FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO

“ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA OU PRECOCE: DESENVOLVIMENTO E INVESTIGAÇÃO PSICOMÉTRICA”

“SELF-ACCEPTANCE SCALE FOR PEOPLE WITH CONGENITAL OR EARLY BLINDNESS: DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC ANALYSIS”

CAMPINAS

2013

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO

"ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA OU PRECOCE: DESENVOLVIMENTO E INVESTIGAÇÃO PSICOMÉTRICA"

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares

"SELF-ACCEPTANCE SCALE FOR PEOPLE WITH CONGENITAL OR EARLY BLINDNESS: DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC ANALYSIS"

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Educação Física, área de concentração: Atividade Física Adaptada.

Doctorate thesis presented to the PostGraduation Programme of the School of Physical Education of State University of Campinas to obtain the Ph.D grade in Physical Education. Concentration area: Adapted Physical Activity

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO, E ORIENTADA PELA PROFª. DRª. MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES.

MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES

CAMPINAS, 2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ANDRÉIA DA SILVA MANZATO – CRB8/7292
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FISICA UNICAMP

M82e

Morgado, Fabiane Frota da Rocha, 1980-
Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce: desenvolvimento e investigação psicométrica / Fabiane Frota da Rocha Morgado. - Campinas, SP: [s.n], 2013.

Orientador: Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares.
Tese (doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Imagem corporal. 2. Deficiência visual. 3. Escalas. I. Tavares, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital:

Título em inglês: Self-acceptance scale for people with congenital or early blindness: development and psychometric analysis.
Palavras-chaves em inglês:
Body image
Visual impairments
Scale development
Área de Concentração: Atividade Física Adaptada
Titulação: Doutorado em Educação Física.
Banca Examinadora:
Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares [orientador]
Eder Pires de Camargo
Angela Nogueira Neves Betanho Campana
Dirceu da Silva
Gustavo Luis Gutierrez
Data da defesa: 28-02-2013
Programa de Pós-Graduação: Educação Física

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares
Orientadora

Prof. Dr. Eder Pires de Camargo
Membro Titular

Prof. Dr. Dirceu da Silva
Membro Titular

Prof. Dr. Gustavo Luis Gutierrez
Membro Titular

Profa. Dra. Angela Nogueira Neves Betanho Campana
Membro Titular

As melhores e mais belas coisas do mundo não podem ser vistas
nem tocadas, mas o coração as sente.
Helen Keller

DEDICATÓRIA

À você minha filha, Júlia, que trouxe um novo sentido para minha vida, tornando-me possível, nestes últimos meses de doutoramento, experimentar um amor jamais sentido. Dedico esta tese à sua existência!

Ao meu marido, Jairo, meu grande amor, meu companheiro inestimável! Sua presença em TODOS os momento deste processo foi como uma brisa suave, que me encheu de energia e me faria experimentar tudo de novo!

Aos meus pais, Arnaldo e Normélia, pelo imenso amor, afeto e dedicação, fundamentais para meu processo de amadurecimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela Sua presença real em minha vida, que me possibilitou não somente sonhar, mas tornar este sonho uma realidade!

À minha orientadora, Profª Drª Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, por tamanha competência e dedicação com que me orientou na realização deste trabalho. Obrigada pelo seu cuidado que comumente transcendia meu desempenho profissional, fazendo-me constantemente lembrar da importância de me sentir feliz durante este processo. Obrigada por me fazer sentir segura nos momentos de dúvida e pelo apoio em tantos outros momentos de minha trajetória. Ser orientada por você, professora, foi um grande privilégio!

À Profª Drª Angela Nogueira Neves Betanho Campana, por ter acompanhado este trabalho desde o início, lançando questões essenciais no decorrer de toda sua trajetória. Um especial agradecimento pela delicadeza e paciência com que ampliou meu conhecimento de Estatística e, sobretudo, pela acolhida cordial, doce e afetuosa na cidade de Campinas.

À Profª Drª Maria Elisa Caputo Ferreira, por acreditar na realização deste projeto mesmo antes que eu pudesse crer que seria possível. Obrigada pelo incentivo e apoio que, de maneira especial, me motivaram nos primeiros passos desta caminhada.

Ao Prof. Dr. Gustavo Luiz Gutierrez, a quem agradeço a oportunidade de aprender, de uma forma muito agradável e, por vezes, irônica, os ensinamentos fundamentais de um Estágio Docente. Obrigada por compartilhar comigo seus conhecimentos advindos dos anos de experiência como professor exemplar que és, os quais, certamente, me acompanharão pela vida.

Ao Prof. Dr. Dirceu Silva, simplesmente, por ser um verdadeiro educador, possibilitando-me usufruir, por diferentes anos consecutivos, uma das melhores aulas de minha vida. Obrigada por ministrar a disciplina de Estatística com a mesma empolgação e vibração de um campeão mundial.

À equipe de especialistas que contribuíram para a avaliação do instrumento criado nesta pesquisa – Prof. Dirceu Silva, Prof. Eder Camargo, Profª Katia R. M. Caiado, Profª Adriana L. F. Laplane, Profª Iêda Maria A. V. Dias; Profª Maria Elisa C. Ferreira, Profª Angela N. N. B. Campana, Profª Lucilene Ferreira e Profª Fernanda O. Simon, pelas valiosas contribuições.

A todos os Centros especializados nos quais foi realizada a coleta de dados - Instituto Benjamin Constant; Instituto São Rafael; Associação de Cegos de Juiz de Fora; Centro de Ensino Especial de Deficientes visuais; Sociedade de Assistência aos Cegos; Associação de Cegos do Estado do Ceará e Centro de Referência em Educação e Atendimento Especializado do Ceará; Associação Baiana de Cegos; Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual e Sociedade da Aliança dos Cegos da Bahia; Centro de Apoio e Educação Inclusiva; Centro Cultural Louis Braille e Instituto dos Cegos Trabalhadores; Escola de cegos Santa Luzia/Associação Ituana de Assistência ao Deficiente Visual; Instituto Jundiaiense Luiz Braille; Associação dos Deficientes Visuais de Ribeirão Preto e Associação dos Cegos de Ribeirão Preto, na pessoa de seus representantes, obrigada pela disposição na cooperação com este projeto.

Minha especial gratidão aos meus pais, por me possibilitarem ser o que sou, incentivando-me em todos os momentos. Ao meu marido, pelo amor, carinho, apoio integral e motivação diária. Ao meu irmão, pelo incentivo constante. A toda minha família, incluindo a família de meu marido, pelas orações, torcida e compreensão nos momentos de minha ausência.

A todos meus amigos que, de algum modo, se fizeram presente nesta jornada. Um agradecimento especial às amigas Lucilene e Angela, pessoas especiais com quem tive o privilégio de dividir diferentes momentos agradáveis e divertidos durante este processo de doutorado.

Aos membros integrantes do Grupo de Estudos de Imagem Corporal (GEIC) e às colegas do Laboratório de Imagem Corporal (LIC), com que pude compartilhar reflexões importantes para a construção deste trabalho.

À todos os setores da FEF – UNICAMP – na pessoa de seus representantes – diretor, coordenador, docentes, técnicos e funcionários administrativos, que possibilitaram condições ideais para o desenvolvimento de todas as etapas deste estudo.

Em especial, agradeço a todos os participantes deste estudo. Este trabalho somente foi possível pela confiança e colaboração de todos vocês! Espero retribuí-los com atitudes multiplicadoras do conhecimento adquirido que, de algum modo, possam interferir de maneira positiva na vida diária de diferentes pessoas com cegueira.

À FAPESP (processo nº: 2010/50684-5), agradeço o fundamental apoio financeiro para realização desta pesquisa.

MORGADO, Fabiane Frota da Rocha. **Escala de Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce**: desenvolvimento e investigação psicométrica. 2013. 284f. Tese (Doutorado em Educação Física). Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

RESUMO

A autoaceitação é a aceitação de si mesmo da maneira que se é, por meio do reconhecimento das próprias características positivas e negativas e da valorização daquelas características consideradas positivas. Esse constructo é considerado um mecanismo psicológico central para o quadro de imagem corporal positiva, portanto, um importante elemento para o desenvolvimento integrado da personalidade. Embora sua importância, há uma lacuna no conhecimento atual a respeito da autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce, a qual pode estar relacionada a uma observada escassez de instrumentos válidos e precisos para investigar essa questão. O objetivo desta pesquisa foi ampliar as possibilidades de avaliar a autoaceitação em pessoas com cegueira congênita ou precoce, por meio da criação e investigação das qualidades psicométricas de uma escala específica para essa finalidade, denominada "*Escala de Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce*" (EAC). Três estudos compuseram esta pesquisa. No estudo 1, foram gerados 33 itens iniciais para a EAC, dispostos em quatro fatores distintos – "gostar do corpo", "cuidar do corpo", "proteger-se de estigmas sociais" e "sentir-se capaz". Para essa finalidade, foram utilizadas informações provindas da literatura especializada e de dois grupos focais realizados com 11 adultos com cegueira congênita ou precoce. No estudo 2, nove peritos e 22 sujeitos com cegueira congênita ou precoce avaliaram o conteúdo da EAC. Como resultado, sete itens foram excluídos, um item foi incluído e 22 itens foram reformulados, o que determinou indícios de validade de conteúdo da nova escala. No estudo 3, as qualidades psicométricas da EAC foram avaliadas. A amostra foi composta por 318 sujeitos com cegueira congênita ou precoce. Utilizando a análise fatorial confirmatória como a principal estratégia para a análise dos dados, a versão final da escala foi composta de 18 itens, distribuídos em três fatores – "aceitação corporal", "proteção de estigmas sociais" e "sentimentos e crenças de capacidade" – com adequados parâmetros de validade convergente, discriminante e confiabilidade. Esperamos que a EAC possibilite o desenvolvimento de pesquisas futuras que investiguem a autoaceitação em pessoas que não enxergam desde idades precoces, contribuindo tanto para ampliação consistente do conhecimento nesta área, quanto para inclusão expressiva desse grupo nos estudos da área da imagem corporal.

Palavras chaves: Imagem Corporal; Deficiência Visual; Criação de Escalas.

MORGADO, Fabiane Frota da Rocha. **Self-acceptance Scale for people with congenital or early blindness**: development and psychometric analysis. 2013. 284f. Thesis (Doctorate in Physical Education) – School of Physical Education, University of Campinas, Campinas, 2012.

ABSCTRACT

Self-acceptance is the acceptance of oneself, as the person is, through the recognition of its own positive and negative characteristics and the valorization of those characteristics considered as positive. This construct is considered as a central psychological characteristic for the positive body image, and therefore, an important element for the integrate personality development. Although its importance, there is a theoretical lack of knowledge about the self-acceptance of persons with congenital or early blindness, which could be related with scarcity of psychometric sound scales to investigate this issue. The aim of this research was amplify the possibilities of self-acceptance evaluation in persons with congenital or early blindness, with the development and psychometric analysis of a specific scale, called "Self-acceptance Scale for people with congenital or early blindness" (SAS). Three studies were made in this research to achieve our aims. In study 1, 33 initial items were generated for SAS, organized in four theoretical distinct factors – "body appreciation", "body care", "self-protection from social stigmas", "feeling oneself capable". Item generation was based in specialized theoretical information form literature review and information collected from two focus groups, realized with 11 adults with congenital or early blindness. In study 2, nine experts and 22 participants with congenital or early blindness evaluated the content of SAS. The resulted point for the exclusion of 7 items, an inclusion of an additional item, and the review and reformulation of 22 items, which determined the content validity of SAS. In study 3, the psychometric parameters of SAS were evaluated. The samples was composed by 318 participants with congenital or early blindness. Confirmatory factor analysis were used as main statistic method for data analysis. The scale final version was composed by 18 items, distributed in 3 factors - "body acceptance", "self-protection from social stigmas", "felling and believing in oneself capacities", showing adequate evidences of concurrent and discriminant validity and internal reliability. We hope that SAS could possibility o development of future researches focused in investigate self-acceptance in persons that are not able to see since early ages, contributing both for the consistent growth of the knowledge in this area and the consistent inclusion of this group in body image research.

