação da autoestima do adolescente.

Outro aspecto relevante na adolescência é o desenvolvimento maturacional. Gallahue, Ozmun e Goodway (2013) indicam que o início da adolescência é marcado por mudanças somáticas aceleradas, tanto no peso, quanto na altura. Nesta fase, ocorre um fenômeno de base genética chamado “estirão de crescimento”, período que dura aproximadamente 4 anos e meio e no qual o adolescente cresce 20% da estatura final, porém, a idade de início e a velocidade desse crescimento variam consideravelmente de acordo com os indivíduos, por exemplo, nas meninas, ocorre no início da puberdade e, nos meninos, na fase intermediária (COUTINHO, 2011; GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

A grande quantidade de mudanças corporais na fase da adolescência é propiciada pelo trabalho contínuo do sistema endócrino (MALINA, 1986), fenômeno chamado de puberdade (GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013). A puberdade é o início da maturação sexual nos adolescentes, porém, em ambos os sexos, possui peculiaridades importantes a serem observadas. As adolescentes passam pela menarca, aparecimento dos seios e dos pelos púbicos. Enquanto, entre os meninos, há alterações na voz, acontece a primeira ejaculação e os pelos também começam a surgir no corpo (COUTINHO, 2011; GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013). Diante das diversas alterações emocionais e corporais vividas na adolescência, estudiosos reportam que esta é uma fase na qual o indivíduo pode sofrer consequências para desenvolver uma visão plena de si, o que pode interferir em sua autoestima (CHOI; CHOI, 2016; GANESAN; RAVISHANKAR; RAMALINGAM, 2018).

Assim, em conjunto, o exposto torna possível compreender essa importante fase da vida que de fato caracteriza a transição da infância para a vida adulta. Qualquer peculiaridade dessa fase, como a manifestação de uma deficiência, por exemplo, deve ser compreendida à luz da literatura, como descrito no tópico a seguir.

2.2.2 Adolescência e deficiência visual

O entendimento das características peculiares de adolescentes com deficiência visual parte de premissas contraditórias na literatura. Há um grupo de autores que considera que adolescentes com alteração na visão possuem as mesmas expectativas que pessoas videntes, mas as experienciam de forma diferente. Nem melhor e nem pior, apenas diferente (PIERCE; WARDLE, 1996; JONES; TAYLOR; BROADWELL, 2008; SCHIPPER; LIEBERMAN; MOODY, 2017; ANDERSON *et al.*, 2019). Já outros estudiosos consideram que a adolescência pode ter implicações negativas quando vivida com a deficiência visual, configurando a perspectiva medicalizada da deficiência visual (PINQUART; PFEIFFER, 2013; WRZESINSKA *et al.*, 2017).

Entretanto, é necessário observar que a vida do adolescente com deficiência visual não se diferencia da forma como o adolescente vidente vive. Isso porque, de acordo com

Anderson *et al.* (2019), o adolescente com deficiência visual valoriza e busca aspectos como interação social, saúde física e autonomia da mesma forma que a maioria das pessoas, porém de forma diferenciada. Para adolescentes com deficiência visual, a avaliação dos pais pode refletir em seu autoconceito e sua autoestima, portanto, a interação parental pautada no respeito e segurança pode prover aos adolescentes o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e positivas (PIERCE; WARDLE, 1996). Nesse mesmo sentido, Schipper, Lieberman e Moody (2017) entendem que é importante para o adolescente com deficiência visual ser ativo, o que lhe proporciona uma visão positiva sobre suas capacidades. Ademais, são capazes de se sair melhor do que videntes em algumas tarefas (JONES; TAYLOR; BROADWELL, 2008).

No âmbito do autoconceito e autoestima, os princípios que fundamentam as questões psicológicas envolvidas na dinâmica do desenvolvimento desses conceitos são igualmente aplicáveis a pessoas cegas e àquelas que enxergam. Entretanto, adolescentes com deficiência visual podem ter menor autoestima porque os desafios que enfrentam na vida diferem daqueles enfrentados por adolescentes videntes (AUGESTAD, 2017).

Existem também desafios psicológicos comuns a adolescentes com deficiência visual. Segundo Pinquart e Pfeifer (2013), o desenvolvimento da identidade nessa população é mais lento em relação a adolescentes videntes, o que pode limitar experiências novas, portanto, integrá-los em escolas regulares (nas quais podem ter contato com outros adolescentes) pode aumentar o bem-estar dessa população e prepará-los para lidar com novas situações.

Diante de tantas transformações vividas pelo indivíduo na adolescência, esta fase pode ter implicações negativas quando vivida com a deficiência visual (PINQUART; PFEIFER, 2013). Bittencourt e Hoehne (2006) argumentam que a dificuldade de executar tarefas pessoais e dependência são experiências negativas para jovens com deficiência visual, uma vez que a visão é considerada um fator importante de integração motora, de atividades perceptivas e mentais e sua ausência pode promover mudanças marcantes, reduzindo a capacidade do indivíduo de se adaptar à sociedade (GREGUOL; GOBBI; CARRARO, 2014).

De acordo com Augestad (2017) e Halder e Datta (2011), alguns aspectos são fundamentais para o adolescente com deficiência visual, dentre eles destacam-se: amizade, independência na mobilidade, apoio social e suporte dos pais, os quais são importantes para melhorar o autoconceito e a autoestima das crianças com deficiência visual. Adolescentes com deficiência visual podem ter menos oportunidades de fazer amigos, podendo enfrentar isolamento social e, como consequência, podem desenvolver problemas emocionais e de comunicação (AUGESTAD, 2017; HAEGELE; ZHU, 2018). O bom apoio social, especialmente, o apoio de amigos, pode ajudar a melhorar o autoconceito e a autoestima entre adolescentes com deficiência visual (LOPEZ-JUSTICIA *et al.*, 2001; PINQUART; PFEIFFER, 2013). Oportunidades para adolescentes com deficiência visual de participar de atividades de lazer e outras atividades sociais com amigos são especialmente importantes (ANDERSON *et al.*, 2019; CHEI KH; KASMI; MEHIDI, 2018), pois a interação com os pares é importante nessa fase do desenvolvimento (GRIFFIN-SHIRLEY; NES, 2005).

Nesse mesmo caminho, entende-se que pais e professores desempenham papéis importantes no desenvolvimento de identidade, julgamento moral, interação social e comportamento social entre crianças e adolescentes com deficiência visual (CARDINALI; D'ALLURA, 2001; BOWEN, 2010; PINQUART; PFEIFFER, 2013). Sendo assim, torna-se importante buscar melhor entendimento da imagem corporal dessa população.

2.3 Imagem Corporal

2.3.1 Conceitualização da imagem corporal

O caminho de estudar, entender e investigar a imagem corporal tem sido um desafio para muitos pesquisadores (CAMPANA, TAVARES, 2009). No Brasil, estudiosos da imagem corporal têm se debruçado em investigar esse constructo nas mais variadas populações, como por exemplo, em crianças (NEVES, 2017; NEVES *et al.*, 2017), em pessoas com obesidade (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006), na velhice (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014), em adolescentes (SCHERER *et al.*, 2010; MORAIS, 2018) e em pessoas com deficiência visual (MORGADO *et al.*, 2013; 2014; 2017; 2019; QUINTANILHA *et al.*, 2021).

Para Schilder (1999), a imagem corporal se refere à representação mental do próprio corpo. Segundo o autor, a imagem corporal é um conceito complexo, transcendendo os limites do corpo e envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, o entorno do sujeito influencia sua subjetividade e seu comportamento, essa relação é dialética e acontece através do corpo. “Nessa relação, há o que se deixa no outro, há o que se retém do outro e há o que se mantém privado, particular” (CAMPANA; TAVARES, 2009, p. 31).

Em complemento, Cash (2011) reporta que a imagem corporal se refere à experiência psicológica multifacetada da personificação, especialmente, mas não exclusivamente a aparência física. Abrange autopercepções e comportamentos relacionadas ao corpo, incluindo pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos.

Para Tavares *et al.* (2010), a imagem corporal é a representação mental do corpo existencial. Ela é dinâmica e legítima a existência singular e original do ser humano no mundo. Nesse contexto, o pesquisador deve estudar a imagem corporal dentro de duas dimensões: a atitudinal e a perceptiva. A dimensão atitudinal diz respeito aos comportamentos, às emoções e às cognições do sujeito a respeito de seu corpo, de sua aparência. Para estudar a dimensão atitudinal, foram desenvolvidos questionários, entrevistas clínicas e escalas. A dimensão perceptiva da imagem corporal é como o sujeito percebe seu corpo, ou seja, a relação como se vê e como realmente é. Para avaliá-la, podem ser utilizados métodos que possibilitem a distorção do tamanho das dimensões do corpo, através de aparatos distorcidos, de manipulação de luzes e compassos ou por registro em molduras ou folhas de papel. Estes métodos permitem estudar como o sujeito estima o tamanho e a forma de seu corpo (BANFIELD; MCCABE, 2002).

Há, ainda, que se considerar as perspectivas teóricas em torno do conceito da imagem corporal. Existem registros na literatura da perspectiva psicodinâmica, cognitivo-comportamental, sociocultural e positiva da imagem corporal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

A perspectiva psicodinâmica considera que a imagem corporal é a representação mental do próprio corpo na mente, de forma dinâmica, multifacetada e singular. A incapacidade de reconhecer os próprios sentimentos e as próprias sensações leva a uma falha na representação do corpo levando o sujeito a integrar o *self* corporal e o *self* psicológico. Por não conseguir essa conexão e ser incapaz de exprimir os sentimentos, utiliza o corpo para expressar o que não consegue dizer com palavras. Essa perspectiva de estudar a imagem corporal se iniciou com a psicanalista francesa Françoise Dolto e o psicólogo norte americano Seymour Fisher (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Na perspectiva cognitivo-comportamental, teóricos como Thomas Cash e Rita Freedman (1998; 2004) se destacam. Essa linha de pesquisa entende que há dois aspectos

envolvidos no estudo da imagem corporal, o primeiro referente às *influências do passado*, ou seja, o que o indivíduo já vivenciou interfere em sua forma de pensar, sentir e agir com relação ao seu corpo. O outro está relacionado aos acontecimentos futuros, os quais podem influenciar o indivíduo mantendo ou precipitando experiências relacionadas à imagem corporal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Com relação à perspectiva sociocultural, J. Kevin Thompson e Linda Smolak são as principais referências na área (CAMPANA; TAVARES, 2009). Essa perspectiva preconiza que a forma de estudar a imagem corporal busca descobrir o quanto os valores sociais influenciam os valores individuais e os comportamentos do indivíduo. Estas influências se relacionam com o constructo da comparação social, e o indivíduo se avalia a partir da comparação com os outros, sendo o processo de avaliação corporal realizado de acordo com a coleta de informações sobre o outro (CAMPANA; TAVARES, 2009).

A quarta e última linha de pesquisa abordada é a perspectiva positiva. A mesma será apresentada em tópico específico tendo em vista que fundamenta a base teórica de duas das escalas que serão abordadas neste estudo: a SAS-EB e a FAS.

2.3.2 Perspectiva positiva da imagem corporal

Ao pesquisador em imagem corporal, é importante destacar que o primeiro passo para que os dados gerados em sua investigação possam ser compreendidos é o estabelecimento de qual referencial teórico que suporta e define a pesquisa. Isso é especialmente relevante por haver definições operacionais diversas, ou seja, termos diversificados com a mesma definição e termos distintos com definições semelhantes (NEVES; MORGADO; TAVARES, 2015). Nesse sentido, o presente estudo utilizará a perspectiva positiva da imagem corporal, por entender que os constructos das escalas *SAS-EB* e *FAS* (autoaceitação e funcionalidade do corpo) fundamentam-se nesta linha de pesquisa.

Grande parte da história da imagem corporal se concentrou apenas na imagem corporal negativa, possivelmente na tentativa de entender e tratar indivíduos com distúrbios alimentares (TYLKA, 2011; TIGGEMANN, 2019). Imagem corporal negativa é entendida como um desgosto profundo com o próprio corpo ou com a própria aparência corporal (MORGADO *et al.*, 2013). Contudo, nos últimos anos, um movimento contrário ao estudo da imagem corporal negativa tem ocorrido. Baseados na psicologia positiva, alguns pesquisadores da imagem corporal, como Tylka (2015), Tiggeman (2019), Swami (2019), dentre outros, têm buscado orientar suas pesquisas nesse viés.

Para um melhor entendimento desta perspectiva, uma breve explicação da psicologia positiva pode ser considerada. Segundo Paludo e Koller (2007), as pesquisas nessa abordagem tiveram início em 1998 nos Estados Unidos, sendo seu principal teórico Martin Seligman. Essa perspectiva propõe, basicamente, a modificação do foco da Psicologia de uma reparação dos aspectos negativos da vida para a construção de qualidades positivas (COMIN; SANTOS, 2010). A psicologia positiva se fundamenta em 3 pontos principais: o estudo da emoção positiva, que se refere a estados de felicidade, esperança e alegria; o estudo dos traços ou qualidades positivas, ou seja, forças e virtudes, incluindo habilidades como inteligência e capacidade atlética; e o estudo das instituições positivas, como a democracia, a família e a liberdade, as quais dão suporte às virtudes e que, por sua vez, oferecem apoio às emoções positivas (COMIN; SANTOS, 2010; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2004).

Na psicologia positiva, o conceito de saúde tem sido amplamente discutido. Psicólogos estudiosos deste ramo têm se empenhado em defender que saúde não é apenas a ausência de doença, mas também a presença de algo positivo (KEYS, 2002; DE VOS *et al.*, 2017). O surgimento desta linha baseia-se em focar novamente a atenção de que a ausência de

patologia pode ser vista como um marcador para a saúde, e que aspectos positivos da saúde mental e bem-estar social podem ser marcadores de bem-estar (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Tylka (2015) reporta que a psicologia positiva é uma perspectiva que se alicerça na higiologia (ciência que estuda a promoção e preservação da saúde). O foco principal da psicologia positiva é ajudar as pessoas a identificarem, ampliarem e nutrirem seus pontos fortes e usá-los para promover vidas agradáveis e significativas. Essa abordagem não pretende, entretanto, substituir o foco da patologia na Psicologia, mas complementá-lo com uma compreensão abrangente sobre o que é desejável e possível para o corpo desempenhar (TYLKA, 2015; TIGGEMANN, 2015). Nesse sentido, a psicologia positiva oferece uma estrutura adequada para orientar investigações e intervenções na imagem corporal.

A perspectiva positiva da imagem corporal visa, portanto, focalizar os estudos nas características da imagem corporal positiva, incluindo a apreciação da beleza, a funcionalidade do corpo, o filtro cognitivo de informações prejudiciais de modo a proteger o indivíduo, e, dessa forma, potencializando o que possui de positivo. Essa perspectiva busca definir beleza de maneira ampla e destacar as características favoráveis do corpo, minimizando as limitações (WOOD-BARCALOW; TYLKA; AUGUSTUS-HORVATH, 2010; ALLEVA *et al.*, 2017).

A imagem corporal positiva foca em apreciar o que alguém pode fazer ou é capaz de fazer, em vez de simplesmente considerar se pode fazer ou é capaz de fazer (ALLEVA, MARTIJN *et al.*, 2015; BAILEY *et al.*, 2015; WEBB; WOOD-BARCALOW; TYLKA, 2015; ALLEVA *et al.*, 2017). De acordo com Alleva *et al.* (2017), as pessoas apreciam o que seus corpos podem fazer por elas (por exemplo, ser grato pelas funções dos membros superiores do corpo) ou comemoram ganhos funcionais (por exemplo, recuperar a mobilidade). A apreciação dos aspectos positivos do corpo tem sido o foco de estudos qualitativos pautados na perspectiva da imagem corporal positiva (FRISÉN; HOLMQVIST, 2010; MCHUGH; COPPOLA; SABISTON, 2014).

Com relação aos adolescentes com deficiência visual, destaca-se que a perspectiva positiva de estudar a imagem corporal pode contribuir para intervenções assertivas nesta população, visto que, por vezes, a forma de se abordar a deficiência visual preocupa-se mais com as limitações do que com as potencialidades. De acordo com Morgado *et al.* (2017), estudos nessa área podem contribuir para identificar lacunas na literatura, além de providenciar informações a respeito de processos cognitivos-emocionais que desencadeiam a imagem corporal positiva. Logo, o estudo de constructos como funcionalidade corporal e autoaceitação é fundamental no entendimento da imagem corporal positiva em pessoas com deficiência visual.

2.3.3 Funcionalidade corporal: conceito e avaliação

A funcionalidade corporal pode ser definida pelo que o corpo é capaz de fazer e engloba funções relacionadas a capacidades físicas (por exemplo, flexibilidade, caminhada), processos internos (por exemplo, digerir alimentos, curar a frio), sentidos e percepções corporais (por exemplo, vendo, sentindo-se fisicamente relaxado), empreendimentos criativos (por exemplo, desenho, canto), comunicação com outras pessoas (por exemplo, linguagem corporal, riso compartilhado) e autocuidado (por exemplo, tomar banho, escovar os dentes (ALLEVA *et al.*, 2015; ALLEVA; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2017). No entanto, a pessoa com deficiência visual pode ter dificuldades em reconhecer o que o corpo pode fazer por ela (WRZESINSKA *et al.*, 2016; HAEGELE; ZHU, 2018).

A escassez de pesquisas que incorporam a funcionalidade corporal foi identificada como uma limitação no campo da imagem corporal. Estudos nessa temática, especialmente em torno da valorização da funcionalidade corporal, são importantes para se obter uma compreensão mais clara e abrangente da imagem corporal, pois podem incorporar duas importantes instâncias: aparência externa e capacidades, afinal, o corpo humano é composto por ambos aspectos, que precisam ser compreendidos com o objetivo de entender como as experiências relacionadas à funcionalidade corporal e aparência física se afetam mutuamente (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015; ALLEVA; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2017).

Nesse sentido, Alleva, Tylka e Kroon Van Diest (2017) criaram e validaram a FAS para avaliar a apreciação da funcionalidade corporal. Suas propriedades psicométricas são adequadas e foram demonstradas numa amostra de mulheres e homens americanos. Até o presente momento, foi encontrada adaptação desta escala somente para população adulta, entre 18 a 69 anos, na Malásia (SWAMI *et al.*, 2019). O instrumento contém 7 itens em forma de escala *likert*. Os escores são avaliados da seguinte forma: as pontuações nos sete itens da escala são calculadas, em média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade corporal.

A FAS foi criada e desenvolvida em três fases. Na primeira fase, foi explorada sua estrutura fatorial e avaliadas suas propriedades psicométricas em uma amostra de mulheres e homens americanos em um total de 1042 pessoas ($n = 490$ e 552 , respectivamente). Especificamente, investigou-se a consistência interna, a validade de constructo e a validade incremental do instrumento. Nesta fase, foi gerado um conjunto de 26 itens. Para a realização da validade de constructo, outros instrumentos que se correlacionavam com a funcionalidade do corpo foram utilizados, tais como: *Body Appreciation Scale-2* (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015), *Body Image Acceptance and Action Questionnaire*, (SANDOZ; WILSON; MERWIN; KELLUM, 2013), *Gratitude Questionnaire* (MCCULLOUGH; EMMONS; TSANG, 2002), dentre outros. A FAS finalizou esta etapa com 7 itens.

A fase 2 deste estudo teve como objetivo replicar a estrutura fatorial e a consistência interna da FAS de 7 itens e avaliar a confiabilidade de três semanas do teste-reteste. Os objetivos secundários incluíram avaliar a validade de constructo dos escores e determinar se os escores do instrumento não estavam positivamente correlacionados com respostas socialmente desejáveis.

O objetivo da fase 3 foi examinar a análise fatorial confirmatória e a análise fatorial exploratória, para determinar se os resultados relatados nos estudos 1 e 2 seriam confirmados em outra amostra. A presente pesquisa forneceu informações que demonstraram que os escores da FAS estão associados a escores de outras medidas relacionadas à imagem corporal, alimentação e bem-estar. A apreciação da funcionalidade foi associada positivamente à apreciação do corpo, avaliação da aparência e satisfação com a condição física, bem como flexibilidade da imagem corporal.

A FAS também apresenta conceitos como potencialidade, interação, gratidão, respeito e apreciação pelo corpo, os quais são passíveis de investigação na população com deficiência visual, visto que, por muitas vezes, se deparam com preconceitos que podem causar sentimentos depreciativos. Portanto, esse instrumento é importante para futuras pesquisas que visem promover o desenvolvimento de uma imagem corporal integrada e positiva nessa população.

No que se refere à adaptação das FAS para a Malásia, Swami *et al.* (2019) reportam que esta escala se manteve unifatorial e todos os 7 itens apresentaram consistência interna adequada em mulheres e em homens. Com relação à validade convergente, os escores da FAS demonstraram que a apreciação da funcionalidade foi correlacionada significativa e positivamente com a apreciação corporal, autoestima e atenção plena às características, e correlacionada negativamente com a pressão e a internalização dos ideais de aparência e

discrepância de peso ideal. Nos homens, a valorização da funcionalidade foi significativa e positivamente associada à valorização do corpo e à autoestima. As associações entre apreciação da funcionalidade e pressão e internalização dos ideais de aparência e impulso para a muscularidade, respectivamente, não atingiram significância. A única associação significativa foi uma associação positiva, porém fraca entre a valorização da funcionalidade e a idade nos homens.

Tal como a funcionalidade corporal, encontra-se a autoaceitação, constructo de relevância em estudos da imagem corporal, para a qual também não foram encontradas medidas devidamente validadas para adolescentes com deficiência visual no contexto nacional para avaliação nessa população.

2.3.4 Autoaceitação: conceito e avaliação

O conceito de autoaceitação é definido como a aceitação individual de todos os seus atributos, positivos ou negativos. Ela permite ao indivíduo avaliar corretamente suas características eficientes e ineficientes de modo a aceitar inclusive seus aspectos negativos (CHAMBERLAIN; HAAGA, 2001; CEYHAN; CEYHAN, 2011; DE VOS, 2017). A autoaceitação é um aspecto importante para o indivíduo no que se refere ao desenvolvimento de sua *psiqué* e também pode ser compreendida como uma atitude positiva em relação a si mesmo, estando também relacionada a acontecimentos de seu passado como experiências, traumas e decepções (DE VOS *et al.*, 2017). De acordo com Morgado, Neves e Tavares (2014), há três atitudes principais ligadas à autoaceitação, a saber: (a) aceitação do corpo; (b) a autoproteção contra julgamentos negativos de outros; e (c) sentir e acreditar nas próprias capacidades. A primeira atitude é a aceitação do corpo, que é definida por Tylka (2011) como a expressão de conforto e amor pelo corpo, apesar de não estar totalmente satisfeito com todos os aspectos do corpo. A segunda atitude é a autoproteção contra julgamentos negativos de outros e consiste em não se preocupar se as outras pessoas estão te julgando negativamente (CARSON; LANGER 2006). A última, e terceira atitude, diz respeito a sentir e acreditar nas próprias capacidades e inclui reconhecer, apreciar e desenvolver pensamentos positivos e sentimentos sobre capacidades e realizações de si mesmo (APA, 2010; GHAHRAMANI; BESHARAT; NAGHIPOUR, 2011). Assim, a autoaceitação está relacionada a aspectos psicológicos como autoestima, autoconfiança, autocuidado e crescimento pessoal (MACINNES, 2006; WILLIAMS; LYNN, 2011; DE VOS, 2017), além disso, também está relacionada a aspectos sociais como, por exemplo, relações positivas com outras pessoas (DE VOS, 2017). Em contrapartida, a falta de autoaceitação está associada a quadros de depressão e ansiedade (WILSON; STREVENSON, 2018; POPOV, 2019) e ao desenvolvimento e manutenção de transtornos alimentares e obesidade (KLAPP; KLOTTER, 2019; STOCKFORD *et al.*, 2019), podendo interferir no desenvolvimento e manutenção de uma imagem corporal negativa (POTOCKA; TURCZYN-JABLOŃSKA; MERECZ, 2009; MORGADO; NEVES; TAVARES, 2014).

Nesse sentido, a avaliação desse constructo é de grande relevância no que tange à imagem corporal. De acordo com Morgado, Neves e Tavares (2014), a autoaceitação é um conceito importante a ser avaliado, pois pode contribuir para medidas preventivas contra um quadro de não autoaceitação, por parte do indivíduo, de suas características.

Desse modo, para avaliar a autoaceitação em pessoas com deficiência visual, Morgado, Campana e Tavares (2014) criaram e avaliaram as propriedades psicométricas da Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira precoce (SAS-EB). Este instrumento possui 18 itens divididos em 3 fatores: aceitação corporal, autoproteção de estigmas sociais e sentimentos e crenças em suas próprias capacidades. O primeiro fator, aceitação corporal,

possui 6 itens: 1,3,14, 15, 17 e 19. O segundo fator, autoproteção de estigmas sociais, possui 4 itens: 13, 20, 22, e 26. E o terceiro fator, sentimentos e crenças em suas próprias capacidades, possui 8 itens: 5, 6, 9, 10, 12, 16 e 24. Os Itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escores reversos.

Sua criação foi dividida em três etapas: geração de itens, refinamento da escala e análise fatorial confirmatória, confiabilidade e validade. Na primeira etapa, foram gerados 33 itens, que abarcaram os aspectos de aceitação corporal, autoproteção contra julgamentos negativos de outros e sentimentos e crenças nas próprias capacidades. Na segunda etapa, realizou-se o refinamento da escala através da validade de conteúdo, chegando a um total de 27 itens (aceitação do corpo = 11 itens, autoproteção de estigmas sociais = 4 itens e sentindo e acreditando nas capacidades = 12 itens). Finalmente, na terceira etapa, foi feita a análise fatorial confirmatória, confiabilidade e validade de constructo. Após a eliminação de 9 itens, confirmou a estrutura fatorial do modelo de três fatores SAS-EB, ficando com 18 itens. Os resultados dos três estudos sugerem que a SAS-EB é confiável e válida para medir a autoaceitação em pessoas adultas com cegueira precoce. Embora dada a relevância desse instrumento para avaliação de autoaceitação no contexto brasileiro, nenhuma versão da escala é validada para adolescentes com deficiência visual, inviabilizando o estudo sistemático desse constructo com essa população.

Frente ao exposto, o estudo dos aspectos positivos da imagem corporal possui fundamental relevância. Todavia, entender as características negativas da imagem corporal pode igualmente colaborar para identificar os grupos de risco ao desenvolvimento da imagem corporal negativa. Um aspecto negativo da imagem corporal que tem sido estudado há mais de três décadas e que tem se destacado na literatura da área é a ansiedade físico social.

2.3.5 Ansiedade físico social: conceito e avaliação

A ansiedade físico social pode ser definida como um subtipo da ansiedade social (NEVES *et al.*, 2018), ligada à ansiedade que as pessoas experimentam em resposta às avaliações dos outros sobre seu físico. Embora conceitualmente distinta, a ansiedade físico social está relacionada ao conceito da imagem corporal (HART; LEARY; REJESKI, 1989), principalmente, por ser compreendida como a ansiedade associada com o corpo, que se manifesta quando o indivíduo falha em agradar a si mesmo ou ao outro com sua aparência (NEVES *et al.*, 2018).

No que se refere ao conceito da ansiedade físico social, a teoria Sociocultural pode estar vinculada a este constructo, visto que nesta perspectiva a imagem corporal é investigada buscando descobrir como os valores sociais influenciam na forma de pensar do indivíduo e conseqüentemente, em seus comportamentos (THOMPSON *et al.*, 1999). Estas influências também se relacionam com o constructo da comparação social (FESTINGER, 1954), pois o indivíduo se avalia a partir da comparação de si próprio com os outros, contudo tais questionamentos são inerentes ao ser humano, pois recorrem a informações externas a fim de obter conhecimento sobre si e sobre o mundo (CARVALHO; FREITAS; FERREIRA, 2016).

Segundo Hart, Leary e Rejeski (1989), os indivíduos tendem a se preocupar em demasia com a forma como os outros veem seus físicos (por se avaliar sem atrativos ou porque eles mantêm uma percepção negativa de seus físicos), dessa forma, tendem a experimentar mais altos graus de ansiedade social. Em comparação com pessoas com baixa ansiedade social, aqueles que estão altamente ansiosos provavelmente evitarão situações em que seu físico está sob a avaliação de outras pessoas, sentindo-se angustiados com a exposição de seus corpos. Tal situação pode promover uma evitação de atividades que acentuem seu físico, podem ainda sofrer depressão relacionada ao corpo ou tentar melhorar o físico através

de vários meios, alguns dos quais lhes podem ser prejudiciais (HART; LEARY; REJESKI, 1989).

Para avaliar a ansiedade que as pessoas experimentam sobre seu corpo, Hart, Leary e Rejeski (1989) criaram a *SPAS*. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos para avaliar o grau em que as pessoas ficam ansiosas quando os outros observam ou avaliam seu físico. Vale ressaltar que as preocupações com a aparência de seus físicos durante o exercício podem impedir a participação em atividades físicas.

A criação desta escala foi realizada em três estágios. O estágio 1 foi a geração de um conjunto de 30 itens que lidavam com a ansiedade do corpo (tensão, nervosismo) ou seu oposto (relaxamento, conforto) buscando entender como o outro avalia seu corpo. Essas perguntas foram revisadas por um número de indivíduos com experiência em movimento corporal, psicologia e ciência do exercício. Com base na avaliação da clareza do item, validade de conteúdo e adequação para ambos os sexos, os itens foram reduzidos para 22.

No estágio 2, foi realizada a validade de constructo, em que 93 mulheres e 94 homens responderam a *SPAS* em uma bateria de medidas que incluíam autoconsciência, medo de avaliação negativa, ansiedade de interação, catexia corporal, estima corporal e desejo social. Como resultado desta etapa, a *SPAS* se correlacionou com medidas que demonstram preocupações gerais com as avaliações dos outros – interação, ansiedade e medo de avaliação negativa, com autoconsciência em ambientes sociais, catexia corporal e estima corporal. É importante ressaltar que, para as mulheres, a ansiedade do corpo se correlaciona muito com medidas relevantes ao peso e à atratividade física de forma geral.

No terceiro estágio de criação da *SPAS* foi feita a validade de critério. Para isso, a escala foi analisada em uma amostra de 56 mulheres. Mulheres com maiores pontuações na escala obtiveram maiores índices de estresse, medidos em uma escala de 11 pontos que avaliou o quanto de estresse é possível experimentar enquanto submetido a uma avaliação física.

De acordo com Hart, Leary e Rejeski (1989), a ansiedade do corpo pode ter implicações no envolvimento das pessoas em exercícios, visto que as preocupações podem impedi-las de participar de atividades físicas e até mesmo recreações. Dessa forma, diante da inexistência de medidas para adolescentes com deficiência visual, a *SPAS* pode ser um instrumento importante para avaliar a ansiedade físico social nesta população.

Até o presente momento, foram encontrados dois artigos de validação deste instrumento para adultos no Brasil (SOUZA; FERNANDES, 2009; NEVES *et al.*, 2018) e três estudos para adolescentes na França (MAIANO *et al.*, 2010), Portugal (CALMEIRO *et al.*, 2012) e Espanha (SÁENZ-ALVAREZ *et al.*, 2013).

No que se refere à adaptação feita para o Brasil por Neves *et al.* (2018), a *SPAS* passou por 6 modelos até chegar a um ajuste que gerou o modelo 7, o qual foi denominado para a amostra feminina 7F e para a amostra masculina 7M. Ambas as versões se mantiveram unifatoriais, contudo, a versão feminina (7F) ficou com 10 itens (perdeu os itens 8 e 11) e a versão masculina (7M) ficou com 9 itens (foram eliminados os itens 6, 8, 11), dessa forma, esses foram os modelos escolhidos como os mais adequados nesta adaptação. Quanto à confiabilidade, tanto no modelo 7F quanto 7M, os valores do teste de alfa de Cronbach forneceram evidências de que a escala mede a ansiedade físico social de forma confiável. Igualmente satisfatória foi a determinação de evidências da validade convergente, verificada através das cargas fatoriais, *t-values* e da confiabilidade de constructo. A evidência de validade discriminante foi gerada através da confirmação de que a escala avalia um constructo negativo pertencente à imagem corporal, visto a forte correlação negativa encontrada entre os escores da *SPAS* e da *BAS* nas duas amostras.

No mesmo sentido, a adaptação para mulheres e homens universitários brasileiros, feita por Souza e Fernandes (2009), demonstrou que três versões foram analisadas quanto à

estruturação fatorial da *SPAS*. A primeira apresentou uma configuração disposta em três fatores (F1, F2 e F3). O primeiro fator (F1) se apresentou composto por itens referentes à tranquilidade em relação à aparência (7, 6, 4, 9, 12, 3 e 10), o segundo fator (F2) se apresentou composto por itens indicando ansiedade física e o terceiro fator (F3) foi composto apenas pelo item 2. Esta configuração não se demonstrou adequada, por isso, dando sequência às análises, explorou-se uma segunda versão na qual foi considerado um modelo bifatorial da *SPAS*, ora incluindo e ora excluindo o item 2. Mesmo assim, verificou-se que a configuração se deu de maneira bastante semelhante à primeira análise, pois o item 2 permaneceu trazendo inconsistências, tendo saturado em ambos os fatores, desta forma, as análises demonstraram que sua exclusão seria o mais indicado. A terceira versão testada utilizou o modelo unifatorial tendo em vista a adequação desta estrutura em estudos anteriores. Esta versão unifatorial obteve ótima qualidade psicométrica, configurando-se este modelo o mais apropriado.

Foram encontradas ainda adaptações para adolescentes videntes em outros países. Nesse sentido, a adaptação feita por Maiano *et al.* (2010) para adolescentes franceses foi realizada através de 6 estudos. O estudo 1 teve como objetivo desenvolver uma versão preliminar da *SPAS* para verificar a validade de conteúdo em uma amostra diversificada de jovens franceses. Assim, foi obtida uma versão francesa da *SPAS* com 12 itens. O estudo 2 teve como objetivo testar a validade convergente da versão francesa resultante com a versão original em inglês em uma amostra bilíngue de adultos. Como resultado, observou-se um alto coeficiente de correlação (de 0,81 a 0,96) e estatisticamente significativo ($ps < 0,001$). Consequentemente, considerou-se as versões em francês e inglês comparáveis.

O estudo 3 teve como objetivo examinar a validade fatorial e confiabilidade da versão preliminar francesa da *SPAS* adolescentes de ambos os sexos. Para isso, foram testados 7 modelos (HART; LEARY; RIJESKI, 1989; MARTIN *et al.*, 1997; HAGGER *et al.*, 2007; ISOGAI *et al.*, 2001; MOTL; CONROY, 2001; EKLUND *et al.*, 1996) em uma amostra de 678 adolescentes. Dado o ajuste insatisfatório de quase todos esses modelos, optou-se por usar o modelo *SPAS* original (HART *et al.*, 1989) como um ponto de partida, sendo este modificado segundo recomendações de Motl e Conroy (2000), que envolvem remover os itens problemáticos e, em seguida, reexecutar as análises, nesse sentido, os itens 1, 5, 8, 10, e 11 foram removidos, ficando a *SPAS* com 7 itens.