Keywords: Body Image, Visual Impairment; Scale Development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Hipótese inicial de itens do fator “gostar do corpo”..... 105
Tabela 2 - Hipótese inicial de itens do fator “cuidar do corpo”..... 112
Tabela 3 - Hipótese inicial de itens do fator “proteger-se de estigmas sociais”..... 116
Tabela 4 - Hipótese inicial de itens do fator “sentir-se capaz”..... 122
Tabela 5 - Instruções iniciais da EAC..... 123
Tabela 6 - Julgamento das instruções ao pesquisador (ou ledor) e ao participante..... 133
Tabela 7 - Julgamento dos itens quanto ao conteúdo..... 134
Tabela 8 - Julgamento dos peritos quanto à simplicidade dos itens..... 137
Tabela 9 - Julgamento dos peritos quanto à coesão dos itens..... 138
Tabela 10 - Julgamento dos peritos quanto à clareza dos itens..... 140
Tabela 11 - Julgamento dos peritos quanto à relevância dos itens..... 141
Tabela 12 - Classificação secundária dos itens por fatores..... 150
Tabela 13 - Distribuição de participantes por locais de coleta de dados..... 155
Tabela 14 - Representatividade da amostra de acordo com regiões, estados e cidades brasileiras 156
Tabela 15 - Valores de referência para ajuste geral do modelo da EAC..... 161
Tabela 16 - Características da amostra quanto à idade, massa corporal e estatura..... 165
Tabela 17 - Características da amostra: parâmetros adicionais..... 165
Tabela 18 - Análise descritiva das respostas dos participantes..... 168
Tabela 19 - Análise empírica dos itens..... 170
Tabela 20 - Métodos iniciais de estimação do ajuste geral EAC..... 172
Tabela 21 - Parâmetros iniciais de confiabilidade..... 173
Tabela 22 - Análise empírica dos itens – ajustada..... 176
Tabela 23 - Correlações (*Spearrman*) para análise de validade convergente..... 177
Tabela 24 - Validade discriminante em relação à ocupação principal..... 179
Tabela 25 - Validade discriminante em relação à idade..... 180
Tabela 26 - Validade discriminante em relação ao estado civil..... 180
Tabela 27 - Validade discriminante em relação ao sexo..... 181
Tabela 28 - Análise em relação ao IMC..... 181
Tabela 29 - Síntese do ajuste geral e do ajuste do modelo de mensuração 182

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resíduos padronizados do modelo ajustado..... 175

Figura 2 - Modelo da Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce..... 184

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Reformulação de itens de acordo com sugestões dos peritos..... 143
Quadro 2 - Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce - EAC 185

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 23

1. INTRODUÇÃO 25

1.1 Justificativa 31

1.2 Estrutura da tese 33

2. QUADRO TEÓRICO 35

2.1 Definição do constructo 35

2.1.1 Construção teórica do conceito da deficiência: perspectivas médica, social e biopsicossocial 35

2.1.2 Aspectos biopsicossociais da cegueira congênita ou precoce 42

2.1.3 Imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce 53

2.1.4 Autoaceitação 62

2.1.5 Escalas de medida de autoaceitação 74

2.2 Desenvolvimento de escalas de medida 77

2.2.1 Fundamentos teóricos 77

2.2.2 Geração dos itens: primeira fase 81

2.2.3 Análise teórica dos itens: segunda fase 83

2.2.4 Análise empírica dos itens: terceira fase 84

2.2.5 Investigação psicométrica: quarta fase 86

3. OBJETIVO 91

3.1 Objetivo Geral 91

3.2 Objetivos Específicos 91

4. DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA OU PRECOCE: Apresentação de três estudos 93

4.1 Estudo 1: geração dos itens 93

4.1.1 Métodos 94

4.1.1.1 Grupo Focal 94

4.1.1.2 Participantes 95

4.1.1.3 Procedimentos de coleta de dados 96

4.1.1.4 Análise dos resultados 97

4.1.2 Resultados e discussão 97

4.1.2.1 FATOR 1: Gostar do corpo 98

4.1.2.2 FATOR 2: Cuidar do corpo..... 105
4.1.2.3 FATOR 3: Proteger-se de estigmas sociais..... 112
4.1.2.4 FATOR 4: Sentir-se capaz 116
4.1.2.5 Instruções da escala..... 122
4.1.3. Conclusão..... 123
4.2 Estudo 2: análise teórica dos itens..... 124
4.2.1 Métodos..... 125
4.2.1.1 Análise dos peritos 125
4.2.1.1.1 Participantes..... 125
4.2.1.1.2 Procedimentos de coleta de dados..... 125
4.2.1.1.3 Análise dos resultados..... 127
4.2.1.2 Pré-teste 127
4.2.1.2.1 Participantes..... 128
4.2.1.2.2 Procedimentos de coleta de dados..... 128
4.2.1.2.3 Análise dos resultados..... 132
4.2.2 Resultados e discussão 132
4.2.2.1 Análise dos peritos..... 132
4.2.2.2 Pré-teste..... 145
4.2.3 Conclusão..... 151
4.3 Estudo 3: análise empírica e investigação psicométrica..... 151
4.3.1 Métodos..... 152
4.3.1.1 Participantes..... 152
4.3.1.2 Procedimento de coleta de dados..... 157
4.3.1.3 Análise dos dados..... 158
4.3.1.3.1 Análise empírica..... 159
4.3.1.3.2 Investigação psicométrica..... 159
4.3.2 Resultados 164
4.3.2.1 Análise empírica..... 167
4.3.2.2 Investigação psicométrica..... 171
4.3.2.2.1 Ajuste geral do modelo..... 171
4.3.2.2.2 Modelo de mensuração..... 172
4.3.2.2.3 Modelo estrutural..... 183

4.3.2.2.4 Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce (EAC)..... 185
4.3.3 Discussão..... 187
4.3.4 Conclusão..... 191
5. DISCUSSÃO GERAL..... 193
6. CONCLUSÃO..... 199
Referências 201
Anexo..... 223
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... 224
Apêndices..... 226
Apêndice A – TCLE grupo focal..... 227
Apêndice B – Formulário de julgamento dos peritos..... 229
Apêndice C – TCLE pré-teste..... 242
Apêndice D – Formulário do primeiro pré-teste..... 244
Apêndice E – Formulário do segundo pré-teste..... 255
Apêndice F – Formulário coleta de dados da análise empírica e psicométrica..... 263
Apêndice G – TCLE análise empírica e psicométrica..... 267
Apêndice H – Saída do *Lisrel* para modelo de mensuração da EAC..... 269

APRESENTAÇÃO

Conhecer a imagem corporal de pessoas com deficiência visual é uma temática que tem me inquietado nos últimos seis anos. Desde as minhas primeiras investigações sobre esse tema, realizadas em 2007, em um curso de pós-graduação *stricto sensu,* tenho me preocupado em entender, sobretudo, como uma pessoa que nunca experimentou estímulos visuais de seu próprio corpo organiza estratégias para elaborar a representação mental de sua identidade corporal. Enquanto professora de Educação Física, compreendia a importância que esse conhecimento poderia assumir em minha prática profissional, possibilitando-me subsídios teóricos essenciais para ministrar aulas mais adequadas e representativas para meus alunos que não enxergavam desde idades precoces. Viabilizando, assim, um melhor atendimento a essa população.

A atividade física possui um papel central no desenvolvimento integrado e positivo da imagem corporal. Isso porque, fundamentalmente, ela pode possibilitar ao sujeito o conhecimento mais profundo de suas próprias habilidades corporais, por meio da exploração de novas e diferenciadas sensações e percepções, tornando-se eficaz para ampliar as possibilidades de relação saudável e integrada com o próprio corpo. Conforme destaca Schilder (1999, p. 96), "*Não sentimos tanto nosso corpo quando ele está em repouso; mas o percebemos mais claramente quando se move e quando novas sensações são obtidas no contato com a realidade*." Tendo como enfoque essa questão, sentia necessidade de me aprofundar no tema da imagem corporal de pessoas com cegueira.

No ano de 2008, ingressei no Mestrado na Universidade Federal de Juiz de Fora. A fim de prover o conhecimento mais profundo a respeito da imagem corporal de pessoas com cegueira congênita, meu foco inicial de estudo foi sobre a insatisfação corporal dessa população. Entretanto, para melhor de meu conhecimento, constatei que não havia instrumentos quantitativos válidos e precisos para esse tipo de investigação. Ademais, as pesquisas realizadas nessa área do conhecimento eram e continuam até a atualidade escassas. Foi então necessário criar um instrumento com adequados parâmetros psicométricos para avaliar a insatisfação corporal dessas pessoas, denominado "Escala de Silhuetas Tridimensionais" ou "*Three-dimensional Body Rating Scale*" (MORGADO; FERREIRA, 2010a; MORGADO; FERREIRA 2010b; MORGADO; FERREIRA, 2011; MORGADO et al., 2013).

Com esse instrumento, foi possível disponibilizar ao pesquisador brasileiro uma opção metodológica válida e confiável para investigações consistentes em torno da relação que o sujeito com cegueira congênita estabelece com o próprio corpo. Somado a essa questão, as pesquisas nessa área poderiam ser ampliadas, de modo a tornar o conhecimento mais profundo e consistente, favorecendo, sobretudo, que diferentes profissionais da área da saúde estivessem melhores preparados para um atendimento adequado a população com cegueira congênita.

Embora o avanço na avaliação da imagem corporal de pessoas com cegueira, a pesquisa realizada no Mestrado precisava ter sua continuidade. Considerando a imagem corporal como um constructo complexo e abrangente, tornava-se inviável a utilização de apenas um instrumento de avaliação para o entendimento mais global do constructo. Múltiplas medidas de imagem corporal devem ser utilizadas quando o enfoque da pesquisa é um entendimento mais abrangente (CASH, 2011). Todavia, como empregar múltiplas medidas em uma população para a qual somente um instrumento foi criado e validado?

Em meu doutoramento, essa questão foi cuidadosamente analisada. Em conjunto com minha orientadora, profª Dr.ª Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, constatei a necessidade de que outras medidas de avaliação da imagem corporal para pessoas com cegueira fossem criadas e validadas. Desse modo, meu enfoque nesta pesquisa de doutorado foi sobre outro importante elemento da imagem corporal, denominado autoaceitação. Com o intuito de ampliar as possibilidades de avaliar a imagem corporal de pessoas com cegueira, criamos e verificamos as qualidades psicométricas de uma escala específica para avaliar a autoaceitação em pessoas que não enxergam desde idades precoces, denominada “Escala de Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce”.

Espero que, em conjunto com a Escala de Silhuetas Tridimensionais, a medida criada neste estudo possa fomentar o interesse de pesquisadores e estudiosos a respeito da imagem corporal de pessoas com cegueira, de modo que investigações sistemáticas sejam realizadas nesta área, ampliando o conhecimento a respeito dessa importante temática. De fato, incluir a população com deficiência visual nos estudos sobre imagem corporal é uma atividade de suma importância, por tornar possível intervenções mais adequadas e consistentes, favorecendo benefícios a esta população. Esta inclusão tem sido, portanto, meu maior desafio nos últimos seis anos.

1 INTRODUÇÃO

A deficiência visual é uma das mais prevalentes deficiências no mundo (CONGDON, FRIEDMAN, LIETMAN, 2003). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, em 2010, 285 milhões de pessoas da população mundial apresentavam deficiência visual sendo que, aproximadamente, 90% delas viviam em países em desenvolvimento. Dessas pessoas, 39 milhões eram cegas e 246 milhões possuíam baixa visão[1] (WHO, 2011b). As causas de deficiência visual mais comumente observadas são erros refrativos não corrigidos (42%), catarata (33%), glaucoma (2%), degeneração macular relacionada a idade (1%), retinopatia diabética (1%), tracoma (1%), opacidades na córnea (1%), alterações visuais na infância (1%,) e indeterminada (18%). Em conjunto, essas causas têm sido associadas a fatores nutricionais, infecciosos e ausência de tecnologia especializada para terapia e prevenção (WHO, 2012). Os índices de cegueira no mundo, de acordo com Foster, Resnikoff (2005), tendem a crescer consideravelmente, podendo chegar a 76 milhões de pessoas cegas em 2020.

No Brasil, a deficiência visual é apontada como a mais incidente das deficiências. Dados do último censo realizado em 2010 apontam que 45.606.048 milhões de pessoas (23,9% da população) declararam possuir algum tipo de deficiência. A deficiência visual foi aquela mais comum tanto em mulheres (21,4%), quanto em homens (16%), seguida da deficiência motora (8,5% em mulheres e 5,3% em homens), deficiência auditiva (4,9% em mulheres e 5,3% em homens), e deficiência mental ou intelectual (1,2% em mulheres e 1,5% em homens). Dentre as 35.774.392 pessoas com deficiência visual, 81,7% (29.227.678) declararam possuir alguma dificuldade para enxergar, 16,9% (6.045.872) declararam possuir grande dificuldade para enxergar e 1,4% (500.841) declararam não conseguir enxergar de modo algum (IBGE, 2010). As causas principais de deficiência visual observadas por Haddad et al. (2007), em uma população de crianças da cidade de São Paulo, são a toxoplasmose (20,7%), as distrofias retinianas (12,2%), a retinopatia da prematuridade (11,8%), as malformações oculares (11,6%), o glaucoma congênito (10,8%), a atrofia óptica (9,7%) e a catarata congênita (7,1%).

Diferentes tipos de conceitos classificam a deficiência visual, podendo variar de acordo com parâmetros esportivos, educacionais, médicos ou legais. Neste estudo, a deficiência

[1] Informações coletadas a partir de 53 surveys originários de 39 países distribuídos em seis regiões distintas: Africa, America, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental.

visual é conceituada de acordo com informações da Organização Mundial de Saúde, a qual considera que esse tipo de deficiência inclui tanto a baixa visão como a cegueira. A baixa visão é definida 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. As pessoas com baixa visão são capazes de usar potencialmente a visão para planejar e/ou executar tarefas. A cegueira é definida como a acuidade visual menor do que 3/60, ou um campo visual menor do que 10 graus, no olho de melhor visão com a melhor correção óptica possível. Essa definição não marca diferença entre pessoas com cegueira "irreversível" (nenhuma percepção da luz) e aquelas que têm acuidade visual menor do que 3/60 no olho de melhor visão (RESNIKOFF et al., 2002; WHO, 2011a).

Na classificação da cegueira, há ainda a distinção entre congênita – por vezes considerada precoce – e adquirida – também tomada como tardia. Sobre essa questão, a literatura é contraditória. Alguns estudiosos sugerem que a cegueira congênita se manifesta no nascimento ou logo depois dele, enquanto a adquirida acomete o indivíduo depois do primeiro ano de vida (BAZON, MASINI, 2008; HALL et al., 2000; JIANG, et al., 2009; LIU, et al., 2007; WAN, et al., 2010). Outros consideram as idades de 2 anos (ASHIKALI, DITTMAR, 2010), 3 anos (BAILES, LAMBERT, 1986; BURTON et al., 2002a), 5 anos (BURTON, et al., 2002b; COLE, TABOROFF, 1954, NUNES, LOMÔNACO, 2010; WITTENBERG, et al., 2004), 6 anos (BOVEN, et al., 2000; HALL, 1981), 5 a 7 anos (BÉRTOLO, et al., 2003), 9 anos (BEDNY, et al., 2010; BEDNY et al., 2012; RUOTOLO, et al., 2012) ou 14 anos (VOSS, et al., 2008) como parâmetro para diferenciar a cegueira congênita ou adquirida.

A discussão central a respeito da idade que define o tipo de cegueira tem sido focalizada em torno de três questões principais: (1) capacidade do sujeito em reter memória visual; (2) capacidade de organizar novas e variadas informações em torno de suas experiências visuais do passado e (3) suscetibilidade para reorganização de estruturas corticais. Considerando que essas nuances variam amplamente entre sujeitos, justifica-se a incongruência nas definições a respeito da idade como parâmetro para definição da cegueira congênita/precoce e adquirida/tardia.

Ao considerarmos tanto o conceito de deficiência visual quanto sua classificação, é fundamental ponderarmos a heterogeneidade da população com cegueira. De acordo com Nunes e Lomônaco (2010, p.56), "*A ausência da visão é um fenômeno complexo e diverso. As causas da*

deficiência, o momento e a forma da perda visual (progressiva ou repentina), o contexto psicológico, familiar e social influenciam o modo como a pessoa vive sua condição de cegueira." Nesse sentido, o desenvolvimento de cada sujeito torna-se um fenômeno peculiar. Entretanto, considerando a idade do estabelecimento da cegueira, ainda que não seja possível fazer generalizações, visto que cada sujeito possui um modo particular de acolher suas experiências na sua relação com o mundo, algumas diferenças marcantes tem sido observadas entre pessoas com cegueira congênita e adquirida, o que revela que o momento da limitação visual é uma questão essencial em pesquisas realizadas com essa população.

Cole e Taboroff (1954) destacam que a constituição mental de pessoas com cegueira congênita pode ser essencialmente diferente daquela formada por pessoas com cegueira adquirida. Uma dessas diferenças, na opinião de Monegato, et al. (2007), está relacionada à plasticidade cerebral. Esse fenômeno trata-se de uma reorganização cortical frente à ausência da visão. Ou seja, quando a cegueira se estabelece, as áreas corticais que são usualmente ativadas para processar a informação visual são recrutadas para elaborar estímulos provindos de outros canais sensórios. A extensão desse fenômeno está relacionada ao tempo do estabelecimento da cegueira. O referido mecanismo compensatório tende a ser mais robusto em pessoas com cegueira congênita do que naquelas com adquirida. Essa constatação é atribuída ao fato de que o primeiro grupo, normalmente, possui um período maior para se ajustar a ausência do estímulo visual do que aqueles sujeitos com cegueira adquirida.

Shulman (1986) sugere que a ausência da visão desde idades muito precoces pode favorecer o aparecimento de alterações em diferentes aspectos do desenvolvimento, por exemplo, comprometimento nas relações humanas, na representação da permanência do objeto e na autorrepresentação. Todavia, quando a cegueira é adquirida em fases mais tardias da vida, essa tendência não ocorre, visto que é possível fazer uso da visão durante parte do desenvolvimento, contribuindo para o desenvolvimento integrado dos aspectos mencionados. Embora a cegueira adquirida possibilite ao sujeito um maior tempo para uso da visão, outras questões cruciais emergem. De acordo com o autor, as reações das pessoas à cegueira adquirida podem ser de conflito, inconformismo ou revolta.

De fato, tem sido afirmado que a cegueira adquirida pode ser traumática, por romper com padrões já estabelecidos de mobilidade, comunicação, de relações com os objetos e com atitudes relacionadas à imagem corporal. Como qualquer perda significante, a cegueira adquirida

pode provocar reação de choque, negação, ansiedade, raiva, dependência e luto na vida do sujeito. Ademais, se a cegueira for súbita, a pessoa não tem oportunidade de se preparar para a nova situação, sendo comum, ao sujeito acometido, reação imediata de choque. Ele pode se sentir fora da realidade, com sua afetividade abalada, demonstrando ansiedade e raiva contra si mesmo e contra os outros, atitudes adotadas como um mecanismo de defesa contra a nova situação (BLANK, 1973; KEEGAN, ASH, GREENOUGH, 1976; SCHINAZI, 2007).

Portanto, enquanto a cegueira adquirida pode desencadear manifestações afetivas graves, a cegueira congênita caminha em um sentido mais brando. De acordo com Blank (1973), na manifestação congênita, o desenvolvimento do ego tende a seguir seu curso natural, por meio de uma adaptação à ausência do estímulo visual e da utilização sensória de outros estímulos, como o tátil e auditivo. Schinazi (2007) destaca que, por um lado, a cegueira adquirida é frequentemente acompanhada por surpresa, que requer certo período de adaptação. Por outro, a cegueira congênita proporciona uma adaptação quase que automática à condição. Nesse contexto, de acordo com o autor, é comum observar que alguns sujeitos com cegueira congênita se consideram sortudos por terem nascidos cegos, ao invés de perderem a visão ao longo da vida. Para essas pessoas, não há a sensação de perda, já que elas nunca tiveram a ideia do que realmente significa ver.

Considerando os apontamentos da literatura que preconizam diferenças importante no desenvolvimento da identidade de pessoas com deficiência visual, torna-se crucial considerar a idade do estabelecimento da cegueira nos estudos sobre imagem corporal.

Neste estudo, optamos por trabalhar com pessoas com cegueira congênita (nasce com a deficiência ou a manifesta antes do primeiro ano de idade) ou precoce (manifesta a deficiência entre o primeiro ano até antes dos 9 anos de idade). Dada a já mencionada contradição na literatura a respeito da idade que define a manifestação congênita e/ou precoce, adquirida e/ou tardia, assumimos a definição que melhor se adequava a investigações na área da imagem corporal. A idade de 9 anos como marco do início da cegueira adquirida tem sido utilizada em estudos prévios que exploraram diferentes aspectos das experiências corporais dessas pessoas, concluindo que a idade do estabelecimento da cegueira possui implicações na construção de imagens mentais (RUOTOLO, et al., 2012), na percepção do movimento a partir da resposta visual, tátil ou auditiva (BEDNY, et al., 2010) e na organização cortical para o desenvolvimento da linguagem (BEDNY et al., 2012), o que suporta nossa opção a respeito dessa questão.

Vale destacar que, embora a população com cegueira represente uma minoria (1,4%) das pessoas com deficiência visual, sendo que a população com manifestação congênita ou precoce parece ser minoritária dentro dessa população[2], acreditamos que as considerações que podem emergir de pesquisas sobre a imagem corporal realizadas com essas pessoas podem suscitar questões da mais profunda abrangência e importância. Isso porque os estudos nessa área podem contribuir para o entendimento mais consistente a respeito do papel das informações sensórias, imagens mentais, relações sociais e dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da imagem corporal. Nesse sentido, consideramos de importância central que investigações com pessoas com cegueira na infância precoce sejam desenvolvidas

A imagem corporal é a representação mental da identidade corporal. Esse constructo pode ser compreendido como um fenômeno multifacetado, dinâmico e singular, estruturado por meio de uma complexa associação de informações relacionadas à natureza das experiências corporais (SCHILDER, 1999; SHONTZ, 1990; TAVARES, 2003). Suas características podem ser tanto positivas, englobando *aceitação,* opiniões favoráveis sobre o corpo, respeito para o corpo e proteção do mesmo, quanto negativas, incluindo afetos negativos como raiva e depressão, insatisfação corporal e preocupação excessiva com o corpo (TYLKA, 2011). Ainda que a imagem corporal seja um elemento de fundamental relevância para o desenvolvimento positivo e integrado da identidade corporal, investigações nessa área com pessoas com cegueira congênita ou precoce são restritas.

Dentre os poucos estudos encontrados, alguns têm explorado alterações na percepção da forma e da dimensão corporal de sujeitos com anorexia nervosa ou bulimia nervosa (FERNÁNDEZ-ARANDA, et al. 2006; McFARLANE, 1989; SHARP, 1993; TOUYZ et al., 1988; VANDEREYCKEN, 1986; YAGER, HATTON, MA, 1986); outros têm investigado a representação do corpo por meio de desenhos, de escalas de autoconceito, escalas de autoestima ou por sessões de psicoterapia (KINSBOURNE; LEMPERT, 1980; LEV-WIESEL, AHARONI, BAR-DAVID, 2002; PIERCE, WARDLE, 1996; RESNICK, 1983; SHULMAN, 1986) e

[2] Embora não tenhamos dados precisos a esse respeito, informações do último censo apontam que, das pessoas entre 0 a 14 anos que declaram possuir algum tipo de deficiência, 5,3% possuem deficiência visual; entre 15 a 64 anos; 20,1% possuem deficiência visual e com 65 anos ou mais, 49,8% possuem a deficiência visual (IBGE, 2010). Percebe-se que a menor parte dos deficientes visuais encontra-se na infância o que nos possibilita inferir que a cegueira congênita ou precoce é uma minoria se comparada aquela adquirida.

investigações acerca da insatisfação corporal (ASHIKALI, DITTMAR, 2010; BAKER, SIVYER, TOWELL, 1998; MORGADO, FERREIRA, 2010b, MORGADO et al., 2013). Há ainda investigações que exploraram a experiência corporal (BULLINGTON, KARLSSON, 1997; KAPLAN-MYRTH, 2000) e a representação neural de autoconceito (MA, HAN, 2011).

Uma análise dos resultados encontrados por essas pesquisas nos permite observar que, além da maior parte dos estudos priorizarem investigações sobre alterações perceptivas no desenvolvimento de transtorno alimentar, são restritas as investigações que preconizam os aspectos positivos da imagem corporal, como a autoaceitação.

Considerada um mecanismo psicológico central para o quadro de imagem corporal positiva (SMITH-JACKSON, REEL, THACKERAY, 2011, POTOCKA, TURCZYN, KIEC, 2008; WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010) bem como para o desenvolvimento do bem estar psicológico (RYFF, SINGER, 2008), a autoaceitação é a aceitação de si mesmo da maneira que se é, por meio do reconhecimento tanto das próprias características consideradas positivas, quanto das negativas e, ao mesmo tempo, por meio da valorização daquelas características consideradas positivas. No quadro de autoaceitação, a pessoa tende a desenvolver pensamentos bons e positivos a respeito de si mesma, demonstrando um amor incondicional sobre o próprio ser (CEYHAN, CEYHAN, 2011; CHAMBERLAIN, HAAGA, 2001; RYFF, SINGER, 2008; SHEERER, 1949). Preconiza-se que elevados níveis de autoaceitação contribuem para o desenvolvimento integrado da imagem corporal, na medida em que permite ao sujeito vivenciar seu corpo como algo positivo e capaz de suscitar agradáveis sensações (BESTEIRO, et al., 2009).

Apesar de ser apontada como um constructo de tamanha relevância para o desenvolvimento biopsicossocial do sujeito (BESTEIRO, et al., 2009), há uma lacuna de investigações acerca da autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce. Uma possível explicação para a escassez de investigações nessa área pode residir no fato de que, para o melhor de nosso conhecimento, não há, tanto no contexto nacional quanto no internacional, instrumentos válidos e precisos para esse tipo de investigação. O único instrumento organizado especificamente para adultos chineses com deficiência visual adquirida, incluindo baixa visão, com adequados parâmetros de validade e confiabilidade, é a subscala para avaliação da autoaceitação, incluída no "*Psychosocial Adaptation Questionnaire*", proposto por Zhang e Wang (2011). De acordo com os autores, o objetivo do questionário é avaliar o impacto da

deficiência visual na adaptação psicossocial de pessoas acometidas pela deficiência. A autoaceitação é um dos fatores da escala e é composta por seis itens. Entretanto, na análise dos itens (por exemplo: "*Depois de ficar deficiente visual, eu frequentemente quero chorar*" ou "*Depois de ficar deficiente visual, eu repetidamente me pergunto por que eu tenho essa doença*"), percebe-se que os mesmos não se adequam ao público com cegueira congênita. Maiores informações sobre o questionário podem ser encontradas no quadro teórico deste estudo.

A escassez de opções metodológicas para avaliar a autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce dificulta o avanço de estudos nessa área, consequentemente, limita ações robustas de intervenções que poderiam trazer melhorias no atendimento a essas pessoas. Esse fato configura-se, portanto, como o problema central desta pesquisa.

1.1 Justificativa

Nas últimas décadas, o observado avanço nas pesquisas em imagem corporal marca o desenvolvimento de novas medidas desse constructo. Especialmente, entre mulheres e meninas e, mais recentemente, entre homens e meninos, tem sido observado um crescimento do número de instrumentos de avaliação da imagem corporal. Todavia, o pesquisador da área deve se atentar ao fato de que o valor científico das pesquisas em imagem corporal está diretamente associado com a qualidade dos instrumentos de medida desse constructo. É essencial escolher o instrumento mais apropriado para o trabalho científico, que possa assegurar qualidade nas investigações. Em situações em que não existem instrumentos adequados, é fundamental a criação de novas medidas (CASH, 2011).