O estudo 4 teve como objetivo avaliar a estrutura fatorial do modelo francês da *SPAS* de sete itens e a medição de invariância da estrutura média e latente (entre gênero e faixa etária) em uma nova amostra independente de adolescentes. Os resultados deste estudo reforçaram os achados no estudo 3, ou seja, que os itens 1, 5, 8, 10, e 11 deveriam ser removidos. O estudo 5 teve como objetivo verificar a validade convergente da versão francesa da *SPAS* para adolescentes. Para isso, ela foi aplicada juntamente com medidas de ansiedade social, autoestima, medo de avaliação negativa, ansiedade físico social, atitudes e comportamentos relacionados a transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal. Assim, de acordo com as medidas utilizadas na validade convergente, a versão de sete itens da *SPAS* para adolescentes franceses demonstrou-se adequada.

Finalmente, o estudo 6 teve como objetivo testar a validade de critério, aplicando a versão da *SPAS* francesa de 7 itens e o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (SHEEHAN *et al.*, 1998) em meninas adolescentes com e sem distúrbios alimentares. Os resultados deste estudo revelaram que as meninas com distúrbios alimentares apresentaram escores de ansiedade físico social significativamente maiores do que a amostra não clínica. Esta descoberta apoia a validade de critério da *SPAS* francesa para adolescentes. Desta forma, a versão da *SPAS* francesa para adolescentes é composta por 7 itens (2, 3, 4, 6, 7, 9 e 12), demonstrando qualidades psicométricas adequadas para esta população.

Ainda referente à adaptação da *SPAS* para adolescentes, foi encontrado um estudo em Portugal (CALMEIRO *et al.*, 2012), o qual partiu da versão de Motl and Conroy's (2000), de

7 itens. Esta versão inclui os itens 3, 4, 6, 7, 8, 9 e 10 de versão original de 12 itens (HART; LEARY; RIJESKI., 1989). Esta adaptação resultou em um instrumento de 6 itens de confiabilidade adequada (o item 8 foi excluído, pois seu fator de carregamento foi baixo). Esta adaptação demonstrou invariância configuracional e invariância métrica em uma variedade de amostras (em função de sexo, atividade física, comportamento alimentar, percepção do corpo e índice de massa corporal) indicando que o constructo ansiedade físico social generaliza-se em uma variedade de grupos.

Uma outra adaptação da *SPAS* encontrada para adolescentes foi feita por Sáenz-Alvarez *et al.* (2013), na Espanha. Esta adaptação partiu do modelo da *SPAS-7*, unidimensional, composta por 7 itens de Motl e Conroy (2000; 2001). Em resumo, este estudo demonstrou que o modelo chamado de *SPAS-7* é válido e confiável para medir a ansiedade físico social em adolescentes espanhóis. No entanto, este estudo sugere que futuras adaptações se iniciem pela versão original de 12 itens (HART *et al.*, 1989) ou da versão de 9 itens (MARTIN *et al.*, 1997), devido a possíveis problemas de interpretação com o item 5, o qual possui escore reverso. Sáenz-Alvarez *et al.* (2013) destacam, ainda, que os estudos que partem da estrutura de 9 ou 12 itens para o processo de validação podem produzir melhores índices de ajuste para populações adolescentes.

Dessa forma, foram apresentados os três constructos que embasam as medidas adaptadas no presente trabalho, a saber: a funcionalidade corporal, a autoaceitação e a ansiedade físico social. Em conjunto, a adaptação transcultural desses três instrumentos pode contribuir com o cenário nacional de avaliação da imagem corporal da população de adolescentes com deficiência visual.

2.3.6 Imagem corporal de adolescentes com deficiência visual

Segundo Cash (2012), indivíduos com deficiência visual podem ser particularmente sensíveis a experiências interpessoais, o que pode influenciar a compreensão de seus corpos. Considerando a imagem corporal de adolescentes com deficiência visual, a literatura aponta algumas implicações em aspectos psicossociais do corpo, conceito corporal, atividade física e saúde (QUINTANILHA *et al.*, 2021).

Os aspectos psicossociais do corpo estão relacionados ao desenvolvimento da imagem corporal ligada a aspectos sociais, bem como emoções e afetos relacionados ao corpo, ou seja, o quanto os valores sociais influenciam o sujeito na percepção do próprio corpo e na formação da imagem corporal. (THOMPSON *et al.*, 1999; SMOLAK *et al.*, 2005). Mensagens sobre o corpo ideal são transmitidas aos adolescentes através de fontes diretas e indiretas, sendo a família, e depois os pares, os principais vetores que fornecem *feedback* sobre os valores da aparência (THOMPSON *et al.*, 1999). Alguns fatores como influência do contexto social na formação da imagem corporal em adolescentes com deficiência visual (HALDER; DATTA, 2011; KOCOURVOVA *et al.*, 2011), aspectos como opinião dos pais na formação da autoestima (PIERCE; WARDLE, 1996) e como a disponibilidade parental e as conexões sociais podem refletir positivamente na formação da imagem corporal (PINQUART; PFEIFFER, 2013a).

No tocante ao conceito corporal, adolescentes com deficiência visual possuem especificidades e o desenvolvem de forma diferenciada, porém não menos importantes, quando comparados a videntes (ANDERSON *et al.*, 2018). A formação do conceito corporal em adolescentes com deficiência visual pode se dar de forma negativa (PAPADOPOULOS *et al.*, 2011; 2012) ou de forma positiva (JONES *et al.*, 2008; KOUSTRIAVA; PAPADOPOULOS, 2012). Estudiosos da imagem corporal investigaram como o adolescente utiliza seu corpo como instrumento de medida para conhecer o ambiente (PAPADOPOULOS;

KOUSTRIAVA, 2011) e no conhecimento de si (WATEMBERG; SERMARK; HENDERSON, 1986), favorecendo, assim, a formação de sua imagem corporal.

No que se refere à prática de atividade física, estudos demonstram sua importância na qualidade de vida do adolescente com deficiência visual. Segundo Cheikh, Kasmi, Mehidi (2018) e Yang *et al.* (2016), manter o adolescente com deficiência visual envolvido em práticas esportivas é um fator importante na formação de sua imagem corporal, pois o sedentarismo pode interferir negativamente no desenvolvimento da imagem corporal (GREGUOL; GOBBI; CARRARO, 2014; HAEGELE; ZHU, 2018). Estudos demonstram uma relação entre obesidade e deficiência visual em adolescentes (WRZESINSKA *et al.*, 2016; 2017) e que a prática de atividade física está associada a autopercepções positivas (ANDERSON *et al.*, 2019). Segundo Quintanilha *et al.* (2021), uma problemática emergente observada é que as aulas de Educação Física, que poderiam contribuir para que os adolescentes fossem fisicamente ativos, são escassas (HAEGELE; ZHU, 2018), ressaltando, ainda, que o posicionamento proativo do professor na participação dos alunos com deficiência visual nessas aulas é fundamental para essa população (WRZESINSKA *et al.*, 2016; CHEIKH; KASMI; MEHIDI, 2018).

Anderson *et al.* (2019) destacam que a prática de atividade física promove saúde, condicionamento físico e vitalidade, gerando autopercepções positivas nos adolescentes. Logo, compreender a importância da prática de atividade física para o adolescente com deficiência visual pode intervir positivamente na constituição de uma imagem corporal integrada e positiva (QUINTANILHA *et al.*, 2021).

Implicações negativas da deficiência visual na formação da imagem corporal em adolescentes são relatadas. Contudo, o prognóstico desfavorável para pessoas com deficiência visual muitas vezes se baseia nas limitações da deficiência (MORGADO *et al.*, 2017; 2019). A abordagem com que alguns estudos investigam a deficiência visual por vezes valoriza excessivamente o *déficit* orgânico (NUNES; LOMONACO, 2010), e, por tal razão, torna-se necessário ampliar a compreensão das necessidades de adolescentes com deficiência visual, provendo conhecimento aplicado aos processos socioemocionais que desencadeiam a imagem corporal positiva (QUINTANILHA *et al.*, 2021).

2.4 Psicometria

2.4.1 Conceitualização da psicometria

A psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada nas áreas de Psicologia e Educação. Utiliza o método quantitativo que tem como principal característica o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2013).

Assim, a função da psicometria na ciência tem por objetivo mensurar e avaliar psicologicamente os constructos subjetivos por meio de instrumentos padronizados como questionários, escalas e testes, denominados “medida psicométrica”, os quais representam uma situação experimental que avalia um determinado constructo (CUNHA *et al.*, 2016). Historicamente, a psicometria tem suas origens na psicofísica dos psicólogos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fechner. Entretanto, Francis Galton, considerado o criador da psicometria, foi quem criou testes para medir processos mentais (PASQUALI, 2009).

Para Cunha *et al.* (2016), de um modo geral, a psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, metodologicamente

chamadas de itens. É uma complexa área do conhecimento que busca desenvolver e aplicar técnicas de mensuração dos fenômenos psíquicos.

Pesquisadores que pretendem utilizar instrumentos psicométricos em suas investigações podem optar por dois caminhos: o desenvolvimento de uma nova medida ou a adaptação de uma medida preexistente. Antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos de avaliação devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação da população (BEATON *et al.*, 2002). Ademais, as medidas devem fornecer resultados cientificamente consistentes (CANO; HOBART, 2011). O desempenho dos resultados dessas medidas é, em grande parte, devido à confiabilidade e à validade dos instrumentos (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A seguir, apresentam-se as diretrizes metodológicas para a adaptação de instrumentos, visto que este trabalho se fundamenta nesta questão.

2.4.2 Diretrizes metodológicas para adaptação de instrumentos psicométricos

De acordo com Beaton *et al.* (2002), o processo de adaptação de escalas deve cumprir criteriosamente algumas recomendações metodológicas que consistem em 5 estágios: tradução (T1 e T2), reunião de síntese para obter uma versão síntese (T12), retrotradução (RT1 e RT2), comitê de peritos para obter uma versão pré-final e pré-teste. A seguir, versaremos sobre cada uma dessas etapas.

Na primeira etapa, tradução, devem ser realizadas duas traduções das escalas (T1) e (T2) de forma cega. Os tradutores devem ser brasileiros com fluência na língua inglesa. O primeiro tradutor (T1) deve ter proficiência em língua inglesa. O segundo tradutor (T2) também deve ter fluência na língua inglesa e domínio semântico, conceitual e cultural do idioma do instrumento original.

Na etapa seguinte, reunião de síntese, devem reunir-se os dois tradutores (T1 e T2), um juiz de síntese (linguista com fluência na língua inglesa), um especialista de cada constructo utilizado nas escalas, um metodologista, um psicometrista com experiência em criação e validação de escalas, um representante da área da saúde e um representante da população-alvo. Durante a reunião de síntese, apresentam-se as duas traduções com o objetivo de alcançar uma versão síntese (T12) das escalas.

Na terceira etapa, retrotradução, a versão síntese (T12) é encaminhada para dois tradutores, (RT1) e (RT2), sendo, preferencialmente, nativos da língua original dos instrumentos em adaptação. Nesta etapa, cada retrotradutor realiza a tradução de forma independente, ou seja, sem ter contato um com o outro, resultando nas versões RT1 e RT2. Vale lembrar que os retrotradutores não possuem acesso ao instrumento original.

É durante o comitê de peritos, quarta etapa, que o instrumento original e todas as versões produzidas (T1, T2, RT1, RT2 e T12), bem como as dúvidas e anotações feitas nas etapas anteriores, serão encaminhadas ao comitê de especialistas através de um documento único contendo todas as versões. Segundo Beaton *et al.* (2002), esta fase da pesquisa é crucial para se obter todas as equivalências necessárias à adaptação transcultural dos instrumentos (semântica, idiomática, conceitual e cultural) e, segundo Swami e Barron (2018), a equivalência operacional. A composição do comitê de peritos deve seguir as recomendações de Beaton *et al.* (2002), sendo formado por especialistas dos constructos estudados, o juiz de síntese, um representante da área da saúde, um representante da população-alvo, um psicometrista com experiência em criação e validação de escalas na posição de metodologista, um profissional da área de linguista (linguista com fluência na língua inglesa). Os profissionais se reúnem com o objetivo de produzir uma versão pré-final, sintetizando todas as versões produzidas. Os peritos têm a liberdade para modificar instruções ou formato do

questionário, modificar ou rejeitar itens e acrescentar novos itens. Todas as decisões tomadas no comitê procurarão garantir a equivalência entre o instrumento original e o instrumento traduzido em quatro áreas: equivalências semântica, experimental ou cultural, idiomática, conceitual e operacional, que serão avaliadas através de uma escala em que os peritos aplicam as notas, (-1) não equivale, (0) equivale e (1) equivale muito.

A última etapa, o pré-teste, configura o momento em que algumas características das escalas adaptadas são avaliadas em uma pequena parcela da população-alvo, aproximadamente 5 a 10 participantes (REYNOLDS; DIAMANTOPOULOS; SCHLEGELMILCH, 1997), com o intuito de avaliar: *layout* do material, tamanho de fonte, formato, e ainda se o entrevistado compreende todas as perguntas e respostas de cada item. Vale mencionar que os itens devem ser de entendimento de uma pessoa de 12 anos (BEATON *et al.*, 2002). Após o primeiro pré-teste, ajustes nas escalas devem ser realizados e, nesse caso, um novo pré-teste deverá ser feito, utilizando-se então uma amostra diferente de entrevistados. Esse procedimento deve continuar até que não sejam mais necessárias quaisquer mudanças. Vale destacar que todos os entrevistados do pré-teste deverão relatar participar livremente do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Sendo assim, o Quadro 1 apresenta recomendações de Beaton *et al.* (2002) para os possíveis cenários nos quais a adaptação transcultural é necessária.

Quadro 1. Possíveis cenários em que alguma forma de adaptação transcultural é necessária

Para o uso do questionário em uma nova população proceda seguinte forma:	Resulta em uma mudança em...			Adaptação requerida	
	Cultura	Língua	País de uso	Tradução	Adaptação cultural
A Uso na mesma população. Nenhuma mudança na cultura, língua ou país da pesquisa	–	–	–	–	–
B Utilização em imigrantes estabelecidos no país de origem	✓	–	–	–	✓
C Use em outro país, mesmo idioma	✓	–	✓	–	✓
D Use em novos imigrantes, não	✓	✓	–	✓	✓

	falantes de inglês, mas no mesmo país de origem					
E	Use em outro país e outro idioma	✓	✓	✓	✓	✓

Fonte: Adaptado de Beaton (2000).

No quadro acima, é possível interpretar de maneira sintetizada as situações que demandam adaptação transcultural. Por exemplo, ao observar a linha “C”, entende-se que quando uma escala é adaptada para um outro país que possui a mesma língua (por exemplo, a escala foi criada no Brasil e será adaptada para Portugal), nas adaptações requeridas, não é necessária a tradução, entretanto, há a necessidade de uma adaptação cultural. Dessa forma, esse processo resultará em uma mudança da escala com relação à cultura e ao país de uso, no entanto, sem que haja mudança na língua. Contudo, há a necessidade de se estabelecer as equivalências operacionais, semânticas, conceituais e culturais, pois podem haver terminologias e expressões que são específicas em cada país (SWAMI; BARRON, 2018).

Outro exemplo a ser considerado pode ser da letra “E”, em que a adaptação do instrumento será entre países de idiomas diferentes. Assim, na adaptação requerida, deve ser feita a tradução e adaptação cultural, resultando em uma mudança do instrumento com relação à cultura, ao país de uso e à língua. Neste caso, há a necessidade de se estabelecerem também as equivalências operacionais, semânticas, conceituais, idiomáticas e culturais (SWAMI; BARRON, 2018).

Em situações em que a escala já exista no país e que o pesquisador deseje adaptar para outra população distinta da qual a escala foi criada ou validada, também é necessário fazer um processo de adaptação transcultural. Swami e Barron (2018) explicam que os pesquisadores na área da imagem corporal deveriam estar atentos a todo o processo de adaptação transcultural quando se deseja adaptar uma escala entre grupos identitários diferenciados, por exemplo, entre gêneros, grupos étnico-raciais ou grupos de idades distintas dentro da mesma população. O que diferencia o novo processo é apenas o fato de que não precisa fazer a primeira etapa de tradução, uma vez que o instrumento já existe na língua da cultura para que se deseja adaptar. Todavia, pode ser necessário fazer ajustes na nova escala e testar as equivalências conceitual, semântica, cultural e operacional na nova população, visando obter validade de conteúdo.

2.4.3 Validação e confiabilidade de instrumentos de avaliação da imagem corporal

2.4.3.1 Tipos de validade de escalas

A validade de um instrumento psicométrico diz respeito ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade de medida dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve esta propriedade do objeto, é feita (PASQUALI, 2013). Em outras palavras, a validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, avaliando realmente o constructo objetivado (MOKKINK *et al.*, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Segundo Pasquali (2007), existe uma “confusão no conceito de validade”. Para um melhor entendimento da colocação deste autor, reportaremos os tipos de validade levantados em seu estudo. Esta miscelânea nos tipos de validade nos demonstra que, em alguns casos, a validade se repete, mudando apenas seu nome. Pasquali (2007) relata as seguintes validades:

Quadro 2. Expressões ou tipos de validades de um teste

Tipo de Validade	Definição
1. Validade de constructo	Mede um atributo ou qualidade que não é operacionalmente definido.
2. Validade de conteúdo	Constitui uma amostra representativa de um universo de conteúdo.
3. Validade de critério	O teste prediz um critério externo.
4. Validade preditiva	Variedade da validade de critério, em que este é medido temporariamente depois de obtidos os dados do teste.
5. Validade concorrente	Variedade da validade de critério, em que este é medido simultaneamente à coleta dos dados do teste.
6. Validade aparente	Consiste em se ter “peritos” revendo os conteúdos de um teste para ver se eles são apropriados “em sua cara.
7. Validade generalizável	A informação dos escores do teste deve ser generalizável sobre populações e tempo.
8. Validade discriminante	Um teste tem validade discriminante se mostrar correlação nula com um teste que mede um traço independente de personalidade.
9. Validade convergente	Um teste tem validade convergente se mostrar correlação alta com um teste que mede um traço de personalidade teoricamente relacionado ao que o teste mede.
10. Validade incremental	A questão se uma medida particular aporta poder explicativo sobre e além de outra medida para predizer um critério relevante.
11. Validade fatorial	Um tipo de validade de constructo em que testes são submetidos à análise fatorial para verificar se possuem variância comum (caso em que se diz que estão cobrindo o mesmo constructo).
12. Validade lógica	um teste julgado válido por perito
13. Validade consequencial	Os aspectos sociais dos escores dos testes devem ser levados em conta.
14. Validade substantiva	Validade baseada em bases racionais ou teóricas.
15. Validade estrutural	As respostas devem ser internamente consistentes sobre diferentes partes do teste.

16. Validade externa	Os escores do teste devem se correlacionar com outras medidas ou variáveis de fundo ou a medida pode ser generalizada através de várias situações.
17. Validade interna	São as validades de critério, de conteúdo e de constructo.
18. Validade de hipótese	Uma medida tem validade de hipótese se, em relação a outras variáveis, ela “se comporta” como dela se espera.
19. Validade indireta	O mesmo que validade de hipótese.
20. Validade positiva	O oposto de validade preditiva.
21. Validade curricular	Constitui uma extensão da validade de conteúdo e consiste em verificar o aumento da aprendizagem (ao descobrir que há aumento de aprendizagem em dois testes com validade de conteúdo, então se verifica validade curricular).
22. Validade diferencial	Validade de uma bateria de testes avaliada pela capacidade de predizer diferenças no desempenho em dois ou mais critérios.
23. Validade cruzada	Confirma a validade dos resultados a partir de um novo exame com estudo empírico feito com uma segunda amostra independente.
24. Validade de grupos mistos	Duas amostras com formatos diferentes no traço ou diferentes probabilidades em expressar dado comportamento são comparadas.
25. Validade múltipla	Um teste tem validade múltipla quando estiver atrelado a uma amostra vasta de critérios.
26. Validade ecológica	O quanto um instrumento psicológico mede fatores espaciais, temporais e situacionais do campo de aplicação.
27. Validade sintética	Validade de teste complexo ou de uma bateria de testes baseada no fato de que vários fatores foram representados num único escore composto.
28. Validade condicional	A validade do teste depende do uso que dele se faz.
29. Validade incondicional	A validade do teste depende do constructo sendo medido e não do uso que dele se faz.

Fonte: A autora (2020), a partir da teoria de Pasquali (2007).

Diante dessa variedade nas classificações e definições nos tipos de validade, por vezes, os psicometristas recorrem a tais técnicas para viabilizar a demonstração da validade dos seus instrumentos. Entretanto, fundamentalmente, estas técnicas podem ser reduzidas a três grandes classes, a saber, o modelo trinitário: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério (PASQUALI, 2007).

A validade de conteúdo visa avaliar e confirmar se o instrumento reflete toda a dimensão teórica do constructo pretendido, identificando possíveis discrepâncias e omissões no questionário. Deve também avaliar a aceitabilidade, compreensão, relevância e clareza dos itens. Em complemento, a validade de conteúdo consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos. É uma avaliação qualitativa, usada tanto nos processos de construção de novos instrumentos de medida, quanto nos processos de adaptação (CUNHA, 2016; PASQUALI, 2013). Por sua característica qualitativa, o processo de validade de conteúdo deve ser realizado por peritos em criação de escalas, peritos no conteúdo abordado e representantes da população para qual a escala será criada ou adaptada (MORGADO, 2014).

A validade de constructo é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o constructo a ser medido (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A fim de estabelecer a validade de constructo, geram-se previsões com base na construção de hipóteses, e essas previsões são testadas para dar apoio à validade do instrumento (LAMPREA, 2007; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Segundo Pasquali (2013), este tipo de validade é considerado a forma mais importante de validade dos instrumentos psicológicos, visto que constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes.

De acordo com Nunnally (1994) e Morgado (2013), a validade de constructo pode ser aferida de três formas: domínio de observáveis – é a garantia de que o constructo está bem construído na escala, deve ser avaliado de acordo com as teorias que o fundamentam; relações entre observáveis – verifica se os itens da escala representam bem o domínio, devem ser avaliadas por meio da consistência interna, na qual cada item da escala é correlacionado com todos os outros itens e o resultado dessa correlação indica se os itens medem a mesma coisa; relações entre constructos – avalia a relação da escala com outros constructos de interesse. A validade de constructo pode ser dividida em três tipos: convergente, que se refere à presença da correlação significativa da medida de investigação com uma medida padrão-ouro; divergente ou discriminante, que deve demonstrar que a medida-alvo não se relaciona com constructos no qual deve divergir, ou seja, deve diferenciar grupos diferentes; Análise Fatorial Confirmatória e Análise Fatorial Exploratória (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Já a validade de critério consiste em dizer o grau de eficácia que o instrumento tem em prever um desempenho específico do sujeito. Ela se refere à extensão na qual o instrumento demonstra uma associação com um critério (ou medida) externo independente, considerado padrão-ouro (CUNHA, 2016). Há dois tipos de validade de critério, a preditiva e a concorrente. Elas se diferenciam pelo tempo de coleta de dados, enquanto na validade concorrente os dados são coletados simultaneamente com os dados do critério, na preditiva essa coleta ocorre em momentos distintos (DeVELLIS, 2003; MALHOTRA, 2002; MORGADO, 2014).

2.4.3.2 Tipos de confiabilidade de escalas

O termo confiabilidade é utilizado na psicometria para definir a fidedignidade ou a precisão de um teste (PASQUALI, 2013). Ela diz respeito às características que a medida deve possuir, de medir sem erros, com precisão aquilo que o instrumento pretende medir (PRIMI, 2007).

A fidedignidade ou a precisão de um teste diz respeito à característica que ele deve possuir, a saber, a de medir sem erros, donde os nomes precisão, confiabilidade ou

fidedignidade. Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre estas duas medidas deve ser de 1. Entretanto, como o erro está sempre presente em qualquer medida, esta correlação se afasta tanto do 1 quanto maior for o erro cometido na medida. A análise da precisão de um instrumento psicológico quer mostrar precisamente o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1, determinando um coeficiente que, quanto mais próximo de 1, menos erro o teste comete ao ser utilizado (PASQUALI, 2013, p. 192).

A confiabilidade se relaciona com a coerência, constância dos resultados e a confiança que o teste inspira para mensurar fenômenos, sem que haja grandes flutuações entre medidas repetidas que reflitam a presença de erros de mensuração (CUNHA *et al.*, 2016). Entretanto, acrescenta-se que a confiabilidade de um teste é a diferença entre o escore observado e o seu verdadeiro valor. Portanto, admite-se que sempre em um teste haverá algum nível de erros de medida, os quais são variações métricas aleatórias que não refletem as diferenças reais dos escores de um teste (KESZEI, 2010).

Dessa forma, a ausência de confiabilidade de uma medida psicométrica pode ter consequências negativas sobre a validade das conclusões estatísticas de uma pesquisa, contudo, apesar do instrumento apresentar confiabilidade, isso não representa condição suficiente para garantir a validade deste instrumento de medida (SILVA; RIBEIRO, 2006; PRIMI, 2007; CUNHA *et al.*, 2016).

Como resultado, a psicometria desenvolveu modelos estatísticos que calculam os índices de confiabilidade de um teste buscando garantir a sua precisão (SILVA; RIBEIRO, 2006; PRIMI, 2007; PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; CUNHA *et al.*, 2016). Assim sendo, a escolha dos testes estatísticos mais adequados para mensurar o coeficiente de confiabilidade precisa estar de acordo com o método de validação (CUNHA *et al.*, 2016).

Os métodos mais utilizados para avaliar a confiabilidade são: a confiabilidade teste-reteste, a confiabilidade a partir de formas equivalentes e a confiabilidade entre observadores. Já os principais métodos de avaliação da confiabilidade de um teste por meio da consistência interna são: o método das duas metades (*split-half*) e o método de alfa de Cronbach. Esses métodos estatísticos foram denominados de modelo linear clássico de avaliação da confiabilidade (CUNHA *et al.*, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A confiabilidade medida pelo método teste-reteste é um método baseado no cálculo do coeficiente de estabilidade ao longo do tempo (CUNHA *et al.*, 2016). Para isso, aplica-se o mesmo teste aos mesmos indivíduos em momentos diferentes para se calcular a correlação. Segundo Pasquali (2013), esse método apresenta uma garantia de equivalência, pois se trata do mesmo teste. Contudo, sua desvantagem se encontra na dificuldade de se definir o intervalo ideal entre as aplicações (CUNHA *et al.*, 2016).

No que se refere ao método de formas equivalentes (ou formas paralelas), o procedimento se dá pela aplicação de 2 testes diferentes, mas equivalentes a uma amostra representativa da população (PASQUALI, 2013). As vantagens desse método são que ele bate diretamente com o conceito de fidedignidade e as medidas podem ser aplicadas ao mesmo tempo (PASQUALI, 2013). Sua desvantagem se dá pela dificuldade de se dispor de dois instrumentos distintos, mas que sejam similares ou equivalentes (ou paralelos), por isso, é pouco utilizado (PASQUALI, 2013; CUNHA *et al.*, 2016).

Já o método de confiabilidade entre observadores (ou interobservadores) é um método de avaliação subjetiva, no qual os observadores ou juízes guiam sua avaliação através de medições das observações, conforme critérios de avaliação preestabelecidos. Sua utilidade se dá em avaliar o desempenho em exames decisivos, na correção de provas discursivas ou um critério de calibração do instrumento. A confiabilidade de escores entre observadores se

baseia no grau de concordância ou na consistência entre os avaliadores de acordo com a concordância e a correlação entre as respostas dos avaliadores (CUNHA *et al.*, 2016).

Já no que se refere à confiabilidade pautada na consistência interna, temos o alfa de Cronbach e o método das duas metades (ou *split-half*). Com relação aos valores da confiabilidade medida pelo alfa de Cronbach, Malhotra (2004) destaca que 0,6 é o valor mínimo aceitável. Entretanto, DeVellis (2003) reporta que o alfa de Cronbach deve ser de no mínimo 0,7, porém destaca que valores 0,8 e 0,9 são considerados ideais. Segundo Nunnally (1994), a confiabilidade, medida através do coeficiente alfa de Cronbach, revela que o ideal é que esse coeficiente seja de, pelo menos, 0,8. Contudo, ambos autores concordam que, se o alfa ficar abaixo do mínimo, o pesquisador pode adicionar mais itens na escala, aumentando o alfa e a confiabilidade (MORGADO, 2013).

O método das duas metades consiste na aplicação de um teste a uma amostra representativa da população pretendida, dividir o teste em duas partes equivalentes, calcular a correlação entre as duas metades e aplicar a correção de *Spearman-Brown*. Sua vantagem se dá por ser somente uma aplicação, contudo uma de suas desvantagens está ligada à dificuldade de se garantir equivalência das duas metades (PASQUALI, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar a adaptação transcultural e conferir a confiabilidade das escalas SPAS, FAS e SAS-EB para adolescentes brasileiros com deficiência visual.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Realizar a adaptação transcultural das Escalas SPAS, FAS e SAS-EB para população de adolescentes com deficiência visual;
- ✓ Verificar a validade de conteúdo da escala SPAS;
- ✓ Verificar a validade de conteúdo da escala FAS;
- ✓ Verificar a validade de conteúdo da escala SAS-VI;
- ✓ Avaliar a confiabilidade por meio da medida de consistência interna das três escalas.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização da Pesquisa

A presente pesquisa fundamenta-se no método qualitativo, de caráter exploratório e de corte transversal (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

4.2 Aspectos Éticos

Esta pesquisa procedeu mediante a aprovação da Plataforma Brasil sob o parecer nº. 3.709.611, que encaminhou este projeto ao Comitê de Ética do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva/ IESC-UFRJ (Anexo 1). Também foi autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) sob o protocolo nº. 23083.026274/2019-70 (Anexo 1). Devido à pandemia do *Coronavírus Disease 2019* (COVID-19) algumas adaptações metodológicas foram autorizadas pelo Comitê de Ética da UFRRJ (Parecer nº. 662/2020 – PROPPG (12.28.01.18) / Emenda nº. 003/2020) (Anexo1).

Este trabalho também teve o compromisso de respeitar outros aspectos éticos envolvidos: solicitação das autorizações às instituições, apresentação de todas as documentações exigidas para aplicar a pesquisa nas escolas ou institutos e solicitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice 2). Os termos para os participantes com deficiência visual (TCLE ou TALE) foram ofertados em formulário do *Google forms* ou em *word*, enviados para o e-mail pessoal, caso fosse da preferência deles.

4.3 Autorização para Uso das Escalas no Brasil

Para a autorização do uso dos instrumentos, foi formalizado um prévio contato com os autores das escalas SPAS (HART; LEARY; RIJESKI, 1989) (Anexo 2), FAS (ALLEVA; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2017) (Anexo 3) e SAS-EB (MORGADO; CAMPANA; TAVARES, 2014) (Anexo 4). Todos os autores autorizaram seu uso na população de adolescentes com deficiência visual no Brasil.

A adaptação transcultural, segundo orientações de Beaton *et al.* (2002) é composta por cinco fases: tradução, reunião de síntese, retrotradução, comitê de peritos e pré-teste. Com o objetivo de atingir uma compreensão didática adequada, o método da pesquisa será apresentado em duas etapas: a primeira de adaptação transcultural e a segunda de pré-teste.

4.4 Primeira Etapa: Adaptação Transcultural da SPAS, FAS E SAS-EB

4.4.1 Tradução

Esta etapa é constituída pela tradução independente de cada escala (SPAS e FAS) da língua original (inglês) para a língua de destino (português). As escalas originais foram enviadas a dois tradutores por e-mail. Os tradutores eram brasileiros, sendo um professor de inglês e uma pessoa com proficiência na língua inglesa, formada no curso *Stafford House* – Canadá. Assim, foram feitas duas traduções das escalas (T1 e T2) de forma integral, ou seja, título, itens, opções de resposta e orientações. O processo de tradução foi feito de forma independente, isto é, os dois tradutores não tiveram contato entre si. Cada tradutor enviou por e-mail à mestranda a tradução e o relatório.

4.4.2 Reunião de síntese

Esta etapa consistiu no encontro de especialistas com o objetivo de se chegar a uma única versão do instrumento. A partir do recebimento das duas traduções (T1 e T2), os peritos chegaram a uma tradução comum (T12). Também foi produzido um relatório cuidadoso, documentando o processo de síntese. Dessa forma, foi realizada uma reunião no dia 29 de outubro de 2019, na sala nº. 29 do Instituto de Educação da UFRRJ. Essa reunião teve duração de, aproximadamente, 4 horas. Na presente investigação, reuniram-se os seguintes especialistas: peritos da imagem corporal, Educação Especial, metodologista, psicólogas, linguista e membro da população-alvo. Os peritos receberam previamente o formulário impresso contendo orientações sobre o processo de adaptação transcultural, informações sobre os constructos e as versões originais das escalas, bem como as traduções T1 e T2. A análise foi iniciada pela escala SPAS e depois passamos à FAS.

4.4.3 Retrotradução

Essa etapa consistiu em uma retrotradução da versão T12 (obtida na reunião de síntese) para o idioma original da escala. Dessa forma, foi enviada a versão síntese de cada escala (SPAS e FAS) para duas tradutoras independentes que tiveram como objetivo retrotraduzir o instrumento do português para língua inglesa original. Ambas são brasileiras, uma enfermeira e a outra formada em música e graduanda em Pedagogia. Foram alfabetizadas na língua inglesa, na Austrália, ou sejam, têm o inglês como língua nativa e não conheciam os constructos da imagem corporal e nem os instrumentos. Nesta etapa, chegou-se às versões RT1 e RT2 de cada escala. Vale ressaltar que os retrotradutores não tiveram contato com o documento original.

4.4.4 Comitê de peritos da SPAS e FAS

Nessa etapa, foi necessário rever todas as traduções para consolidar uma versão preliminar do instrumento (BEATON *et al.*, 2002). No comitê de peritos, todas as versões (T1, T2, T12, RT1, RT2) das escalas (SPAS e FAS) foram reunidas e enviadas aos peritos em um único documento, juntamente com uma avaliação das equivalências (idiomática, conceitual, semântica, operacional e cultural).

4.4.5 Comitê de peritos da SAS-EB

O processo de adaptação transcultural da escala SAS-EB ocorreu de forma diferenciada, pois esta escala foi originalmente desenvolvida e validada no Brasil, por isso, não foi necessário ser feito todo o processo inicial de adaptação transcultural (tradução, reunião de síntese e retradução), ou seja, sua avaliação se iniciou a partir do comitê de peritos. Assim sendo, partindo da escala original, o processo de adaptação desta escala consistiu na adequação de uma versão sugerida de cada um dos 18 itens. A versão sugerida buscou ser a mais apropriada para a faixa etária estudada (adolescentes de 10 a 19 anos). Desta forma, foi elaborado pela mestrande e orientadora um formulário avaliativo contendo todos os dados da escala (título, itens e orientações) já com adequações sugeridas para a faixa etária e população de adolescentes com deficiência visual. Este documento foi enviado por e-mail a vinte e três peritos nas áreas da psicometria, deficiência visual e imagem corporal para avaliação das equivalências conceituais, culturais, operacionais e semânticas, dos quais dez peritos retornaram com as sugestões e considerações.

No que se referem às equivalências, Swami e Barron (2018) destacam a importância de promover uma rigorosa equivalência dos instrumentos a fim de garantir um processo de adaptação adequado. A equivalência idiomática consiste na substituição de expressões idiomáticas e coloquiais não encontradas em português e que precisam ser substituídas, fazendo adaptações que reproduzam o real contexto a que se referem. A equivalência conceitual refere-se à tentativa de manter os conceitos apresentados no questionário original. Na equivalência semântica, deve-se avaliar a similaridade entre palavras em diferentes línguas, ou seja, buscar palavras correspondentes de uso mais comum.