No caso da notada escassez de instrumentos metodológicos para avaliar a autoaceitação em pessoas com cegueira congênita ou precoce, é necessário criar e verificar as qualidades psicométricas de uma nova medida. Dado que a autoaceitação tem sido positivamente associada a diferentes aspectos positivos, tais como: elevada autoestima, satisfação interpessoal, regulação de afeto e outros correlatos da saúde mental e negativamente associada à diferentes psicopatologias, tais como depressão e ansiedade, além de ser considerada um elemento central na terapia e prevenção de transtornos alimentares e obesidade (WILLIAMS, LYNN, 2011),

investigar as características desse constructo com um instrumento específico de autoaceitação para a população com cegueira congênita ou precoce torna-se uma atividade essencial.

A nova medida proposta nesta pesquisa poderia contribuir para estudos sistemáticos, cuja importância estaria em possibilitar nosso entendimento mais aprofundado sobre os fatores potenciais do desenvolvimento e manutenção da autoaceitação na população com cegueira congênita ou precoce, que facilitam ou impedem mudança pessoal. Poderia também possibilitar conhecer a natureza, extensão e determinantes de diferenças individuais no quadro de autoaceitação. Poderia ainda permitir a diferentes profissionais da área da saúde, dentre eles professores de Educação Física, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, entre outros, acompanhar o impacto de sua intervenção na autoaceitação de seus alunos/pacientes com cegueira congênita ou precoce, ajustando-a e adequando-a, de modo a torná-la mais consistente e eficaz.

De acordo com Besteiro et al. (2009), as intervenções dirigidas com enfoque na autoaceitação são fundamentais para que a pessoa desenvolva todas suas potencialidades, permitindo-se ser quem realmente é, em vez de querer ser o que os outros esperam que ela seja. Williams e Lynn (2011) complementam que as intervenções baseadas na autoaceitação têm apresentado bons resultados no tratamento de uma larga variedade de transtornos, tais como, transtornos mentais, transtornos alimentares, discórdia marital, entre outros. Especificamente, para pessoas com deficiência, Brillhart (1986) explica que a autoaceitação é um elemento essencial para a vida. Isso porque a autoaceitação pode capacitar o indivíduo deficiente a viver de maneira plena e integrada, sendo capaz de enfrentar possíveis dificuldades oriundas de seu contexto biopsicossocial. É uma maneira de fomentar o autovalor, em detrimento de possíveis limitações do quadro de deficiência, tornando essenciais as intervenções dirigidas nesse contexto.

Especificamente, intervenções adotadas por profissionais de Educação Física possuem especial relevância. Isso porque a prática de atividade física tem sido apontada por diferentes autores (CRONE, SMITH, GOUGH, 2005; NEUMARK-SZTAINER, et al., 2003) como uma importante precursora da autoaceitação. De acordo com eles, a atividade física realizada com enfoque no bem estar contribui profundamente para fornecer ao sujeito suporte necessário para que eles se sintam confiantes a respeito de si mesmo, além de possibilitar-lhes agradáveis sensações de conforto em relação as próprias características e de crença nas próprias capacidades, importantes para o quadro de autoaceitação. Nesse sentido, a nova medida proposta

neste estudo poderia possuir especial importância aos profissionais de Educação Física, seja no contexto escolar, esportivo, em centros de reabilitação, instituições de atendimento, academias ou clubes, para que lhes fosse possível ajustar suas intervenções com enfoque na autoaceitação de seus alunos com cegueira congênita ou precoce, trazendo benefícios significantes para essa população.

Em complemento, a nova medida poderia ter importância principal em possibilitar tanto comparação entre grupos e indivíduos, como estudos epidemiológicos e transculturais, os quais seriam limitados se métodos exclusivamente qualitativos de investigação fossem utilizados. Embora os métodos qualitativos utilizados nesse campo de investigação são de suma importância, na medida em que são considerados sensíveis às diferentes singularidades relacionadas às experiências corporais das pessoas com deficiência visual, "*Medidas quantitativas (incluindo escalas padronizadas) oferecem os benefícios de rigor estatístico e fácil comparação...*" (RUMSEY, 2004, p. 436). Desse modo, a relevância deste estudo estaria em preencher a atual lacuna na literatura a respeito de um instrumento específico para avaliar a autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce, tornando possível que investigações quantitativas sejam realizadas nessa área.

Finalmente, outra relevância deste estudo é fomentar investigações futuras com outros diferentes grupos de deficientes visuais. Incluir, expressivamente, a população com deficiência visual e, nesse caso específico, com cegueira congênita ou precoce nos estudos sobre imagem corporal tem sido o nosso maior desafio.

1.2 Estrutura da Tese

Com o intuito de ampliar as possibilidades de avaliação da autoaceitação em pessoas com cegueira congênita ou precoce, por meio do desenvolvimento e investigação das qualidades psicométricas de uma escala específica para essa finalidade, esta tese foi estruturada em seis capítulos. No primeiro, como já demonstrado, foi apresentada a introdução, incluindo a problematização e a justificativa.

O segundo capítulo constou do quadro teórico, no qual foram apresentados dois subcapítulos: (1) Definição do constructo e (2) Desenvolvimento de escalas de medida. A definição do constructo foi organizada com o intuito de apresentar o modo como o constructo "autoaceitação" é tomado nesta pesquisa. Esse subcapítulo foi apresentado em cinco tópicos: (1) *Construção teórica do conceito da deficiência: perspectivas médica, social e biopsicossocial* - fundamentou o modelo teórico de deficiência que suporta esta pesquisa; (2) *Aspectos biopsicosociais da cegueira congênita ou precoce* - descreveu as principais características do desenvolvimento na cegueira congênita ou precoce; (3) *Imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce* - revelou os principais apontamentos realizados sobre cegueira congênita ou precoce e imagem corporal; (4) *Autoaceitação* – abordou o conceito, elementos e características da autoaceitação, operacionalizando teoricamente o constructo; (5) *Escalas de medida de autoaceitação* – descreveu as escalas existentes para avaliar a autoaceitação tanto na população geral, quanto naquela com deficiência visual. O desenvolvimento de escalas de medida, segundo subcapítulo, foi elaborado com a finalidade de apresentar as diretrizes teóricas e metodológicas necessárias para a criação de escalas, contribuindo para o maior rigor metodológico desta pesquisa. Esse subcapítulo foi constituído de cinco tópicos: (1) *Fundamentos teóricos* – elucidou os fundamentos teóricos a respeito do desenvolvimento de medidas, bem como a evolução histórica desse tema; (2) *Geração dos itens: primeira fase* – abordou os procedimentos necessários para a criação dos itens; (3) *Análise teórica dos itens: segunda fase* – descreveu as diretrizes metodológicas para a análise teórica dos itens; (4) *Análise empírica dos itens: terceira fase* – descreveu os procedimentos para análise empírica; e (5) *Investigação psicométrica: quarta fase* – explicou como investigar validade e confiabilidade da nova escala.

O terceiro capítulo apresentou os objetivos desta pesquisa, subdivididos em objetivo geral e objetivos específicos. No capítulo seguinte, foram explicados os três estudos que compuseram esta pesquisa: (1) *Estudo 1: geração dos itens;* (2) *Estudo 2: análise teórica dos itens; e* (3) *Estudo 3: análise empírica e investigação psicométrica*. Para cada um desses estudos, detalhamos o objetivo, os métodos, os resultados, a discussão e a conclusão. Considerando que todos esses procedimentos foram distintos em cada estudo, justifica-se a necessidade de separá-los em subcapítulos. No quinto capítulo, discutimos os resultados encontrados na tese como um todo e, no sexto e último, apresentamos nossas conclusões.

2 QUADRO TEÓRICO

Nesta seção, serão apresentados dois subcapítulos, os quais incluem a definição do constructo e o desenvolvimento de escalas de medida.

2.1 Definição do constructo

Em pesquisas sobre imagem corporal, é fundamental que o pesquisador adote uma concepção abrangente a respeito da população sobre seu enfoque, a qual englobe aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, considerando a importância de operacionalizar teoricamente nosso principal objeto de estudo – autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce -, torna-se fundamental entender, em um primeiro momento, sob quais perspectivas teóricas consideramos o conceito de deficiência. Em complemento, é importante conhecer os aspectos biopsicosociais que circundam as pessoas com cegueira na infância. Esse conhecimento poderá servir como suporte à compreensão mais consistente da imagem corporal dessas pessoas. Todo esse arcabouço teórico será um ponto de partida essencial para a contextualização do conceito, elementos e características da autoaceitação, bem como dos instrumentos de avaliação que tem sido utilizados nesse contexto. Esse é o nosso objetivo com a apresentação deste subcapítulo.

2.1.1 Construção teórica do conceito da deficiência: perspectivas médica, social e biopsicossocial.

Mudanças históricas na sociedade têm marcado a forma com que a deficiência tem sido reconhecida. Como resultado, diferentes paradigmas têm proposto construir, teoricamente, a definição da deficiência. Os referidos paradigmas não se sucedem uns aos outros, ao contrário,

eles coexistem com perspectivas diferenciadas, uma vez que possuem modos diferentes de conceber, nomear e qualificar as pessoas com deficiência (GZIL, et al., 2007). Dentre os modelos teóricos da deficiência disponíveis, três são comumente mais preconizados na literatura, os modelos médico, social e biopsicossocial.

O modelo médico é o mais tradicional e teve sua maior notoriedade até a segunda metade da década de 1990. Nesse modelo, a deficiência é definida como um desvio observável, resultante de normas biomédicas da estrutura ou função, que resulta diretamente de uma doença, um trauma ou outra condição desviante do organismo. Acredita-se que as pessoas com deficiência são resultado de suas limitações físicas, mentais e/ou sensoriais e são independentes de seu ambiente sociocultural. Esse modelo possui como principal objetivo a cura da deficiência, sobretudo, com a ajuda de suporte médico e tecnológico (BICKENBACH et al., 1999; BRITTAIN, 2004; GZIL, et al., 2007).

De acordo com Gzil et al. (2007), o modelo médico corresponde a definições do *International Classification of Diseases (ICD),* que compreende a deficiência por meio de um modelo unicausal baseado na doença. Para os autores, a influência desse enfoque tem fornecido o principal suporte para algumas correntes atuais que preconizam a prevenção biológica ou genética da deficiência. Embora ainda hegemônico, de acordo com Bickenbach et al. (1999), o modelo médico sofreu duras críticas, na medida em que reduzia a deficiência somente a limitação física, cognitiva ou sensorial, rejeitando seu caráter complexo, estruturado também no contexto das relações sociais. Ante a essa questão, um outro modelo foi criado, o modelo social da deficiência.

No modelo social, a deficiência é assumida como uma construção social. Tendo seus primeiros indícios na década de 60, no Reino Unido, esse modelo surgiu como uma alternativa ao modelo médico, preconizando, sobretudo, que a pessoa com deficiência não é um indivíduo isolado, mas atuante em um contexto social. Desse modo, a deficiência é conceituada com base em normas sociais, culturais, econômicas e com base em percepções e estereótipos da sociedade a respeito da deficiência (DUFF, FERGUSON, GILMORE, 2007; GZIL, et al., 2007; SAHIN, AKYOL, 2010). De acordo com Bampi, Guillhem e Alves (2010, p.3):

> A ideia básica do modelo social é que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas uma questão da vida em sociedade, o que transfere

> a responsabilidade pelas desvantagens das limitações corporais do indivíduo para a incapacidade da sociedade em prever e se ajustar à diversidade.

Bampi, Guillhem e Alves (2010) argumentam que o modelo social acarretou para a deficiência uma nova concepção, na qual ela deixa de ser um problema isolado e trágico, que acomete alguns indivíduos menos afortunados, para os quais a única resposta social apropriada é o tratamento médico, como defendido pelo modelo médico. Ao contrário, no modelo social, a deficiência deve ser abordada como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social, para a qual a resposta apropriada é a ação política. Bickenbach et al. (1999) complementam que a concepção desse modelo social é incorporada no instrumento classificatório internacional denominado *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), utilizado tanto para fins de pesquisa quanto para outros usos de ordem política e social.

Embora os modelos médico e social da deficiência sejam os mais frequentemente abordados, alguns estudiosos consideram ainda o modelo biopsicossocial da deficiência. Esse modelo reflete a integração entre o modelo médico e o social. Sua concepção aborda a deficiência como uma relação dialética entre as características intrínsecas do indivíduo e as concepções sociais, ou seja, a deficiência denota um fenômeno multidimensional, resultante da interação entre pessoas de seu ambiente físico e social. Desse modo, a deficiência é simultaneamente construída no corpo e nas relações sociais. O *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* é o instrumento responsável por classificar a deficiência na referida perspectiva biopsicossocial, incorporando componentes da saúde no contexto corporal e social (BICKENBACH et al., 1999; JENKS, 2005).

Por sua característica complexa e abrangente, o modelo biopsicossocial será aquele adotado neste estudo para as discussões a respeito da deficiência. Nesse modelo, é importante destacar que diferentes pesquisadores concordam que as pessoas experienciam suas deficiências no contexto de suas interações sociais, onde, normalmente, são alvos de estigmas sociais que as classificam negativamente de acordo com suas características (BRITTAIN, 2004; HUGHES, 1999; LOBIANCO, SHEPPARD-JONES, 2007; SAHIN, AKYOL, 2010; TRIPP, 1997; WATSON, 2002).

Conforme esclarece Goffman (1963), estigma é qualquer atributo pessoal negativo colocado sobre uma pessoa ou um grupo de pessoas. Scambler (2009) detalha que o estigma é tipicamente um processo social caracterizado por exclusão, rejeição ou desvalorização, que

resulta da experiência, percepção ou antecipação de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou um grupo. Esse julgamento é, normalmente, estabelecido pelo outro dito "normal" com base em características observáveis do deficiente. Wood e Ward (2010) explicam que o estigma pode variar de acordo com seu tipo, em: (1) *estigma corporal* - de natureza fundamentalmente física que inclui a deficiência; (2) *estigma de caráter* - inclui qualquer outra natureza não física e (3) *estigma de grupo* - associação com grupos tidos como fora do normal, como minorias religiosas ou grupos étnicos. Para os autores, as pessoas que sofrem estigmas podem apresentar um quadro de profundo sofrimento social e pessoal.

A respeito da deficiência, Tripp (1997) reporta a existência de valores negativos colocados sobre essa característica, com estigmas que demonstram discriminação, evitação e exclusão social. Para o autor, tais estigmas podem restringir as relações do indivíduo deficiente no seu contexto social, colocando-o em desvantagem em sua vida. No mesmo sentido, Hughes (1999) considera que os estigmas têm sido relacionados à invalidação e desfiguração do sujeito deficiente. No estudo realizado pelo autor, foi reportada a existência de uma "tirania da perfeição", largamente aceita como o principal ideal estético, onde a beleza é sinônimo de moralidade e validação. Por conseguinte, o sujeito deficiente é hierarquicamente categorizado na posição de inválido, desfigurado e anormal, em níveis inferiores aos das pessoas ditas "normais". Watson (2002, p.512) chama atenção que "*As pessoas com deficiência compartilham um importante atributo; elas são todas feitas sujeito de opressão*". Para o autor, as pessoas com deficiência experimentam diariamente práticas sociais opressivas oriundas de estigmas preconceituosos.

Um problema comum que tem sido observado é que a fonte de estigmas sociais sobre a deficiência pode ser de pessoas muito próximas, como amigos e familiares. Brittain (2004) entrevistou 12 atletas paraolímpicos com deficiência, buscando investigar suas percepções sobre como a sociedade concebe a deficiência. O relato dos participantes mostrou que a família e os amigos, frequentemente, os tratavam como seres incapazes de realizar tarefas simples do cotidiano. Para o autor, os deficientes são normalmente identificados, julgados e representados primeiramente por meio de seus corpos, considerados imperfeitos, incompletos e inadequados. A deficiência é comumente relacionada a objeto de pena, caridade, desvio, dependência ou outros atributos pejorativos negativos. O autor concluiu que a deficiência, por si só, pode se tornar a característica dominante da identidade social da pessoa que possui alguma deficiência.

Outro problema frequentemente notado é que os estigmas sociais podem apresentar impacto negativo sobre aspectos da identidade. No estudo de Brittain (2004), analisou-se o impacto da percepção social da deficiência na vida do sujeito com deficiência e descobriu-se que as concepções sociais estigmatizantes e discriminatórias podem impactar negativamente a imagem corporal, na medida em que o sujeito pode considerar a deficiência sua característica mais marcante na estruturação de sua imagem corporal, sob uma perspectiva negativa. Em adição, quando constantemente confrontadas com impressões negativas sobre suas habilidades, as pessoas com deficiência sofrem de baixa autoestima, depressão e medo de falhar.

Galvin (2005) analisou a formação da identidade em um grupo de 92 pessoas com deficiência e constatou que três áreas da vida dessas pessoas – independência, trabalho e sexualidade/aparência – foram impactadas negativamente pelas atitudes preconceituosas dos outros em relação à deficiência. Foi observado que os participantes que se apresentavam mais dependentes de outra pessoa para atender suas necessidades básicas experimentavam grandes doses de vergonha e frustração. Aqueles que não conseguiam trabalho por questões discriminatórias demonstravam sofrimento e sentimentos de inutilidade e desvalorização pela perda ou falta de uma identidade profissional. Finalmente, aqueles que se sentiam frequentemente oprimidos por estereótipos culturais do que é fisicamente desejável demonstraram atitudes negativas em relação a sua aparência e sexualidade.

Galvin (2005) encontrou ainda que os sentimentos mais comuns dos participantes frente a algum tipo de preconceito ou atitude discriminatória são de raiva, mágoa e desvalorização. De acordo com o autor, na maioria dos casos, as reações das pessoas com deficiência mudam ao longo do tempo, como parte de uma trajetória de transformação da identidade. Nos estágios mais precoces da deficiência, as atitudes dos outros têm um impacto maior sobre a identidade, por impor um diminuído senso do *self*. Entretanto, quando a pessoa vive com a deficiência por muitos anos, ela aprende a redefinir a si própria em um caminho mais positivo.

Embora Brittain (2004) e Galvin (2005) concordem que as características sociais estigmatizantes influenciam negativamente a formação da identidade das pessoas com deficiência, não há consenso na literatura a esse respeito. Watson (2002) investigou o senso próprio de identidade em um grupo de 14 pessoas com deficiência e descobriu que a maioria dos participantes não se considera deficiente. Ainda que todos os participantes descreveram

experiências de discriminação pelas suas deficiências, a maioria deles não construiu seu senso de identidade baseado na deficiência, ou seja, a condição de deficiente não foi uma determinante essencial na representação da identidade. Ao contrário, para a maioria dos participantes, ter uma deficiência é parte da experiência diária, sendo um fato normal da vida, ou seja, a deficiência é parte do ser, da existência ontológica.

Ante essas constatações, pode-se observar que características individuais diferenciam grupos de maior e menor vulnerabilidade aos estigmas sociais. As experiências singulares da vida de cada pessoa e a maneira como cada indivíduo vivencia sua deficiência podem diminuir ou anular o impacto negativo dos julgamentos depreciativos da sociedade, fazendo com que algumas pessoas com deficiência sejam mais vulneráveis aos estigmas sociais enquanto outras não.

As discussões acerca da deficiência em uma perspectiva biopsicossocial se estendem ao grupo de deficientes visuais. As implicações de estigmas sociais na vida do indivíduo foi focalizado por Fries (1930), um autor que declarou ser cego e relatou suas próprias experiências de viver na cegueira. De acordo com ele, as atitudes discriminatórias da sociedade, normalmente baseadas em sentimentos de compaixão e caridade, podem possuir um impacto negativo sobre o sujeito com cegueira, dificultando-lhe explorar suas próprias capacidades no trabalho e na vida. Como resultado, é possível ao sujeito apresentar diminuto contato social, complexo de inferioridade e introspecção. Não obstante, o autor enfatizou que características pessoais são determinantes para superar esse quadro, sendo que os indivíduos que se recusam a se sentirem diminuídos estabelecem uma batalha para serem reconhecidos no mercado de trabalho e, comumente, podem alcançar sucesso.

De modo semelhante, Foley e Chowdhury (2007) encontraram que as pessoas com cegueira podem apresentar dificuldades de acesso a serviços formais, sendo que tais dificuldades não seriam reflexo do nível da deficiência, mas reflexo da exclusão social e de estigmas que são culturalmente atribuídos à deficiência. Na pesquisa realizada pelos autores, os participantes com cegueira relataram, frequentemente, histórias de discriminação devido a estigmas relacionados à sua deficiência visual. Foi encontrado que em serviços formais, como na indústria agrícola, o status de cegueira dificulta a conquista de um emprego e, em outras áreas como no comércio, o estabelecimento da cegueira resulta em baixos salários e questionável competência profissional. No mesmo sentido, Tunde-Ayinmode, Akande, Ademola-Popoola (2011) reportaram que as pessoas cegas encontram diferentes desafios sociais, que incluem as áreas de mobilidade,

educação, formação profissional e emprego. Em consequência, elas podem apresentar alterações psicológicas, sendo comumente observados sintomas depressivos e ansiedade.

Em complemento, há ainda registros de que os estigmas podem impactar o relacionamento amoroso de pessoas com deficiência visual. Fichten et al. (1991), ao considerarem que as pessoas cegas são comumente percebidas pela sociedade como limitadas, inadequadas, incapacitadas e com "menor valor social", hipotetizaram que essas pessoas possuem dificuldades em estabelecer relações amorosas com os pares videntes. Na investigação dos autores, realizada com 330 estudantes universitários sem deficiência, a respeito das relações amorosas entre eles e pessoas deficientes visuais, a hipótese foi constatada. Eles encontraram três resultados principais: os participantes preferiam namorar pessoas videntes do que aquelas com deficiência visual; eles possuíam mais pensamentos negativos e sentiam mais desconforto em contextos que envolviam pessoas com deficiência visual e seus pensamentos sobre as relações de amigos que namoram alguém com deficiência visual eram, particularmente, negativos.

Uma análise dos resultados dessas pesquisas, em uma perspectiva biopsicossocial da deficiência, nos permite observar que os estigmas sociais podem ter implicações em diferentes aspectos da vida do sujeito com cegueira, incluindo dificuldades no acesso a serviços formais; na mobilidade; educação; formação profissional; no mercado de trabalho; estabelecimento de relações amorosas com pares videntes. Como resultado, algumas alterações psicológicas podem ser observadas, por exemplo, sintoma depressivo; sentimentos de exclusão social e solidão; e comportamentos de evitação social. Entretanto, essas alterações não ocorrem de maneira semelhante e linear entre todos os sujeitos. Considerando a impossibilidade de consideramos a condição de cegueira como fator constituinte de um único grupo, as alterações psicológica podem variar entre as pessoas, sendo o contexto de vida fundamental para determinar essas variações.

Nesse sentido, as alterações psicológicas resultantes dos estigmas sociais consideram a integração tanto de fatores extrínsecos, caracterizados por percepções negativas da sociedade em relação à deficiência visual, quanto por fatores intrínsecos, assinalados por características individuais experienciadas por cada pessoa na sua relação com o ambiente. Essas características individuais são importantes de serem analisadas desde os primeiros momentos da existência, quando a criança cega começa a estabelecer seus primeiros contatos com os pais, com os pares e com os objetos. Durante esse período, são notadas as primeiras implicações da cegueira no desenvolvimento da criança cega.

2.1.2 Aspectos biopsicosociais da cegueira congênita ou precoce

Os caminhos pelos quais as pessoas com cegueira experienciam o mundo diferenciam-se daqueles de pessoas videntes. Isso não significa que esses sejam melhores ou piores do que aqueles dos videntes, apenas são diferentes. A questão é que a ausência da experiência visual, desde idades muito precoces, tem sido atribuída à utilização de estratégias singulares utilizadas por pessoas que ficaram cegas na infância durante sua interação com o mundo. Por conseguinte, desde as primeiras relações estabelecidas com a mãe e com os pares na infância até seu desenvolvimento emocional, motor, de habilidades espaciais; da linguagem e nas interações sociais, as crianças cegas se utilizam de outros canais sensórios que não sejam a visão (UNGAR, 2000).

A começar pelas relações estabelecidas com a mãe, a díade "mãe - bebê cego", representada pelas interações entre mães e seus filhos cegos, tem sido foco de numerosos estudos. Esses estudos são considerados importantes no entendimento do desenvolvimento global da criança cega (CONTI-RAMSDEN, PÉREZ-PEREIRA, 1999; LOOTS, DEVISE, SERMNIJN, 2003; SANDLER, HOBSON, 2001). Como sugere a literatura, a qualidade das interações estabelecidas nessa díade, especialmente, nos primeiros anos de vida do bebê, impacta no desenvolvimento do senso de competência (LAMBERT; WEST, 1980); da linguagem (DOTE-KWAN, 1995; DOTE-KWAN, HUGHES, TAYLOR, 1997), da adaptação social e compreensão sensório-motora (DOTE-KWAN, HUGHES, TAYLOR, 1997) e no desenvolvimento global da criança com cegueira (CAMPBELL; JOHNSTON, 2009).

Lambert e West (1980) chamaram atenção para a díade mãe – criança cega em três tipos de interações principais: mães superprotetoras; mães que impulsionam seu filho para independência muito cedo e mães suficientemente boas. Os autores discutiram como esses três tipos de mãe interferem no desenvolvimento de senso de competência de seus filhos cegos. Foi observado que, no caso de mães superprotetoras, que restringem a exposição da criança ao ambiente, limitando a oportunidade de exploração do meio, a criança pode desenvolver senso de incompetência diante das atividades de seu cotidiano, além de desenvolver sérios transtornos psíquicos na vida adulta, como a depressão. De maneira semelhante, as mães que são incapazes de aceitar a cegueira de seus filhos, pressionando-o para independência muito cedo, contribuem

para que eles se sintam ansiosos sobre o risco de falhar, em consequência, eles podem desenvolver sentimentos de incapacidade em relação aos outros. Ao contrário, as mães suficientemente boas, aquelas que são responsivas e disponíveis às necessidades de seus filhos com cegueira, que lhes oferece suporte, que lhes encoraja a explorar e manipular o ambiente, que respondem aos seus desejos e oferecem estímulos motivacionais, proporcionam-lhes a oportunidade de experimentar as primeiras sensações de competência em sua relação com o mundo.

A respeito de mães suficientemente boas, algumas pesquisas têm investigado o impacto de atitudes responsivas adotadas por essas mães no desenvolvimento de seus filhos com cegueira. Dote-Kwan (1995) investigou 18 casos de interação mãe – crianças cegas. Essas crianças tinham idades entre 20 e 36 meses. Foi observado que quando a mãe atende às requisições de seu filho cego, incentivando-o no comportamento comunicativo, oferecendo-lhe suporte às suas requisições e ajustando seu discurso ao nível de entendimento de seu filho, ela atua como facilitadora do desenvolvimento da linguagem da criança cega.