A equivalência operacional se refere à adaptação de características como *layout*, formato do instrumento, configuração da aplicação (como escalas aplicadas em forma de áudio ou braille), e até mesmo o uso de categorias de respostas apropriadas e instruções para os participantes. Por fim, a equivalência cultural consiste em assegurar que a tradução seja realizada com base em experiências vivenciadas na cultura em que se pretende adaptar o instrumento. Nesse sentido, prioriza que os termos utilizados sejam coerentes com as experiências culturais da população à qual se destina.

Baseando-se nos esclarecimentos citados acima, foi solicitado aos peritos, utilizar uma escala de três pontos no documento enviado (graduada em -1, 0 e 1) para julgar cada uma equivalência. Quanto mais perto de 1, mais adequado estaria o título, a graduação da escala, o item, e as orientações. Se o especialista julgasse o item inadequado deveria assinalar -1 e sugerir uma nova versão ao item. Essa análise foi feita de forma subjetiva e qualitativa, por isso os especialistas foram livres para sugerir modificações ou eliminações de itens que julgassem irrelevantes ou ambíguos, bem como sugerir o que melhor se adequasse à população-alvo. Participaram desta reunião os seguintes especialistas: peritos da imagem corporal, psicóloga, juíza de síntese (linguista), membro da população-alvo e metodologista.

A análise dos pareceres de cada perito foi realizada qualitativamente e de forma consensual, a partir da análise das pontuações das respostas.

4.5 Segunda Etapa: Pré-teste

Esta etapa consistiu em testar o instrumento em uma pequena amostra da população-alvo. O objetivo do pré-teste (ou teste de campo) é captar a reação dos participantes a cada aspecto da versão pré-final de cada escala, possibilitando identificar e eliminar possíveis impasses e dúvidas contidos nos instrumentos. Por isso, múltiplos pré-testes podem ser realizados com a mesma população, na medida em que problemas sejam sinalizados (POLIT; BECK, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Depois dos ajustes realizados nas escalas SPAS, FAS e SAS-EB no Comitê de peritos, as novas versões das escalas devem ser submetidas à avaliação da população-alvo da pesquisa através dos pré-testes. No pré-teste, os instrumentos devem ser submetidos à avaliação da população-alvo, até que os respondentes sanem todas as dúvidas com relação a cada item da escala e não seja mais necessária nenhuma reformulação. Dessa forma, chega-se ao ponto de saturação do instrumento que é definido como a confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados constatando o momento de interromper a captação de informações (GLASER; STRAUSS, 1967; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; DE SOUZA MINAYO, 2017).

Essa fase, de acordo com as recomendações de Malhotra (2012), é dividida em duas etapas: análise protocolar e interrogatório. Entretanto, devido à peculiaridade da população desta pesquisa, algumas outras etapas foram inseridas: análise dos itens da escala e análise da forma de aplicação das escalas.

A análise protocolar tem por finalidade investigar as reações dos participantes ao responder a escala, com enfoque na compreensão do instrumento, nas principais dificuldades e no quão cansativo o instrumento será julgado pelos participantes. Na condução dessa etapa, o pesquisador solicita ao participante que ouça e responda às perguntas da escala como se estivesse “pensando em voz alta”. Já o interrogatório tem por objetivo avaliar se o conteúdo de cada item da escala é compreendido pelos participantes. O pesquisador faz a pergunta e solicita ao respondente que reproduza, com suas palavras, o que entendeu de cada item (MALHOTRA, 2012).

Em seguida, é feita a avaliação do nível de dificuldade que o entrevistado tem ao responder à escala. Essa etapa tem como objetivo investigar se há dificuldade no entendimento dos itens. Caso o entrevistado responda que acha difícil, deve esclarecer qual foi sua dificuldade. Também é avaliado se o entrevistado acha cansativo responder ao instrumento. Para avaliar essa etapa de forma adequada, o entrevistador deve estar atento aos comportamentos do participante durante toda a entrevista, para que, no momento dessa pergunta, possa entender se o cansaço está ligado à complexidade das perguntas, ao tempo prolongado da entrevista ou até mesmo à leitura dos itens pelo entrevistador.

Após essa fase, o entrevistador faz a análise dos itens da escala que foram apontados (tanto pelo comitê de peritos quanto pelos próprios participantes) como passíveis de dúvidas. São retomadas expressões utilizadas, se o item constrange o participante e se sugere mudar alguma terminologia. Dessa forma, cada item que precise de maiores esclarecimentos é investigado nessa fase.

Em seguida, é analisada a forma de aplicação das escalas. Nesse estágio, os participantes respondem a um inquérito sobre o que acham de ouvir os itens através da leitura

de outra pessoa e responder *on-line*. Também são questionados se conseguiriam responder utilizando um programa leitor de tela. Ainda nessa etapa, é solicitado aos participantes que têm baixa visão, que deem sua opinião sobre como se sentem quando outra pessoa lê os itens da escala para eles, se isso os incomoda ou se sugerem de outra forma.

4.5.1 Participantes

Participaram desta etapa 25 adolescentes de 10 a 19 anos com deficiência visual. Os adolescentes foram convidados por conveniência, oriundos dos centros de atendimento que já tinham autorizado a presente pesquisa. Os adolescentes participantes são alunos do Instituto Benjamin Constant (IBC) (Anexo 5), do Centro Educacional Municipal de Atendimento a Deficientes Visuais de Resende (CEDEVIR) (Anexo 5) e do Instituto Paranaense de Cegos de Curitiba (IPC) (Anexo 5). Também participaram alguns adolescentes oriundos de contatos feitos através da rede social *Facebook* e a partir da metodologia “bola de neve”, na qual um dos entrevistados indica o próximo potencial participante e, assim, sucessivamente. Os critérios de inclusão para participação foram: adolescentes com deficiência visual de ambos os sexos, de 10 a 19 anos, com deficiência visual autorreportada, ter acesso à internet (através de computador, *notebook*, *tablet* ou celular), de modo que pudesse estabelecer uma boa conexão para que a entrevista fosse realizada. Os critérios de exclusão desta etapa foram: adolescentes que manifestarem outras deficiências associadas à deficiência visual, que não conseguissem manter uma conexão com a internet adequada para responder a entrevista até o final, e que não tivesse o TCLE autorizando sua participação. Vale ressaltar que os adolescentes participaram apenas de um pré-teste, ou seja, aqueles que participaram do 1º pré-teste não participaram do 2º e do 3º pré-teste.

4.5.2 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora fez contato com os institutos supracitados e solicitou o telefone dos responsáveis dos adolescentes menores de dezoito anos e dos adolescentes de dezoito e dezenove anos. Por conta do fechamento das instituições devido à pandemia de Covid-19, a pesquisadora encontrou dificuldades de acessar a população de adolescentes, precisando recorrer a recursos como as redes sociais. Dessa forma, alguns convites foram realizados através de postagens com legenda acessível no *Facebook*, *Instagram* e em grupos de *WhatsApp*. Às pessoas que se prontificaram em participar por meio das mídias, foi solicitado um telefone para contato (do responsável ou do adolescente). De posse do contato de cada participante foi realizado um contato para explicação da pesquisa e solicitação de autorização. Após o aceite, foi agendado um dia e horário para que a entrevista ocorresse. Também era solicitado ao participante a indicação de outros adolescentes, dessa forma a metodologia “bola de neve” foi utilizada para se ter acesso a outros entrevistados.

Antes de cada entrevista, foi enviado ao participante um formulário digital (*Google forms*) através de um *link*, o qual continha o TCLE e o questionário sociodemográfico. Após a confirmação de recebimento desses documentos, a entrevista era realizada. É importante destacar que os adolescentes menores de 18 anos também autorizavam sua participação através do TALE, que era preenchido na hora da entrevista. Os pré-testes foram realizados por videoconferência utilizando o aplicativo *Google Meet* ou por ligação pelo *WhatsApp*. Essas

adaptações metodológicas foram autorizadas pelo Comitê de Ética da UFRRJ (Parecer nº. 662/2020 – PROPPG (12.28.01.18) / Emenda nº. 003/2020) (Anexo 1) e ocorreram devido à atual pandemia do *Coronavírus Disease 2019* (COVID-19) para que fosse garantida a segurança dos participantes e da pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas por vídeo ou áudio, mediante a autorização dos responsáveis e dos adolescentes.

Devido à dificuldade de conseguir o contato com os adolescentes, foram realizadas duas entrevistas-piloto, com adultos com deficiência visual. Esses dados foram utilizados para aparar algumas arestas, como: forma de aplicação, utilização do ambiente virtual e tempo de duração. As informações coletadas foram utilizadas exclusivamente para isso e os dados não foram considerados na análise.

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente virtual, através de videoconferência pelo aplicativo *Google Meet* ou por chamada de vídeo do *WhatsApp*, (quando o adolescente preferia dessa forma). Foi também solicitada aos participantes a autorização para gravar a entrevista. Inicialmente, era explicado sobre eventualidades como queda na conexão da internet ou energia elétrica e que se isso acontecesse seria retomada a entrevista assim que possível.

Após esses esclarecimentos iniciais, os pesquisadores presentes eram apresentados e era feita a audiodescrição do ambiente virtual. Também era informado sobre o tempo que duraria a entrevista (de 40 minutos a 1 hora) e que todos os dados coletados seriam utilizados somente para a pesquisa. Após isso, era feita uma breve explicação sobre como seria a realização da entrevista, na qual era esclarecido que primeiro seriam lidos os itens e depois as opções de respostas e que o adolescente deveria escolher a resposta que achasse mais adequada. Também era ressaltado que, caso não entendesse ou ouvisse o item, poderia solicitar que o mesmo fosse repetido. Era solicitado que os participantes ficassem com suas câmeras abertas, mas que poderiam ficar à vontade caso preferissem fechá-las. Somente duas mães ficaram presentes no momento da entrevista.

Na entrevista, a pesquisadora abria um formulário digital e compartilhava sua tela. Na primeira etapa da entrevista era realizada a análise protocolar. Nessa fase, os itens de cada escala eram lidos, os entrevistados respondiam às questões e a pesquisadora marcava no formulário exatamente a resposta que o adolescente escolhia. Ao fim de cada escala era solicitado que pontuasse de 0 a 2 (0-nada/ 1-um pouco/ 2-muito) o quanto foi difícil e cansativo responder às perguntas. Devido à peculiaridade da população, o interrogatório era feito somente quando percebida alguma dificuldade ou demora para responder algum item. Nesse procedimento, é solicitado ao participante que responda o item como se estivesse pensando em voz alta. Dessa forma, no tópico que era percebida a dificuldade, a pesquisadora solicitava que o adolescente reproduzisse com suas palavras o que entendeu daquele item e, a partir dessa dificuldade buscasse novas sugestões, dos próprios adolescentes, para a sua reelaboração.

Após essa etapa, foi realizada a análise das expressões da escala que foram percebidas como passíveis de dúvida. Os participantes foram questionados sobre expressões (por exemplo, “sua vida amorosa”), se o item o constrangia (por exemplo, “sua deficiência visual”) e se sugeria mudar alguma terminologia.

Em seguida, foi realizado um inquérito sobre a forma de aplicação das escalas, no qual era perguntado como foi para o adolescente responder a escala com alguém lendo para ele e se conseguira responder sozinho, utilizando um programa leitor de tela. Também foi realizado um questionamento específico para os adolescentes com baixa visão, para entender se seria incômodo ou afetaria sua autonomia responderem à uma escala com alguém lendo para eles.

A partir dos dados coletados no 1º pré-teste e dos apontamentos realizados, foram feitas alterações na escala e dado seguimento ao 2º pré-teste. Da mesma forma, após os dados coletados no 2º pré-teste e das observações registradas, foram feitas as alterações necessárias

e realizado o 3º e último pré-teste. Ressalta-se que o 2º e o 3º pré-testes foram realizados seguindo os mesmos procedimentos que o 1º pré-teste.

Ao final eram feitos os agradecimentos e informado que havia uma psicóloga disponível para dar algum suporte em caso de algum desconforto. Ao final da entrevista, era solicitada a indicação de novos participantes. Alguns adolescentes perguntavam sobre os resultados da pesquisa. Como resposta, era destacado que assim que os resultados estivessem disponíveis, seriam encaminhados para eles. Desse modo, foi necessária a realização de três pré-testes para a conclusão dessa etapa.

4.5.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados foram a versão final da SPAS, FAS e SAS-VI que resultaram do comitê de peritos, tal como originalmente descritos abaixo:

- SPAS (HART; LEARY; RIJESKI, 1989): Medida que avalia a ansiedade que a pessoa experimenta em resposta à avaliação dos outros sobre sua pessoa (físico/aparência). É uma escala originalmente unifatorial de 12 itens, nos quais os participantes respondem o grau em que a afirmação é característica ou verdadeira sobre si. É uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos: 1 = de modo nenhum, 2 = levemente, 3 = moderadamente, 4 = muito e 5 = extremamente característico. O escore final da escala é dado pela soma de todos os itens. Quanto maior a soma do escore, maior é o grau de ansiedade físico social frente ao olhar do outro (Apêndice 4).
- FAS (ALLEVA; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2017). Esta medida objetiva medir a apreciação da funcionalidade corporal e como isso influencia positivamente na construção de uma imagem corporal positiva. A FAS consiste em 7 itens. É uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, os quais: 1 = discorda fortemente, 2 = discorda, 3 = não concorda nem discorda, 4 = concorda e 5 = concorda totalmente. A média das pontuações dos participantes com escores mais altos reflete uma maior apreciação da funcionalidade (Apêndice 5).
- SAS-VI (MORGADO; CAMPANA; TAVARES, 2014): escala criada e validada para avaliar autoaceitação em adultos com cegueira precoce no Brasil. É composta por 18 itens, divididos em três fatores (aceitação corporal, autoproteção de estigmas sociais e sentimentos e crenças nas próprias capacidades). Essa escala é do tipo *Likert* de cinco pontos: 1 = “nunca”; 2 = “raramente”; 3 = “às vezes”; 4 = “frequentemente”; 5 = “sempre”. Fornece uma rápida e abrangente avaliação da autoaceitação em pessoas com cegueira (Apêndice 6).
- *Questionário sociodemográfico*: o questionário foi criado pelas pesquisadoras com o objetivo de obter características gerais da amostra, tais como: identificação, idade, região em que mora, tipo de deficiência visual, início da deficiência visual, dentre outras (Apêndice 3).

4.5.4 Análise dos dados

Em todos os pré-testes, as respostas do questionário sociodemográfico e das escalas SPAS, FAS e SAS-VI foram agrupadas por categoriais e analisadas de forma qualitativa nas respostas aos itens dos instrumentos e quantitativa nas respostas ao Questionário Sociodemográfico acerca das características da amostra. Com relação aos itens dos instrumentos, as respostas foram agrupadas e analisadas de forma qualitativa e descritiva,

segundo as orientações de Bardin (1977). Para que a análise de conteúdo pudesse ser feita, a reunião foi gravada, com o consentimento dos participantes, para que as respostas pudessem ser transcritas, item a item, após o término de cada pré-teste. Além disso, a pesquisadora tomou nota dos principais pontos destacados pelos participantes. O alfa de Cronbach foi utilizado para a análise de confiabilidade. O programa SPSS versão 2.1 foi utilizado para essa análise. Foi adotado valor de referência acima de 0,6 para análise dessa medida, conforme orientações de Nunnally (1994).

5 RESULTADOS

Com o objetivo de atingir uma compreensão didática adequada, os resultados dessa pesquisa serão apresentados também em duas etapas: a de adaptação transcultural e a de pré-teste.

5.1 Primeira Etapa: Adaptação Transcultural da SPAS, FAS e SAS-EB.

5.1.1 SPAS

5.1.1.1 Tradução

As traduções (T1 e T2), foram realizadas de forma similar, demonstrando apenas algumas diferenças. Uma similaridade foi relacionada ao título, ou seja, ambos traduziram a sigla do título para o português. Contudo uma diferença observada foi com relação aos termos “*my physique or figure*”, o qual foi traduzido por T1 como “meu físico ou imagem”, enquanto T2 traduziu como “meu corpo”. Os itens 1, 2, 5, 6 e a escala *likert*, tiveram diferenças nas traduções, enquanto os itens 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, bem como as orientações não demonstraram discrepâncias. Maiores detalhamentos podem ser visualizados no Quadro 3.

5.1.1.2 Reunião de Síntese

O título foi traduzido para o português, porém a sigla da escala foi mantida como na versão original. Dessa forma, ficou “Escala da Ansiedade Físico social” (SPAS). Foi sugerido que fosse verificado como o título ficou nas versões previamente validadas para o Brasil. Em seguida, foram analisados a escala *likert*, os itens da versão síntese e as orientações.

Escala *likert*: a escala original é uma escala *likert* de 5 pontos, na qual sua variação vai de “*Not at all characteristic of me*” até “*Extremely characteristic of me*”. Apesar dessa variação atender ao entendimento da população brasileira, foi considerado que é uma linguagem mais rebuscada para a população-alvo. Dessa forma, a versão síntese dos itens ficou da seguinte forma: 1 - NADA A VER COMIGO; 2 - POUCO PARECIDO COMIGO; 3 - MODERADAMENTE PARECIDO COMIGO; 4 - MUITO PARECIDO COMIGO; 5 - TUDO A VER COMIGO.

No entendimento dos peritos, o termo “*physique or figure*” poderia ser utilizado de duas formas. Assim sendo, de acordo com a construção da frase ele ficou como “*aparência física*” ou como “*corpo*”.

Item 1: Houve uma dúvida de como deveríamos entender o termo “*appearance of my physique or figure*”. Na opinião da maioria dos peritos, o termo mais adequado seria “aparência física”. Também foi ressaltado pela representante da população-alvo a importância de manter o pronome EU, para representar a independência da pessoa com deficiência visual, pois demonstra que é ela quem realmente está respondendo. Assim, a versão síntese ficou: “EU ESTOU CONFORTÁVEL COM MINHA APARÊNCIA FÍSICA”.

Item 2: Este item estava na negativa e tinha escore reverso. Foi sugerido que o transformássemos em afirmativa para melhor entendimento da população-alvo, houve consenso nesta sugestão, ficando: “EU SEMPRE ME PREOCUPO EM USAR ROUPAS

QUE POSSAM ME DEIXAR MUITO MAGRO OU GORDO”. Dessa forma, o item perdeu o escore reverso (e, conseqüentemente, deixou de ser marcado pelo asterisco).

Item 5: Esse item possui uma particularidade a ser considerada pelo fato de a população ser de adolescentes com deficiência visual. Nas T1 e T2 a tradução ficou “Quando me olho no espelho...”, o que não faria sentido para a população-alvo. De acordo com a discussão, a melhor forma ficou: “QUANDO AVALIO MINHA APARÊNCIA, ME SINTO MUITO BEM COM MEU CORPO”. A palavra “MUITO” foi inserida para manter o item com maiores condições de discriminar grupos.

Item 6: A palavra “contextos sociais” foi trocada para “grupos sociais”, para ficar de mais fácil entendimento para a população-alvo, ficando: “EM CERTOS GRUPOS SOCIAIS, MINHAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS POUCO ATRAENTES ME DEIXAM NERVOSO(A)”.

Nas orientações ao participante, a palavra traduzida “LEIA” foi aletrada para “OUÇA”, pois a forma de aplicação das escalas será por meio de leitura ou gravação de áudio. Todos os itens deveriam ser flexionados com relação ao gênero, o que seria feito entre parênteses, colocando a letra “a”. Nos itens não mencionados não houve dificuldade em chegarmos a uma versão síntese. Foi sugerido pela orientadora que essa escala sofresse uma alteração em seu *layout* a ser apresentado no comitê de peritos, pois no Brasil não é usual esse tipo de escala. A síntese das traduções pode ser visualizada no Quadro 3.

5.1.1.3 Retrotradução

As retrotraduções foram realizadas de forma independente e sem contato prévio dos retrotradutores com a escala original. Destaca-se, ainda, que não demonstraram discrepâncias entre si e com a versão original, como pode ser visualizado no Quadro 3.

Quadro 3. Versão original, tradução, retrotradução e versão síntese (T12) da SPAS

Título Original	<i>SOCIAL PHYSIQUE ANXIETY SCALE - SPAS</i>	
T1	ESCALA DA ANSIEDADE FÍSICASOCIAL (AFS)	
T2	ESCALA DA ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (EAFS)	
T12	ESCALA DA ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (SPAS)	
RT2	<i>SOCIAL PHYSIQUE ANXIETY SCALE (SPAS)</i>	
RT2	<i>SOCIAL PHYSICAL ANXIETY SCALE (SPAS)</i>	
RESPOSTAS		
Originais	<i>1 = Not at all characteristic of me</i>	<i>2 = Slightly characteristic of me</i>
	<i>3 = Moderately characteristic of me</i>	<i>4 = Very characteristic of me</i>
	<i>5 = Extremely characteristic of me</i>	
T1	1 = Não é característico para mim	2= É um pouco característico para mim
	3 = É moderadamente característico para mim	4= É muito característico para mim.
	5 = É extremamente característico para mim.	
T2	1 = Não tenho essa característica	2 = Essa característica se parece pouco comigo

3 = Essa característica é moderadamente parecida comigo 4 = Essa característica se parece bastante comigo 5 = Essa característica é extremamente parecida comigo.

T12 1-Nada a ver comigo 2 - Pouco parecido comigo 3- Moderadamente parecido comigo
4 - Muito parecido comigo 5- Tudo a ver comigo

RT1 *1- Nothing to do with me 2- Little like me 3- Moderately similar to me
4- Much like me 5- Everything to do with me*

RT2 *1- Not like me 2- Little like me 3- Moderately similar to me
4- Very similar to me 5- Everything to do with me*

ITENS

1. Original *I am comfortable with the appearance of my physique or figure. **

T1 Eu me sinto confortável com a aparência do meu físico ou imagem.

T2 Estou confortável com a aparência do meu corpo.

T12 Eu estou confortável com minha aparência física.

RT1 *I am comfortable with my physical appearance.*

RT2 *I'm comfortable with my physical appearance.*

2. Original *I would never worry about wearing clothes that might make me look too thin or overweight. **

T1 Eu jamais me preocuparia em usar roupas que me façam parecer muito magro ou acima do peso.

T2 Eu nunca me preocuparia em usar roupas que possam me fazer parecer muito magro ou muito gordo.

T12 Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).

RT1 *I always worry about wearing clothes that can make me very thin or fat.*

RT2 *I always worry about wearing clothes that can make me look very thin or fat.*

3. Original *I wish I wasn't so uptight about my physique or figure*

T1 Eu gostaria de não ser tão aficionado sobre o meu físico ou imagem

T2 Eu gostaria de não estar preocupado com o meu corpo.

T12 Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.

RT1 *I would like to worry less about my body.*

RT2 *I would like to worry less about my body.*

4. Original *There are times when I am bothered by thoughts that other people are evaluating my weight or muscular development negative*

T1 Há momentos em que eu fico incomodado por pensamentos de que as outras pessoas estão julgando negativamente o meu peso ou desenvolvimento muscular.

T2 Às vezes sou incomodado por pensamentos de que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meu corpo.

T12 Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.

RT1 *Sometimes I get bothered to think that other people are negatively evaluating my weight and muscles.*

RT2 *Sometimes I'm bothered to think that other people are negatively assessing my weight and muscles.*

5. Original	<i>When I look in the mirror, I feel good about my physique or figure. *</i>
T1	Quando eu me olho no espelho eu me sinto bem sobre meu físico ou imagem.
T2	Quando me olho no espelho, me sinto bem com o meu corpo.
T12	Quando avalio minha aparência, me sinto muito bem com meu corpo.
RT1	<i>When I evaluate my appearance, I feel very good about my body.</i>
RT2	<i>I feel very good about my body when i asses my appearance</i>
6. Original	<i>Unattractive features of my physique or figure make me nervous in certain social settings.</i>
T1	Características não-atraentes do meu físico ou imagem me deixam nervosa em determinados círculos sociais.
T2	As características pouco atraentes do meu corpo me deixam nervoso em certos contextos sociais.
T12	Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso (a).
RT1	<i>In certain social groups, my unattractive physical characteristics make me nervous</i>
RT2	<i>In certain social groups, my unattractive physical characteristics makes me nervous.</i>
7. Original	<i>In the presence of others, I feel apprehensive about my physique or figure.</i>
T1	Na presença de outros, eu me sinto apreensivo sobre meu físico ou imagem.
T2	Na presença de outras pessoas, me sinto nervoso pelo meu corpo.
T12	Na presença de outras pessoas, me preocupo com meu corpo.
RT1	<i>In the presence of others, I worry about my body.</i>
RT2	<i>I worry about my body, in the presence.</i>
8. Original	<i>I am comfortable with how fit my body appears to others. *</i>
T1	Eu me sinto confortável como meu corpo parece aos demais.
T2	Estou confortável com a maneira que meu corpo aparenta.
T12	Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham do meu corpo.*
RT1	<i>I am fine with what others think of my body.</i>
RT2	<i>I am calm about what others think of my body.</i>
9. Original	<i>It would make me uncomfortable to know others were evaluating my physique or figure.</i>
T1	Me deixaria desconfortável saber como os outros estão avaliando meu físico ou imagem.
T2	Seria desconfortável saber que outras pessoas estão avaliando meu corpo.
T12	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.
RT1	<i>I get uncomfortable when I realize they are evaluating my body.</i>
RT2	<i>I get uncomfortable when I realize they are assessing my body.</i>
10. Original	<i>When it comes to displaying my physique or figure to others, I am a shy person.</i>
T1	Quando se trata de mostrar meu físico ou imagem para os outros, eu me torno uma pessoa tímida.
T2	Quando preciso mostrar meu corpo para os outros, me sinto tímido.
T12	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).

RT1	<i>When it comes to showing my body to others, I am shy.</i>
RT2	<i>I'm shy when it comes to showing my body to others.</i>
11. Original	<i>I usually feel relaxed when it's obvious that others are looking at my physique or figure. *</i>
T1	Eu normalmente me sinto relaxado quando está óbvio que os outros estão olhando meu físico ou imagem.
T2	Costumo me sentir tranquilo quando vejo outras pessoas estão olhando para o meu corpo.
T12	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo.
RT1	<i>I usually feel ok when I realize that they are looking at my body</i>
RT2	<i>I usually feel calm when I realize that they're looking at my body</i>
12. Original	<i>When in a bathing suit, I often feel nervous about how well-proportioned my body is.</i>
T1	Quando em trajes de banho, frequentemente eu me sinto nervoso sobre quão proporcional meu corpo é.
T2	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso com a proporção do meu corpo.
T12	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo
RT1	<i>When I am in a bathing suit, I often feel nervous about the shape of my body.</i>
RT2	<i>I often feel nervous about my body shape when I'm in a bathing suit</i>
ORIENTAÇÕES INICIAIS	
Original	The following questionnaire contains statements concerning your body physique or figure. By physique or figure we mean body form and structure; specifically, body fat, muscular tone, and general body proportions. Read each item carefully and indicate how characteristic it is of you according to the following scale.
T1	O questionário abaixo contém afirmações que concernem ao seu corpo físico ou imagem. Por corpo físico ou imagem leia-se forma física e estrutura; especificamente, gordura, tônus muscular, e proporções corporais gerais. Leia atentamente cada item e aponte quanto cada característica se aplica a você de acordo com a seguinte escala.
T2	O questionário a seguir contém declarações relativas ao corpo ou sua aparência. Por físico ou figura queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura corporal, tônus muscular e proporções corporais. Leia os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.
T12	O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou à sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura corporal, tônus muscular e proporções corporais. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.
RT1	<i>The following questionnaire contains information about your body or appearance. By body or appearance we mean body shape and structure; specifically, body fat, muscle tone and body proportions.</i> <i>Listen to the items below carefully and indicate what is your characteristic according to the following scale.</i>
RT2	<i>The following questions contains information about your body or appearance. By this we mean body shape and structure; specifically, body fat, muscle tone and body proportions.</i> <i>Carefully listen to the items below and indicate what is their characteristic according to the following</i>

<i>scale:</i>	
NOTA	
Original	<i>Note: For each item, respondents indicate the "degree to which the statement is characteristic or true of you" on a 5-point scale (not at all, slightly, moderately, very, extremely characteristic). Asterisks represent questions to be reverse scored before summing.</i>
T1	Nota: Para cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou uma verdade a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada, ligeiramente, moderadamente, muito, extremamente característica). Asteriscos representam perguntas a serem pontuadas reversamente antes da soma.
T2	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (de modo nenhum, ligeiramente, moderadamente, muito, extremamente característico). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.
T12	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido comigo; moderadamente parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.
RT1	<i>Note: In each item, respondents indicate the "degree to which the statement is characteristic or true about themselves" on a 5-point scale (nothing to do with me; little like me; moderately similar to me; much like me; everything to do with me). Asterisks represent questions that should be scored backwards before the sum.</i>
RT2	<i>Note: In each item, the people interviewed indicates the "degree in which the statement is characteristic or true about you" on a 5-point scale (nothing like me; little like me; moderately similar to me; very similar to me; everything to do with me). Asterisks represent questions that should be scored backwards before the sum</i>

Fonte: A autora (2020).

5.1.1.4 Comitê de Peritos

Nesta etapa, cada item da escala foi analisado minuciosamente, os quais serão apresentados a seguir. Vale ressaltar que nesta fase é realizada uma avaliação das equivalências (conceitual, cultural, semântica, idiomática e operacional).

O título da escala escolhido na reunião de síntese foi ESCALA DA ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL – SPAS. Segundo prévia pesquisa da mestranda, o título da versão já adaptada para o Brasil (CAMPANA *et al.*, 2015) foi ESCALA DE ANSIEDADE FÍSICO-OCIAL – SPAS. Foi sugerido também diferenciarmos algo no título para identificar que essa escala é para adolescentes com deficiência visual, porém foi colocado que isso não poderia ser feito, pois dificultaria a identificação da escala no contexto nacional e internacional. Sendo assim, optamos por manter o título da versão previamente adaptada pelo motivo de fortalecer essa escala e esse constructo no Brasil. Quase todas as equivalências foram pontuadas como 0 (adequada) ou 1 (extremamente adequado), com exceção da equivalência operacional que foi pontuada com -1 pela metodologista, pois o modelo da escala original não é usado no Brasil. Logo, passou-se a analisar os outros pontos da escala.

Escala *likert*: Na versão síntese os pontos da *likert* escolhidos foram: 1 - NADA A VER COMIGO; 2-POUCO PARECIDO COMIGO; 3- MODERADAMENTE PARECIDO COMIGO; 4 - MUITO PARECIDO COMIGO; 5- TUDO A VER COMIGO. Entretanto, optamos por retirar a palavra MODERADAMENTE, por ficar de mais fácil entendimento para a população alvo, ficando da seguinte forma: 1 - NADA A VER COMIGO; 2-POUCO PARECIDO COMIGO; 3- PARECIDO COMIGO; 4 - MUITO PARECIDO COMIGO; 5-TUDO A VER COMIGO.

Itens 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 12: Manteve-se a versão sugerida na reunião de síntese como a versão final, pois todos esses itens obtiveram equivalência 1 (extremamente adequado).

Item 5: Na reunião de síntese a versão sugerida foi “QUANDO AVALIO MINHA APARÊNCIA, ME SINTO MUITO BEM COM MEU CORPO”. Porém, a juíza de síntese sugeriu que deveríamos inserir o pronome “EU”, para não iniciar o trecho com pronome oblíquo e a representante da população alvo reforçou a importância do uso deste pronome para a população com deficiência visual. A versão final ficou: “QUANDO AVALIO MINHA APARÊNCIA, EU ME SINTO MUITO BEM COM MEU CORPO”.

Item 7: Na reunião de síntese a versão sugerida foi “NA PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS, ME PREOCUPO COM MEU CORPO”. Porém, a juíza de síntese colocou que deveríamos inserir o pronome “EU”, para não iniciar o trecho com pronome oblíquo e a representante da população alvo reforçou a importância do uso deste pronome para a população com deficiência visual. A versão final ficou: “NA PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS, EU ME PREOCUPO COM MEU CORPO”.

Nas orientações ao participante foi sugerido que os termos “tônus muscular” e “proporções corporais”, fossem substituídos por “músculos” e “tamanho corporal”, pois seria de melhor entendimento para a população alvo. A versão pré-final ficou: “O QUESTIONÁRIO A SEGUIR CONTÉM INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEU CORPO OU À SUA APARÊNCIA. POR CORPO OU APARÊNCIA QUEREMOS DIZER FORMA E ESTRUTURA DO CORPO; ESPECIFICAMENTE, GORDURA CORPORAL, MÚSCULOS E TAMANHO CORPORAL. OUÇA OS ITENS ABAIXO COM ATENÇÃO E INDIQUE QUAL É A SUA CARACTERÍSTICA DE ACORDO COM A ESCALA A SEGUIR.”

No item NOTA: a única mudança foi a retirada da palavra “moderadamente”. Esse item obteve equivalência 1 (extremamente adequado). Na equivalência operacional da escala foi sugerido pelo perito metodologista duas adaptações: mudança no *layout* da escala para um modelo mais utilizado no Brasil (em forma de tabela e numerado de 1 a 5) e que a aplicação da escala fosse em forma de áudio, seguindo o modelo da SAS-EB. Esta é uma equivalência operacional como nos orienta Swami e Barron (2018). O Quadro 4 demonstra as equivalências de acordo com cada perito.

Quadro 4. Equivalências da SPAS

Itens	Equivalência	Perito 1 Metodologista	Perito 2 Especialista em Imagem Corporal	Perito 3 Especialista da Educação Especial	Perito 4 Psicólogo	Perito 5 Linguista	Perito 6 Membro da população alvo
Título	Semântica	1	1	1	1	0	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	0	1	1	1

	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Orientações	Semântica	1	1	1	1	0	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	0	1	1	1	0
Opções de resposta	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item1	Semântica	1	1	1	1	0	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	-1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 2	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	0	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 3	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	0	1	1	1
	Cultural	1	1	1	0	1	1
	Operacional	-1	0	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 4	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	0	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 5	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	0	0	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 6	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	0	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 7	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	0	0	1	0	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 8	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	0	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 9	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	0	1	0	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1

	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 10	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	0	1	1	1	0
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 11	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	0	1	0	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 12	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	0	1	1	1	0
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Nota	Semântica	1	1	1	0	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	0	1	0	0
	Operacional	-1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1

Fonte: A autora (2020).

Feitos os ajustes, todos os itens foram pontuados com equivalência 1 (extremamente adequado). No Quadro 5, apresentam-se as versões da SPAS.