Em um estudo semelhante, Dote-Kwan, Hughes e Taylor (1997) investigaram as interações de 15 mães com seus filhos cegos com idades entre 20 e 36 meses. Foi observado que as mães que providenciaram um ambiente mais estimulante ao seu filho tiveram um impacto mais positivo sobre o desenvolvimento do mesmo em diferentes áreas, tais como linguagem, adaptação social e compreensão sensório-motora. Congruentes com os achados anteriores, Campbell e Johnston (2009) investigaram a disponibilidade emocional de mães para com seus filhos que não enxergam em quatro díades, nas quais as crianças possuíam entre 18 e 19 meses de idade. Os autores verificaram que, nas quatro interações observadas, as mães tentaram ser emocionalmente disponíveis e sensitivas às necessidades de seus filhos cegos, providenciando suporte para o desenvolvimento da linguagem da criança.

No que diz respeito ao desenvolvimento global da criança com cegueira, as atitudes responsivas das mães às necessidades de seus filhos cegos são igualmente importantes. No estudo de Recchia (1997), analisou-se a comunicação social entre mães de crianças cegas, com idades entre 12 e 44 meses. Observou-se que a habilidade da mãe em usar efetivamente estratégias comunicativas para possibilitar a seu filho acomodações de novas experiências possui grande impacto para o desenvolvimento da criança cega. Concluiu-se que a atitude responsiva da mãe

em oferecer suporte comunicativo ao seu filho com cegueira interfere positivamente no desenvolvimento global da criança.

Algumas pesquisas têm encontrado diferenças nas interações entre mães de crianças cegas e mães de crianças videntes. Behl et al. (1996) analisaram o comportamento interacional e observaram que as mães de crianças cegas eram mais fisicamente envolvidas com seus filhos e falaram mais com eles do que as mães de crianças videntes. Conti-Ramsden e Pérez-Pereira (1999) investigaram a interação conversacional e encontraram evidências de que a mãe da criança cega falou mais e usou mais descrições detalhadas sobre o ambiente na sua relação com seu filho cego do que a mãe da criança vidente, comportamento considerado importante para interação social e aprendizagem da criança. Campbell (2003) analisou a atenção diretiva e encontrou que as mães de crianças cegas eram mais responsivas para as necessidades perceptuais da criança do que a mãe de videntes, tornando-se capazes de se adaptar a essas necessidades.

Como evidenciado, as mães que são responsivas aos seus filhos com cegueira, mostrando-se emocionalmente disponíveis e sensíveis às necessidades específicas da criança, são capazes de providenciar suporte necessário para o desenvolvimento de seu filho (DOTE-KWAN, 1995; DOTE-KWAN, HUGHES, TAYLOR, 1997; CAMPBELL, JOHNSTON, 2009; RECCHIA, 1997). Entretanto, nessa interação, é fundamental que a mãe aceite a condição de cegueira da criança, adaptando-se às necessidades de seu filho e propiciando-lhe um ambiente favorável ao seu desenvolvimento (SANDLER, HOBSON, 2001).

No entanto, tem sido observado que algumas mães de crianças cegas podem se sentir confrontadas com seu bebê, assumindo atitudes de rejeição que podem ser prejudiciais ao desenvolvimento da criança (SANDLER, HOBSON, 2001). Segundo Cole e Taboroff (1954), algumas mães sentem que a cegueira da criança é um símbolo de punição e desgraça pessoal. Outras sentem culpa e vergonha, por acreditar transgredir códigos morais e sociais por possuir um filho cego. No mesmo sentido, Jenks (2005) comenta sobre uma lista de emoções potenciais que mães de crianças com cegueira podem sentir a respeito de seus filhos, que inclui sentimentos de tristeza, medo, culpa, ressentimento, ansiedade, negação e raiva. Isso porque, de acordo com Barnett et al. (2003), criar um filho com alguma anomalia congênita é um desafio para a maioria das famílias.

A notícia da chegada de um filho gera para os pais inúmeras expectativas e desejos de um filho considerado perfeito e ideal. Entretanto, alguns pais podem experienciar um

desapontamento e estresse psicológico quando o filho idealizado não corresponde às suas expectativas, por nascer com uma deficiência como a cegueira. Desse modo, muitos pais, especialmente a mãe, podem experimentar um difícil processo, chamado por Barnett et al. (2003), de "processo de luto"[3], tornando-se pouco responsivos a seus filhos. A ausência de sensibilidade às principais necessidades da criança pode dificultar a interação mãe-bebê cego e, consequentemente, dificultar o desenvolvimento da criança (BARNETT et al., 2003).

Além da negação do bebê cego pela mãe, outro fator que pode dificultar a interação satisfatória entre bebês cegos e suas mães é o comportamento peculiar observado na maioria dos bebês com cegueira. Algumas pesquisas têm afirmado que as crianças que não enxergam são menos responsivas para sua mãe do que crianças videntes, o que pode ser interpretado pela mãe como "falta de afeto" por parte de seu filho. Enquanto crianças videntes atraem a atenção dos adultos e fomentam atitudes recíprocas, a ausência do contato visual prejudica a interação do bebê cego e sua mãe (DOTE-KWAN, 1995; DOTE-KWAN, HUGHES, TAYLOR, 1997). Ademais, os bebês com cegueira parecem desmotivados para se relacionar com pessoas ao redor deles (SANDLER; HOBSON, 2001) e apresentam dificuldades de oferecer pistas comunicativas, o que pode sugerir à mãe falta de interesse em estabelecer um contato social (BAIRD, MAYFIELD, BAKER, 1997; CAMPBELL, 2003).

Logo, percebe-se que a mãe possui um papel fundamental em oferecer um ambiente estimulante ao seu filho com cegueira, proporcionando-lhe o desenvolvimento saudável de todas suas potencialidades. Essa questão é particularmente importante porque, um assunto que parece ter sido prioritário, ocupando a atenção de muitos estudiosos, foi a compreensão do desenvolvimento precoce de crianças com cegueira na infância, o qual tem sido estabelecido, principalmente, sobre dois enfoque centrais. Por um lado, uma corrente teórica preconiza que a cegueira possui um papel crucial no atraso e perturbações permanentes no desenvolvimento, centrando suas discussões na análise das dificuldades decorrentes da ausência da visão (ADELSON, FRAIBERG, 1974; BIGELOW, 1996; BISHOP, HOBSON, LEE, 2005; BRAMBRING, 2006; CELESTE, 2006; COLE, TABOROFF, 1954; FIEHLER, REUSCHEL, RÖSLER, 2009; HAPPÉ, RONALD, 2008; JAMES, STOJANOVIK, 2006; NOORDZIJ,

[3] Alguns exemplos do processo de luto são: Sentimento de perda do filho esperado - semelhante a pessoas que perdem alguém pela morte - de confusão ao tentar lidar com a notícia do diagnóstico do filho. Sentimento de negação. Os pais sentem ainda desilusão em relação às expectativas e esperanças para o futuro. Sentem que as coisas poderiam melhorar se a criança morresse. As relações conjugais e com os outros se tornam intensas e a rotina familiar é interrompida (BARNETT et al., 2003).

ZUIDHOEK, POSTMA, 2007; ROBEL, 2010; SANDLER, HOBSON, 2001; SANTIN, SIMMONS, 1977; SHULMAN, 1986; STEYAERT, MARCHE, 2008). Por outro lado e mais coerente com nossas concepções neste estudo, encontra-se a outra corrente teórica que, embora reconheça diferenças no desenvolvimento precoce, valoriza, sobretudo, a possibilidade de um comportamento adaptativo a despeito da cegueira (BATISTA, NUNES, HORINO, 2004; CAMARGO, 2010; HUEARA et al.; 2006; LAPLANE, BATISTA, 2008; NUNES, LOMÔNACO, 2010; SOUZA, BATISTA, 2008). Ambas correntes teóricas podem ser identificadas nas discussões subsequentes.

O estudo de Cole e Taboroff (1954) é um exemplo da primeira corrente que considera o desenvolvimento na cegueira congênita ou precoce bastante complexo. Os autores investigaram fatores psicológicos da cegueira na infância e constataram que a ausência da visão impacta no desenvolvimento emocional e da personalidade, sendo comuns sentimentos de medo e ansiedade. De igual modo, Santin e Simmons (1977) reportaram um complexo de fatores que limitam a construção da realidade por crianças com cegueira, tais como: a cegueira dificulta a integração dos estímulos remanescentes, em consequência, as crianças cegas parecem ter problemas na compreensão global de seu ambiente; a cegueira dificulta a formação das dimensões de cor, padrão, forma e localização; na ausência da visão, a construção de um modelo de mundo é feita de forma inconsistente, discreta e fragmentada, normalmente, sem noção a respeito da permanência de um objeto e sem capacidade de abstração. Sandler e Hobson (2001) destacaram que a criança cega possui dificuldades de criar jogos simbólicos, de expressar seus sentimentos e de comunicar seus desejos. Em adição, elas são constantemente ansiosas e demonstram ter medo crônico de se machucar ou de ser sujeitas a experiências desagradáveis.

Vistas essas dificuldades quanto ao desenvolvimento emocional, à construção da realidade e aos jogos simbólicos, a primeira corrente teórica preconiza ainda que outras áreas do desenvolvimento são, de igual modo, complexas. Tem sido observado que a cegueira na infância impacta, especialmente, em quatro domínios principais na vida do sujeito, quais sejam: desenvolvimento motor; desenvolvimento de habilidades espaciais; da linguagem e nas interações sociais.

No que diz respeito ao desenvolvimento motor, algumas observações sistemáticas têm encontrado que crianças com cegueira congênita ou precoce possuem estereotipias ou maneirismos em seu comportamento (CARVIL, 2001; FAZZI, et al., 1999).

A respeito desse assunto, Carvil (2001) explica que maneirismos são comportamentos auto-estimulantes, incluindo pressão dos olhos, balanço dos dedos em frente à luz e estereótipos motores (ex.: balanço e giro do corpo ou partes dele), que são oriundos da privação sensória e do possível isolamento social pela qual a criança com cegueira pode passar, normalmente. A pressão dos olhos ocorre em crianças jovens com limitação visual grave, especialmente, danos na retina, mas não em deficiência visual cortical. A fascinação com luzes e o balanço das mãos diante dos olhos são características conhecidas em crianças que tiveram rubéola. O balanço e outros maneirismos motores são frequentes naquelas crianças que tiveram maior exigência de mais atividade e movimento. Para o autor, a pessoa age como se não estivesse "vendo" ou ouvindo nada a sua volta. Os estereótipos são prejudiciais na medida em que podem interferir no aprendizado de novas habilidades motoras.

Outro apontamento diz respeito ao atraso no desenvolvimento de habilidades motoras. Nos estudos de Adelson e Fraiberg (1974), Santin e Simmons (1977) e de Murphy e O'Driscoll (1989), foi apontado que há um atraso no desenvolvimento de mobilidade autoiniciada de crianças cegas, como engatinhar e andar para alcançar um objeto. Ochaita e Rosa (1995) atribuíram esse fato ao desconhecimento que essas crianças têm da existência dos objetos que não podem ver e alcançar com os braços e pela consequente falta de interesse pelo mundo exterior. O interesse pelos objetos só se torna possível mediante objetos sonoros ou outros tipos de estímulos externos auditivos, que auxiliarão o início da locomoção. Suportando os achados anteriores, Brambring (2006) constatou que as crianças cegas, quando comparadas com crianças videntes, apresentam atrasos significativos no desenvolvimento de habilidades motoras, especialmente, aquelas que requerem movimentos livres no espaço.

Tem sido explicado que o atraso no desenvolvimento motor da criança cega em relação à vidente começa a aparecer à partir do sexto mês de vida, quando o desenvolvimento motor da criança vidente começa a ser aprimorado pelo crescimento do número de iniciativas voluntárias, como exploração do ambiente e iniciativas para alcance do objeto. Dada a ausência da visão, a criança cega não é tão estimulada na sua exploração do meio. Para ela se movimentar em direção a um objeto, é necessário que o mesmo emita algum tipo de som. Começam, então, a aparecer os primeiros atrasos no engatinhar e no caminhar (ELISA et al., 2002).

Afora os comportamentos estereotipados e o atraso no desenvolvimento motor, dificuldades com relação às habilidades espaciais têm sido encontradas em crianças cegas. Esse

tipo de habilidade é a capacidade de locomoção eficientemente de um lugar para outro no espaço. Pode ser adquirida por meio de memorização de rotas fixadas entre os diferentes lugares ou por meio de mapas espaciais cognitivos, que é a representação que possibilita informações sobre a localização de um objeto relativa a outro, incluindo distância e ângulo de informação (MORRONGIELLO, et al. 1995).

Bigelow (1991) analisou a capacidade de crianças totalmente cegas, parcialmente videntes e videntes de representar mapas espaciais de ambientes familiares, solicitando-lhes para apontar quatro áreas de localização familiar. As crianças cegas falharam em dominar a tarefa, as crianças parcialmente videntes conseguiram com atraso e as crianças videntes conseguiram com facilidade. Concluiu-se que a cegueira interfere no desenvolvimento de conhecimento espacial e na direção euclidiana entre localizações conhecidas. Esses achados foram suportados no estudo de Bigelow (1996), o qual apontou que crianças com cegueira na infância possuem atraso no domínio do conhecimento espacial de ambientes familiares, particularmente em julgar linhas retas entre dois lugares, se comparadas com crianças parcialmente videntes e videntes.

Ungar, Blades e Spencer (1996) realizaram uma revisão de literatura para investigar a construção de representações espaciais do ambiente por grupos de crianças com cegueira congênita, adquirida e crianças videntes. A maioria dos estudos revelou que as crianças com cegueira congênita possuem um desempenho pior na construção de representações espaciais do que aquelas dos outros dois grupos. Os autores concluíram que a experiência visual facilita a construção de mapas espaciais. Todavia, destacaram que a visão não é um requisito obrigatório para habilidades espaciais. As crianças com cegueira podem utilizar outras estratégias para decodificar informações espaciais do ambiente, como aquelas provindas do estímulo tátil, auditivo, olfativo e cinestésico.

Estudos subsequentes suportaram os achados anteriores por reportarem menores performances em habilidades espaciais em pessoas com cegueira congênita do que em videntes, reforçando que a ausência da experiência visual desde idades precoces dificulta a integração de informações do ambiente, importante para a realização de tarefas espaciais (FIEHLER, REUSCHEL, RÖSLER, 2009; NOORDZIJ, ZUIDHOEK, POSTMA, 2007; VECCHI, 1998).

A respeito dessa questão, uma possível explicação para a dificuldade de crianças com cegueira no desenvolvimento de habilidades espaciais é focalizada por Thinus-Blanc e Gaunet (1997). Os autores destacaram que, na ausência da visão, as informações do ambiente são

fragmentadas e sequencialmente coletadas. Na opinião dos autores, a visão possui vantagens sobre outras modalidades sensórias, como a audição e o tato, na medida em que, a maioria dos objetos que participam do conhecimento espacial possui características visíveis. A visão permite a integração de informações disponíveis no ambiente, possibilita percepção à distância e facilita a noção de localização do objeto. Permite ainda que o sujeito elabore pistas externas que podem servir como significados de referência para representações de rota. Por conseguinte, os autores sugerem que, para as crianças com cegueira congênita, a conquista das habilidades espaciais possui um atraso se comparadas com crianças videntes.

Quando o foco dos pesquisadores é sobre o desenvolvimento da linguagem de crianças que não enxergam desde a infância, algumas questões emergem. Alguns estudiosos entendem que existem dificuldades da criança cega de diferenciar seu "Eu" do outro. Cole e Taboroff (1954), Santin e Simmons (1977) e Sandler e Hobson (2001) atribuem essa dificuldade a um atraso, comumente observado em crianças cegas, do uso apropriado dos pronomes "Eu", "meu" e "você".

Shulman (1986) explica que o uso do "Eu" denota a capacidade do indivíduo de ter um conceito elementar de autorrepresentação. Enquanto crianças videntes começam a fazer uso do "Eu", aproximadamente, aos dois anos e oito meses, as crianças com cegueira congênita possuem um atraso nesse feito e começam entre os quatro e cinco anos. Logo, esse atraso no uso do "Eu" pode ter implicações na autorrepresentação de crianças com cegueira. Em adição, James e Stojanovik (2006) reportam que crianças que não enxergam desde idade precoce apresentam dificuldades no uso da estrutura da linguagem – baseada no discurso, sintaxe, semântica e coerência – e nas habilidades pragmáticas – baseadas na iniciação do discurso, linguagem estereotipada e uso do contexto e comunicação não-verbal.

Dificuldades de crianças com cegueira congênita ou precoce em estabelecer interações sociais também têm sido evidenciadas. Cole e Taboroff (1954) observaram que a ausência da visão, desde idades muito precoces, dificulta relações interpessoais – com a mãe e com os pares. Santin e Simmons (1977) verificaram que crianças que não enxergam desde a infância são frequentemente consideradas pouco comunicativas. No estudo de Sandler e Hobson (2001), constatou-se que a cegueira possui implicações negativas na conectividade de crianças cegas com outras pessoas e nas suas relações com o mundo. James e Stojanovik (2006) observaram que as crianças com cegueira congênita mostram atrasos nas habilidades de

comunicação em seu cotidiano. Celeste (2006), por sua vez, observou que a cegueira congênita pode provocar atitudes de isolamento social e a evitação de interações relacionais.

Em conjunto com as observações relatadas, algumas investigações sistemáticas evidenciam que crianças com cegueira congênita ou precoce demonstram uma variedade de características clínicas comuns da síndrome do autismo. O autismo é considerado um transtorno desenvolvimental diagnosticado sobre a base de uma tríade de comprometimentos – dificuldades de interação social, anormalidades na linguagem e na comunicação e comportamentos estereotipados repetitivos (BERNEY, 2000; HAPPÉ; RONALD, 2008; ROBEL, 2010; STEYAERT, MARCHE, 2008). A síndrome do autismo é comumente reconhecida como uma síndrome neurodesenvolvimental heterogênea, com fatores de contribuições genéticas e ambientais (ROBEL, 2010). No caso de crianças com cegueira, as características do autismo são consideradas notavelmente comuns.

Brown, Hobson e Lee (1997) comentaram sobre uma variedade de comportamentos e funções psicológicas de crianças cegas que são semelhantes a crianças videntes autistas. Como exemplos, os autores citaram: dificuldade social comunicativa de crianças cegas, incluindo sua expressividade emocional considerada anormal e dificuldade de reconhecer emoção; deficiência em criar jogo simbólico e na linguagem, frequentemente incluindo confusão no uso do pronome pessoal; estereótipos, maneirismos e comportamentos ritualísticos; e perfil irregular de habilidades cognitivas, incluindo dificuldades com pensamento abstrato. Os autores observaram que, quando comparadas com crianças videntes, as crianças com cegueira apresentam maiores índices de "esquisitices posturais", estereotipias, dificuldades em responder aos objetos, dificuldades em sua maneira de se relacionar com outras pessoas, pobre capacidade imaginativa e ecolalia (repetição automática de vocalizações realizadas por outras pessoas). Concluiu-se que, de fato, há algo especial na cegueira congênita que predispõe a criança cega à síndrome total ou parcial do autismo.

Em consonância com o estudo anterior, Hobson, Lee e Brown (1999) investigaram a natureza do autismo em crianças com cegueira congênita e crianças videntes autistas e encontraram similaridades nas características clínicas desses dois grupos. Os autores concluíram que a ausência da experiência visual pode predispor a psicopatologia do autismo. Hobson e Bishop (2003) reportaram que crianças com cegueira congênita com dificuldades de interações sociais apresentam impressões gerais de autismo, como isolamento social e dificuldade de se

envolver em jogos com seus semelhantes. Outros achados suplementam as evidências anteriores por encontrarem características clínicas comuns do autismo, tais como deficiência social e limitação no jogo simbólico, em crianças cegas congênitas sem diagnóstico de autismo (BISHOP, HOBSON, LEE, 2005).

Embora as discussões a respeito dos aspectos do desenvolvimento de crianças com cegueira congênita ou precoce têm sido, em sua grande parte, focalizadas sobre as dificuldades inerentes da ausência da visão, a literatura dessa área não se restringe a essa concepção. Alguns pesquisadores contrapõem-se a prévia corrente teórica pautada nas limitações decorrentes da ausência do estímulo visual. Ao contrário, nessa segunda corrente teórica, os investigadores têm se preocupado em demonstrar que a ausência da visão, por si só, não impede que pessoas com cegueira tenham desenvolvidas suas habilidades. A questão central é que, em condições ambientais favoráveis, essas pessoas podem desenvolver todas suas potencialidades.

Batista, Nunes e Horino (2004), por exemplo, ao considerarem a importância de enfocar as habilidades de crianças com cegueira durante avaliações cognitivas, introduziram um modo de avaliação, denominado pelos autores de "busca de espertezas". Com esse tipo de avaliação, segundo os autores, é possível enfocar as capacidades intelectuais de crianças que não enxergam em situações cotidianas e informais e descobrir que essas são inúmeras, tais como: habilidades de observação, de estabelecimento de analogias, conhecimento de músicas e conhecimentos variados de papéis e fatos do cotidiano. Os autores concluíram que a identificação de habilidades em crianças com cegueira depende de contextos favoráveis de avaliação, sendo mais evidentes em situações comuns do cotidiano.

No mesmo sentido, Hueara et al. (2006), ao investigarem modos de brincar de crianças cegas, evidenciaram diferentes capacidades nesse grupo, as quais englobam: reconhecimento de objetos e criação de cenas; criação de narrativa e faz de conta; exploração de objetos e construção conjunta de significados. Na opinião dos autores, em ambientes favoráveis que consistem de brincadeiras de faz de conta e interação entre parceiros, essas crianças podem ter reconhecidas suas habilidades. Por conseguinte, os autores enfatizaram que a identificação do potencial do desenvolvimento dessas crianças não deve seguir métodos já cristalizados, centrados nas dificuldades e limitações. Ao contrário, é fundamental que essa identificação tenha como base a busca por suas capacidades experienciadas em seu cotidiano.

A respeito do desenvolvimento da criança com cegueira em diferentes aspectos (motricidade, cognição, linguagem, sociabilidade, personalidade e diferenças individuais), Laplane e Batista (2008) ressaltaram que, em ambientes organizados para promover ativamente esse desenvolvimento, sobretudo, naqueles nos quais os canais sensoriais que a criança possui são utilizados, essa criança poderá alcançar aprendizado dessas habilidades como qualquer outra criança. Na opinião das autoras, a ausência ou deficiência da visão não impede o desenvolvimento, embora possa limitar alguns aspectos, como o social, o que torna importante o investimento em ambientes que promovam interação social.

Camargo (2010) investigou os fatores geradores de dificuldades de acessibilidade às informações de aulas de Física por alunos com deficiência visual. De acordo com o autor, em ambientes favoráveis à comunicação efetiva entre alunos, colegas videntes e professores, o processo ensino aprendizagem tende a fluir naturalmente. O autor esclarece que ausência da visão não deve ser considerada um obstáculo para que pessoas com cegueira, inclusive cegueira congênita, tenham suas habilidades cognitivas desenvolvidas nessa área da Ciência, que se utiliza, predominantemente, de estímulos visuais. Uma possível estratégia sugerida pelo autor para propiciar um ambiente favorável ao desenvolvimento cognitivo do sujeito com cegueira seria vincular significados às representações não visuais.

Em congruência com os estudos anteriores, Nunes e Lomônoco (2010) enfatizaram que o desenvolvimento do sujeito com cegueira é pleno de possibilidades e limitações, como de qualquer ser humano. Os autores lembraram que a cegueira impõe caminhos diferenciados de desenvolvimento, com algumas limitações. Todavia, eles ressaltaram que, em ambientes favoráveis ao desenvolvimento, o indivíduo cego tem tantas possibilidades de se desenvolverem quanto crianças videntes.

Logo, concordamos com Souza e Batista (2008) ao afirmarem que as condições ambientais não devem ser negligenciadas no entendimento das dificuldades enfrentadas por crianças com cegueira no seu desenvolvimento. Ainda que haja uma tendência de atribuir as dificuldades cognitivas de crianças que não enxergam à limitação sensorial, deve-se considerar que os reais problemas dessas crianças podem ser atribuídos ao reduzido contato com objetos de sua cultura e o diminuto estabelecimento de relações sociais.

Portanto, uma importante constatação oriunda dessa revisão e que deve ser ressaltada esclarece que, em condições ambientais favoráveis, as crianças com cegueira congênita ou

precoce podem explorar e desenvolver suas habilidades cognitivas, afetivas, motoras e comportamentais. É evidente que alguns aspectos do desenvolvimento dessas crianças são diferentes daqueles de crianças videntes, sobretudo, por apresentarem como referência canais sensórios diferenciados, entretanto, não menos significativos. As experiências corporais de crianças cegas durante seu desenvolvimento são genuínas e lhes possibilitam reconhecerem-se em sua unidade corporal, cuja importância central está na formação de uma identidade integrada. Essas experiências são peculiares e acompanham o indivíduo pela sua vida adulta, constituindo parte de sua identidade corporal, daí a importância de serem consideradas nos estudos sobre imagem corporal.

2.1.3 Imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce

A imagem corporal é a representação mental do próprio corpo. (SCHILDER, 1999; SHONTZ, 1990; CAMPANA, TAVARES, 2009). Esse fenômeno emerge a partir do desenvolvimento de experiências e mecanismos intelectuais, progredindo de imagens sensórias para padrões organizados que possibilitam abstrações e inferências em uma complexa representação mental. Dessa forma, a imagem corporal pode ser entendida como um fenômeno intricado de imagens, fantasias e significados próprios sobre o corpo, suas partes e funções (KRUEGER, 2004).

Considerada um constructo multidimensional, a imagem corporal inclui elementos perceptivos, que dizem respeito à acurácia do julgamento preciso do próprio corpo, ou seja, à capacidade do sujeito de precisar corretamente sua dimensão e forma corporal; e atitudinais, que se referem às atitudes relacionadas ao próprio corpo, tais como: cognições, afetos, comportamentos e insatisfação global subjetiva (MENZEL, KRAWCZYK, THOMPSON, 2011; GARDNER, 2011). Em complemento, tem sido afirmado que a imagem corporal possui características tanto negativas quanto positivas. As negativas são aquelas associadas a afetos negativos como raiva e depressão, insatisfação corporal, preocupação excessiva com o corpo, entre outros. As características positivas da imagem corporal englobam: *aceitação*, opiniões favoráveis sobre o corpo, respeito para o corpo e proteção do mesmo (TYLKA, 2011).