Quadro 5. Versão original, versão síntese e versão pré-final da SPAS

Item	Versão Original	Síntese das traduções	Versão pré-final após comitê de peritos que foi utilizada no primeiro pré-teste
Título	<i>SOCIAL PHYSIQUE ANXIETY SCALE (SPAS)</i>	ESCALA DA ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (SPAS)	ESCALA DE ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (SPAS)
Orientações	<i>The following questionnaire contains statements concerning your body physique or figure. By physique or figure we mean body form and structure; specifically, body fat, muscular tone, and general body proportions.</i> <i>Read each item carefully and indicate how characteristic it is of you according to the following scale.</i>	O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou à (orientação linguista = à) sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura corporal, tônus muscular e proporções corporais. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.	O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura corporal, músculos e tamanho corporal. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.
Respostas	1 = Not at all characteristic of me 2 = Slightly characteristic of me 3 = Moderately characteristic of me	1-Nada a ver comigo 2 - Pouco parecido comigo 3- Moderadamente parecido comigo	1-Nada a ver comigo 2 - Pouco parecido comigo

	4 = Very characteristic of me 5 = Extremely characteristic of me	4 - Muito parecido comigo 5- Tudo a ver comigo	3- Parecido comigo 4 - Muito parecido comigo 5- Tudo a ver comigo
1	<i>I am comfortable with the appearance of my physique or figure. *</i>	Eu estou confortável com minha aparência física.*	Eu estou confortável com minha aparência física.*
2	<i>I would never worry about wearing clothes that might make me look too thin or overweight. *</i>	Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).	Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).
3	<i>I wish I wasn't so uptight about my physique or figure</i>	Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.	Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.
4	<i>There are times when I am bothered by thoughts that other people are evaluating my weight or muscular development negative.</i>	Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.	Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos
5	<i>When I look in the mirror, I feel good about my physique or figure. *</i>	Quando avalio minha aparência, me sinto muito bem com meu corpo. *	Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo. *
6	<i>Unattractive features of my physique or figure make me nervous in certain social settings.</i>	Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso (a).	Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso (a).
7	<i>In the presence of others, I feel apprehensive about my physique or figure.</i>	Na presença de outras pessoas, me preocupo com meu corpo.	Na presença de outras pessoas, eu me preocupo com meu corpo.
8	<i>I am comfortable with how fit my body appears to others. *</i>	Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham de meu corpo. *	Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham de meu corpo. *
9	<i>It would make me uncomfortable to know others were evaluating my physique or figure.</i>	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.
10	<i>When it comes to displaying my physique or figure to others, I am a shy person.</i>	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).
11	<i>I usually feel relaxed when it's obvious that others are looking at my physique or figure. *</i>	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo. *	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo. *
12	<i>When in a bathing suit, I often feel nervous about how well-proportioned my body is.</i>	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo
Nota	<i>Note: For each item, respondents indicate the "degree to which the statement is characteristic or true of you" on a 5-point scale (not at all, slightly, moderately, very,</i>	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido

extremely characteristic). Asterisks represent questions to be reverse scored before summing.

comigo; moderadamente parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.

comigo; parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.

Fonte: A autora (2020).

5.1.2 FAS

5.1.2.1 Tradução

Com relação à tradução desta escala, as duas versões (T1 e T2), foram muito similares, demonstrando apenas algumas diferenças, uma delas relacionada à palavra “appreciation”, tendo sido traduzida por T1 como “valorização” e por T2 como “apreciação”. Outra diferença observada foi que T2 omitiu o pronome “eu”, enquanto T1 o preservou em todas as sentenças. Maiores detalhes podem ser visualizados no Quadro 6.

5.1.2.2 Reunião de Síntese

Quando iniciamos o processo de adaptação desta escala no Brasil não tínhamos referência para o título, sendo escolhido “ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE - FAS”, mantendo a sigla original. Em seguida, foram analisados a escala *likert*, os itens e as orientações.

A graduação da escala *likert* ficou: 1 - DISCORDO TOTALMENTE; 2 - DISCORDO; 3 - NÃO CONCORDO NEM DISCORDO; 4 - CONCORDO; 5 - CONCORDO TOTALMENTE.

Não houve dificuldade para chegar a uma versão T12 dos itens desta escala na reunião de síntese. Porém, tivemos uma dúvida com relação a como deveria ser feita a análise dos escores. Foi sugerido pela orientadora que a mestranda procurasse no artigo de criação da escala como se dava essa análise ou que entrasse em contato com a autora da escala para obtermos essa informação.

Vale destacar que todos os itens deveriam ser flexionados com relação ao gênero, o que seria feito colocando a letra “a” entre parênteses. Salienta-se, ainda, que a representante da população-alvo destacou a importância de manter o pronome “eu” nas sentenças. Relatou que, por ser cega, muitas vezes está ao lado de sua mãe, e quando querem saber alguma informação sobre ela, acabam reportando-se à sua mãe. Ainda acrescentou que o pronome “eu” serve para representar a independência da pessoa com deficiência visual, pois demonstra que é ela quem realmente está respondendo.

5.1.2.3 Retrotradução

As retrotraduções foram realizadas de forma independente e sem contato prévio dos retrotradutores com a escala original. Destaca-se, ainda, que não demonstraram discrepâncias entre si e com a versão original. O formulário contendo todas as versões pode ser visualizado no Quadro 6.

Quadro 6. Versão original, tradução, retrotradução e versão síntese (T12) da FAS

Título Original	<i>FUNCTIONALITY APPRECIATION SCALE (FAS)</i>				
T1	ESCALA DE VALORIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE				
T2	ESCALA DA APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE CORPORAL				
T12	ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE (FAS)				
RT2	<i>FUNCTIONALITY APPRECIATION SCALE (FAS)</i>				
RT2	<i>FUNCTIONALITY ASSESSMENT SCALE (FAS)</i>				
RESPOSTAS					
Originais	<i>Strongly disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Neither agree nor disagree</i>	<i>Agree</i>	
			<i>Strongly Agree</i>		
T1	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	
			Concordo fortemente		
T2	Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	
			Concordo completamente		
T12	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo		
		Concordo	Concordo totalmente		
RT1	<i>Strongly disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>I do not agree nor disagree</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly agree</i>
			<i>agree</i>		
RT2	<i>Strongly disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Neither agree nor disagree</i>		
		<i>Agree</i>	<i>Strongly agree</i>		
ITENS					
1. Original	<i>I appreciate my body for what it is capable of doing.</i>				
T1	Eu aprecio meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.				
T2	Aprecio meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.				
T12	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.				
RT1	<i>I value my body for what it is capable of.</i>				
RT2	<i>I value my body for what it is capable of.</i>				
2. Original	<i>I am grateful for the health of my body, even if it isn't always as healthy as I would like it to be.</i>				
T1	Eu sou grato pela saúde do meu corpo, mesmo que este não esteja sempre tão saudável quanto eu gostaria que estivesse.				
T2	Sou grato pela saúde do meu corpo, mesmo que as vezes ele não seja tão saudável como eu gostaria que				

	fosse.
T12	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto gostaria
RT1	<i>I am grateful for the health of my body, even if it is not always as healthy as I would like.</i>
RT2	<i>I am grateful for the health of my body, even if it isn't always as healthy as I would like.</i>
3. Original	<i>I appreciate that my body allows me to communicate and interact with others.</i>
T1	Eu sou grato que meu corpo me permite comunicar e interagir com os outros.
T2	Aprecio o meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.
T12	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.
RT1	<i>I value my body because it allows me to communicate and interact with others.</i>
RT2	<i>I value my body because it allows me to communicate and interact with others.</i>
4. Original	<i>I acknowledge and appreciate when my body feels good and/or relaxed.</i>
T1	Eu reconheço e aprecio quando meu corpo se sente bem ou relaxado.
T2	Reconheço e aprecio quando meu corpo se sente bem e/ou relaxado.
T12	Eu reconheço e valorizo quando meu corpo se sente bem e/ou relaxado.
RT1	<i>I recognize and value when my body feels good and /or relaxed.</i>
RT2	<i>I recognize and value when my body feels good and / or relaxed.</i>
5. Original	<i>I am grateful that my body enables me to engage in activities that I enjoy or find important.</i>
T1	Eu sou grato que meu corpo me permite engajar em atividades que eu gosto ou acho importante.
T2	Sou grato por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.
T12	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.
RT1	<i>I am grateful that my body allows me to participate in activities that I enjoy or consider important.</i>
RT2	<i>I am grateful that my body allows me to participate in activities that I enjoy or consider important.</i>
6. Original	<i>I feel that my body does so much for me.</i>
T1	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.
T2	Sinto que meu corpo faz muito por mim.
T12	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.
RT1	<i>I feel that my body does a lot for me.</i>
RT2	<i>I feel that my body does a lot for me.</i>
7. Original	<i>I respect my body for the functions that it performs.</i>
T1	Eu respeito meu corpo pelas funções que este executa.
T2	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.
T12	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.
RT1	<i>I respect my body for the functions it performs.</i>
RT2	<i>I respect my body for the functions it performs.</i>
ORIENTAÇÕES	
Original	<i>Scoring: Scores on the seven FAS items are averaged, with higher scores reflecting higher level of</i>

<i>Functionality Appreciation.</i>	
T1	Pontuação: Os pontos nos sete itens do FAS são uma média, com pontuações mais altas demonstrando níveis mais altos de apreciação da funcionalidade.
T2	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas em média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.
T12	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.
RT1	<i>Scoring: The scores of the seven items on the scale are averaged, with higher scores reflecting higher levels of appreciation of body functionality</i>
RT2	<i>Scoring: Scores on the seven scale items are averaged, with higher scores reflecting higher levels of appreciation of the body functionality.</i>

Fonte: A autora (2020).

5.1.2.4 Comitê de peritos

Na versão final desta escala, foi mantida a versão sugerida: “ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE – FAS”. O item “Orientação ao participante” não foi avaliado na reunião de síntese, desta forma, chegamos a uma versão final no Comitê de peritos. Foi escolhida uma fusão de T1 e T2, que ficou: “POR FAVOR, INDIQUE ATÉ QUE PONTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DAS AFIRMAÇÕES A SEGUIR:”. Nos itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, na escala *likert* e na “Pontuação” foi mantida a versão síntese como versão final.

Item 2: Como sugestão da juíza de síntese, deveríamos inserir o “eu” antes de “gostaria”, pois levantou que poderia se referir tanto a “eu gostaria”, como a “ele gostaria”, dando uma ideia de ambiguidade. A versão final ficou “EU SOU GRATO(A) PELA SAÚDE DO MEU CORPO, MESMO QUE NEM SEMPRE SEJA TÃO SAUDÁVEL QUANTO EU GOSTARIA”. Vale destacar que a maioria dos itens obteve equivalência 1 (extremamente adequado). A dúvida com relação à avaliação das pontuações desta escala foi sanada mediante avaliação de seu artigo de criação pela orientadora e mestrande, ou seja, quanto maior o escore, maior a apreciação da funcionalidade corporal. O Quadro 7 apresenta as equivalências da FAS.

Quadro 7. Equivalências da FAS

Itens	Equivalência	Perito 1 Metodologista	Perito 2 Especialista em Imagem Corporal	Perito 3 Especialista da Educação Especial	Perito 4 Psicólogo	Perito 5 Linguista	Perito 6 Membro da população-alvo
Título	Semântica	1	1	1	1	0	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	1	1	0	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Orient	Semântica	1	1	1	1	0	1

ações	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	0
Opções de resposta	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1
Item 1	Conceitual	1	0	1	1	1	1
	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	0	1	1	1	0
Item 2	Operacional	1	1	1	0	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
	Semântica	1	1	1	1	0	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
Item 3	Cultural	1	0	1	1	1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
	Semântica	1	1	1	1	1	1
Item 4	Idiomática	1	1	0	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
Item 5	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	0	0	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1
Item 6	Conceitual	1	1	1	1	1	1
	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	0	1	1	1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1
Item 7	Operacional	1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
	Semântica	1	1	1	1	1	1
	Idiomática	1	1	1	1	1	1
Item 7	Cultural	1	0	0	1	0	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1
	Semântica	1	1	1	1	1	1

Fonte: A autora (2020).

Feitos os ajustes, todos os itens foram pontuados com equivalência 1 (extremamente adequado). Uma sugestão da orientadora foi que fizéssemos uma adaptação na aplicação das escalas, seguindo o modelo da *SAS-EB* em forma de áudio. Esta é uma equivalência operacional, como orientam Swami e Barron (2018).

Quadro 8. Versão original, versão síntese e versão pré-final após comitê de peritos da FAS

Item	Versão Original	Síntese das traduções	Versão pré-final após comitê de peritos que foi utilizada no primeiro pré-teste
Título	FUNCTIONALITY APPRECIATION SCALE (FAS)	ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE (FAS)	ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE (FAS)
Orientações	<i>Please indicate the extent to which you agree with each of the following statements:</i>	Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:	Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:
Respostas	<i>Strongly disagree - Disagree - Neither agree nor disagree – Agree - Strongly Agree</i>	Discordo totalmente - Discordo Não concordo nem discordo - Concordo - Concordo totalmente	Discordo totalmente - Discordo Não concordo nem discordo - Concordo - Concordo totalmente
1	<i>I appreciate my body for what it is capable of doing</i>	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.
2	<i>I am grateful for the health of my body, even if it isn't always as healthy as I would like it to be</i>	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto gostaria.	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria.
3	<i>I appreciate that my body allows me to communicate and interact with others.</i>	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.
4	<i>I acknowledge and appreciate when my body feels good and/or relaxed.</i>	Eu reconheço e valorizo quando meu corpo se sente bem e/ou relaxado.	Eu reconheço e valorizo quando meu corpo se sente bem e/ou relaxado.
5	<i>I am grateful that my body enables me to engage in activities that I enjoy or find important.</i>	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.
6	<i>I feel that my body does so much for me.</i>	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.
7	<i>I respect my body for the functions that it performs.</i>	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.
Pontuações	<i>Scoring: Scores on the seven FAS items are averaged, with higher scores reflecting higher level of Functionality Appreciation.</i>	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.

Fonte: A autora (2020)

5.1.3 SAS-EB

5.1.3.1 Comitê de Peritos

Dos 23 formulários enviados aos peritos, 10 retornaram com suas considerações. O Quadro 9 detalha a avaliação de cada um dos 10 peritos para cada aspecto avaliado da escala.

Quadro 9. Principais considerações dos peritos – SAS-EB

Título	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA PRECOCE
Versão sugerida	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES ESCOLARES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)
Perito 1	Se o adolescente não frequentar escola, não poderá ser avaliado? Por que validar apenas para escolares, e não adolescentes em geral? Isso não ficou claro para mim. SUGESTÃO: ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)
Perito 2	Na minha opinião, manter similaridade com o título e sigla original ajudará o instrumento ser encontrado por pesquisadores interessados nessa área futuramente, bem como na sua disseminação. Essa é a versão II da SAS-EB, sendo que a primeira tem como público-alvo adultos e a segunda, adolescentes. De qualquer maneira, prefiro a utilização de adolescentes apenas, ou seja, sem “escolares”. Mantive “com deficiência visual” ao invés de “cegueira congênita precoce”, entendendo a diferença entre o público. Não ficou claro o motivo de você ter escolhido o VI na sigla SAS-VI. SUGESTÃO: ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-EB II)
Perito 3	Apesar de a proposta estar adequada, sugiro não manter escolares no título. Assim, sua escala poderá ser usada em outros contextos, que não apenas a escola.
Perito 5	Será que adolescentes com deficiência visual vão entender “autoaceitação”?
Perito 7	A forma sugerida se mostra mais adequada à população alvo.
Perito 10	Título compatível com o objetivo proposto na pesquisa.
Opções de resposta	Nunca; Raramente; Às vezes; Frequentemente e Sempre.
Versão sugerida	Nunca; Raramente; Às vezes; Frequentemente e Sempre
Todos os especialistas	Extremamente adequado
ITENS	
1. Original	Você gosta de seu corpo como ele é?

Versão sugerida	Você gosta de seu corpo como ele é?
Perito 5	SUGESTÃO: Você gosta de seu corpo?
2. Original	ocê gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?
Versão sugerida	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?
Perito 5	SUGESTÃO: Você gosta de sua aparência? Por exemplo: Seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir...
3. Original	Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?
Versão sugerida	Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?
Perito 3	Tenho dúvidas se o item seria claro para população de adolescentes.... o que vocês pretendem dizer com “o que é melhor para você?” digo em termos de decisões de vida? Em termos de decisões relacionadas a cegueira??
Perito 5	SUGESTÃO: Você acha que é capaz de decidir o que é melhor para você?
Perito 6	Tenho dúvidas se o item seria claro para população de adolescentes.... o que vocês pretendem dizer com “o que é melhor para você?” digo em termos de decisões de vida? Em termos de decisões relacionadas à cegueira? ...
4. Original	4. Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?
Versão sugerida	4. Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?
Perito 5	SUGESTÃO: Você se sente positivo em relação a sua vida?
Perito 7	Sugiro retirar o termo “muito” do enunciado
Perito 10	Não considero adequado “muito positivo” - extremo da visão e sentimento sobre si mesmo. O “muito” que me dá uma visão de extremo.
5. Original	Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?
Versão sugerida	Possuir deficiência visual lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?
Perito 1	A construção da frase é muito formal. Dependendo da idade, já que a adolescência vai dos 10 aos 19 anos, alguns participantes podem ter dificuldade de entendimento. Outra questão que me chama a atenção, é o fato de que a maior parte dos itens se inicia com “você”, mas alguns não. Acredito que a padronização seja importante em um instrumento. SUGESTÃO: Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?
Perito 3	Não entendi o porquê da alteração. Penso que o termo “ser cego” seria bem entendido pela população adolescente. O uso do termo “possuir deficiência” soa estranho, apesar de não estar incorreto.
Perito 4	Ninguém possui uma deficiência, mas sim, tem.

	SUGESTÃO: Ter deficiência visual dificulta o relacionamento com outras pessoas?
Perito 5	SUGESTÕES: Você sente dificuldade em se relacionar com outras pessoas devido a sua deficiência visual? Ser deficiente visual dificulta a sua relação com outras pessoas? A deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?
Perito 7	Retirar o termo “possuir”. SUGESTÃO: “Ser deficiente visual ...”
6. Original	Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?
Versão sugerida	Sua deficiência visual lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?
Perito 1	SUGESTÃO: Você acha que a deficiência visual atrapalha que você faça as coisas que gosta?
Perito 3	Aqui o termo não soou estranho por não estar acompanhado do verbo “possuir”.
Perito 4	Se no enunciado já está claro dizendo que a deficiência visual é sua, não precisa colocar você, e, além disso, penso que fica melhor para fazer coisas que gosta, e não a fazer..., embora seja correto também. SUGESTÃO: Sua deficiência visual lhe atrapalha para fazer coisas que gosta?
Perito 5	SUGESTÕES: Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta? A deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?
Perito 9	“Sua deficiência” sugere uma forma pejorativa. Sugiro “TER”
7. Original	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?
Versão sugerida	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?
Perito 2	Segundo novo acordo ortográfico, deve-se utilizar “dia a dia” sem hífen. “Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?”
Perito 6	As dificuldades com relação à cegueira ou com relação a vida como um todo?
Perito 7	Segundo novo acordo ortográfico, deve-se utilizar “dia a dia” sem hífen. SUGESTÃO: Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?
8. Original	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?
Versão sugerida	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de adolescente com deficiência visual?

Perito 1	SUGESTÃO: Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito da sua deficiência visual?
Perito 4	Não há necessidade de dizer que é adolescente e nem condição, pois ele não está em condição de deficiência visual ele tem deficiência visual. E o adolescente foi retirado porque o foco é a deficiência visual. SUGESTÃO: Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?
Perito 5	SUGESTÃO: Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade relacionadas à sua deficiência visual?
Perito 7	O que seria compreendido como atitudes negativas. Penso que caberia um exemplo, semelhante ao enunciado da questão 3.
Perito 9	“De” sua condição “De” adolescentes. Sugiro “Da” sua condição” de adolescente. Confesso ter dúvidas, mas ficou de, de.....
9. Original	Você gosta do jeito que você é?
Versão sugerida	Você gosta do jeito que você é?
Perito 1	O que esse item acessa exatamente? O participante pode pensar em aspectos físicos, psicológicos, sociais.... Uma vez que o item faz parte do fator “Aceitação corporal”, sugiro que isso seja especificado.
Perito 5	SUGESTÃO: Você gosta do seu jeito?
10. Original	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?
Versão sugerida	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?
Perito 1	SUGESTÃO: Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?
Perito 5	Meninos cuidariam da pele? Será que não poderíamos incluir um item que contemple o cuidado da aparência relacionado aos meninos? Pois eles podem responder sempre que não, por realmente não serem citados hábitos deles.
Perito 8	Trocar vestuário por suas roupas.
Perito 9	Vestuário talvez não seja compreendido pela população alvo.
11. Original	11. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?
Versão sugerida	11. Possuir deficiência visual lhe dificulta namorar?
Perito 1	SUGESTÃO: Você acha que a deficiência visual dificulta sua vida amorosa?
Perito 3	Não entendi o porquê da alteração. Penso que o termo “ser cego” seria bem entendido pela população adolescente. O uso do termo “possuir deficiência” soa estranho, apesar de não estar incorreto.

Perito 4	Ninguém possui uma deficiência, mas sim, tem.
	SUGESTÃO: Ter deficiência visual dificulta ter um relacionamento amoroso?
Perito 5	SUGESTÕES: Sua deficiência visual te dificulta ter um namorado (a)? Você sente dificuldades em namorar devido a sua deficiência visual? Você acha que a sua deficiência visual dificulta ter um namorado (a)?
Perito 7	Sugiro retirar o termo “possuir”. Colocar “ser deficiente visual...”
Perito 10	Relacionamento amoroso se resume apenas em “namorar”? Qual o limite (idade a idade) que vai considerar como adolescente? Alguns já vão morar juntos cedo.
12. Original	Você reconhece suas qualidades?
Versão sugerida	Você reconhece suas qualidades?
Perito 1	O que esse item acessa exatamente? O participante pode pensar em qualidades físicas, psicológicas, sociais.... Uma vez que o item faz parte do fator “Aceitação corporal”, sugiro que isso seja especificado.
Perito 9	Durante a gravação a cada item perguntado estará gravado as opções de respostas, certo? Pois penso que neste momento responderia sim ou não.
13. Original	Você se considera fisicamente atraente?
Versão sugerida	Você se considera fisicamente atraente?
Perito 5	Você se considera atraente?
Perito 9	A palavra atraente é de fácil entendimento para a população alvo?
14. Original	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?
Versão sugerida	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?
Perito 5	SUGESTÃO: Você se incomoda com opiniões preconceituosas sobre sua deficiência visual?
Perito 9	Sugiro sempre usar ter e ser, pois antes da deficiência vem sempre a pessoa. Penso que possa alterar.
15. Original	Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?
Versão sugerida	Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual, você se sente inferior às outras pessoas?
Perito 1	SUGESTÃO: Você se sente inferior às outras pessoas quando observa algum tipo de

	preconceito social em relação a sua deficiência visual?
Perito 4	Acredito que é uma pergunta condicional. Ou seja: o indivíduo só terá condições de responder caso ele observe algum tipo de preconceito social. Caso a pessoa não observe isso, talvez tenha dificuldade para responder.
Perito 5	SUGESTÃO: Você se sente inferior a outras pessoas quando percebe algum tipo de preconceito com sua (sobre sua) deficiência visual?
Perito 6	Acredito que é uma pergunta condicional. Ou seja: o indivíduo só terá condições de responder caso ele observe algum tipo de preconceito social. Caso a pessoa não observe isso, talvez tenha dificuldade para responder.
Perito 10	Sugiro sempre usar ter e ser, pois antes da deficiência vem sempre a pessoa. Penso que possa alterar.
16. Original	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?
Versão sugerida	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, escola, lar?
Perito 1	SUGESTÃO: Você acha que suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, em casa?
Perito 10	O ‘muito’, considero extremo. Só “respeitadas” não é o suficiente?
17 Original	Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?
Versão sugerida	Sua deficiência visual lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?
Perito 1	SUGESTÃO: Você acha que a deficiência visual atrapalha que você faça as coisas que precisa fazer?
Perito 4	SUGESTÃO: Sua deficiência visual lhe atrapalha para fazer coisas que necessita fazer? Se no enunciado já está claro dizendo que a deficiência visual é sua, não precisa colocar você, e além disso penso que fica melhor para fazer coisas que gosta, e não a fazer..., embora seja correto também.
Perito 5	SUGESTÃO: A sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você necessita? A deficiência visual te atrapalha a fazer suas coisas?
Perito 9	Sugiro sempre usar ter e ser, pois antes da deficiência vem sempre a pessoa. Penso que possa alterar.
18. Original	Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?
Versão sugerida	Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua deficiência visual?
Perito 5	Você se sente incomodado com perguntas sobre a sua deficiência visual?

Perito 9 Novamente “sua deficiência”. Insisto neste ponto pois já ouvi na comunidade com cegueira/com deficiência visual “Eu não sou a deficiência”, antes da deficiência eu sou uma pessoa e isso me marcou bastante.

Fonte: A autora (2020).

A seguir, apresenta-se o Quadro 10 com as equivalências avaliadas por cada perito.

Quadro 10. Equivalências da SAS-EB

Itens	Equivalência	Perito 1	Perito 2	Perito 3	Perito 4	Perito 5	Perito 6	Perito 7	Perito 8	Perito 9	Perito 10
Título	Semântica	1	-1	1	1	0	1	0	0	0	1
	Cultural	1	-1	1	1	0	1	0	0	0	1
	Conceitual	0	-1	1	0	0	1	0	0	0	1
	Operacional	1	-1	1	1	1	1	0	0	0	1
Opções de resposta	Semântica	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Item 1	Semântica	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	Cultural	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	Operacional	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
Item 2	Semântica	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	Cultural	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Operacional	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
Item 3	Semântica	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
	Cultural	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
	Conceitual	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Item 4	Semântica	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	-1
	Cultural	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	-1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	-1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	-1
Item 5	Semântica	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	1
	Cultural	0	1	1	1	1	1	-1	1	0	1
	Conceitual	1	1	1	0	1	1	-1	0	0	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	1
Item 6	Semântica	1	1	1	-1	1	1	0	0	0	1
	Cultural	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	0	0	-1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
Item 7	Semântica	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1

	Operacional	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
Item 8	Semântica	1	1	1	1	1	1	-1	0	-1	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	1
	Conceitual	-1	1	1	1	1	1	-1	0	0	1
	Operacional	1	1	1	-1	1	1	-1	0	0	1
Item 9	Semântica	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Cultural	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Conceitual	-1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Item 10	Semântica	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
	Cultural	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	0	0	-1	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Item 11	Semântica	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	-1
	Cultural	0	1	0	1	1	1	-1	1	0	-1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	0	0	0	-1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	0	0	0	-1
Item 12	Semântica	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Cultural	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Conceitual	-1	1	1	-1	1	1	0	0	0	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Item 13	Semântica	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Cultural	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Item 14	Semântica	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Cultural	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	0	-1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
Item 15	Semântica				1	1	1	1	0	0	-1
	Cultural	1	1	1	1	0	1	1	1	0	-1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	0	-1	-1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	0	0	-1
Item 16	Semântica	1									
	Cultural	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Item 17	Semântica	1	1	1	-1	1	1	1	1	0	1
	Cultural	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	Conceitual	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1
	Operacional	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Fonte: A autora (2020).

Como é possível observar no quadro 10, o título recebeu pontuação -1 pelo perito 2 em todas as equivalências, sua sugestão foi de que se retirasse do texto a palavra “ESCOLARES”, pois isso restringiria a adaptação desta escala para contextos estritamente

educacionais. Nesse mesmo sentido, os peritos 1 e 3 também destacaram essa questão. Dada essa relevante sugestão, o título foi reformulado. Ainda no que se refere ao título, foi sugerido que se mantivesse seu nome original, porém com uma identificação que especificasse a população-alvo, dessa forma, a versão sugerida foi SAS-VI, na qual VI (*visual impairment*) identificasse a população com deficiência visual.

O item 4 foi avaliado como inadequado pelos peritos 7 e 10 em todas as equivalências, os quais sugeriram que fosse retirada a palavra “MUITO” da sentença, contudo esta palavra foi mantida por questões metodológicas, ou seja, para garantir maiores condições de discriminar grupos.

O item 5 foi pontuado pelo perito 7 como inadequado, que sugeriu que trocássemos a palavra “POSSUIR” por “TER”, destacando que o indivíduo não “POSSUI UMA DEFICIÊNCIA”, mas sim “TEM UMA DEFICIÊNCIA”. Neste mesmo item, o perito 1 reportou que a construção da frase sugerida estava muito formal, pois, dependendo da idade (considerando que a adolescência compreende dos 10 aos 19 anos), alguns participantes poderiam ter dificuldade de entendimento. Este mesmo perito sugeriu também a padronização do uso do “VOCÊ” no início de alguns itens, destacando que padronização é importante para um instrumento. Dessa forma, a estrutura do item foi mudada, tendo como base essas contribuições, buscando uma construção semântica de bom entendimento para a população-alvo.

O item 6 foi considerado pelo perito 4 com equivalência semântica -1 e pelo perito 9 com equivalência conceitual -1. Entretanto essas sugestões se davam no âmbito da estrutura da sentença, não sendo necessário seguir suas sugestões.

O item 8 obteve -1 pelo perito 1 na equivalência conceitual, -1 pelo perito 7 em todas as equivalências e -1 na equivalência semântica pelo perito 9. De acordo com as sugestões, a palavra “ADOLESCENTE” foi retirada para a adequação deste item.

O item 9 foi avaliado como inadequado pelo perito 1 na equivalência conceitual, entretanto sua sugestão (especificar o que esse item objetivava acessar) não pôde ser atendida, pois perderia o objetivo do item.

O item 10 foi avaliado com -1 pelo perito 9 na equivalência conceitual, e por isso a palavra “VESTUÁRIO” foi trocada por “ROUPA”.

No item 11, o perito 7 avaliou as equivalências semântica e conceitual -1 e o perito 10 avaliou todas as equivalências como -1. As sugestões foram sobre o uso dos termos “NAMORAR” e “RELACIONAMENTO AMOROSO”, pois poderia ser de difícil entendimento para toda a faixa etária. Baseando-se nessas sugestões, optou-se então, pelo uso de “VIDA AMOROSA”, sendo, possivelmente, uma questão a ser sanada no pré-teste.

O item 12 recebeu avaliação inadequada na equivalência conceitual pelos peritos 1 e 4, entretanto suas sugestões (sobre o que esse item objetivava avaliar e que os adolescentes poderiam se confundir para responder), não alteravam a estrutura do item. O item 14 recebeu -1 na equivalência conceitual pelo perito 9 (sua sugestão foi com relação a usar a palavra “SER” ou “TER”). Entretanto, sua estrutura não precisou ser alterada.

O item 15 recebeu -1 na equivalência conceitual pelo perito 9 e -1 em todas as equivalências pelo perito 10. Foi sugerida uma estrutura que simplificasse o entendimento. Dessa forma, foram feitas modificações para atender às sugestões e o item ficou: “VOCÊ SE INCOMODA COM OPINIÕES PRECONCEITUOSAS A RESPEITO DE SUA DEFICIÊNCIA VISUAL?”. O item 17 recebeu -1 na equivalência semântica pelo perito 4 e -1 na equivalência conceitual pelo perito 9. Entretanto, suas considerações não mudaram a estrutura do item. Da mesma forma, o item 18 recebeu -1 na equivalência conceitual pelo perito 9. Entretanto, essa consideração não alterou a estrutura da frase.

Mediante o recebimento dos formulários, novamente a orientadora e a mestrandas se reuniram para a apreciação de cada consideração dos peritos, sendo possível chegar a uma versão pré-final para ser aplicada no pré-teste.

Com os ajustes, foi possível chegar a uma versão pré-final da SAS-VI (Apêndice 6) para ser aplicada no pré-teste. Esta escala seguirá o modelo de aplicação da SAS-EB, ou seja, em forma de áudio. Apresenta-se a seguir o Quadro 11 contendo a versão original, a versão sugerida e a versão pré-final, após comitê de peritos da SAS-VI.

Quadro 11. Versão original, versão sugerida e versão pré-final da SAS-VI após comitê de peritos:

Item	Versão Original	Versão Sugerida	Versão pré-final após comitê de peritos que foi utilizada no primeiro pré-teste
Título	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA PRECOCE	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES ESCOLARES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)
Resposta	Nunca – Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre.	Nunca – Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre	Nunca – Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre
1	Você gosta de seu corpo como ele é?	Você gosta de seu corpo como ele é?	Você gosta de seu corpo como ele é?
2	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?
3	Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?	Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?	Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?
4	Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?	Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?	Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?
5	Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?	Possuir deficiência visual lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?	Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?
6	Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	Sua deficiência visual lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?
7	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?
8	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de adolescente com deficiência visual?	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?
9	Você gosta do jeito que você é?	Você gosta do jeito que você é?	Você gosta do jeito que você é?
10	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?

11	Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?	Possuir deficiência visual lhe dificulta namorar?	Você acha que a deficiência visual dificulta sua vida amorosa?
12	Você reconhece suas qualidades?	Você reconhece suas qualidades?	Você reconhece suas qualidades?
13	Você se considera fisicamente atraente?	Você se considera fisicamente atraente?	Você se considera fisicamente atraente?
14	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?
15	Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?	Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual, você se sente inferior às outras pessoas?	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?
16	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, escola, lar?	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, em casa?
17	Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?	Sua deficiência visual lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você precisa fazer?
18	Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?	Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua deficiência visual?	Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua deficiência visual?
Instruções ao Pesquisador	<p>Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com cegueira congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;</p> <p>b) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com a autora da EAC (FFRM).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13,</p>	<p>Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adolescentes com deficiência visual e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;</p> <p>b) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com Augusta Quintanilha (augustapsic@gmail.com).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13,</p>	<p>Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adolescentes com deficiência visual e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;</p> <p>b) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com Augusta Quintanilha (augustapsic@gmail.com).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes =</p>

= 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.

16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.

3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.

Instruções ao participante	Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:	Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:	Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: A autora (2020).

5.2 Segunda Etapa: Pré-Teste

5.2.1 Características gerais da amostra

Inicialmente serão apresentados os resultados sociodemográficos gerais da amostra total dos três pré-testes totalizando 25 participantes, e, posteriormente, serão apresentados os resultados de cada instrumento separadamente SPAS, FAS e SAS-VI, respectivamente.

Tabela 1. Características gerais da amostra total

Variável	N	%
Faixa etária		
11 anos	1	4
14 anos	1	4
15 anos	4	16

16 anos	1	4
17 anos	4	16
18 anos	8	32
19 anos	6	24
Estado		
Rio de Janeiro	5	20
Paraná	8	32
São Paulo	5	20
Santa Catarina	3	12
Paraíba	1	4
Minas Gerais	1	4
Ceará	1	4
Goiás	1	4
Sexo		
Feminino	11	44
Masculino	14	56
Tipo de Deficiência Visual		
Cegueira congênita	13	52
Cegueira adquirida	4	16
Baixa visão	8	32
Causa da Deficiência Visual		
Tumor	2	8
Retinopatia da prematuridade	4	16
Descolamento de retina	2	8
Atrofia do nervo ótico	1	4
Glaucoma	6	24
Nascença/Genética	4	16
Toxoplasmose congênita	1	4
Hidrocefalia	1	4
Rubéola	1	4
Síndrome de Crouzon	1	4
Não sabe	2	8
Lê em Braille		
Sim	15	60
Não	8	32
Está aprendendo	2	8

Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	4	16
Ensino médio incompleto	14	56
Ensino médio completo	6	24
Faculdade	1	4
Tipo de escola		
Regular (como aluno de inclusão)	13	52
Especial	4	16
Regular e Especial	8	32
Acesso à internet		
Sim	22	88
Não	-	-
Às vezes	3	12
Uso de leitor de tela		
Sim	23	92
Não	2	8
Prática de atividade física		
Sim	17	68
Não	8	32
Renda		
Menos de 1 salário mínimo	1	4
1 a 2 salários mínimos	16	64
2 a 3 salários mínimos	1	4
3 a 4 salários mínimos	2	8
Mais de 4 salários mínimos	4	16
Não informou	1	4

Fonte: A Autora (2021).

Foram necessários três pré-testes para que os pontos de saturação das três escalas fossem alcançados. Em todos os pré-testes, foram coletadas informações por meio do TCLE, do TALE, do questionário sociodemográfico e dos formulários *on-line* que continham as escalas, a análise protocolar e as perguntas para o esclarecimento de pontos específicos sobre a população da pesquisa. O tempo médio de duração dos pré-testes foi de 45 minutos, porém o TCLE e o TALE eram disponibilizados antes do horário marcado para a entrevista.

Os resultados sociodemográficos de cada um dos pré-testes realizados serão apresentados a seguir.

5.2.2 Resultado Sociodemográfico: Primeiro, segundo e terceiro pré-teste

O primeiro pré-teste foi realizado com sete participantes, sendo três adolescentes do sexo feminino (42%). A idade média da amostra foi de 17 anos (DP = 3,07). Três adolescentes (42%) eram do CEDEVIR (11, 17 e 19 anos), dois adolescentes (29%) eram do IPC (uma de 19 anos e um de 19 anos) e dois adolescentes (29%) eram do IBC (um de 14 anos e outro de 19 anos). Dentre os participantes desse pré-teste três residem em Resende (RJ), dois em Curitiba (PR) e outros dois no Rio de Janeiro (RJ).

O segundo pré-teste foi realizado com oito participantes, sendo três adolescentes do sexo feminino (37,5%). A idade média da amostra foi de 16 anos (DP = 1,31). Seis adolescentes (75%) eram do IPC (dois adolescentes de 15 anos, um de 17 anos, dois de 17 anos e um de 15 anos) e dois adolescentes (25%) foram contatados através de redes sociais (25%) (um de 18 e outro de 19 anos). Dentre os participantes do segundo pré-teste, seis (75%) residem em Curitiba (PR), um (12,5%) em João Pessoa (PB) e um (12,5%) em São Paulo (SP).

O terceiro pré-teste foi realizado com dez participantes, sendo cinco adolescentes do sexo feminino (50%). A idade média da amostra foi de 17,6 anos (DP = 1,24). Nesse pré-teste todos os adolescentes (100%) foram indicados pelo método “bola de neve” (um adolescente de 15 anos, um de 16 anos, sete de 18 anos e um de 19 anos). Dentre os participantes, quatro (40%) residem em São Paulo (SP), três (30%) em Florianópolis (SC), um (10%) em Montes Claros (MG), um (10%) em Goiânia (GO) e um (10%) em Fortaleza (CE).

Tabela 2. Dados descritivos dos três pré-testes

Variável	1º Pré-teste		2º Pré-teste		3º Pré-teste				
	N	%	N	%	N	%			
Faixa etária (anos)	11	1	14,3	15	3	37,5	15	1	10
	14	1	14,3	17	3	37,5	16	1	10
	17	1	14,3	18	1	12,5	18	7	70
	19	4	57,1	19	1	12,5	19	1	10
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%	
	F	3	42,8	F	3	37,5	F	5	50
	M	4	57,2	M	5	62,5	M	5	50
Tipo de Deficiência Visual	N	%	N	%	N	%	N	%	
	CC	4	57,1	CC	5	62,5	CC	4	40
	CA	1	14,3	CA	1	12,5	CA	2	20
	BV	2	28,6	BV	2	25	BV	4	40
Causa da deficiência visual	N	%	N	%	N	%	N	%	
	Tumor	2	28,6	NÇ	1	12,5	GT	2	20

	RP	2	28,6	RP	2	25	GL	3	30
	DR	1	14,3	GT	1	12,5	RB	1	10
	ANO	1	14,3	GL	3	37,5	DR	1	10
	NS	1	14,3	TC	1	12,5	H	1	10
							SC	1	10
							NS	1	10
Lê em Braille		N	%	N	%	N	%	N	%
	Sim	5	71,4	Sim	4	50	Sim	6	60
	Não	1	14,3	Não	4	50	Não	3	30
	EA	1	14,3				EA	1	10
Escolaridade		N	%	N	%	N	%	N	%
	EFI	3	42,8	EFI	1	12,5	EMI	6	60
	EMI	3	42,8	EMI	5	62,5	EMC	3	30
	EMC	1	14,4	EMC	2	25	Faculdade	1	10
Tipo de escola		N	%	N	%	N	%	N	%
	Regular*	2	28,6	Regular*	1	12,5			
	Especial	3	42,8	Especial	1	12,5	Regular*	10	100
	R e E	2	28,6	R e E	6	75			
Acesso à internet		N	%	N	%	N	%	N	%
	Sim	5	71,4	Sim	7	87,5	Sim	10	100
	AV	2	28,6	AV	1	12,5	AV	-	-
Uso de leitor de tela		N	%	N	%	N	%	N	%
	Sim	6	85,7	Sim	8	100	Sim	9	90
	Não	1	14,3	Não	-	-	Não	1	10
Prática de atividade física		N	%	N	%	N	%	N	%
	Sim	4	57,1	Sim	4	50	Sim	9	90
	Não	3	42,9	Não	4	50	Não	1	10
Renda		N	%	N	%	N	%	N	%
	Menos de 1 salário mínimo	1	14,3	1 a 2 salários mínimos	5	62,5	1 a 2 salários mínimos	6	60
	1 a 2 salários mínimos	5	71,4	3 a 4 salários mínimos	1	12,5	3 a 4 salários mínimos	1	10

2 a 3 salários mínimos	1	14,3	Mais de 4 salários mínimos	2	25	Mais de 4 salários mínimos	2	20
						Não informou	1	10

Fonte: A autora (2021).

Legenda: M/F – Masculino ou Feminino/ F – Feminino/ M – Masculino /N – Número/ CC – Cegueira congênita/ CA – Cegueira adquirida/ BV – Baixa visão/ RP – Retinopatia da prematuridade/ DR – Descolamento de retina/ ANO – Atrofia do nervo ótico/ NS – Não sabe/ NÇ – Nascimento/ GT – Genética/ GL – Glaucoma/ TC – Toxoplasmose congênita/ RB – Rubéola/ DR – Descolamento de retina/ SC - Síndrome de Crouzon/ EA – Está aprendendo/ EFI – Ensino fundamental incompleto/ EMI – Ensino médio incompleto/ EMC – Ensino médio completo/ *Regular como aluno de exclusão/ R e E – Regular e Especial /AV – Às vezes/ AF – Atividade física.

A seguir, os resultados de cada pré-teste serão apresentados separadamente, de acordo com cada um dos instrumentos, para melhor organização dos resultados. Vale destacar que os três instrumentos foram avaliados na mesma entrevista por cada participante.

5.2.3 SPAS: primeiro pré-teste

Em relação à dificuldade de responder SPAS, três (42%) respondentes relataram um pouco de dificuldade para responder a escala. Ao serem questionados o porquê de acharem difícil, dois responderam que é por serem assuntos novos para eles e um não soube responder. Quatro (58%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o processo cansativo, nenhum adolescente relatou ser cansativo responder a essa escala. Os participantes demoraram de 6 a 10 minutos para responder.

Tabela 3. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no primeiro pré-teste (SPAS)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	4 (58%)	7 (100%)
Um pouco	3 (42%)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

Com relação aos itens da SPAS, algumas observações dos participantes foram relevantes durante a análise protocolar e o interrogatório. No item 1 (“EU ESTOU CONFORTÁVEL COM MINHA APARÊNCIA FÍSICA”) um dos adolescentes relatou achar difícil esse item. Ao ser solicitado que explicasse o que entendeu do item, disse que não é o entendimento, mas o fato de não se sentir confortável com a própria aparência.

No item 5 (“QUANDO AVALIO MINHA APARÊNCIA, ME SINTO MUITO BEM COM MEU CORPO”), uma das participantes disse que não costuma avaliar sua aparência e

que não se preocupa muito com isso. Ao ser questionada sobre o que entendeu do item respondeu que quando precisa avaliar sua aparência pergunta para as pessoas e imagina como vai ficar.

Já no item 8 (“EU ESTOU TRANQUILO(A) EM RELAÇÃO AO QUE OS OUTROS ACHAM DE MEU CORPO”) uma das participantes demorou para dar a resposta. Ao ser questionada o que esse item queria dizer, relatou: “Esse item quer dizer se eu me sinto tranquila sobre o que os outros me dizem sobre o meu corpo”. Da mesma forma ocorreu com o item 10 (“QUANDO SE TRATA DE MOSTRAR MEU CORPO PARA OS OUTROS, SOU TÍMIDO(A)”). Devido à demora para responder, foi solicitado ao entrevistado que explicasse o que esse item desejava investigar. Explicou: “Algumas vezes me sinto desconfortável por mostrar o corpo, por poder gerar pensamentos pecaminosos quando alguém me ver sem camisa”. Dessa forma, ambos os itens foram mantidos, pois a demora em responder não estava relacionada ao entendimento do item.

Com relação às opções de resposta, uma adolescente ficou confusa. Porém, ela fez uma comparação com uma escala que respondeu anteriormente e entendeu. Dessa forma, não houve necessidade de ajustes nas orientações, nos itens e nas opções de resposta dessa escala do primeiro para o segundo pré-teste.

Dessa forma, os itens, as opções de resposta e orientações da escala não sofreram alterações do primeiro para o segundo pré-teste, pois não foram identificadas dúvidas em seu entendimento.

5.2.4 SPAS: Segundo pré-teste

Em relação à dificuldade de responder SPAS, três respondentes (37,5%) relataram um pouco de dificuldade para responder a escala. Dois adolescentes acharam um pouco difícil, pois não era um assunto com o qual estavam acostumados a lidar. Outro participante teve dificuldade de diferenciar corpo de rosto. Cinco (62,5%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o processo cansativo, nenhum adolescente relatou ser cansativo responder a essa escala. Os participantes demoraram de 5 a 10 minutos para responder.

Tabela 4. Inquérito sobre dificuldade de cansaço no segundo pré-teste (SPAS)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	5 (62,5%)	8 (100%)
Um pouco	3 (37,5%)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

No item 3 (“EU GOSTARIA DE ME PREOCUPAR MENOS COM MEU CORPO”), um dos participantes pediu para repetir. Dessa forma, no interrogatório foi questionado o que esse item queria saber e respondeu: “Esse item quer saber se eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo”. Nesse mesmo item, outro participante também pediu para repetir e no interrogatório explicou: “Esse item quer saber se eu queria me preocupar menos com meu corpo, mas é parecido comigo por conta da aparência do meu olho”.

No item 5 (“QUANDO AVALIO MINHA APARÊNCIA, ME SINTO MUITO BEM COM MEU CORPO”), foi solicitado a um participante com baixa visão que explicasse o que esse item queria dizer. Ele respondeu “Esse item quer dizer que quando a pessoa olha no espelho, pensa: é, não sou tão feio quanto eu penso”. Demonstrando, assim, uma compreensão adequada do item.

No Item 6 (“EM CERTOS GRUPOS SOCIAIS, MINHAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS POUCO ATRAENTES ME DEIXAM NERVOSO (A)”), foi notada uma demora para responder por duas participantes. Ao serem questionadas sobre o que esse item queria dizer, as respostas foram as seguintes: “Esse item quer saber se me sinto segura com meu corpo no meio social” e “Esse item quer dizer, por exemplo: se estou na escola e tenho medo de me julgarem”. Ainda sobre esse item, um dos participantes destacou a questão do formato do olho. Disse que já existe a pressão social por conta da deficiência visual e o glaucoma intensifica o preconceito por causa da deformação dos olhos. “Não é algo que me deixa preocupado, mas sei que a pessoa tem preconceito”. Desse modo, foi considerado que não houve dificuldade de entendimento do item por ambos os participantes.

No Item 8 (“EU ESTOU TRANQUILO(A) EM RELAÇÃO AO QUE OS OUTROS ACHAM DE MEU CORPO”), dois participantes foram questionados sobre o que esse item queria saber. Responderam: “Esse item quer saber, por exemplo, quando vou numa piscina e uso calção de banho ou estou sem camisa, eu não fico nervoso ou nada do tipo” e “Esse item quer saber minha opinião sobre a opinião dos outros sobre meu corpo”. Ambas respostas foram ao encontro da proposta do item, não sendo necessária sua alteração.

Vale destacar que um dos participantes desse pré-teste possui glaucoma, o que lhe causa desconforto relacionado ao formato do rosto. Desse modo, pediu para registrar que, na maioria das respostas, estava respondendo considerando o corpo como todo, pois se fosse considerar o rosto, as respostas poderiam mudar. Logo no início quando ouviu a palavra “corpo” teve uma dúvida e perguntou: “Quando você fala em corpo, considera o rosto também?” Foi questionado o que ele entendia sobre corpo, e disse que via o corpo como um todo, então foi orientado que respondesse dessa forma. Foi observado que o fato de ter glaucoma e ter o olho com formato alterado o incomodava. Dessa forma, foi compreendido que seu questionamento não influenciou no entendimento dos itens.

De forma geral, não houve necessidade de ajustes nas orientações, nos itens e nas opções de resposta dessa escala no segundo pré-teste, pois não houve dificuldade na compreensão de nenhum item. Em itens em que se observava um tempo maior para produção de resposta, era solicitado que o participante relatasse com suas palavras o que o item queria saber. Em todas as vezes que isso foi feito o adolescente conseguia reproduzir com suas palavras o significado correto do item.

5.2.5 SPAS: Terceiro pré-teste

Em relação à dificuldade de responder SPAS, dois (20%) entrevistados relataram ter um pouco de dificuldade. Ao serem questionados o porquê de acharem difícil, uma participante disse: “Quando se trata de falar sobre o corpo é meio confuso pra mim, não são as perguntas em si...”, já outro participante disse que para responder a certas perguntas teve que pensar um pouco. Em contrapartida, para 8 (80%) participantes não foi nada difícil. Com relação a considerar o processo cansativo, nenhum adolescente relatou ser cansativo responder a essa escala. Os participantes demoraram de 5 a 8 minutos para responder. Vale destacar que o interrogatório foi feito somente nos itens que o participante pedia para repetir ou demorava para responder.

Tabela 5. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no terceiro pré-teste (SPAS)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	8 (80%)	10 (100%)
Um pouco	2 (20%)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

No item 1 (“EU ESTOU CONFORTÁVEL COM MINHA APARÊNCIA FÍSICA”) uma participante explicou: “Esse item quer saber se estou bem com minha aparência física, se estou bem com meu corpo, meu físico”. Dessa forma, foi possível perceber que não houve dificuldade de entendimento desse item.

No item 3 (“EU GOSTARIA DE ME PREOCUPAR MENOS COM MEU CORPO”), ao ser questionado sobre o que esse item queria dizer, uma adolescente respondeu: “Isso pra mim quer dizer uma pessoa que se preocupa muito com o corpo”, demonstrando uma compreensão adequada.

No item 8 (“EU ESTOU TRANQUIL(A) EM RELAÇÃO AO QUE OS OUTROS ACHAM DE MEU CORPO”) dois participantes foram questionados sobre o que entenderam do item. As respostas foram: “Que estou tranquila quando os outros olham para meu corpo” e “Se eu me importo tanto com o que as pessoas pensam do meu corpo”. Dessa forma, nota-se que compreenderam adequadamente o item.

No item 10 (“QUANDO SE TRATA DE MOSTRAR MEU CORPO PARA OS OUTROS, SOU TÍMIDO(A)”) uma participante relatou que seu entendimento do item foi: “Esse item quer saber quando se usa roupa curta, fica de biquíni, em situações sociais”, demonstrando um entendimento adequado do item. Com relação às orientações da escala e opções de resposta, não houve nenhuma dificuldade de entendimento.

Ao finalizar o terceiro pré-teste, acreditamos ter alcançado o ponto de saturação entre todos os pré-testes já realizados, uma vez que os participantes demonstraram compreensão de todos os itens, não havendo necessidade de outro pré-teste. A seguir, apresenta-se a escala SPAS nos três pré-testes:

Quadro 12. Síntese das versões da SPAS nos três pré-testes

Item	Versão 1º pré-teste	Versão 2º pré-teste	Versão 3º pré-teste (Versão final)
Título	ESCALA DE ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (SPAS)	ESCALA DE ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (SPAS)	ESCALA DE ANSIEDADE FÍSICO SOCIAL (SPAS)
Orientações	O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura	O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura	O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura

corporal, músculos e tamanho corporal. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.

corporal, músculos e tamanho corporal. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.

corporal, músculos e tamanho corporal.
Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.

Respostas

1-Nada a ver comigo

1-Nada a ver comigo

1-Nada a ver comigo

2 - Pouco parecido comigo

2 - Pouco parecido comigo

2 - Pouco parecido comigo

3- Moderadamente parecido comigo 4 - Muito parecido comigo

3- Moderadamente parecido comigo 4 - Muito parecido comigo

3- Parecido comigo
4 - Muito parecido comigo

5- Tudo a ver comigo

5- Tudo a ver comigo

5- Tudo a ver comigo

1 Eu estou confortável com minha aparência física.*

Eu estou confortável com minha aparência física.*

Eu estou confortável com minha aparência física.*

2 Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).

Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).

Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).

3 Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.

Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.

Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.

4 Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.

Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.

Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.

5 Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo.*

Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo.*

Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo.*

6 Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso(a).

Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso(a).

Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso(a).

7 Na presença de outras pessoas, eu me preocupo com meu corpo.

Na presença de outras pessoas, eu me preocupo com meu corpo.

Na presença de outras pessoas, eu me preocupo com meu corpo.

8 Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros

Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham de meu corpo. *

Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham de meu corpo. *

acham de meu corpo. *

9	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.
10	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).
11	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo.*	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo.*	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo.*
12	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo.	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo.	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo.
Nota	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido comigo; moderadamente parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido comigo; moderadamente parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma	Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido comigo; parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.

Fonte: A autora (2020).

Confiabilidade - A consistência interna da escala unifatorial medida com alfa de Cronbach foi adequada, $\alpha = 0,74$, o que confere confiabilidade ao instrumento adaptado.

A escala final resultante de todo esse processo de adaptação transcultural para adolescentes com deficiência visual pode ser visualizada abaixo.

Quadro 13. Versão final da Social Physique Anxiety Scale, Escala de Ansiedade Físico social (SPAS)

O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura corporal, músculos e tamanho corporal. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.

		Nada a ver comigo	Pouco parecido	Parecido comigo	Muito parecido	Tudo a ver comigo
--	--	-------------------	----------------	-----------------	----------------	-------------------

			comigo		comigo	
1	Eu estou confortável com minha aparência física.*	1	2	3	4	5
2	Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).	1	2	3	4	5
3	Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.	1	2	3	4	5
4	Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.	1	2	3	4	5
5	Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo.*	1	2	3	4	5
6	Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso(a).	1	2	3	4	5
7	Na presença de outras pessoas, eu me preocupo com meu corpo.	1	2	3	4	5
8	Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham de meu corpo. *	1	2	3	4	5
9	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.	1	2	3	4	5
10	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).	1	2	3	4	5
11	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo.*	1	2	3	4	5
12	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo.	1	2	3	4	5

Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o “grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito” em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido comigo, parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma.

Fonte: A autora (2021).

5.2.6 FAS: Primeiro pré-teste

Em relação à dificuldade de responder FAS, dois (28%) respondentes relataram um pouco de dificuldade para responder a escala. Um dos adolescentes achou difícil por não conhecer o assunto e o outro relatou que foi pelo fato de nunca ter pensado sobre isso. Cinco (72%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o processo cansativo, nenhum entrevistado relatou ser cansativo responder às perguntas. Os participantes

demoraram de 4 a 7 minutos para responder. A seguir, destacam-se alguns apontamentos dos participantes no 1º pré-teste da FAS.

Tabela 6. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no primeiro pré-teste (FAS)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	5 (72%)	7 (100%)
Um pouco	2 (28%)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

No item 4 (“EU RECONHEÇO E VALORIZO QUANDO MEU CORPO SE SENTE BEM E/OU RELAXADO”) um adolescente não entendeu e pediu para repetir. Foi solicitado que ele explicasse com suas palavras o que o item queria saber, respondeu: “Esse item quer saber se me sinto bem quando meu corpo não apresenta nenhum sinal de problema, quando não preciso tomar medicamento, quando meu corpo está cem por cento, com isso eu entendo que meu corpo está bem e relaxado”. Outra participante pediu para repetir por causa de falha na conexão. Quando ouviu, disse: “Essa eu concordo totalmente, porque eu me sinto bem mesmo não enxergando, eu não sinto vontade nenhuma de enxergar”. Outra adolescente fez o seguinte comentário: “Nossa, esse é um pouquinho complicado”. Ao ser perguntada o que entendeu desse item, respondeu: “Eu entendi que a pessoa se sente bem quando o corpo está bem fisicamente falando”.

Ainda com relação ao item 4 foi observada uma redundância nos termos “reconheço e valorizo” e uma dificuldade de entendimento na expressão “e/ou”. Dessa forma, esse item foi alterado para o segundo pré-teste, ficando: “EU VALORIZO QUANDO MEU CORPO SE SENTE BEM E RELAXADO”.

No item 7 (“EU RESPEITO MEU CORPO PELAS FUNÇÕES QUE ELE DESEMPENHA”), um dos participantes questionou o que seriam essas funções. Entretanto, a pergunta foi redirecionada ao participante, que respondeu: “Bombear sangue para o coração, andar de bicicleta, se não fosse minhas pernas eu não ia conseguir pedalar. Então eu tenho muito a agradecer”. Ainda sobre o item 7, uma das participantes pediu para repetir. Quando foi solicitado que explicasse com suas palavras o que o item queria saber, disse: “Esse item quer saber se respeito meu corpo pelo que ele é capaz de fazer”. E ainda relatou que ela própria falando melhorou seu entendimento.

Os demais itens, opções de resposta e orientações da escala não sofreram alterações do primeiro para o segundo pré-teste, pois não foram identificadas dúvidas em seu entendimento.

5.2.7 FAS: Segundo pré-teste

Em relação à dificuldade de responder a FAS nesse segundo pré-teste, três (37,5%) respondentes relataram um pouco de dificuldade para responder a escala. Dois adolescentes responderam que a dificuldade estava relacionada a um assunto novo para eles. Outro adolescente disse achar um pouco difícil, porque solicitou para repetisse algumas perguntas. Cinco (62,5%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o

processo cansativo, nenhum entrevistado relatou ser cansativo responder às perguntas. Os participantes demoraram de 5 a 8 minutos para responder.

Tabela 7. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no segundo pré-teste (FAS)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	5 (62,5%)	8 (100 %)
Um pouco	3 (37,5%)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

No segundo pré-teste, as modificações necessárias para o melhor entendimento do instrumento foram realizadas e foi seguida a mesma metodologia aplicada anteriormente. Quando era notada alguma dúvida ou demora para responder ao item, solicitava-se que o participante explicasse o que aquele item queria saber.

Por exemplo, no item 1 (“EU VALORIZO MEU CORPO PELO QUE ELE É CAPAZ DE FAZER”), um participante explicou que esse item quer dizer sobre o corpo conseguir fazer tudo e ele valorizar isso. No item 2 (“EU SOU GRATO(A) PELA SAÚDE DO MEU CORPO, MESMO QUE NEM SEMPRE EU SEJA TÃO SAUDÁVEL QUANTO GOSTARIA”) dois participantes foram arguidos sobre o que entenderam do item, e suas respostas foram: “Esse item tá querendo saber se sou grato pela saúde do meu corpo, mesmo que eu não seja tão saudável” e “Parece que são duas perguntas em uma... esse item quer saber se sou grato pela saúde que tenho, embora não seja tão saudável quanto poderia ser”. Dessa forma, foi concluído que houve um bom entendimento desse item por esses participantes.

No item 3 (“EU VALORIZO MEU CORPO, POIS ELE ME PERMITE COMUNICAR E INTERAGIR COM OS OUTROS”), o participante pediu para pensar o que responderia. Ao ser questionado o que o item queria saber, respondeu que através de seu corpo ele pode interagir com as pessoas. Reportou, ainda, que para o cego é bem difícil interagir sem ver as expressões das outras pessoas, devido à falta de visão. Foi notado que sua solicitação para pensar não estava relacionada ao entendimento do item, mas na escolha da opção de resposta que melhor representasse sua opinião.

O item 4 (“EU VALORIZO QUANDO MEU CORPO SE SENTE BEM E RELAXADO”) foi um item que sofreu alteração do primeiro para o segundo pré-teste. Dessa forma, alguns participantes foram questionados sobre o que o item queria dizer. Eles responderam: “Esse item quer saber se valorizo quando meu corpo está bem e me sinto relaxado”; “Esse item quer dizer que meu corpo se sente relaxado, eu valorizo quando ele descansa” e “Esse item quer saber quando me sinto descansado, bem”. Todos os adolescentes responderam de forma coerente com o que o item queria saber. Assim, foi notado que a alteração feita no item o tornou mais simples e objetivo, tornando-o de fácil entendimento.

No item 5 (“EU SOU GRATO(A) POR MEU CORPO ME PERMITIR PARTICIPAR DE ATIVIDADES QUE GOSTO OU CONSIDERO IMPORTANTES”) foi notado um pequeno intervalo entre a leitura do item e a resposta em três adolescentes. Assim, foi solicitado a esses participantes que relatassem o que o item queria dizer. Responderam:

“Assim que ouvi, pensei em atividades físicas”, “Entendo atividades como as coisas que gosto de fazer como aulas de teatro, canto, dança” e “Quer dizer que me sinto tranquilo em ouvir música, ter audição, ter a fala e tudo mais”. Dessa forma, foi esclarecido que não houve dúvida com relação ao entendimento desse item.

No item 6 (“EU SINTO QUE MEU CORPO FAZ MUITO POR MIM”) um participante disse que não entendeu bem o item. Foi solicitado que ele explicasse o que havia entendido. A partir dessa solicitação, ele conseguiu dar exemplos de atividades físicas que faz, como “treinar o abdômen”, relatando: “Às vezes vou até o limite e ainda consigo fazer um pouco mais”. Entendeu que isso poderia ser um exemplo do que seu corpo pode fazer por ele, reportando que, dessa forma, havia compreendido o item.

No item 7 (“EU RESPEITO MEU CORPO PELAS FUNÇÕES QUE ELE DESEMPENHA”), foi solicitado a um dos adolescentes que reportasse o que o item queria saber, ao que respondeu: “Esse item quer saber, por exemplo: o tato, o olfato, paladar e que eu respeito meu corpo por isso”.

Nos demais itens, opções de resposta e orientações da escala, não foram observadas dúvidas ou demora para responder, dessa forma, não foram necessárias alterações dessa escala no segundo pré-teste.

5.2.8 FAS: Terceiro pré-teste

Em relação à dificuldade de responder FAS, dois (20%) entrevistados reportaram ser um pouco difícil responder a escala. Foi perguntado a esses participantes o porquê de acharem difícil, uma participante disse que é pelo fato de ser um assunto que nunca parou para pensar. O outro participante não soube responder o motivo de achar difícil. Entretanto, para 8 (80%) participantes não foi nada difícil. Com relação a considerar o processo cansativo, nenhum adolescente relatou ser cansativo responder a essa escala. Os participantes demoraram de 3 a 6 minutos para responder.

Tabela 8. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no terceiro pré-teste (FAS)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	8 (80%)	10 (100%)
Um pouco	2 (20 %)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

Vale destacar que o interrogatório foi feito somente nos itens que o participante pedia para repetir ou demorava para responder.

No item 2 (“EU SOU GRATO(A) PELA SAÚDE DO MEU CORPO, MESMO QUE NEM SEMPRE EU SEJA TÃO SAUDÁVEL QUANTO GOSTARIA”) um participante entendeu o item da seguinte forma: “Que sou grata pela saúde do meu corpo, mas infelizmente não posso fazer uma coisa ou outra por conta da minha saúde”. Assim foi esclarecido que não houve dúvida com relação ao entendimento do item.

No item 4 (“EU VALORIZO QUANDO MEU CORPO SE SENTE BEM E RELAXADO”) foi questionado a dois participantes sobre o que esse item quer saber. As respostas foram: “Ele quer saber se valorizo meu corpo só quando ele está bem e relaxado” e “Quer saber se meu corpo se sente bem e relaxado. Se ele está num momento bom, eu valorizo isso”. Assim, foi confirmado que esse item obteve boa compreensão.

Ao finalizar o terceiro pré-teste, acreditamos ter alcançado o ponto de saturação entre todos os pré-testes já realizados, uma vez que os participantes demonstraram compreensão de todos os itens, opções de resposta e orientações, não sendo necessário outro pré-teste.

Quadro 14. Síntese das versões da FAS nos três pré-testes

Item	Versão 1º pré-teste	Versão 2º pré-teste	Versão 3º pré-teste (Versão final)
Título	ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE (FAS)	ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE (FAS)	ESCALA DE APRECIÇÃO DA FUNCIONALIDADE (FAS)
Orientações	Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:	Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:	Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:
Respostas	Discordo totalmente - Discordo Não concordo nem discordo - Concordo - Concordo totalmente	Discordo totalmente - Discordo Não concordo nem discordo - Concordo - Concordo totalmente	Discordo totalmente - Discordo Não concordo nem discordo - Concordo - Concordo totalmente
1	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.
2	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria.	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria.	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria.
3	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.
4	Eu reconheço e valorizo quando meu corpo se sente bem e/ou relaxado.	Eu valorizo quando meu corpo se sente bem e relaxado.	Eu valorizo quando meu corpo se sente bem e relaxado.
5	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.
6	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.
7	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.
Pontuações	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.	Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.

Fonte: A autora (2021).

Confiabilidade - A consistência interna da escala unifatorial medida com alfa de Cronbach foi adequada, $\alpha = 0,74$, o que confere confiabilidade ao instrumento adaptado.

A escala final resultante de todo esse processo de adaptação transcultural para adolescentes com deficiência visual pode ser visualizada abaixo.

Quadro 15. Versão final da *Functionality Appreciation Scale*, Escala de Apreciação da Funcionalidade (FAS)

Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.	1	2	3	4	5
2.	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
3.	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.	1	2	3	4	5
4.	Eu valorizo quando meu corpo se sente bem e relaxado.	1	2	3	4	5
5.	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.	1	2	3	4	5
6.	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.	1	2	3	4	5
7.	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.	1	2	3	4	5

Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.

Fonte: A autora (2021).

5.2.9 SAS-VI: primeiro pré-teste

Em relação à dificuldade de responder SAS-VI, quatro (57%) dos entrevistados reportaram um pouco de dificuldade. Desses, três relataram que a dificuldade estava associada a não saber responder duas questões e um destacou não saber o porquê de achar difícil. Entretanto, três (43%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o processo cansativo, somente um (14 %) adolescente relatou ser um pouco cansativo responder às perguntas, justificando que já estava um pouco cansado. Contudo, seis (86%) relataram não ser nada cansativo. Os participantes demoraram de 10 a 15 minutos para responder a escala.

Tabela 9. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no primeiro pré-teste (SAS-VI)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	3 (43%)	6 (86%)
Um pouco	4 (57%)	1 (14%)
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

A seguir, destacam-se alguns apontamentos relacionados ao entendimento dos itens.

No item 3 (“VOCÊ ACHA QUE É CAPAZ DE DECIDIR O QUE É MELHOR PARA VOCÊ?”) dois adolescentes foram questionados sobre o que o item queria dizer, uma respondeu: “Às vezes, não sei decidir o que é melhor, porque só tenho 11 anos, sou menor de idade, mas também não sou insensata”. Outra participante esboçou a expressão: “Eita, hehe”. Entretanto, ao ser questionada sobre o que entendeu do item, disse que sua reação estava relacionada ao que deveria responder e não ao entendimento do item.

No item 4 (“VOCÊ É MUITO POSITIVO(A) EM RELAÇÃO A SUA VIDA?”) três participantes foram perguntados sobre o entendimento do item. Responderam: “Ser positiva com a própria vida é saber comemorar, saber pensar de forma positiva, ser otimista... por exemplo: pensar que o coronavírus vai passar logo”; “Ser positivo é ter noção que a vida não é um mar de rosas, mas que terá momentos fáceis e difíceis” e “Esse item fala sobre cuidar de sua vida”. Dessa forma, foi esclarecido que não houve dificuldade de entendimento do item por parte dos participantes.

No item 7 (“VOCÊ SE SENTE CAPAZ DE SUPERAR AS DIFICULDADES QUE POSSAM EXISTIR NO SEU DIA A DIA?”), dois participantes foram questionados sobre o que entenderam do item. Um deles respondeu: “Esse item quer saber sobre superar seus gigantes e aprender mais coisas para que venha evoluir”. Outra disse: “Dificuldades de seu dia a dia é ter aulas *on-line* por conta da pandemia e ter que ficar presa em casa, mas tenho me adaptado”. Dessa forma, foi percebido um entendimento adequado sobre o item.

No item 8 (“VOCÊ SE INCOMODA COM ALGUMAS ATITUDES NEGATIVAS DA SOCIEDADE A RESPEITO DE SUA DEFICIÊNCIA VISUAL?”), uma das participantes, ao ser perguntada sobre o que são “as atitudes negativas da sociedade”, disse que acha que as “escolas normais” deveriam estar mais preparadas para receber as pessoas cegas e que os produtos no mercado deveriam ser escritos em braille também, porque pensa nos adultos cegos, em como eles vão saber o que comprar.

O item 11 (“VOCÊ ACHA QUE A DEFICIÊNCIA VISUAL DIFICULTA SUA VIDA AMOROSA?”) demonstrou ser bastante controverso devido à expressão “vida amorosa”. Alguns adolescentes ficaram constrangidos, não sabendo nem o que responder. Uma participante expressou: “Aí fica difícil, pois não tenho vida amorosa”, disse que entende vida amorosa como algo de um casal, como namoro. Não teve uma sugestão para fazer. Outro participante relatou que entende vida amorosa como “algo mais sério, casamento, paixãoite, namoro”. Um adolescente expressou um sorriso, quando questionado sobre o entendimento do que seria vida amorosa, respondeu que entendia como relacionamento, namoro. Uma adolescente ficou muito constrangida com a expressão “vida amorosa” e não conseguiu nem escolher uma opção de resposta. Ao ser solicitada sobre uma sugestão, falou: “Você acha que sua deficiência visual te dificulta a fazer amizades?”. Dessa forma, conseguiu responder.

Adiante, a pesquisadora perguntou o que ela achava se mudássemos para: “Você acha que a deficiência visual te dificulta fazer amizades ou namorar?”. Sua resposta foi positiva no sentido de que dessa forma ela também conseguiria responder. Outro fato relevante foi quando um dos adolescentes explicou que “vida amorosa” estava relacionada ao seu amor por sua mãe. Diante do exposto, foi sugerida a alteração dessa expressão nesse item de “DIFICULTA SUA VIDA AMOROSA” para “TE DIFICULTA FAZER AMIZADES OU NAMORAR” para o segundo pré-teste. Dessa forma, o item foi alterado para: “VOCÊ ACHA QUE A DEFICIÊNCIA VISUAL TE DIFICULTA FAZER AMIZADES OU NAMORAR?”.

O item 13 (“VOCÊ SE CONSIDERA FÍSICAMENTE ATRAENTE?”) também foi controverso devido à expressão “físicamente atraente”, que causou certo desconforto nos adolescentes mais jovens. Uma das adolescentes falou: “Eu não penso nessas coisas. Isso parece que tá falando atraente para meninos, e eu não penso nessas coisas”. Uma das pesquisadoras explicou que essa escala, originalmente, foi criada para adultos e que essa etapa estava nos ajudando a adaptá-la para adolescentes. Após essa explicação, foi solicitada uma sugestão para substituir a expressão “físicamente atraente”, mas a participante não conseguiu nos ajudar. Porém, fez o seguinte comentário: “Essa pergunta deveria ser mais específica, tipo atraente para quê?”. Outro adolescente não conseguiu responder e não soube dizer o que o item queria dizer. Assim sendo, foi sugerida a alteração desse item para uma linguagem mais simples, ficando: “VOCÊ SE ACHA BONITO(A)?”.

No item 16 (“SUAS OPINIÕES SÃO MUITO RESPEITADAS NOS LUGARES QUE VOCÊ FREQUENTA, POR EXEMPLO, NA ESCOLA, EM CASA?”) os adolescentes foram questionados se achavam necessário colocar a expressão “no trabalho” ao final da frase. Três participantes (um de 17 anos e duas de 19 anos) sugeriram inserir essa expressão no final da frase. Uma delas ainda destacou “Pois tem jovens com deficiência visual que trabalham”. Desse modo, o item ficou “SUAS OPINIÕES SÃO MUITO RESPEITADAS NOS LUGARES QUE VOCÊ FREQUENTA, POR EXEMPLO, NA ESCOLA, EM CASA, NO TRABALHO?”.

No item 18 (“VOCÊ SE INCOMODA COM PERGUNTAS INADEQUADAS SOBRE SUA DEFICIÊNCIA VISUAL?”) um dos participantes destacou que toda pergunta deve ser respondida e sugeriu trocar a palavra “pergunta” por “colocações”. Entretanto, a palavra sugerida foi analisada e considerada mais erudita, por isso optamos por manter a palavra “PERGUNTAS” e inserir “COMENTÁRIOS”. Dessa maneira, o item ficou: “VOCÊ SE INCOMODA COM PERGUNTAS OU COMENTÁRIOS INADEQUADOS SOBRE SUA DEFICIÊNCIA VISUAL?”.

Os demais itens, opções de resposta e orientações da escala não sofreram alterações do primeiro para o segundo pré-teste, pois não foram identificadas dúvidas em seu entendimento.

Ao final do primeiro pré-teste, algumas questões ainda foram investigadas: análise da forma de aplicação da escala, expressões utilizadas e utilização para pessoas com baixa visão. Foi questionado se a expressão “sua deficiência visual” incomodava os adolescentes de alguma forma. Nenhum dos entrevistados relatou se sentir incomodado com essa expressão. Outro ponto que foi necessário para um melhor entendimento foi sobre a forma de aplicação da escala. Para isso foi feita a seguinte pergunta: “O que você achou de ouvir os itens através da leitura e responder *on-line*?”. Os 7 adolescentes (100%) responderam: “Achei legal”.

No que diz respeito a responder a essa escala utilizando um programa leitor, dois (28%) entrevistados responderam que conseguiriam, dois (28%) responderam que não conseguiriam e 3 (44%) disseram que talvez conseguiriam responder dessa forma.

Foi feita a seguinte pergunta aos adolescentes que têm baixa visão: “Se você tem baixa visão, responder a uma escala que outra pessoa lê para você te incomoda?”. Os dois participantes que têm baixa visão responderam não se incomodar com essa forma de aplicação

da escala. Um deles ressaltou que quando lê demais força a vista, o que acaba prejudicando mais a visão e que, dessa forma, até o ajuda.

Tabela 10. Análise da forma de aplicação e expressões utilizadas no primeiro pré-teste

Questões analisadas	Respostas
A expressão “Sua deficiência visual” te incomoda?	Não incomoda: 7 (100%) Incomoda: 0
O que você achou de ouvir os itens através da leitura e responder <i>on-line</i> ?	Achei legal: 7 (100%) Não gostei: 0
Você acha que conseguiria responder essa escala utilizando um programa leitor de tela?	Sim: 2 (28%) Não: 2 (28%) Talvez: 3 (44%)
“Se você tem baixa visão, responder a uma escala que outra pessoa lê para você te incomoda? (N total de adolescentes com baixa visão = 2)	Não: 2 (100%) Sim: 0 Aplicar com alguém lendo e <i>on-line</i> : 0

Fonte: A autora (2021).

5.2.10 SAS-VI: segundo pré-teste

Em relação à dificuldade para responder SAS-VI, apenas um adolescente (12,5%) reportou um pouco de dificuldade para responder a essa escala. Ao ser questionado pelo motivo, relatou ser pelo fato de não ter entendido o termo “preconceito social”, mas ao ser perguntado pelo significado dessa expressão, soube responder corretamente. Sete (87,5%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o processo cansativo, somente um (12,5 %) adolescente relatou ser um pouco cansativo responder às perguntas, quando arguido do porquê, disse que é pelo fato de ser maior do que as outras escalas. Os participantes demoraram de 8 a 15 minutos para responder a SAS-VI.

Tabela 11. Inquérito sobre o nível de dificuldade e cansaço no segundo pré-teste (SAS-VI)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	7 (87,5%)	7 (87,5%)

Um pouco	1 (12,5%)	1 (12,5%)
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

A seguir, destacam-se alguns apontamentos dos itens que os participantes fizeram observações importantes nesse 2º pré-teste:

No item 4 (“VOCÊ É MUITO POSITIVO(A) EM RELAÇÃO A SUA VIDA?”) foi questionado a dois adolescentes o que entendiam do item. Suas respostas foram: “Ser positivo é pensar positivo, fazer as coisas de maneira certa e na questão da autoestima, porque procuro me aceitar. Minha mãe sempre me ensinou isso” e “Esse item quer saber a questão de dias melhores, coisas boas na minha vida”. Assim sendo, demonstraram entendimento adequado do item.

O item 11 (“VOCÊ ACHA QUE A DEFICIÊNCIA VISUAL TE DIFICULTA FAZER AMIZADES OU NAMORAR?”), no primeiro pré-teste, se demonstrou controverso, por isso foi questionado a quatro adolescentes o que esse item queria saber. As respostas obtidas foram: “Esse item quer saber se consigo fazer amizades normalmente ou ter relacionamento afetivo”, relatando, a seguir, que gostou do item dessa forma. Outra participante respondeu: “Esse é difícil, pra responder esse item focaria mais na amizade”. Ao ser questionada do porquê achou difícil, respondeu que é pelo fato de já estar namorando e se alguém a perguntar sobre isso não responderia pensando em namorar e sim fazer amizades. O terceiro respondeu: “Esse item quer saber se a deficiência visual me atrapalha a ter amigos ou namorar”. O quarto participante respondeu: “Esse item significa sobre aceitação social em relação a fazer amizades, ter contato com o mundo afora, se relacionar com amigos, namorar mesmo, arrumar um parceiro”. Dessa forma, foi possível observar que esse item teve um bom entendimento por parte dos adolescentes.

No item 13 (“VOCÊ SE ACHA BONITO?”), pelo fato de ter sido um item que causou questionamentos no primeiro pré-teste, foi perguntado a seis participantes o que esse item queria saber. As respostas obtidas foram: “Esse item tem a ver com aparência”, “Ser bonita fisicamente é se ver (dependendo da deficiência), se sentir e se agradar com aquilo”, “Esse item quer saber se eu me acho bonito”, “Esse item quer saber se me acho bonito de aparência, de físico”, “Ser bonito é você consigo mesmo” e “Para o cego é difícil imaginar padrão de beleza, mas no meu caso penso que é se sentir confortável”. Também foi questionado se eles gostaram da pergunta dessa forma ou se sugeririam algo diferente, foi relatado que gostaram desse item da maneira como estava. Assim, foi sanada qualquer dúvida com relação a essa questão, não sendo necessária a sua reformulação.

No item 14 (“VOCÊ SE INCOMODA COM OPINIÕES PRECONCEITUOSAS A RESPEITO DE SUA DEFICIÊNCIA VISUAL?”) uma adolescente teve dúvida na palavra “preconceituosa”. Quando questionada o que entendia de seu significado, disse “preconceituosa pode ser de forma ruim mesmo (a pessoa ser preconceituosa) ou por ignorância de não entender que o cego pode fazer muitas coisas”. Desse modo, notou-se que o item foi bem entendido. Ressaltamos que somente essa adolescente teve essa dúvida.

No item 16 (“SUAS OPINIÕES SÃO MUITO RESPEITADAS NOS LUGARES QUE VOCÊ FREQUENTA, POR EXEMPLO, NA ESCOLA, EM CASA, NO TRABALHO?”), foi questionado a três adolescentes o que achavam desse item contendo a palavra no trabalho, os três adolescentes relataram que acham importante ter “NO TRABALHO”, pois há adolescentes que já trabalham.

No item 18 (“VOCÊ SE INCOMODA COM PERGUNTAS E COMENTÁRIOS INADEQUADOS SOBRE SUA DEFICIÊNCIA VISUAL?”), um adolescente foi

questionado sobre o que esse item queria saber. Ele relatou: “Esse item quer saber se me incomoda de alguém falar mal da minha deficiência visual. Tipo: você não vai conseguir fazer isso”. Outra participante perguntou: “O que seriam perguntas ou comentários inadequados?” Ao ser solicitada que explicasse com suas palavras o que esse item queria saber, deu um exemplo: “Já me falaram: você não faz porque é cega. Se fosse pergunta não acho inadequado, mas quando uma pessoa já tem uma opinião formada me incomoda”. Dessa maneira foi feita uma sugestão para modificação do item: “Você se incomoda com comentários inadequados sobre sua deficiência visual?”, sendo esta a única alteração necessária nesta escala para o terceiro pré-teste.

Novamente, ao final do segundo pré-teste, algumas questões ainda foram investigadas. Foi questionado se a expressão “sua deficiência visual” incomodava os adolescentes de alguma forma. Sete (87,5%) dos entrevistados reportaram não se incomodar, e apenas um (12,5%) destacou que depende da situação (“Depende de como a pessoa está falando. Se está falando de maneira preconceituosa, me incomoda”). Vale destacar que esse adolescente tem baixa visão e está num processo de perda da visão.

Sobre a forma de aplicação da escala foi feita a seguinte pergunta: “O que você achou de ouvir os itens através da leitura e responder *on-line*?”. Os oito adolescentes (100%) responderam: “Achei legal”.

No que diz respeito a responder a essa escala utilizando um programa leitor, cinco entrevistados (62,5%) responderam que sim, um (12,5%) respondeu que não e dois (55%) disseram que talvez consigam responder dessa forma.

Foi feita a seguinte pergunta aos adolescentes que têm baixa visão: “Se você tem baixa visão, responder a uma escala que outra pessoa lê para você te incomoda?”. Os dois participantes que têm baixa visão responderam não se incomodar com essa forma de aplicação da escala, um deles destacou ser bom para quem tem baixa visão, pois a vista fica cansada facilmente.

Tabela 12. Análise da forma de aplicação e expressões utilizadas no segundo pré-teste

Questões analisadas	Respostas
A expressão “sua deficiência visual” te incomoda?	Não incomoda: 7 (87,5%) Incomoda: 1 (12,5%)
O que você achou de ouvir os itens através da leitura e responder <i>on-line</i> ?	Achei legal: 8 (100%) Não gostei: 0
Você acha que conseguiria responder essa escala utilizando um programa leitor de tela?	Sim: 5 (62,5%) Não: 1 (12,5%) Talvez: 2 (35%)
“Se você tem baixa visão, responder a uma escala que outra pessoa lê para você te incomoda?” (N total de adolescentes com baixa visão = 2)	Não: 2 (100%) Sim: 0 Aplicar com alguém lendo e <i>on-line</i> : 0

Fonte: A autora (2021).

5.2.11 SAS-VI: terceiro pré-teste

Em relação à dificuldade para responder a SAS-VI, apenas uma adolescente (10%) reportou um pouco de dificuldade para responder a essa escala. Ao ser questionada pelo

motivo, relatou que é pelo fato de não ter costume de falar sobre assuntos pessoais. Contudo, 9 (90%) dos participantes reportaram não apresentar nenhuma dificuldade. Com relação a considerar o processo cansativo, os 10 (100%) adolescentes relataram não achar cansativo responder às perguntas. Os participantes demoraram de 7 a 9 minutos para responder a SAS-VI.

Tabela 13. Inquérito sobre nível de dificuldade e cansaço no terceiro pré-teste (SAS-VI)

Nível	Quanto foi difícil responder a estas perguntas?	Quanto foi cansativo responder a estas perguntas?
Nada	9 (90%)	10 (100%)
Um pouco	1 (10%)	-
Muito	-	-

Fonte: A autora (2021).

A seguir, destacam-se alguns apontamentos dos itens que os participantes fizeram nesse 3º pré-teste:

No item 1 (“VOCÊ GOSTA DO SEU CORPO COMO ELE É?”), uma participante ressaltou que quando pensa em “corpo” gosta de seu corpo, mas quando pensa em rosto não gosta muito. Por conta disso, perguntou como deveria responder. Foi solicitado que explicasse como entendeu o item. Respondeu: “Acho que está perguntando se gosto do meu corpo de uma forma geral”. Dessa forma, foi esclarecido que seu entendimento sobre o item estava correto.

No item 4 (“VOCÊ É MUITO POSITIVO(A) EM RELAÇÃO A SUA VIDA?”) um participante relatou: “Esse item quer dizer que podemos pensar sempre pelo lado bom das coisas que aparecem na vida”. Dessa forma, foi constatado que o item foi compreendido pelo participante.

No item 16 (“SUAS OPINIÕES SÃO MUITO RESPEITADAS NOS LUGARES QUE VOCÊ FREQUENTA, POR EXEMPLO, NA ESCOLA, EM CASA, NO TRABALHO?”) uma das participantes relatou que já está na faculdade. Dessa forma foi questionado se achava interessante inserirmos a palavra faculdade no item. Ela respondeu que sim, pois conhece outros adolescentes que podem estar na faculdade. Assim, a palavra “FACULDADE” foi inserida no item, ficando: “SUAS OPINIÕES SÃO MUITO RESPEITADAS NOS LUGARES QUE VOCÊ FREQUENTA, POR EXEMPLO, NA ESCOLA, NA FACULDADE, EM CASA, NO TRABALHO?”. Sendo essa a única alteração feita nessa escala no terceiro pré-teste.

Os demais itens, opções de resposta e orientações da escala não sofreram alterações no terceiro pré-teste, pois não foram identificadas dúvidas em seu entendimento.

Da mesma forma como procedemos anteriormente, foi questionado se a expressão “sua deficiência visual” incomodava os adolescentes de alguma forma. Os dez entrevistados (100%) reportaram não se incomodar. Sobre a forma de aplicação da escala, foi feita a seguinte pergunta: “O que você achou de ouvir os itens através da leitura e responder *online*?”. Os dez adolescentes (100%) responderam: “Achei legal”.

No que diz respeito a responder a essa escala utilizando um programa leitor, sete entrevistados (70%) responderam que sim e três (30%) afirmaram que talvez consigam responder dessa forma.

Foi feita a seguinte pergunta aos adolescentes que têm baixa visão: “Se você tem baixa visão, responder a uma escala que outra pessoa lê para você te incomoda?” Os quatro participantes que têm baixa visão responderam não se incomodar com essa forma de aplicação da escala. Um inclusive reportou que até ajuda, pois as pessoas que têm baixa visão acabam ficando com a vista muito cansada quando precisam ler muitas informações.

Tabela 14. Análise da forma de aplicação e expressões utilizadas no terceiro pré-teste

Questões analisadas	Respostas
A expressão “sua deficiência visual” te incomoda?	Não incomoda: 10 (100%) Incomoda: 0
O que você achou de ouvir os itens através da leitura e responder <i>on-line</i> ?	Achei legal: 10 (100%) Não gostei: 0
Você acha que conseguiria responder essa escala utilizando um programa leitor de tela?	Sim: 7 (70%) Não: 0 Talvez: 3 (30%)
Se você tem baixa visão, responder a uma escala que outra pessoa lê para você te incomoda? (N total de adolescentes com baixa visão = 4)	Não: 4 (100%) Sim: 0 Aplicar com alguém lendo e <i>on-line</i> : 0

Fonte: A autora (2021).

Assim, com base nos três pré-testes, foi possível chegarmos a alguns resultados. Com relação à expressão “Sua deficiência visual” incomodar, 24 adolescentes (96%) relataram não se incomodar com essa expressão. Já com relação a ouvir os itens através da leitura e responder *on-line*, 25 entrevistados (100%) destacaram que acharam adequada essa forma de aplicação da escala. No que diz respeito a responder às escalas utilizando um programa leitor de tela, 19 respondentes (76%) ressaltaram que “sim” ou “talvez” consigam responder dessa forma. Com relação aos adolescentes com baixa visão, 8 (100%) responderam que não se incomodam em responder a uma escala que outra pessoa lê.

A seguir, apresentamos um quadro com a versão da SAS-VI nos três pré-testes.

Quadro 16. Síntese das versões da SAS-VI nos três pré-testes

Item	Versão 1º pré-teste	Versão 2º pré-teste	Versão 3º pré-teste (Versão final)
Título	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)	ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL (SAS-VI)
Resposta	Nunca - Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre.	Nunca - Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre	Nunca - Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre
1	Você gosta de seu corpo como ele é?	Você gosta de seu corpo como ele é?	Você gosta de seu corpo como ele é?
2	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?	Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?

3	Você acha que é capaz de decidir o que é melhor para você?	Você acha que é capaz de decidir o que é melhor para você?	Você acha que é capaz de decidir o que é melhor para você?
4	Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?	Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?	Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?
5	Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?	Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?	Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?
6	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?
7	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?	Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?
8	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?	Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?
9	Você gosta do jeito que você é?	Você gosta do jeito que você é?	Você gosta do jeito que você é?
10	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?	Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?
11	Você acha que a deficiência visual dificulta sua vida amorosa?	Você acha que a deficiência visual te dificulta fazer amizades ou namorar?	Você acha que a deficiência visual te dificulta fazer amizades ou namorar?
12	Você reconhece suas qualidades?	Você reconhece suas qualidades?	Você reconhece suas qualidades?
13	Você se considera fisicamente atraente?	Você se acha bonito?	Você se acha bonito?
14	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?	Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?
15	Você se sente inferior às outras pessoas quando observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual?	Você se sente inferior às outras pessoas quando observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual?	Você se sente inferior às outras pessoas quando observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual?
16	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, em casa?	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, em casa, no trabalho?	Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, na faculdade em casa, no trabalho?
17	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você precisa fazer?	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você precisa fazer?	Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você precisa fazer?
18	Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua deficiência visual?	Você se incomoda com perguntas ou comentários inadequadas sobre sua deficiência visual?	Você se incomoda com comentários inadequados sobre sua deficiência visual?
Instruções	Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com	Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com cegueira	Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adolescentes com

Pesquisador	<p>cegueira congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;</p> <p>b) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com a autora da EAC (FFRM).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.</p>	<p>congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;</p> <p>b) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com a autora da EAC (FFRM).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.</p>	<p>deficiência visual e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;</p> <p>b) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com Augusta Quintanilha (augustapsic@gmail.com).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.</p>
Instruções ao participante	<p>Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você</p>	<p>Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja</p>	<p>Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que</p>

desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

Fonte: A autora (2020).

Confiabilidade – A consistência interna dos três fatores da escala medida com alfa de Cronbach foi: Fator 1 *Aceitação corporal* – $\alpha = 0,75$; Fator 2 *Proteção contra estigmas* – $\alpha = 0,52$, Fator 3 *Sentimentos e crenças de capacidades* – $\alpha = 0,83$. Apenas o fator 2 encontra-se abaixo do limite de referência adotado neste estudo (0,6).

A escala final resultante de todo esse processo de adaptação transcultural para adolescentes com deficiência visual pode ser visualizada abaixo.

Quadro 17. Versão final da *Self-Acceptance Scale – Visual Impairment*, Escala de Autoaceitação para Adolescentes com Deficiência Visual (SAS-VI)

<p><i>Instruções ao pesquisador:</i></p> <p>Esta escala objetiva avaliar a autoaceitação de adolescentes com deficiência visual e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:</p> <p>a) O pesquisador deve aplicar a escala individualmente;</p> <p>b) A escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com Augusta Quintanilha (augustapsic@gmail.com).</p> <p>c) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;</p> <p>A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.</p>														
<p><i>Instruções ao participante:</i></p> <p>Esta escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:</p> <p>a) Você assiste televisão até tarde? Você poderá responder:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td>Raramente</td> <td>Às vezes</td> <td>Frequentemente</td> <td>Sempre</td> </tr> </table>					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)										
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre										

Então, eu marcarei no formulário a sua indicação. Vamos começar?

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

2. Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de se vestir?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

3. Você acha que é capaz de decidir o que é melhor para você?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

4. Você é muito positivo(a) em relação a sua vida?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

5. Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

6. Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

7. Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

8. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

9. Você gosta do jeito que você é?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

10. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
11. Você acha que a deficiência visual te dificulta fazer amizades ou namorar?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
12. Você reconhece suas qualidades?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
13. Você se acha bonito?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
14. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
15. Você se sente inferior às outras pessoas quando observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
16. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, na faculdade, em casa, no trabalho?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
17. Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você precisa fazer?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
18. Você se incomoda com comentários inadequados sobre sua deficiência visual?
- | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |

Fonte: A autora (2021).

Portanto, acreditamos ter chegado ao ponto de saturação para todos os itens, opções de resposta e orientações das três escalas. Desse modo, finalizamos a etapa de pré-teste da dissertação, chegando a uma versão final de cada escala, ou seja, sua validade de conteúdo.

6 DISCUSSÃO

O objetivo dessa pesquisa foi realizar a adaptação transcultural e avaliar a confiabilidade das escalas *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS), *Functionality Appreciation Scale* (FAS) e *Self-Acceptance Scale-Visual Impairment* (SAS-VI) para adolescentes com deficiência visual no Brasil. A escolha desses instrumentos se deu pelo fato de entendermos que os conceitos-chave que essas escalas avaliam, a saber, a ansiedade físico social, a apreciação da funcionalidade corporal e autoaceitação, são importantes na formação da imagem corporal na referida população.

Para adaptar um instrumento para um novo contexto cultural é fundamental que o processo de adaptação transcultural seja realizado de forma criteriosa, respeitando as orientações metodológicas para obter uma nova versão mais fidedigna possível (SILVA *et al.*, 2021). Assim, manter a equivalência entre a versão original e a traduzida é importante para que o instrumento alcance o seu objetivo na mensuração do constructo medido (BEATON *et al.*, 2002; SWAMI; BARRON, 2019).

O processo de adaptação transcultural dos instrumentos seguiu o guia de Beaton *et al.* (2002). Assim, foram realizadas duas traduções, a reunião de síntese das traduções, duas retrotraduções e a reunião do Comitê de Peritos para a elaboração de uma versão pré-final que foi utilizada no pré-teste. Para o pré-teste, também foram seguidas as orientações de Malhotra (2002), que preconizam a participação de 5 a 10 respondentes em cada pré-teste.

A adaptação transcultural da *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) partiu da escala original de 12 itens (HART; LLEARY; REJESKI, 1989). Mesmo tendo em vista outras adaptações transculturais da SPAS (SOUZA; FERNANDES, 2009; MAIANO *et al.*, 2010; CAMPANA; TAVARES; SILVA, 2011; CALMEIRO *et al.*, 2012; SÁENZ-ALVAREZ *et al.*, 2013) essa escolha se deu em concordância com a orientação de estudo prévio que sugere que novas adaptações sejam feitas a partir da escala original, a fim de obter resultados mais consistentes (SÁENZ-ALVAREZ *et al.*, 2013).

Durante essa primeira etapa, o grau de compreensão por parte dos especialistas, em todas as equivalências, foi adequado. Com relação à sigla, optou-se por manter a sigla original (SPAS), indo ao encontro de uma adaptação prévia (CAMPANA; TAVARES; SILVA, 2011). Essa decisão foi tomada com o intuito de fortalecer o instrumento no contexto brasileiro, propiciando facilidade em sua identificação pela comunidade científica.

No que tange aos itens, uma informação importante no processo de adaptação foi a sugestão da representante da população-alvo, sobre inserir o pronome “eu” antes dos itens 1, 2, 3, 8, 9 e 11, pois representa a autonomia da pessoa com deficiência visual. Essa adaptação foi importante, tendo em vista que está em consonância com achados sobre estilo de vida e autonomia na população de pessoas com deficiência visual (SCHERER, 2020).

Ainda sobre a adaptação dos itens, vale destacar que, originalmente, o item 2 é um item na negativa e com escore reverso, entretanto, para melhor entendimento da população-alvo foi sugerido que o transformássemos em afirmativa, sendo assim, esse item perdeu o escore reverso. Essa adaptação vai ao encontro da adaptação transcultural prévia realizada para o Brasil (CAMPANA; TAVARES; SILVA, 2011). Estudos destacam que a alteração das assertivas na negativa garantem uma compreensão mais clara do item (BARNETTE, 2000; BERTOQUINI; PAIS-RIBEIRO, 2006; DALMORO; VIEIRA, 2013).

Considerando a particularidade da população de nossa pesquisa, o item 5 (“Quando me olho no espelho, me sinto muito bem com meu corpo”) precisou ser adaptado para que fizesse sentido para pessoas com deficiência visual. Dessa forma, foi mudado para “Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo”. Essa adaptação vai ao

encontro de outros estudos sobre as especificidades das pessoas com deficiência visual no que diz respeito à adaptação e construção de instrumentos psicométricos (MORGADO, 2014; TELES, 2020; SCHERER, 2020).

Com relação às opções de resposta da escala *likert*, as expressões “Nada a ver comigo” e “Tudo a ver comigo” foram escolhidas para atender à compreensão dos adolescentes. Essa adaptação está em concordância com estudos que reportam que a adaptação de expressões devem ser o mais próximo da realidade linguística da população-alvo, pois interfere positivamente no entendimento da escala (PESCE *et al.*, 2005; RONZAN, 2017; SILVA; GONDIM, 2019).

De acordo com as orientações de Swami e Barron (2019), foi necessário efetuarmos uma equivalência operacional com relação ao *layout* da SPAS. Originalmente, essa escala possui um formato não utilizado no Brasil, dessa forma, foi feita uma alteração para um modelo mais adequado, em forma de tabela e numerado de 1 a 5.

A última etapa do processo de adaptação transcultural da SPAS foi o pré-teste. Essa etapa consistiu em aplicar a versão pré-final em uma pequena amostra da população-alvo, de 5 a 10 sujeitos por pré-teste (MALHOTRA, 2002; BEATON *et al.*, 2002). Durante o pré-teste, a compreensão adequada dos itens é uma confirmação para o pesquisador de que houve clareza no entendimento e de que as respostas refletem a real escolha do respondente (CARVALHO, 2013; MORGADO *et al.*, 2017). Foram necessários três pré-testes, contudo, ao longo das entrevistas foi possível constatar que houve entendimento adequado de todos os itens da escala, não sendo necessários ajustes em nenhum dos itens. Esses dados também estão em concordância com estudo prévio que destacou que nessa etapa não foi relatada nenhuma dúvida em relação às assertivas da SPAS (CAMPANA; TAVARES; SILVA, 2011).

Com relação à confiabilidade da SPAS para nossa amostra, o alfa de Cronbach foi calculado, sendo considerados aceitáveis valores acima de 0,60 (NUNNALLY, 1994). Na avaliação de sua confiabilidade, o instrumento comprovou sua consistência interna ($\alpha = 0,74$). Esses dados estão em concordância com o estudo original que obteve boa consistência interna ($\alpha = 0,90$). Nesse mesmo sentido, a confiabilidade obtida por Campana, Tavares e Silva (2011) foi de $\alpha = 0,84$. Vale mencionar que esses resultados se referem a adaptações feitas para adultos. Em adaptações realizadas especificamente para adolescentes em outros países, o valor da consistência interna medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,74 (MAIANO *et al.*, 2010), 0,87 (CALMEIRO *et al.*, 2012), 0,85 (SÁENZ-ALVAREZ *et al.*, 2013). Esses dados vão ao encontro de nossos achados, demonstrando que a SPAS mantém uma confiabilidade adequada. Munidos desses dados, finalizamos a discussão da SPAS e passaremos à próxima escala, a FAS.

O constructo da apreciação da funcionalidade corporal é um conceito relevante de ser investigado nas diversas populações (ALLEVA *et al.*, 2017), inclusive em pessoas com deficiência visual. Entretanto, até recentemente, não eram encontrados instrumentos para avaliar esse conceito da imagem corporal positiva (FARIA, 2020). Pelo fato desse constructo ser relevante para investigação na população de adolescentes com deficiência visual, foi realizada a adaptação transcultural da *Functionality Appreciation Scale* (FAS).

Para tanto, essa adaptação também seguiu os passos previstos por Beaton *et al.* (2002): tradução, síntese, retrotradução, reunião do Comitê de Peritos e pré-teste. Especificamente neste último passo, seguimos as diretrizes de Malhotra (2002), que preconizam uma amostra de 5 a 10 sujeitos. No período que transcorreu a fase de tradução, reunião de síntese e comitê de peritos não foi encontrada nenhuma adaptação prévia da FAS, portanto não tínhamos referência para o título, sendo escolhido “Escala de apreciação da funcionalidade - FAS”, mantendo a sigla original. Entretanto, em recente estudo de adaptação transcultural e análise psicométrica desta escala para jovens universitários brasileiros, o mesmo título e sigla foram escolhidos (FARIA *et al.*, 2020). Vale mencionar que, em conjunto, ambas as adaptações da

FAS para o Brasil, ao manterem o mesmo título e sigla, fortalecem o instrumento no contexto brasileiro, de modo que a escala seja facilmente identificada e reconhecida pela comunidade científica.

Nessa primeira etapa de adaptação, a FAS demonstrou ser uma escala de fácil tradução e não foi encontrada dificuldade para se chegar a uma versão pré-final. Nossa constatação vai ao encontro do estudo supracitado, que reporta que o instrumento se mostrou de fácil tradução e adaptação para jovens brasileiros de ambos os sexos (FARIA, 2020).

De acordo com as orientações de Ferreira *et al.* (2002), nas etapas da reunião de síntese e comitê de peritos é fundamental que haja um representante da população-alvo. Pela peculiaridade de nossa população, nossos resultados confirmam e reforçam essa orientação. No processo de adaptação da FAS, um membro da população-alvo ressaltou a importância de iniciar os itens com o pronome “eu”, pois representa a independência da pessoa com deficiência visual, demonstrando que é ela realmente quem está respondendo. Esses resultados estão alinhados com outro estudo de adaptação transcultural de escala para pessoas com deficiência visual para o Brasil que utiliza as assertivas iniciadas com o pronome “eu” (TELES, 2020). Finalizada a adaptação transcultural, foi possível chegarmos a uma versão pré-final, que foi enviada ao pré-teste.

Tendo em vista a importância do pré-teste, a FAS foi testada em uma pequena parcela da população para avaliar o entendimento de cada item pelos adolescentes com deficiência visual (NUNALLY, 1994; BEATON *et al.*, 2002), sendo necessários três pré-testes. Já no primeiro pré-teste foi notada uma dificuldade de entendimento no item 4, (“Eu reconheço e valorizo quando meu corpo se sente bem e/ou relaxado”). Esse item foi reformulado, ficando com um entendimento mais claro. Dessa forma, alteramos o item para: *Eu valorizo quando meu corpo se sente bem e relaxado*. Essa alteração fez com que não ocorresse mais dificuldade em sua compreensão nos outros pré-testes.

Na avaliação de sua confiabilidade, o instrumento comprovou sua consistência interna ($\alpha = 0,74$). Nossos resultados estão em concordância com outro estudo de adaptação da FAS no Brasil que obteve $\alpha = 0,90$ (FARIA, 2020) e em outros países, como, por exemplo, na Malásia $\alpha = 0,70$ (SWAMI, 2019). Entretanto, em outros contextos em que a FAS foi adaptada foi utilizada outra medida de consistência interna, na Itália $\Omega = 0,70$ (CEREA *et al.*, 2021) e na Romênia $\Omega = 0,89$ (SWAMI *et al.*, 2021), apesar de diferentes metodologias essa escala manteve sua confiabilidade adequada. Estudos atuais têm demonstrado que a FAS é uma medida válida e confiável para uso em diversas populações e países (SWAMI *et al.*, 2019; FARIA *et al.*, 2020; CEREA *et al.*, 2021; SWAMI *et al.*, 2021).

Em complemento às escalas anteriores, ao considerar a relevância do conceito de autoaceitação para a população de pessoas com deficiência visual (MORGADO *et al.*, 2014), a *Self-Acceptance Scale-Early Blideness* (SAS-EB) foi escolhida para passar pelo processo de adaptação transcultural para adolescentes. Essa escala foi originalmente criada no Brasil para adultos cegos, dessa forma, sua adaptação não passou pelas etapas de tradução, reunião de síntese e retrotradução. Sua adaptação transcultural se iniciou a partir do Comitê de peritos, atendendo às recomendações de Beaton *et al.* (2002).

Nessa etapa, os especialistas sugeriram alterações e pontuaram as equivalências. Nesse sentido, estudos destacam a importância de promover uma rigorosa equivalência dos instrumentos a fim de assegurar um processo de adaptação adequado ao entendimento da nova cultura (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; BEATON *et al.*, 2002; SWAMI; BARRON, 2018).

Uma importante contribuição dos peritos foi concernente ao título. Eles reportaram que idealmente seria adequado que diferenciássemos algo no título da escala, demonstrando que ela era destinada à outra população. Dessa forma, decidimos manter a sigla original, mas com alguma diferenciação. Assim, foi escolhida a extensão “VI” (*Visual Impairment*) para

diferenciar o título da versão original, ficando seu nome: *Self-Acceptance Scale-Visual Impairment* (SAS-VI). Dessa forma, a partir das contribuições dos peritos, foi possível obter uma versão que foi enviada ao pré-teste.

No primeiro pré-teste, algumas alterações foram essenciais para dar prosseguimento ao nosso estudo. Por exemplo, o item 11 (“Você acha que a deficiência visual dificulta sua vida amorosa?”) precisou ser reformulado para compreensão adequada dos adolescentes mais novos. A expressão “vida amorosa” não fez sentido para eles. Assim sendo, alteramos o item para: *Você acha que a deficiência visual te dificulta fazer amizades ou namorar?* A partir dessa reformulação, esse item não apresentou mais dificuldade de compreensão em todos os pré-testes.

De forma semelhante, também se comportou o item 13 (“Você se considera fisicamente atraente?”) pois a expressão “fisicamente atraente” causou incômodo nos adolescentes mais novos. Dessa forma, o item foi reformulado para uma linguagem mais simples e adequada à faixa etária, ficando: *Você se acha bonito(a)?*. Essas alterações atendem à orientação de Guillemín (1993) que ressaltam que para verificar a adequada compreensão da linguagem do instrumento, ele precisa ser entendido por indivíduos com idade entre 10 e 12 anos.

Vale destacar que a população de nossa pesquisa abrange adolescentes de 10 a 19 anos, abarcando tanto escolares, quanto adolescentes na faculdade. Tendo em vista esse aspecto, o item 16 precisou ser reformulado, pois uma participante relatou que já estava na faculdade e outro que entraria no próximo semestre. Ao serem questionados sobre incluir a expressão “na faculdade”, foram favoráveis a essa mudança. Desse modo, procedemos com a alteração para atender contextos de adolescentes que já estão na graduação.

Concernente às alterações necessárias para atender à faixa etária e contexto acadêmico, ressaltamos que esse foi um aspecto relevante observado em nosso estudo. Vale ainda destacar que essas expressões foram discutidas durante a avaliação das equivalências, entretanto achamos mais adequado levá-las ao pré-teste para percebermos o entendimento dos respondentes. De posse dessas informações, sugerimos que novos estudos, que abarquem essa variação de idade, observem essa equivalência conceitual antes de enviarem os itens para o pré-teste.

Em complemento, adaptações prévias de escalas para o contexto brasileiro de adolescentes reportam que a adequação dos itens é um aspecto importante da validade de conteúdo. Essas adequações têm como objetivo adequar a linguagem sob o ponto de vista cultural e conceitual para a população de interesse, mantendo, no entanto, o objetivo do instrumento original (LOPES; APOLINÁRIO; LIMA, 2017; DIAS *et al.*, 2018; SANTOS, 2018).

Ainda sobre as alterações necessárias nos itens da SAS-VI durante o pré-teste, destaca-se o item 18 (“Você se incomoda com perguntas e comentários inadequados sobre sua deficiência visual?”). Devido à palavra “perguntas”, houve a colocação por dois respondentes de que toda pergunta deveria ser respondida. De acordo com essas contribuições, o item foi alterado para *Você se incomoda com comentários inadequados sobre sua deficiência visual?*, possibilitando a melhor compreensão da população-alvo.

No que se refere à confiabilidade da SAS-VI, sua consistência interna foi avaliada de acordo com seus três fatores, separadamente. Dessa forma, apenas um fator, (fator *Proteção contra estigmas*) apresentou valor de alfa abaixo do limite de referência (0,52). Na versão original da SAS-EB, o fator de estigmas também se apresentou com menor valor de alfa dentre os três fatores avaliados $\alpha = 0,69$, enquanto os outros dois fatores tiveram $\alpha = 0,70$ e $\alpha = 0,74$.

Algumas justificativas podem contribuir para o entendimento do baixo valor de alfa no fator *Proteção contra estigmas*. A primeira delas se refere ao fato deste fator da SAS-VI ser

formado pelos itens 8, 11, 15 e 18. Desse modo, o fato dos itens 11 e 18 terem passado por reformulação no decorrer dos três pré-testes pode ter impacto nos resultados. Outra justificativa é que esse é o fator que tem um menor número de itens, apenas 4. E já se sabe que quanto maior o número de itens maior é a consistência interna do fator (MORGADO *et al.*, 2017).

Portanto, futuras investigações devem considerar esses dados para a análise. Mas, especificamente, podemos afirmar que os fatores *Aceitação corporal* e *Sentimentos e crenças de capacidades* possuem confiabilidade confirmada a partir da presente investigação. Enquanto o fator *Proteção contra estigmas* precisa ser novamente testado em estudos futuros com a população de adolescentes com deficiência visual para avaliar a confiabilidade.

Alguns outros aspectos foram, ainda, investigados em nosso estudo. Por exemplo, gostaríamos de entender se a expressão “sua deficiência visual” incomodava os adolescentes de alguma forma. Entretanto, nenhum dos entrevistados relatou se sentir incomodado com essa expressão. Esses dados estão em consonância com estudos que reportam que adolescentes com deficiência visual podem encarar a deficiência como mais uma de suas características (ANDERSON *et al.*, 2019; QUINTANILHA *et al.*, 2021).

Outro aspecto que merece destaque é a metodologia aplicada na coleta de dados. Todas as entrevistas foram *on-line*, e gostaríamos de saber se eles conseguiriam responder a escala utilizando um programa leitor de tela. Assim, 22 entrevistados (88%) responderam que sim ou talvez consigam responder dessa forma. Esses dados estão em concordância com achados que demonstram a autonomia de pessoas com deficiência visual em vários aspectos, sobretudo na utilização de tecnologias assistivas (GASPARETTO *et al.*, 2012; LUIZ, 2020; FRAZÃO *et al.*, 2020).

Outra questão que também nos causou inquietações durante a fase inicial desta pesquisa foi o fato de tirarmos a autonomia das pessoas com baixa visão no que tange à leitura da escala. Por isso, questionamos aos adolescentes que têm baixa visão se ficavam incomodados de responder a uma escala que outra pessoa lia para eles. Os nove participantes (100 %) preferiam dessa maneira, ressaltando que nessa metodologia de aplicação do instrumento não forçariam a visão. Isso nos esclareceu que essa forma de aplicação da escala pode ser adequada para adolescentes com baixa visão.

Um fato peculiar observado na coleta de dados foi a empolgação de alguns participantes por estarem participando de uma pesquisa direcionada especificamente para eles. Esses achados são relevantes, visto que recentes revisões da literatura destacam que estudos com pessoas com deficiência visual, especificamente relacionados à imagem corporal, são escassos (MORGADO, 2019; QUINTANILHA *et al.*, 2021).

No entanto, pelo menos duas limitações deste estudo podem ser ressaltadas. A primeira foi a dificuldade de conseguir acesso a população através de uma coleta *on-line*. Em consonância com essa limitação, alguns autores destacam desafios relacionados a essa metodologia de coleta, como: conexão com a internet, dificuldade no contato com a população, dificuldade de acesso a dispositivos midiáticos, perda de dados, maior demora na aplicação da entrevista (DAMASCENO *et al.*, 2014; BITTENCOURT; FERRAZ; MERCADO, 2019; SALVADOR *et al.*, 2020). Ainda podemos destacar que, devido a essa metodologia, alguns aspectos expressivos passíveis de serem observados numa coleta presencial podem ter se perdido. A segunda limitação está relacionada à coleta ter se dado no atual contexto que vivemos de pandemia e luto, causando implicações emocionais. Esses fatores podem ter interferido na participação e respostas dos entrevistados. Entretanto, mesmo considerando a coleta *on-line* como uma limitação, essa estratégia metodológica possibilitou a realização desta pesquisa, o que não seria possível presencialmente, devido à pandemia da Covid-19.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As escalas SPAS e FAS demonstraram ser instrumentos com validade de conteúdo e confiabilidade adequadas para a utilização na população de adolescentes com deficiência visual no Brasil. A escala SAS-VI também apresentou resultados satisfatórios de validade de conteúdo e confiabilidade, porém, um de seus fatores apresentou consistência interna abaixo do recomendado na literatura, sendo essenciais estudos futuros sobre a consistência interna do instrumento com a população de adolescentes com deficiência visual. Embora as primeiras evidências de validade de conteúdo e confiabilidade dos instrumentos avaliados sejam satisfatórias, eles ainda não se encontram aptos a serem utilizados no contexto brasileiro em estudos sobre a imagem corporal. São necessários estudos futuros que testem outras importantes qualidades psicométricas das escalas em adolescentes brasileiros com deficiência visual, tais como: estrutura fatorial, validade de constructo e estabilidade.

8 REFERÊNCIAS

- ABBOT, B. D., BARBER, B. L., Embodied image: Gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents, *Body Image* 7, 22–31, 2010.
- AERTS, D., MADEIRA, R. R., ZART, V. B., Imagem corporal de adolescentes escolares em Gravataí-RS, *Epidemiol. Serv. Saúde* v.19 n.3 Brasília set. 2010.
- ALEXANDER, F. Self-concepts of children with visual impairments, 1996.
- ALEXANDRINO, E. G., SOUZA, D., BIANCHI, A. B., MACUCH, R., BERTOLINI, S. M. M. G., Desafios dos alunos com deficiência visual no Ensino Superior: um relato de experiência *Rev do Dep de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul Unisc*, Ano 18 - Volume 18 - Número 1 - Janeiro/Março 2017.
- ALLEVA, J. M.; TYLKA, T. L.; KROON VAN DIEST, A. M. The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men, *Body Image* 23 28–44, 2017.
- ALLEVA, Jessica M. et al. Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body image*, v. 15, p. 81-89, 2015.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. APA. *Diccionario conciso de Psicología*. Editorial El Manual Moderno, 2010.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. "Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão." *Educar*. n. 23, p.15-28, 2004.
- ANDERSON, R., WARREN, N., MISAJON, R., LEE DPSYCH, S., Exploring Wellbeing in Youth with Vision Impairment: Insights for Vision Rehabilitation Applied Research in Quality of Life, 2019.
- ANDERSON, R., WARREN, N., MISAJON, R., LEE DPSYCH, S., You need the more relaxed side, but you also need the adrenaline: promoting physical health as perceived by youth with vision impairment *Disability and Rehabilitation*, 2018.
- ARAÚJO, E. S., CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial, *Rev Fisioter S Fun*. Fortaleza, Jan-Jun; 2(1): 6-13, 2013.
- ASHIKALI, E-M., DITTIMAR, Body image and restrained eating in blind and sighted Women: A preliminary study H., *Body Image*, 2010.
- ATTIE, I., GUNN, J. Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology* 25, 70–79, 1989.
- AUGESTAD, Liv Berit. Mental health among children and young adults with visual impairments: A systematic review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 111, n. 5, p. 411-425, 2017.
- BAILEY, K. ALYSSE ET AL. "It's all about acceptance": a qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *BODY IMAGE*, V. 15, P. 24-34, 2015.
- BANFIELD, S., MCCABE, M. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393, 2002.

- BARBOSA, L. M. T., FACCI, M. G. D., Contribuições da psicologia histórico-cultural para o ensino médio: conhecendo a adolescência, *Psic. da Ed.*, São Paulo, 47, 47-55 2018.
- BARNETTE, J. J. Effects of stem and likert response option reversals on survey internal consistency: if you feel the need, there is a better alternative to using those Negatively worded stems. *Educational and psychological measurement*, 2000.
- BARRAGA, N. C. Increased visual behavior in low vision children. New York, NY: American Foundation for the Blind, 1964.
- BEATON, D.E, *et. al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures, *Spine*; 25(26): 3186-3191, 2002.
- BEE, H., BOYD, D. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artimed, 2011.
- BEE, H., BOYD, D., A criança em desenvolvimento, 12ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BERTOQUINI, V., PAIS-RIBEIRO, J. L. Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psychologica*, v. 43, p. 193-210, 2006.
- BISOL, C. A., PEGORINI, N. N., VALENTIN, C. B., Pensar a deficiência a partir dos modelos médico, social e pós-social, *Cad. Pes.*, São Luís, v. 24, n. 1, jan./abr. 2017.
- BITTENCOURT, I. M.; FERAZ, E. S.; MERCADO, L. P. L. O uso de ferramenta síncrona na coleta de dados na pesquisa em educação online. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, p. 1217-1228, 2019.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C., FONSECA, A. M. R. Baixa visão e mercado de trabalho Paidéia (Ribeirão Preto) vol.21 no.49 Ribeirão Preto May/Aug. 2011.
- BITTENCOURT, Z.Z.L.; HOEHNE, E.L. Qualidade de vida de deficientes visuais. *Medicina. Ribeirão Preto*. Vol.39. Num. 2. 2006. p. 260-264.
- BLAKEMORE, S. J., MILLS, K., Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural Processing? *Rev. Psychol*, 2014.
- BOLAT, N.; DOGANGUN, B.; YAVUZ, M., DEMIR, T.; KAVAALP, L. Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22, 77–82, 2011.
- BOURNE et al, Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis, *Vision & Eye Research Unit*, 2017.
- BOURNE, Rupert et al. Global burden of visual impairment and blindness. *Archives of ophthalmology*, v. 130, n. 5, p. 645-647, 2012.
- BOWEN, J. Visual impairment and its impact on self-esteem,. *British Journal of Visual Impairment*, 28, 47–56, 2010.
- CALMEIRO, L. et al. Factorial Validity and Group Invariance of the Portuguese short version of the Social Physique Anxiety Scale in Adolescents, 2014.

CÂMARA, S. G., GUIMARÃES, G., AERTS, D., Satisfação com a imagem corporal e bem-estar subjetivo entre adolescentes escolares do ensino fundamental da rede pública estadual de Canoas/RS, Brasil, Ciênc. saúde colet. 23 (12) Dez 2018.

CAMPANA A. N. N. B., TAVARES M. C. G. C. Avaliação da Imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa. São Paulo: Phorte, 2009.

CAMPANA, A. N. B. C., TAVARES, M. C. G. C. F., SILVA, D. Tradução, adaptação cultural e validação da Social Physique Anxiety Scale, para a Língua Portuguesa no Brasil. Actas do 7o Congresso Iberoamericano da Avaliação Psicológica, Lisboa, Portugal, 2011.

CAMPANA, A. N. N. B. Relações entre as dimensões da imagem corporal: um estudo com homens brasileiros. Tese de doutorado, Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil, 2011.

CAMPANA, A., MORGADO, J. J. M., MORGADO, F. F. R., CAMPANA, M. B., FERREIRA, L., TAVARES, M. C. G. C. F., Drive for Muscularity: Um Estudo Exploratório no Exército Brasileiro, Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2014, Vol. 30 n. 2, pp. 213-222, 2014.

CANO, S. J., HOBART, J. C., The problem with health measurement. Patient Prefer Adherence 5:279-90, 2011.

CARDINALI, C., D'ALLURA, T. Parenting styles and self-esteem: A study of young adults with visual impairments, 2001. Journal of Visual Impairment & Blindness, 95, 261–271.

CARSON, S. H., LANGER E. J., Mindfulness and self-acceptance. J Ration Emot Cogn Behav Ther 24: 29–43, 2006.

CARVALHO, P. H. B. D., FILGUEIRAS, J. F., NEVES, C. M., COELHO, F. D., & FERREIRA, M. E. C. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 62, 108-114, 2013.

CARVALHO, P. H. B., FREITAS, L. G., FERREIRA, M. E. C., Comparação social, insatisfação corporal e comportamento alimentar em jovens adultos. Interação Psicol., Curitiba, v. 20, n. 2, p. 219-225, maio/ago. 2016

CASH, T. K. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Cash TF (ed.) Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Waltham, United States: Academic Press, pp.334–342, 2012.

CASH, T., PRUZINSKY, T. *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. Nova Iorque: Guilford Press, 2004.

CASH, Thomas F. *Body image: Past, present, and future*. 2004.

CEREA, S., TODD, J. GHISIA, P. M. SWAMI, V. Psychometric properties of an Italian translation of the Functionality Appreciation Scale (FAS). *Body Image* 38 210–218, 2021.

CEYHAN, A.; CEYHAN, E. Investigation of university students' self-acceptance and learned resourcefulness: a longitudinal study. *High Educ* 61: 649–661, 2011.

CHAMBERLAIN, J. M.; HAAGA, D. A. F. Unconditional self-acceptance and psychological health. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 19: 163–176, 2001.

CHEI KH, Y., KASMI, B., MEHIDI, M., The level of health-related fitness of male blind versus sighted pupils, *Gazzetta Medica Italiana*, 2018.

- CHESTNOV, O. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013.
- CHESTNOV, O., Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2014–2019. Universal eye health: a global action plan 2014–2019. Geneva: World Health Organization, 2013.
- CHOI, E.; CHOI, I. The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence* 53, 249 – 259, 2016.
- CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. EDUSP: Universidade de São Paulo, 2007.
- COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. Desenvolvimento psicológico e educação: Transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antonio dos. Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 23, p. 440-448, 2010.
- CONGDON, Nathan G.; FRIEDMAN, David S.; LIETMAN, Thomas. Important causes of visual impairment in the world today. *Jama*, v. 290, n. 15, p. 2057-2060, 2003.
- COUTINHO, M. F. G. Crescimento e desenvolvimento na adolescência. - *Revista de Pediatria, SOPERJ.12(supl. 1) (1):28-34*, 2011.
- CUNHA, Cristiane Martins; DE ALMEIDA NETO, Omar Pereira; STACKFLETH, Renata. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)*, v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016.
- DALMORO, M., VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Rgo: Rrevista gestão organizacional. VOL. 6*, 2013.
- DAMASCENO, Larissa Mayara da Silva et al. Potencialidade e limitações da coleta de dados através de pesquisa online. *XVII Seminário em Administração (SEMEAD)*, v. 7, 2014.
- DE SOUZA MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista pesquisa qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- DESSEN, M. A., POLONIA, A. C., A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano, *Paidéia (Ribeirão Preto) vol.17 no.36 Jan./Apr., Ribeirão Preto*, 2007.
- DEVOS, J. A., LAMARRE, A., RADSTAAK, M., BIJKERK, C. H., ERNST T. BOHLMMEIJER, E. T., WESTERHOF, G. J., Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5:34, 2017.
- DIAS, D. T. et al. Adaptação transcultural para o português de um instrumento para avaliação de provocações durante a atividade física/esportiva em adolescentes brasileiros. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 36, n. 3, p. 329-336, 2018.
- DIAS, L.; HYMAN, L.; MANNY, R. E.; FERN, K. Evaluating the self-esteem of myopic children over a three-year period. *Optometry and Vision Science*, 82, 338–347, 2005.
- DINIZ, Cládice Nóbile; ASSIS, J. B.; ALVES, Leon Diniz. Perspectivas da acessibilidade e inclusão de pessoa com deficiência nas universidades federais brasileiras da ótica de seus sítios e bibliotecas. *DNA Educação*, v. 2, p. 97-120, 2018.

- EKLUND, R. C., MACK, D., E HART, E. Factorial validity of the Social Physique Anxiety Scale for females. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18(3), 281-295, 1996.
- EVANS, E. H. *et al.* Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: A 6-year longitudinal cohort study, 2017.
- FARIA, C. S., MEIRELES, S. M. D. O., NUNES, B. E. R. P., ALMEIDA, M., CAMPOS, P. F., & NEVES, C. M. Adaptação transcultural e análise psicométrica da Functionality Appreciation Scale (FAS) para jovens universitários brasileiros. *Motricidade*, 16(S1), 124-135, 2020.
- FELICIANO, I. Estudo sobre a auto-estima em adolescentes dos 12 aos 17 anos, Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira, 2010.
- FERREIRA, L. et al. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, v. 13, n. 3, p. 457-461, 2014.
- FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F, F, R. Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.
- FESTINGER, L. A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 11 7-40. 1954.
- FLAXMAN, S. R. et al., Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Glob Health* 2017; 5: e1221–34 Published Online October 11, 2017.
- FONSECA, V., *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora, 2005.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, v. 24, p. 17-27, 2008.
- FRANÇA, T. H., *Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social*, *Lutas, Sociais*, São Paulo, vol.17 n.31, p.59-73, jul./dez. 2013
- FRAZÃO, A. A. N., ZAQUEU, L. D. C. C., MENDONÇA, Í. D. P. S., SILVA, T. N. F., DA SILVEIRA, F. M. Tecnologia Assistiva: Aplicativos Inovadores para estudantes com Deficiência Visual. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 85076-85089, 2020.
- FRAZIER. L. D. The past, present, and future of the biopsychosocial model: A review of The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New philosophical and scientific developments by Derek Bolton and Grant Gillett. *New Ideas in Psychology* 57, 2020.
- FRISÉN, A.; HOLMQVIST, K. What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7, 205–212, 2010.
- GALLAHUE, David, L; OZMUN, John, C; GOODWAY, Jacqueline, D. *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos*. 7ª Edição. São Paulo: AMGH Editora Ltda, 2013.
- GANESAN, S.; RAVISHANKAR, S.; RAMALINGAM, S. *Are body image issues affecting our adolescents? A cross-sectional study among college going adolescent girls*. *Indian J Community Med*, 2018.
- GARDNER, R. M. Perceptual measures of body image for adolescents and adults. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. 2ª edition. New York: Guilford press, 2011.

- GASPARETTO, M. E. R. F. et al. Utilização de recursos de tecnologia assistiva por escolares com deficiência visual. *Informática na educação: teoria & prática*, v. 15, n. 2, 2012.
- GAUDENZI, P., ORTEGA, F., Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10):3061-3070, 2016.
- GHAHRAMANI, M. H.; BESHARAT, M. A.; NAGHIPOUR, B. An examination of the relationship between perfectionism and self-esteem in a sample of student athletes. *Social and Behavioral Sciences*, v. 30 , p. 1265 – 1271, 2011.
- GLASER B. G.; STRAUSS A. L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- GREGUOL, M.; GOBBI, E.; CARRARO, A. Physical activity practice, body image and visual impairment: A comparison between Brazilian and Italian children and adolescents, 2014.
- GRIFFIN-SHIRLEY, N., NES, S. Self-esteem and empathy sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99, 276–285, 2005.
- GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- HAAN, G., TUCHA, O., HEUTINK, J. Effects of low visual acuity on neuropsychological test scores: A simulation study, *The Clinical Neuropsychologist*, 34:1, 140-157, 2020
- HAEGELE, J.; ZHU, X., Body image and physical education: Reflections of individuals with visual impairments, 2018.
- HAGGER, M. S. et al. Cross-cultural validity and measurement invariance of the social physique anxiety scale in five European nations. *J Med Sci Sports*: 17: 703–719, 2007.
- HALDER, S.; DATTA, P., An exploration into self concept: A comparative analysis between the adolescents who are sighted and blind in India. *British Journal of Visual Impairment*, 30, 31–41, 2012.
- HART, E. A.; LEARY, M. R.; RIJESKI, W. J. The Measurement of Social Physique Anxiety, 1989.
- HERDMAN M, FOX-RUSHBY J, BADIA X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 7:323-35, 1998.
- HUEARA, L. et al., O faz-de-conta em crianças com deficiência visual: identificando habilidades, *Rev. bras. educ. espec.* vol.12 no.3 Marília Sept./Dec. 2006.
- IBGE. Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. ISSN 0104-3145, Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.
- ISOGAI, H., BREWER, B.W., CORNELIUS, A.E., KOMIYA, S., TOKUNAGA, M., E TOKUSHIMA, S. Cross-cultural validation of the Social Physique Anxiety Scale. *Internacional Journal of Sport Psychology*, 32(1), 76-87, 2001.
- JONES, M. G., TAYLOR, A. R., BROADWELL, B., Concepts of Scale Held by Students With Visual Impairment, *Journal of research in science teaching*, vol. 46, no. 5, pp. 506–519, 2008.
- KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*. v. 40. n. 3. p.497-504. 2006.

- KAPLAN-MYRTH, N, Alice without a looking glass: blind people and body image. *Anthropology & Medicine*, Vol. 7, No. 3, 2000.
- KELLY, S. M., BISCHKE, C. C., *History of Special Education, Advances in Special Education*, Volume 21, 213–236, 2015.
- KESSLER, Amanda Luisa; POLL, Fabiana Assmann. Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 67, p. 118-125, 2018.
- KESZEI, A. P., NOVAK, M., STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res* Apr 68 (4):319-23, 2010.
- KEYES C. L. M., The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 43:207–22, 2002.
- KINSBOURNE, M., LEMPERT, H, Human figure representation by blind children, *Journal of general psychology* 1980.
- KLAPP, A. L., KLOTTER, J.C., Fitness vs. Body Positive, various social constructions of health on Instagram. *Pravention und Gesundheitsforderung*, 14(4), pp. 362-367) 2019.
- KLEIN, R., KLEIN, B. E. K., LINTON, K. L. P., DE METS, D. L. The Beaver Dam Eye Study: Visual Acuity. *Ophthalmology*, 98(8), 1991.
- KLEIN, R., KLEIN, B. E. K., LINTON, K. L. P., DE METS, D. L. The Beaver Dam Eye Study: Visual Acuity. *Ophthalmology*, 98(8), 1991.
- KOCOURKOVA, J.; SOLTYSOVA, M.; MARKETA, M.;MOHAPLOVA HRDLICKA, M., Anorexia nervosa in a blind girl, *Neuroendocrinol Lett*, 2011.
- KRUEGER, D. W. Psychodynamic Perspectives on Body Image. In: CASH, T., PRUZINSKY, T. *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. Nova Iorque: Guilford Press, 2004.
- LAMPREA M, Julio Alejandro; GÓMEZ-RESTREPO, Carlos. Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de psiquiatria*, v. 36, n. 2, p. 340-348, 2007.
- LIMA. G. M., OLIVEIRA, L. V. G. L., A adaptação de material didático matemático para deficientes visuais, *Anais da XV Semana de Licenciatura*, 2018.
- LOPES, I. M., APOLINARIO, P. P., LIMA, M. H. M. Tradução e adaptação do “Perception of Severity of Chronic Illness” à cultura brasileira em adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 1, 2017.
- LOPEZ-JUSTICIA, M. D., PICHARDO, M. C., AMEZCUA, J. A., FERNANDEZ, E. The self-concepts of Spanish children and adolescents with low vision and their sighted peers. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95, 150–160. LEMES, D. C. M., 2001.
- LUIZ, D. C. M. *Tecnologia Assistiva: Desafios e possibilidades para a Inclusão Educacional dos estudantes com deficiência Visual*. 2020.
- MACINNES, D. L. Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 13, p. 483–489, 2006.

MAGNABOSCO, M. B., SOUZA, L. L., Educação inclusiva e as representações dos estudantes sobre seus pares com deficiência, *Psicologia Escolar e Educacional*, SP. Volume 22, Número 1, Janeiro/Abril, 2018.

MAIANO, Christophe et al. Construct validity of the social physique anxiety scale in a French adolescent sample. *Journal of personality assessment*, v. 92, n. 1, p. 53-62, 2010.

MAIOR, I., História, conceito e tipos de deficiência, 2018.

MALHOTRA, N.K. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, 2002.

MALINA, R. M. Physical growth and maturation, In V. Seefeldt (Ed.) *Physical Activity and Well-Being*. Reston, VA: AAHPERD, 1986.

MARTIN, K. A., REJESKI, W. J., LEARY, M. R., MCAULEY, E., E BANE, S. Is the Social Physique Anxiety Scale really multidimensional? Conceptual and statistical arguments for a unidimensional model. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19(4), 359-367, 1997.

MASAKI, Iguchi. Reduced health-related quality of life among Japanese college students with visual impairment. *BioPsychoSocial medicine*, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2015.

McCABE, M. P.; RICIARDELLI, L.A. *Extreme Weight Change Behaviours: Are Overweight and Normal Weight Adolescents Different, and Does this Vary Over Time*, 2009.

MCCULLOUGH, Michael E.; EMMONS, Robert A.; TSANG, Jo-Ann. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of personality and social psychology*, v. 82, n. 1, p. 112, 2002.

MCHUGH, T. L., COPPOLA, A. M., SABISTON, C. M. I'm thankful for being Native and my body is part of that: The body pride experiences of young Aboriginal women in Canada. *Body Image*, 11, 318–327, 2014.

MELONI, F., FEDERICI, S., DENNIS, J.L., Parents' Education Shapes, but Does Not Originate, the Disability Representations of Their Children, *PLoS ONE* 10(6), 2015.

MENDES V., ARAÚJO J., LOPES C., RAMOS E. Determinants of weight loss dieting among adolescents: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescent Health*, 54, 360–363, 2014.

MICALI, N., et al. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil. Ministério da Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2019.

MOKKINK, L. B., TERWEE, C. B., PATRICK D, L., ALONSO, J., STRATFORD, P. W., KNOL, D. L., ET AL. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. Jul;63(7):737-45, 2010.

MORAIS, Núbia de Souza de; MIRANDA, Valter Paulo Neves; PRIORE, Silvia Eloiza. Imagem corporal de adolescentes do sexo feminino e sua associação à composição corporal e ao comportamento sedentário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2693-2703, 2018.

- MORGADO, F. F. R., CASTRO, M. R., FERREIRA, M. E. C., OLIVEIRA, A. J., PEREIRA, J. G., SANTOS, J. H., Representações Sociais sobre a Deficiência: Perspectivas de Alunos de Educação Física Escolar, *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*, v.23, n.2, p.245-260, Abr.-Jun., 2017.
- MORGADO, F. F. R., Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce: desenvolvimento e investigação psicométrica, Campinas, SP: [s.n], 2013.
- MORGADO, F. F. R., Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce: desenvolvimento e investigação psicométrica, Campinas, SP: [s.n], 2013.
- MORGADO, F. F. R., NEVES, A. N., FORTES, L. S., FERNANDES, M. C. G. C., Implicações da Cegueira Congênita na Imagem Corporal: Uma Revisão Integrativa, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2019.
- MORGADO, F. F. R., NEVES, A. N., FORTES, L. S., FERNANDES, M. C. G. C., Implicações da Cegueira Congênita na Imagem Corporal: Uma Revisão Integrativa, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2019.
- MORGADO, F. F., MEIRELES, J. F., NEVES, C. M., AMARAL, A., FERREIRA, M. E. Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30, 2017.
- MORGADO, F.F.R; CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C.F. Development and validation of the Self-Acceptance Scale for persons with Early Blindness: The SAS-EB. *Plos One*, v. 9, n. 9, 2014.
- MORGADO, F.F.R; CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C.F. Development and validation of the Self-Acceptance Scale for persons with Early Blindness: The SAS-EB. *Plos One*, v. 9, n. 9, 2014.
- MOTL, R. W., E CONROY, D. E. The Social Physique Anxiety Scale: Cross validation, factorial invariance, and latent mean structure. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 5(2), 81-95, 2001.
- MUSS, R. E., Teorias da Adolescência, Belo Horizonte: Interlivros, 1996
- NEVES, A. N., MORGADO, F. F. R., TAVARES, M. C. G. C. F., Avaliação da Imagem Corporal: Notas Essenciais para uma Boa Prática de Pesquisa *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jul-Set, Vol. 31 n. 3, pp. 375-380, 2015.
- NEVES, A. N.; NEVES, A. B.; ZANETTI, M.C.; BRANDÃO, M.R.F.; FERREIRA, L. Psychometric validity of social physique anxiety scale in Brasil, 2018.
- NEVES, A. N.; NEVES, A. B.; ZANETTI, M.C.; BRANDÃO, M.R.F.; FERREIRA, L. Psychometric validity of social physique anxiety scale in Brasil, 2018.
- NEVES, Clara Mockdece et al. Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 35, p. 331-339, 2017.
- NUNES, S. S., LOMÔNACO, J. F. B. O aluno cego: preconceitos e potencialidades. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 14, n. 1, p. 55-54, 2010.
- NUNNALLY, J. C. *Psychometric theory* 3E. Tata McGraw-hill education, 1994.
- OMS, Mulheres e saúde: evidências de OMS, Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009.

- OTTAIANO, J. A. A., ÁVILA, M. P., UMBELINO, C. C., TALEB, A. C., As condições de saúde ocular no Brasil, Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2019.
- PAGE, A., PAPPS, F. A., Eating Attitudes of Women Living With a Vision Impairment, *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 42(4) 477-488, 2018.
- PALUDO, Simone dos Santos; KOLLER, Sílvia Helena. *Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões*. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 17, p. 9-20, 2007.
- PAPADOPOULOS, K., KOUSTRIAVA, E., KARTASIDOU, L., Spatial Coding of Individuals With Visual Impairments, *The Journal of Special Education*, 2012.
- PAPALIA, D., FELDMAN, *Desenvolvimento Humano*, Porto Alegre: AMGH, 2013.
- PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 23(especial):99-107, 2007.
- PASQUALI, L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
- PEREIRA, C.S., CIA, F., BARHAM, E. J., Autoconceito, habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico na puberdade: Inter-relações e diferenças entre sexos, *Interação em Psicologia*, 12(2), p. 203-213, 2008.
- PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde pública*, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.
- PIERCE, J. W.; WARDLE, J., Body size, parental appraisal, and self-esteem in blind children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 205–212, 1996.
- PILATTI, L. A. , PEDROSO, B., GUTIERREZ, G. L., Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Rev Bras Ensin Cienc Tecnol*. 3(1):81-91, 2010.
- PILATTI, L. A. , PEDROSO, B., GUTIERREZ, G. L., Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Rev Bras Ensin Cienc Tecnol*. 3(1):81-91, 2010.
- PINQUART, M.; PFEIFER, J. P. Body image in adolescents with and without visual impairment, 2012.
- PINQUART, M.; PFEIFER, J. P. Body image in adolescents with and without visual impairment, 2012.
- PINQUART, M., Systematic Review: Bullying Involvement of Children With and Without Chronic Physical Illness and/or Physical/Sensory Disability—a Meta-Analytic Comparison With Healthy/Nondisabled Peers. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(3)245–259, 2017.
- POLIT, D. F., BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artmed Editora, 2011.
- POPOV, S., When is Unconditional Self-Acceptance a Better Predictor of Mental Health than Self-Esteem? *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 2019.
- POTOCKA, A., TURCZYN-JABLOŃSKA, K., MERECZ, D., Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: The role of mental health and self-acceptance, *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica*, 2009.

- PRIMI, R., *Psicometria: fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes*. *Aval Psicol.* 11(2):297-307, 2012.
- QUINTANILHA, A. et al. Imagem corporal de adolescentes com deficiência visual: uma revisão sistemática de estudos sobre o tema. *Educação: Teoria e Prática*, v. 31, n. 64, p. 1-24, 2021.
- REYNOLDS, N.; DIAMANTOPOULOS, A.; SCHIEGELMILCH, B. Pretesting in questionnaire desing: a review of the literature and suggestions for future research. *Journal of the Market Research Society*, v.33, n.2, p.171 – 182, 1997.
- RIBEIRO, L. O. M., A inclusão do aluno com deficiência visual em contexto escolar: afeto e práticas pedagógicas, *Revista Educação, Artes e Inclusão*, 2017.
- RODGERS et al., Efficacy of a Mobile-Based Intervention in Improving Body Image and Self-Compassion among Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* volume 47, pages1363–1372, 2018.
- RONZANI, T. M. et al. Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental-ISMI-BR. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 10, n. 1, p. 25-34, 2017.
- ROSENBLUM, G. D., LEWIS, M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70, 50–64, 1999.
- SÁENZ-ALVAREZ, Piedad et al. Psychometric Properties of the Social Physique Anxiety Scale (SPAS–7) in Spanish Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, v. 16, 2013.
- SALGADO, R. C., SILVA, K. R. X. P., Imagem corporal em adolescentes: reflexões para a educação física escolar, *C&D-Revista Eletrônica da FAINOR, Vitória da Conquista*, v.11, n.3, p.585-607, set./dez, 2018.
- SALVADOR, P. T. C. O. et al. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.
- SANDOZ, Emily K. et al. Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, v. 2, n. 1-2, p. 39-48, 2013.
- SANTOS, A. R. Validação da versão brasileira da escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. *Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco*. 2018.
- SCHERER et al., Body image among adolescents: association with sexual maturation and symptoms of eating disorders. *J Bras Psiquiatr.* 59(3):198-202, 2010.
- SCHERER, R. L. Criação de uma escala e avaliação do perfil do estilo de vida em adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil em 2018, *Tese doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Desportos, Programa de Pós graduação em Educação Física, Florianópolis*, 2020.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3th ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SCHIPPER, T., LIEBERMAN, L. J., Kids like me, we go lightly on the head”: Experiences of children with a visual impairment on the physical self-concept, *British Journal of Visual Impairment*, 2017.

- SELIGMAN, M., CSIKSZENTMIHALYI, M., Positive psychology: an introduction. *Am Psychol.* 55:5–14, 2000.
- SHAPIRO, D. R., MOFFETT, A., LIEBERMAN, L., DUMMER, G. M. Perceived competence of children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 99, 15–25, 2005.
- SHEERER, E. T., An analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect for others in ten counseling cases. *J Consult Psychol* 13: 169–175, 1949.
- SHEEHAN, David V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, v. 59, n. 20, p. 22-33, 1998.
- SHEPPARD, L., EISER, C., KINGSTON, J., Mothers' perceptions of children's quality of life following early diagnosis and treatment for retinoblastoma. *Child: Care, Health and Development*, 31, 137–142, 2005.
- SILVA, et al., Desempenho escolar: interferência da acuidade visual. *Rev Bras Oftalmol.* 72 (3): 168-71, 2013.
- SILVA, J. A., RIBEIRO-FILHO, N. P. Avaliação e mensuração da dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.
- SILVA, L. B.; GONDIM, S. M. G. Escala de trabalho emocional: adaptação e evidências de validade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 36, 2019.
- SILVA, R. C. P. C. et al. Cross-cultural adaptation of body image assessment instruments for university students: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 34:11, 2021.
- SILVA, S. U. et al., Estado nutricional, imagem corporal e associação com comportamentos extremos para controle de peso em adolescentes brasileiros, *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015.* *Rev. bras. epidemiol.* 21 (suppl 1) 29 nov., 2018.
- SMOLAK, Linda; MURNEN, Sarah K.; THOMPSON, J. Kevin. Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men & Masculinity*, v. 6, n. 4, p. 227, 2005.
- SOUZA, A. C., ALEXANDRE, N. M. C., GUIRARDELLO, E. B., Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 26(3):649-659, jul-set., 2017.
- SOUZA, Vagner; FERNANDES, Sheyla. Adaptação da social physique anxiety scale ao contexto brasileiro. *Ciências & Cognição*, v. 14, n. 3, p. 16-23, 2009.
- STOCKFORD, C., KROESE, B., BEESLEY, A., LEUNG, N., Women's recovery from anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research, *Eating Disorders* 27(4), pp. 343-368, 2019 .
- STRIBING, A., STODDEN, D. F., MONSMA, E., LIEBERMAN, L. J., BRIAN, A. S., Content/face validity of motor skill perception questionnaires for youth with visual impairments: A Delphi method, *British Journal of Visual Impairment*, 2021 .
- SWAMI, V. et al, A The Nature of Positive Body Image: Examining Associations Between Nature Exposure, Self-Compassion, Functionality Appreciation, and Body Appreciation . *Ecopsychology* 11(4), pp. 243-253, 2019.
- SWAMI, V. et al., Translation and validation of a Bahasa Malaysia (Malay) version of the Functionality Appreciation Scale Body Image 30, 114–120, 2019.

- SWAMI, V., BARRON, D., Translation and validation of body image instruments: Challenges, good practice guidelines, and reporting recommendations for test adaptation, *Body Image*, 2018.
- SWAMI, V., TODD, J., GOIAN, C., TUDOREL, O., BARRON, D., VINTILĂ, M. Psychometric properties of a Romanian translation of the Functionality Appreciation Scale (FAS). *Body Image*, 37, 138-147, 2021.
- TELES, L. R. Validação da escala tátil B-RMS-TS destinada a crianças e adolescentes brasileiros com deficiência visual. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, 2020.
- THOMAS, J. R., NELSON, J. K., SILVERMAN, S. J. *Research methods in Physical activity*, 2012.
- THOMPSON, J. K., HEINBERG, L. J., ALTABE, M. N., & TANTLEFF-DUNN, S. *Exacting beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. 1999.
- THOMPSON, J. K., SCHAEFER, L. M., BURKE, N. L., DEDRICK, R. F., *et al.* Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *Psychological Assessment*, 27(1), 54-67, 2015.
- TIGGEMANN, M., HAGE, K., Religion and spirituality: Pathways to positive body image. *Body Image*, 28, pp. 135-141, 2019
- TYLKA, T. L. Positive Psychology perspectives on body image. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. 2^a edition. New York: Guilford press, 2011.
- TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N.L.; What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image* 14 (June 2015): 118–129, 2015.
- TYLKA, T.L., HOMAN, K.J. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image* 15, pp. 90-97, 2015.
- VALLANCE, J. K.; LATNER, J. D.; GLEAVES, D. H. The relationship between eating disorder psychopathology and health-related quality of life within a community sample, 2011.
- VANDEREYCKEN, W., *Anorexia Nervosa and Visual Impairment*, *Comprehensive Psychiatry*, 1986.
- VERASZTO, Estéfano Vizconde et al. Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the Correspondence Analysis method. *Ciência & Educação (Bauru)*, v. 24, p. 837-857, 2018.
- WALLHEAD, A., T., O'SULLIVAN, M., *Sport Education: physical education for the new millennium? Physical Education and Sport Pedagogy*, 2005.
- WATEMBERG, J., SERMARK, S.A., HENDERSON, A., *Right-Left Discrimination in Blind and Sighted Children*, *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 1986.
- WEBB, Jennifer B.; WOOD-BARCALOW, Nichole L.; TYLKA, Tracy L. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body image*, v. 14, p. 130-145, 2015.
- WHO, World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: 2005.
- WHO, *World report on vision*. Geneva: World Health Organization; 2019.

- WHO. Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2014–2019. Universal eye health: a global action plan 2014–2019. Geneva: World Health Organization, 2013
- WILLIAMS, J. C.; LYNN, S. J. Acceptance: an historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, v. 30, n. 1, p. 5-56, 2011.
- WILSON, J. C., STREVEN, C., Perceptions of psychological well-being in UK law academics, *Law Teacher*, 52(3), pp. 335-349, 2018.
- WOOD-BARCALOW, N. L., TYLKA, T. L., AUGUSTUS-HORVATH, C. L., “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women, *Body Image* 7, 106–116, 2010.
- WRZESINSKA, M. et al. The prevalence of abdominal obesity among pupils with visual impairment in Poland *Disability and Health Journal* 10 (2017) 559e564, 2017.
- WRZESINSKA, M. et al., Body mass index and waist-to-height ratio among schoolchildren with visual impairment *Medicine*, 2016.
- YANG, F. et al, Associations between Body Mass Index and Visual Impairment of Schools tudents in Central China, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016.
- YANNOULAS, S., SOUZA, S. A., Equipes escolares: mutidisciplina e intersectorialidade. *Revista del IICE /39*, 2016.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA

ENDEREÇO: Rod. BR 393, 711, Km 275, Dorândia, Barra do Piraí, RJ

FONE: (24) 99232-6248/ (24) 99921-4746 **E-MAIL:** augustapsic@gmail.com

Este termo tem por objetivo solicitar sua autorização para participação de seu filho na Pesquisa **Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes escolares com deficiência visual no Brasil.**

JUSTIFICATIVA: Atualmente, existem poucas medidas para avaliar a imagem corporal do adolescente com deficiência visual, em especial os aspectos relacionados à aceitação, funcionalidade e ansiedade social relacionados ao próprio corpo. Este estudo pretende validar instrumentos úteis para avaliação da imagem corporal deste grupo, o que poderá aumentar os estudos nesta área, os quais encontram-se limitados até este momento.

OBJETIVO: O objetivo desta pesquisa é realizar a adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes escolares com deficiência visual.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Seu filho está sendo convidado a participar desta pesquisa e caso aceite, responderá a perguntas de escalas. Além disso, serão solicitadas algumas informações referentes ao questionário sociodemográfico.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Esta pesquisa poderá acarretar em algum desconforto físico ou emocional. Para reduzir ao mínimo este possível desconforto, os questionários serão aplicados numa sala privada, previamente organizada, aconchegante, sem barreiras arquitetônicas e por uma pessoa treinada para esta função. Seu filho poderá deixar de responder qualquer questão que possa lhe trazer incômodo. Também haverá uma psicóloga na equipe de pesquisadores, que estará presente na aplicação das escalas, e poderá encaminhar o participante para atendimento na instituição, caso se faça necessário.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: A participação de seu filho neste estudo contribuirá para um avanço nas pesquisas em imagem corporal e deficiência visual, pois os pesquisadores poderão contar com medidas validadas para nosso país, ajudando no processo de inclusão social e escolar de pessoas com deficiência visual. Em consequência, também haverá benefícios indiretos provindos de uma atuação preventiva e terapêutica mais eficaz dos profissionais da área de saúde.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Para participar desta pesquisa, seu filho não terá custos, por isso, não receberá qualquer vantagem financeira. Em qualquer momento, poderá ser esclarecido sobre os procedimentos utilizados nesta pesquisa e as formas de divulgação dos resultados. Ele também terá a liberdade e o direito de recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, bastando entrar em contato com o pesquisador. Caso você tenha alguma reclamação ou queira denunciar qualquer abuso desta pesquisa, ligue para o Comitê de Ética da UFRJ - IESC, Praça Jorge Machado Moreira, nº 100, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, RJ Tel.: (21) 3938-2598. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome de seu filho ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a identidade de seu filho com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: A identidade de seu filho será mantida em total sigilo por tempo indeterminado. Os resultados dos procedimentos executados nesta pesquisa serão analisados e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação, disponíveis para todos os participantes, sempre mantendo a confidencialidade.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão de meu filho, como sujeito da pesquisa. Fui informado que seu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado a “tinta” ou com minha impressão digital.

Assinatura do Participante _____

Data ____/____/____

Testemunha _____

Data ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora _____

Data ____/____/____

Contatos para obter maiores informações sobre a pesquisa:

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Fabiane Frota da Rocha Morgado. . Tel.: (21) 2681-4733

Comitê de Ética da UFRJ – Instituto Estudos e Saúde Coletiva: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, RJ (21) 3938-2598 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Apêndice 2 – Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes escolares com deficiência visual no Brasil**. Nesta pesquisa pretendemos **validar instrumentos para avaliar a imagem corporal de adolescentes com deficiência visual**.

MOTIVO: O motivo que nos leva a estudar esse assunto é porque existem poucas medidas para avaliar a imagem corporal do adolescente com deficiência visual, em especial os aspectos relacionados ao próprio corpo. Este estudo pretende validar instrumentos úteis para avaliação da imagem corporal de adolescentes, o que poderá aumentar os estudos nesta área, os quais se encontram-se limitados até este momento.

OBJETIVO: O objetivo desta pesquisa é realizar a adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes escolares com deficiência visual.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Para aplicação desta pesquisa, **caso aceite o nosso convite, irá responder a perguntas de questionário e escalas**. Para participar desta pesquisa, o responsável por você já assinou uma autorização. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, o que não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Esta pesquisa poderá acarretar em algum desconforto físico ou emocional. Para reduzir ao mínimo este possível desconforto, os questionários serão aplicados numa sala privada, previamente organizada, aconchegante, sem barreiras arquitetônicas e por uma pessoa treinada para esta função. Você poderá deixar de responder qualquer questão que possa lhe trazer incômodo. Também há uma psicóloga na equipe de pesquisadores, que estará presente na aplicação das escalas, e poderá encaminhá-lo para atendimento na instituição, caso se faça necessário

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: A sua participação neste estudo contribuirá para um avanço nas pesquisas em imagem corporal e deficiência visual, pois os pesquisadores poderão contar com medida validadas para nosso país, ajudando no processo de inclusão social e escolar de pessoas com deficiência visual. Em consequência, você terá benefícios indiretos provindos de uma atuação preventiva e terapêutica mais eficaz dos profissionais da área de saúde.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Para participar desta pesquisa, você não terá custos, por isso, não receberá qualquer vantagem financeira. Em qualquer momento, poderá ser esclarecido sobre os procedimentos utilizados nesta pesquisa e as formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, bastando entrar em contato com o pesquisador. Caso você tenha alguma reclamação ou queira denunciar qualquer abuso desta pesquisa, ligue para o Comitê de Ética da UFRJ, Praça Jorge Machado Moreira, nº 100, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, RJ Tel.: (21) 3938-2598. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do seu responsável. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: A sua identidade será mantida em total sigilo por tempo indeterminado. Os resultados dos procedimentos executados nesta pesquisa serão analisados e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação, sempre mantendo a confidencialidade dos participantes.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o

desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante _____

Data ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora _____

Data ____/____/____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Contatos para obter maiores informações sobre a pesquisa:

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Fabiane Frota da Rocha Morgado. Tel.: (21) 2681-4733

Comitê de Ética da UFRJ – Instituto Estudos e Saúde Coletiva: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, R (21) 3938-2598 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Apêndice 3 – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nome completo: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____

Peso: _____

Altura: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Estado civil: () Casado(a) () Separado(a)

Outro: _____

Você possui filhos? () Sim () Não

Se você possui filhos, quantos são? _____

Tipo de deficiência visual: () Cegueira congênita () Cegueira adquirida () Baixa visão

Causa da deficiência: () Diabetes () Acidente () Catarata () Glaucoma () Tracoma ()
Opacidade córnea () Outra

Se você respondeu "outra", qual foi a causa? _____

Você possui algum problema de saúde? () Sim () Não

Se você respondeu "sim", qual problema de saúde possui? _____

Cor da sua pele: () Branca () Negra () Parda () Outra

Se você respondeu "outra", qual a cor da sua pele? _____

Cidade em que mora: _____ Estado: _____

Com quem você mora? () Sozinho(a) () Com meu pai e minha mãe () Com meu pai
() Com minha mãe () Com meus avós () Em uma instituição () Outro:

Se você respondeu "outros", com quem você mora? _____

Você sabe ler em Braille? () Sim () Não () Estou aprendendo

Você trabalha? () Sim () Não

Se você respondeu "sim", em que você trabalha? _____

Renda familiar: () Menos de um salário mínimo () De um a dois salários mínimos

() De três a quatro salários mínimos () Mais de quatro salários mínimos

Você faz algum tratamento médico? () Sim () Não

Se você respondeu "sim", qual tratamento faz? _____

Você faz acompanhamento com algum outro profissional (psicólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, dentre outros)? () Sim () Não

Se você respondeu "sim", qual outro acompanhamento faz? _____

Se você faz outro acompanhamento, por qual motivo você o realiza? _____

Qual tipo de escola você estuda? () Escola Especial (para pessoas com deficiência visual)

() Escola Regular (como aluno de inclusão) () Já estou na faculdade

() Não estudo em nenhuma escola

Nome da escola que você estuda: _____

Qual a sua escolaridade? () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto ()
Ensino médio completo () Ensino médio incompleto

() Ensino superior em andamento () Outro

Se você respondeu "outros", qual é a sua escolaridade? _____

Nível de escolaridade do seu responsável/pai: () Meu responsável/pai não estudou

() Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós-graduação

() Não sei () Outro

Nível de escolaridade da sua responsável/mãe: () Minha responsável/mãe não estudou

() Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós-graduação () Não
sei () Outro

Você tem acesso à internet? () Sim () Não () Às vezes

Você tem algum dispositivo para entrar na internet (por exemplo: celular, tablet, computador)? ()
Sim () Não () Às vezes

Você tem algum programa leitor em seu dispositivo (celular, tablet, computador)?

() Sim () Não

Você pratica atividade física frequentemente? () Sim () Não

Se você respondeu "sim", qual atividade física pratica? _____

Com que frequência você pratica atividade física?

() Uma vez por semana () Duas vezes por semana () Três vezes por semana

() Quatro vezes por semana () Cinco vezes por semana

Qual a duração da atividade física que você pratica? () Menos de uma hora

() Aproximadamente uma hora () Aproximadamente duas horas

() Aproximadamente três horas

Apêndice 4 – Versão final da SPAS

Social Physique Anxiety Scale, Escala de Ansiedade Físico social – SPAS

O questionário a seguir contém informações relativas ao seu corpo ou sua aparência. Por corpo ou aparência queremos dizer forma e estrutura do corpo; especificamente, gordura corporal, músculos e tamanho corporal. Ouça os itens abaixo com atenção e indique qual é a sua característica de acordo com a escala a seguir.

		Nada a ver comigo	Pouco parecido comigo	Parecido comigo	Muito parecido comigo	Tudo a ver comigo
1	Eu estou confortável com minha aparência física.*	1	2	3	4	5
2	Eu sempre me preocupo em usar roupas que possam me deixar muito magro(a) ou gordo(a).	1	2	3	4	5
3	Eu gostaria de me preocupar menos com meu corpo.	1	2	3	4	5
4	Às vezes fico incomodado(a) por pensar que outras pessoas estão avaliando negativamente meu peso e meus músculos.	1	2	3	4	5
5	Quando avalio minha aparência, eu me sinto muito bem com meu corpo.*	1	2	3	4	5
6	Em certos grupos sociais, minhas características físicas pouco atraentes me deixam nervoso(a).	1	2	3	4	5
7	Na presença de outras pessoas, eu me preocupo com meu corpo.	1	2	3	4	5
8	Eu estou tranquilo(a) em relação ao que os outros acham de meu corpo. *	1	2	3	4	5
9	Eu fico desconfortável quando percebo que estão avaliando meu corpo.	1	2	3	4	5
10	Quando se trata de mostrar meu corpo para os outros, sou tímido(a).	1	2	3	4	5
11	Eu normalmente me sinto tranquilo(a) quando percebo que estão olhando para meu corpo.*	1	2	3	4	5
12	Quando estou de roupa de banho, quase sempre me sinto nervoso(a) com a forma do meu corpo.	1	2	3	4	5

Nota: Em cada item, os entrevistados indicam o "grau em que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito" em uma escala de 5 pontos (nada a ver comigo; pouco parecido comigo, parecido comigo; muito parecido comigo; tudo a ver comigo). Asteriscos representam questões que devem ser pontuadas de forma reversa antes da soma

Apêndice 5 – Versão final da FAS

Functionality Appreciation Scale, Escala de Apreciação da Funcionalidade - FAS

Por favor, indique até que ponto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.	Eu valorizo meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.	1	2	3	4	5
2.	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
3.	Eu valorizo meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.	1	2	3	4	5
4.	Eu valorizo quando meu corpo se sente bem e relaxado.	1	2	3	4	5
5.	Eu sou grato(a) por meu corpo me permitir participar de atividades que gosto ou considero importantes.	1	2	3	4	5
6.	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.	1	2	3	4	5
7.	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele desempenha.	1	2	3	4	5

Pontuação: As pontuações nos sete itens da escala são calculadas por média, com pontuações mais altas refletindo níveis mais altos de apreciação da funcionalidade do corpo.

Apêndice 6 – Versão Final da SAS-VI

Self-Acceptance Scale – Visual Impairment, Escala de Autoaceitação para Adolescentes com Deficiência Visual (SAS-VI)

Instruções ao pesquisador:

Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adolescentes com deficiência visual e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:

- d) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;
- e) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com Augusta Quintanilha (augustapsic@gmail.com).
- f) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;

A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.

Instruções ao participante:

Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

- b) Você assiste televisão até tarde? Você poderá responder:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Então, eu marcarei no formulário a sua indicação. Vamos começar?

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

2. Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

3. Você acha que é capaz de decidir o que é melhor para você?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

4. Você é muito positivo (a) em relação a sua vida?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

5. Você acha que a deficiência visual dificulta sua relação com outras pessoas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

6. Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você gosta?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

7. Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia a dia?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

8. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua deficiência visual?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

9. Você gosta do jeito que você é?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

10. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, suas roupas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

11. Você acha que a deficiência visual te dificulta fazer amigos ou namorar?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

12. Você reconhece suas qualidades?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

13. Você se acha bonito?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

14. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua deficiência visual?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

15. Você se sente inferior às outras pessoas quando observa algum tipo de preconceito social em relação a sua deficiência visual?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

16. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, na escola, na faculdade, em casa, no trabalho?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

17. Sua deficiência visual te atrapalha a fazer coisas que você precisa fazer?

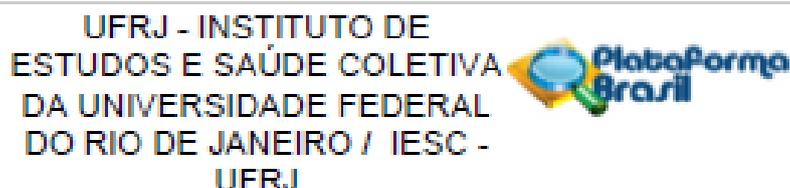
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

18. Você se incomoda com comentários inadequados sobre sua deficiência visual?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética Plataforma Brasil e UFRRJ



Continuação do Parecer: 3.709.611

brasileiros com cegueira precoce.

A Social Physique Anxiety Scale – SPAS - 1989), avalia a ansiedade que a pessoa experimenta em resposta a avaliação dos outros sobre sua pessoa.

A Functionality Appreciation Scale – FAS - avalia componentes que relacionam a apreciação da funcionalidade na melhoria da imagem corporal.

Outro instrumento será o questionário sociodemográfico: construído pelas pesquisadoras para obtenção de

A amostra deve ser grande e apropriadamente heterogênea, sendo necessários, no mínimo, 10 participantes para cada item das escalas. escalas. Considerando que a SAS-EB possui 18 itens, a SPAS possui 12 itens, a FAS possui 7 itens e a amostragem total necessária será de aproximadamente 370 adolescentes.

Critérios de Inclusão:

Adolescentes de ambos os sexos, com Deficiência Visual autoreportada, com idades entre 11 e 19 anos, regularmente matriculados nas escolas que aceitarem participar deste estudo, que tiverem o consentimento de seus pais e que fornecerem o assentimento para participar do estudo;

Critérios de Exclusão:

Adolescentes escolares que manifestarem outras deficiências associadas à deficiência visual; e aqueles que estiverem ausentes das escolas nos dias da coleta de dados.

A documentação de autorização da pesquisa será disponibilizada e impressa em braille, assim como os dados resultantes da pesquisa. A forma de aplicação dos instrumentos será em áudio, na qual todos os itens das escalas, bem como protocolos de instruções e escalas Likerts serão gravados e reproduzidos aos participantes durante a aplicação dos instrumentos.

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-508
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3038-2508 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

UFRJ - INSTITUTO DE
ESTUDOS E SAÚDE COLETIVA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO / IESC -
UFRJ



Continuação do Parecer 3.708/011

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Adaptar transculturalmente e verificar as qualidades psicométricas da Self Acceptance Scale, Functionality Appreciate Scale, Social Physique Anxiety Scale para adolescentes brasileiros escolares com deficiência visual.

Específicos:

- Realizar a tradução das Escalas SPAS e FAS para a Língua Portuguesa do Brasil;
- Realizar a retrotradução das Escalas;
- Realizar a adaptação cultural da SAS-EB para população de escolares com deficiência visual;
- Verificar a validade de conteúdo de todas escalas;
- Verificar a validade de constructo e confiabilidade de todas escalas;
- Verificar a validade discriminante de todas escalas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE está descrito:

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Esta pesquisa poderá acarretar em algum desconforto físico ou emocional. Para reduzir ao mínimo este possível desconforto, os questionários serão aplicados numa sala privada, previamente organizada, aconchegante, sem barreiras arquitetônicas e por uma pessoa treinada para esta função. Seu filho poderá deixar de responder qualquer questão que possa lhe trazer incômodo. Também haverá uma psicóloga na equipe de pesquisadores, que estará presente na aplicação das escalas, e poderá encaminhar o participante para atendimento na instituição, caso se faça necessário.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: A participação neste estudo contribuirá para um avanço nas pesquisas em Imagem corporal e deficiência visual, pois os pesquisadores poderão contar com medidas validadas para nosso país, ajudando no processo de Inclusão social e escolar de pessoas com deficiência visual. Em consequência, também haverá benefícios indiretos provindos de uma atuação preventiva e terapêutica mais eficaz dos profissionais da área de saúde.

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-508
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2508 Fax: (21)1270-0007 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.706.611

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e factível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

TCLE dos responsáveis e Termo de assentimento

Anuência das escolas envolvidas

Recomendações:

Incluir igualmente no projeto os riscos e benefícios relacionados no TCLE e termo de anuência

O cronograma deve ser exposto em meses e ano.

Ao término da pesquisa acrescentar relatório justificando a troca de título

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observar as recomendações.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Anuencia_Sao_Rafael.pdf	11/11/2019 22:33:56	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Acelto
Outros	Anuencia_ipc.pdf	11/11/2019 22:33:06	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Acelto
Outros	Anuencia_ibc.pdf	11/11/2019 22:32:30	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLE_TALE_V1.pdf	11/11/2019 22:30:52	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_V1.pdf	11/11/2019 22:29:53	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1357545.pdf	11/11/2019 21:50:02		Acelto

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Préfabria Universitária
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

UFRJ - INSTITUTO DE
ESTUDOS E SAÚDE COLETIVA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO / IESC -
UFRJ



Continuação do Parecer: 3.709.011

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_assnada.pdf	11/11/2019 21:42:26	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Aceito
Outros	Errata_folha_rosto.pdf	11/11/2019 21:37:40	AUGUSTA KARLA SILVA QUINTANILHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Novembro de 2019

Assinado por:
Jaqueline Teresinha Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-508
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2508 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Página 05 de 05



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRRJ / CEP

Protocolo N° 1.398/19

PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado “Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes escolares com deficiência visual no Brasil” sob a coordenação da Professora Dr^a. Fabiane Frota da Rocha Morgado, do Instituto de Educação/Programa de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares, processo 23083.026274/2019-70, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 09/12/19.

Prof. Dr. Alexandre Fortes
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação



PARECER Nº 662 / 2020 - PROPPG (12.28.01.18)

Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO

Seropédica-RJ, 23 de julho de 2020.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / CEP

Emenda Nº 003/2020

SITUAÇÃO DO PARECER À EMENDA

A emenda relacionada ao Projeto de Pesquisa intitulado "Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem para adolescentes escolares com deficiência visual no Brasil" sob a orientação da Professora Dr^a. Fabiane Frota da Rocha Morgado, do Instituto de Educação/Departamento de Educação Física e Desportos com os ajustes constantes do processo 23083.026274/2019-70, atende aos princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

(Assinado digitalmente em 23/07/2020 14:54)
LUCIA HELENA CUNHA DOS ANJOS
PRO-REITOR(A) ADJUNTO(A) - TITULAR
CHEFE DE UNIDADE
PROPPG (12.28.01.00.00.46)
Matrícula: 387335

Processo Associado: 23083.026274/2019-70

Anexo 2 – SPAS -Autorização dos autores e escala original

Hart, Elizabeth A

para eu, Fabiane ▾

qua, 8 de mai 00:06 (há 8 dias) ☆ ↶

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para: inglês

Feel free to use!

This e-mail, including attachments, may include confidential and/or proprietary information, and may be used only by the person or entity to which it is addressed. If the reader of this e-mail is not the intended recipient or his or her authorized agent, the reader is hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this e-mail is prohibited. If you have received this e-mail in error, please notify the sender by replying to this message and delete this e-mail immediately.



Mark Leary, Ph.D.

para eu ▾

14 de abr de 2019 17:18 ☆ ↶ ⋮

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para: inglês x

Hi Augusta.

You may certainly use the scale in any way that you wish in your research.

Best wishes,
Mark Leary

--

Mark R. Leary
Garonzik Professor of Psychology and Neuroscience
Deptment of Psychology and Neuroscience
P.O. Box 90085
Duke University
Durham, NC 27708
(919)660-5750
www.duke.edu/~leary

Social Physique Anxiety Scale – SPAS

The following questionnaire contains statements concerning your body physique or figure. By physique or figure we mean body form and structure; specifically, body fat, muscular tone, and general body proportions. Read each item carefully and indicate how characteristic it is of you according to the following scale.

1 = Not at all characteristic of me.

2 = Slightly characteristic of me.

3 = Moderately characteristic of me.

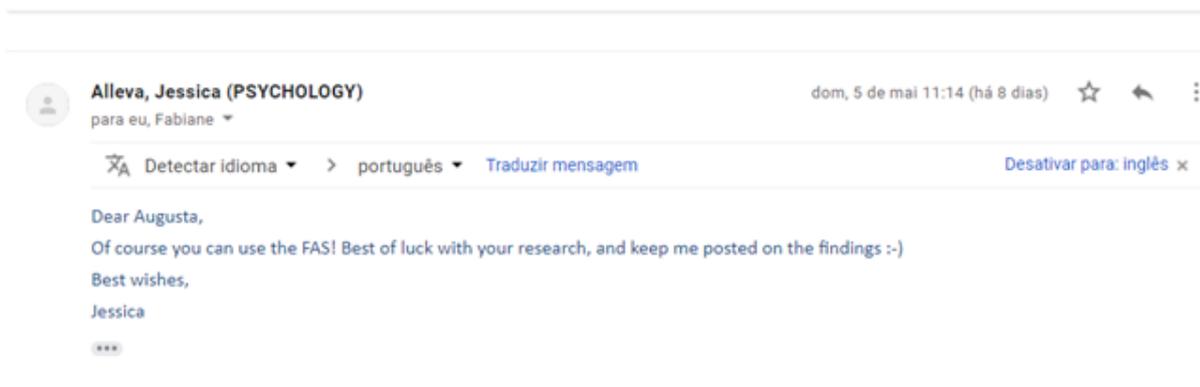
4 = Very characteristic of me.

5 = Extremely characteristic of me.

- _____ 1. I am comfortable with the appearance of my physique or figure.
- _____ 2. I would never worry about wearing clothes that might make me look too thin or overweight.
- _____ 3. I wish I wasn't so up-tight about my physique or figure.
- _____ 4. There are times when I am bothered by thoughts that other people are evaluating my weight or muscular development negatively.
- _____ 5. When I look in the mirror I feel good about my physique or figure.
- _____ 6. Unattractive features of my physique or figure make me nervous in certain social settings.
- _____ 7. In the presence of others, I feel apprehensive about my physique or figure.
- _____ 8. I am comfortable with how fit my body appears to others.
- _____ 9. It would make me uncomfortable to know others were evaluating my physique or figure.
- _____ 10. When it comes to displaying my physique or figure to others, I am a shy person.
- _____ 11. I usually feel relaxed when it's obvious that others are looking at my physique or figure.
- _____ 12. When in a bathing suit, I often feel nervous about how well-proportioned my body is.

Note: For each item, respondents indicate the "degree to which the statement is characteristic or true of you" on a 5-point scale (not at all, slightly, moderately, very, extremely characteristic). Asterisks represent questions to be reverse scored before summing.

Anexo 3 – FAS - Autorização do autor e escala original



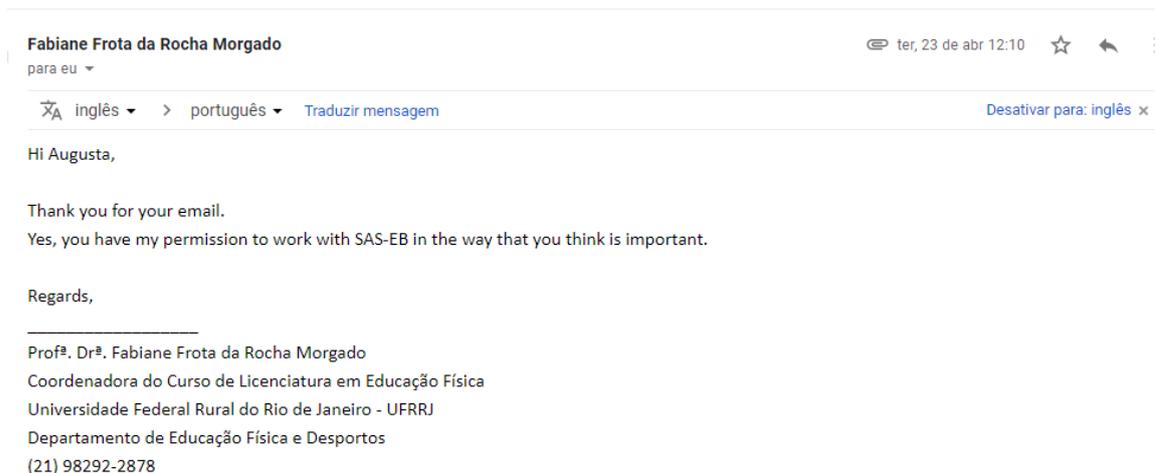
Functionality Appreciation Scale (FAS)

Please indicate the extent to which you agree with each of the following statements:

		<i>Strongly disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Neither agree nor disagree</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly agree</i>
1.	I appreciate my body for what it is capable of doing.					
2.	I am grateful for the health of my body, even if it isn't always as healthy as I would like it to be.					
3.	I appreciate that my body allows me to communicate and interact with others.					
4.	I acknowledge and appreciate when my body feels good and/or relaxed.					
5.	I am grateful that my body enables me to engage in activities that I enjoy or find important.					
6.	I feel that my body does so much for me.					
7.	I respect my body for the functions that it performs.					

Scoring: Scores on the seven FAS items are averaged, with higher scores reflecting higher levels of functionality appreciation.

Anexo 4 – SAS-EB – Autorização do autor e escala original



Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce (SAS-EB)

Instruções ao pesquisador:

Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com cegueira congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:

- g) O pesquisador deve aplicar a Escala individualmente;
- h) A Escala deve ser aplicada em áudio, visando manter as mesmas condições de aplicação do instrumento. O áudio pode ser adquirido com a autora da EAC (FFRM).
- i) Condições semelhantes de aplicação devem ser mantidas (ambiente físico, hora do dia, etc.) e, preferencialmente, a Escala deve ser aplicada em um ambiente tão silencioso quanto possível;

A forma de análise dos resultados deve ser feita por meio do somatório dos escores da Escala. Os escores devem ser calculados da seguinte forma: (a) Nunca = 1 ponto; (b) Raramente = 2 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 4 pontos e (e) Sempre = 5 pontos. Os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 possuem escore reverso, logo, devem ser assim calculados: (a) Nunca = 5 pontos; (b) Raramente = 4 pontos; (c) Às vezes = 3 pontos; (d) Frequentemente = 2 pontos e (e) Sempre = 1 ponto. Quanto maior a pontuação, maior o índice de autoaceitação.

Instruções ao participante:

Esta Escala contém 18 perguntas. Você ouvirá cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera. Você terá cinco opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente e 5) sempre. Não há resposta certa e nem errada, apenas, gostaria de conhecer o que é verdade para você. Eu me comprometo a não comentar suas respostas e a marcar exatamente neste formulário a sua indicação. Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

c) Você assiste televisão até tarde? Você poderá responder:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Então, eu marcarei no formulário a sua indicação. Vamos começar?

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

3. Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

6. Você é muito positivo (a) em relação a sua vida?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

12. Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-----	-----	-----	-----	-----

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	----------	----------------	--------

14. Você gosta do jeito que você é?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

17. Você reconhece suas qualidades?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

19. Você se considera fisicamente atraente?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

22. Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

23. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

24. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

26. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Anexo 5 – Termos de anuência



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

O Instituto Benjamin Constant está de acordo com a execução da pesquisa “Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes, escolares com deficiência visual no Brasil”, coordenada/desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) **Augusta Karla Silva Quintanilha**, e assume o compromisso de apoiar o seu desenvolvimento. O Instituto se compromete ainda a colaborar para garantir a segurança e o bem-estar dos participantes, em concordância com as Resoluções de número 466 de 12 de dezembro 2012 e 510 de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde – CONEP.

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2019.


João Ricardo Melo Figueiredo
Diretor Geral do IBC
Matrícula SIAPE 1567418

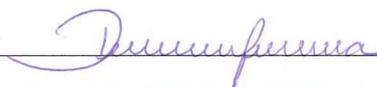
João Ricardo Melo Figueiredo
Diretor Geral
Instituto Benjamin Constant
Matr. SIAPE nº 1567418

Instituto Benjamin Constant
Av. Pasteur, 350/368
Urca, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240
Tel.: (21) 3478-4458 / email: cepeqi@ibc.gov.br
www.ibc.gov.br

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a realização e o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes estudantes com deficiência visual” sob a responsabilidade da Prof.(a) Dra. Fabiane Morgado do Programa de Pós Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares (PPGEDUC). O projeto de pesquisa será desenvolvido pela mestranda Augusta Karla Silva Quintanilha.

Resende, 18 de novembro de 2019



Responsável pela Instituição (carimbo)

Dulcinea Ferreira da Cruz
Diretora
Matrícula: 11334

CEDEVIR
Centro Educacional Municipal de Atendimento
a Deficientes Visuais de Resende
Decreto n° 2.745



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a realização e o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Adaptação transcultural, validação e confiabilidade de escalas de avaliação da imagem corporal para adolescentes escolares com deficiência visual" sob a responsabilidade da Prof. (a) Dra. Fabiane Morgado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares (PPGEDUC). O projeto de pesquisa será desenvolvido pela mestranda Augusta Karla Silva Quintanilha.

Curitiba, 27 de maio de 2019

Enio Rodrigues da Rosa
Administrador Provisório

ENIO RODRIGUES DA ROSA
RG: 4.882.884-4/PR
CPF: 373.495.509-49
Administrador Judicial
Instituto Paranaense de Cegos

Av. Visconde de Guarapuava, 4186
CEP 80250-220 - Curitiba/PR
Fone: (41) 3342-6690