Durante a segunda metade do século passado, as características negativas da imagem corporal estiveram sobre o enfoque dos pesquisadores da área. Nos últimos dez anos, esse quadro tem apresentado alterações. Isso porque começam a emergir abordagens a respeito das características positivas da imagem corporal. Com base na Psicologia Positiva, ciência que estuda as qualidades humanas e as emoções positivas, as pesquisas nesse campo têm apontado a necessidade de dar suporte para as pessoas apreciarem, respeitarem, celebrarem e honrarem seus corpos, atitudes típicas de uma imagem corporal positiva (AVALOS, TYLKA, WOOD-BARCALOW, 2005; TYLKA, 2011).

A imagem corporal positiva é uma característica positiva da personalidade que contribui para manter, sobretudo, o bem estar psicológico. Pode ser melhor entendida como as atitudes de amor e respeito ao próprio corpo, que possibilitam ao sujeito apreciar experiências de unidade corporal e de funções inerentes ao corpo. Os indivíduos que apresentam uma imagem corporal positiva se sentem belos, confortáveis, confidentes e felizes com o próprio corpo. Em consequência, apresentam acentuada positividade interior e comportamentos de cuidado com o próprio corpo (TYLKA, 2011).

O canal visual é considerado uma importante fonte de informações sobre o corpo, por conseguinte, é estimado como preponderante na formulação da imagem corporal. Schilder (1999, p. 127) afirma que, "*indubitavelmente, as percepções visuais influenciam fortemente a imagem corporal*". Todavia, o autor esclarece que "*precisamos do corpo para ver, mas não apenas em função da experiência específica da visão*" (p. 109). Portanto, embora o termo imagem possa levar à interpretação de uma imagem unicamente visual, no contexto da imagem corporal, esse termo possui um sentido complexo e abrangente, não devendo ser confundido com imagem visual.

De fato, a imagem a que nos referimos é a imagem mental. De acordo com Damásio (2000), enquanto a imagem visual é formada pela contribuição integrativa do sistema visual, a imagem mental é maior e mais abrangente, sendo estruturada na relação do indivíduo com o mundo, englobando um conjunto de experiências sensórias e perceptivas. O autor define o termo "imagem" como uma estrutura construída por sinais provenientes de cada uma das modalidades sensoriais – visual, auditiva, olfativa, gustatória e sômato-sensitiva. Nesse contexto, a imagem mental refere-se às imagens sonoras, como as causadas pela música e pelo vento, às imagens sômato-sensitivas, enfim, às imagens provenientes de todas as modalidades de estímulos, os quais

as configuram como singulares a cada indivíduo e dependentes das estruturas sensitivas de cada organismo. De igual modo, Kosslyn, Thompson e Ganis (2006, p.4) consideram a imagem mental da seguinte forma:

> ocorre quando a representação criada durante as fases iniciais da percepção está presente, mas o estímulo não está realmente sendo percebido; tal representação preserva as propriedades perceptíveis dos estímulos e finalmente dá lugar para a experiência subjetiva da percepção.

Entende-se, portanto, que a imagem mental provém de informações inerentes de diferentes canais sensórios responsáveis pela percepção. Por conseguinte, no comprometimento do estímulo visual, a imagem mental do corpo é formulada por meio da reorganização de outras experiências perceptivas, na qual participam aquelas táteis, auditiva, olfativa e cinestésicas, configurando um fenômeno amplamente complexo e peculiar. Kaplan-Myrth (2000, p. 296) destaca que "*A imagem corporal, em suma, é um assunto altamente complexo de análise".* Embora singular, complexa e abrangente, algumas investigações têm apresentado apontamentos importantes a respeito imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce.

Uma das investigações pioneiras na área foi realizada por Cratty e Sams (1968), autores do livro "*The body image of blind children*", cuja contribuição foi importante para época, dada a acentuada escassez de pesquisas a respeito do tema. Os autores avaliaram a imagem corporal de 91 crianças deficientes visuais, com média de 10 anos de idade. Para essa finalidade, aplicaram um "*Inventário de avaliação*", que consiste em um conjunto de atividades realizadas para avaliar a relação da criança com o próprio corpo (plano corporal, partes do corpo, movimento do corpo, lateralidade e direcionalidade). Como exemplos dessas atividades encontram-se as seguintes instruções: "*toque seu ouvido esquerdo*" ou "*com sua mão direita, toque seu ouvido esquerd*o", dentre outras. Os autores encontraram maiores dificuldades apresentadas pelas crianças nas tarefas de lateralidade e direcionalidade, consideradas mais complexas.

Como implicação prática de seus achados, Cratty e Sams (1968) propuseram um complexo programa de intervenção, pautado em estratégias que possibilitem a criança com cegueira explorar suas diferentes habilidades de movimento. De igual modo, os autores destacaram ser importante que a criança com cegueira tenha oportunidade de experimentar percepção tátil do corpo humano, expresso em diferentes formas e dimensões (seu próprio corpo,

o corpo do outro, bonecos em miniaturas ou manequins). A questão central era que crianças que não enxergam deveriam ser estimuladas em todas suas vias sensórias disponíveis, visando o desenvolvimento da consciência corporal e percepção cinestésica, importantes e necessárias para a formulação integrada da imagem corporal.

Após as primeiras descobertas de Cratty e Sams (1968), outras investigações sobre o tema emergiram, sobretudo, a partir da década de 80, período no qual, de acordo com Thompson (2004), houve um considerável aumento pelo interesse nas pesquisas sobre imagem corporal. De fato, os estudos sobre cegueira congênita ou precoce se concentraram em cinco áreas específicas, são elas: (1) transtorno alimentar; (2) representação do *self*; (3) insatisfação corporal; (4) experiência corporal; e (5) representação neural de autoconceito.

As investigações a respeito dos transtornos alimentares – anorexia e bulimia nervosa[4] – são mais comumente realizadas no contexto dos estudos sobre imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce. Os pesquisadores dessa área têm buscado compreender as implicações da ausência da visão desde idades precoces no desenvolvimento desses transtornos. Mais especificamente, o enfoque central dessas pesquisas é desvendar se as preocupações com a imagem corporal são essenciais para o desenvolvimento de transtorno alimentar[5]. Os achados são inconclusivos.

Por um lado, alguns pesquisadores acreditam que as alterações perceptivas (super ou subestimação do corpo), bem como as informações visuais do corpo não são fundamentais no transtorno alimentar. Existem outras variáveis, comumente presentes em grupos de pessoas com cegueira congênita ou precoce, atuantes nesse processo, como aquelas de origem emocional, cognitiva e comportamental; algumas tendências suicidas e conflitos de autonomia (FERNÁNDEZ-ARANDA, et al., 2006; SHARP, 1993; TOUYZ, et al., 1988;

[4] Caracterizados por síndromes comportamentais, os transtornos alimentares são formados por duas entidades nosológicas principais: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Embora classificações distintas, os dois transtornos apresentam quadro patológico comum: comportamento alimentar gravemente perturbado, controle excessivo do peso corporal e alterações na percepção da forma corporal. A anorexia nervosa caracteriza-se por um inexplicável medo de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo estando visivelmente magro. Enquanto a bulimia nervosa refere-se a uma urgência de comer demais, seguida por comportamentos compensatórios, tais como vômito, uso inadequado de laxantes, diuréticos e exercícios físicos abusivos (CLAUDINO, BORGES, 2002; SAIKALI, et al., 2004).

[5] Essas discussões a respeito da relação entre preocupação com a imagem corporal e transtorno alimentar entre pessoas com cegueira estão incluídas em um contexto controverso maior. Em estudos com videntes, alguns achados revelam que indivíduos com anorexia nervosa experimentam alteração perceptiva, enquanto outros consideram que esses indivíduos não experimentam qualquer tipo de alteração perceptiva, sendo os fatores individuais responsáveis pela maior ou menor predisposição ao desenvolvimento de transtorno alimentar (DELINSKY, 2011).

VANDEREYCKEN, 1986; YAGER, HATTON, MA, 1986). Por outro lado, acredita-se no importante papel que a visão e as alterações perceptivas da imagem corporal possuem no quadro dos transtornos alimentares (McFARLANE, 1989).

As pesquisas que defendem que a experiência visual não é essencial para o desenvolvimento de transtorno alimentar consideram que cegueira pode contribuir para a persistência dessa condição. No estudo realizado por Yager, Hatton e Ma (1986), relatou-se o primeiro caso documentado sobre anorexia nervosa em pessoas com cegueira na infância. Tratava-se de uma mulher, de 28 anos de idade, anoréxica desde os 21. Seu ritual de percepção da dimensão corporal era feito por meio do toque em seus braços e pernas. Ao pesar 44,5 kg com 1,57m de altura, a mulher sentia-se muito gorda e apresentava sintomas de depressão e tendências suicidas, relatando sentir-se aterrorizada com a possibilidade de ganhar peso. Os autores constataram que o desenvolvimento da anorexia estaria vinculado a características específicas provenientes da cegueira, tais como: dificuldade de desenvolver a imagem corporal; ausência de comunicação visual entre o cego e sua mãe nos primeiros anos de vida, considerada importante para o desenvolvimento do senso do *self* e a representação do corpo sistematicamente distorcida.

O estudo de Vandereycken (1986) relatou dois casos de adolescentes anoréxicas com cegueira congênita. Ele confirmou que as pessoas que não enxergam desde idades precoces possuem problemas particulares que os tornam mais suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia nervosa, como atraso no desenvolvimento da consciência sexual, superproteção dos pais, sentimentos negativos de ressentimento, hostilidade e imperfeição e restrição de mobilidade (que pode proporcionar ganho de peso). O autor concluiu que a deficiência visual pode acentuar uma série de problemas psicológicos e contribuir para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

Em um estudo semelhante, Touyz et al. (1988), ao relatarem um caso de anorexia nervosa de uma mulher com cegueira congênita, constataram que algumas características particulares desse grupo, tais como superproteção recebida de sua mãe, ausência de autonomia e individualização; problemas nas áreas de formação sexual; do namoro; da mobilidade e preocupações com o futuro são agravantes do quadro de transtorno alimentar. Por conseguinte, o autor constatou que características peculiares da cegueira podem acentuar alterações perceptivas do próprio corpo.

Sharp (1993) confirmou os achados anteriores por meio do relato do caso de uma mulher com cegueira congênita e com anorexia nervosa. O autor observou que os cegos obtêm

informações a respeito de seu corpo por meio de comentários dos outros e são incapazes de avaliar acuradamente a validade desses comentários. Ele concluiu que a cegueira contribui para a persistência da condição de anorexia nervosa, sobretudo, por dificultar uma noção mais confiável das dimensões corporais.

Em consonância com Sharp (1993), Fernández-Aranda, et al. (2006) relataram um caso de uma mulher cega com bulimia nervosa e concluíram que os pacientes com cegueira congênita são mais suscetíveis a desenvolver transtorno alimentar, sendo que, na maioria dos casos, a causa do transtorno não está relacionada a alterações perceptivas na imagem corporal, e sim à dificuldade pessoal em reagir aos problemas característicos da cegueira.

Em conjunto, esses registros apontam que a experiência visual do próprio corpo não é preponderante para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Ou seja, as pessoas que nunca experimentaram estímulos visuais de seu corpo podem apresentar sintomas de anorexia e bulimia nervosa, pois a questão principal não é pautada exclusivamente em alterações perceptivas provindas de canais visuais, mas em um conjunto de particularidades inerentes ao desenvolvimento do sujeito com cegueira congênita ou precoce.

McFarlane (1989), por sua vez, contrapõe-se a esses registros. O autor analisou o caso de duas pessoas com cegueira congênita – uma jovem com anorexia e bulimia nervosa e um garoto com anorexia nervosa – e verificou que muitos problemas encontrados por essas pessoas são comuns em videntes com anorexia nervosa, tais como: a) a mãe de crianças com cegueira congênita tem dificuldade em responder apropriadamente aos sentimentos de seus filhos; b) a formação da identidade demonstrada pelo uso do pronome “Eu” é consideravelmente atrasada em crianças cegas. Foi concluído que as questões a respeito do desenvolvimento do sujeito cego, que são consideradas importantes para a etiologia do transtorno alimentar, não são consideradas necessárias e nem suficientes para explicar esse quadro. Ele acredita que essas questões têm sido exageradas sobre outros fatores. Logo, o autor destaca ser fundamental considerar a presumível importância de alterações perceptivas no desenvolvimento de transtornos alimentares.

A respeito da representação do *self* em pessoas com cegueira congênita ou precoce, os estudos também são controversos. Algumas pesquisas retratam que, devido à ausência de informações visuais, as pessoas que não enxergam possuem uma representação distorcida e deficiente do próprio corpo. Kinsbourne e Lempert (1980) investigaram a capacidade de crianças cegas de internalizar a representação do corpo humano. Os autores solicitaram que nove crianças

com cegueira congênita, com média de 10 anos de idade, e nove crianças videntes controle, com a mesma média de idade, construíssem, com massa de modelar, o corpo todo de um "homem", dos pés a cabeça. Como resultado, os autores encontraram que o grupo controle realizou a tarefa mais acuradamente do que as crianças cegas. As crianças com cegueira tendem a exagerar o tamanho de partes do corpo que elas consideram importantes para obter informações do mundo exterior, como mãos, braços e ouvidos. Os autores concluíram que essas crianças constroem uma representação imperfeita, improvisada e sistematicamente distorcida do corpo.

Entretanto, a conclusão desse estudo deve ser compreendida com cautela. Cratty e Sams (1968) chamam atenção que, em pessoas com cegueira, métodos de avaliação da imagem corporal pautados na reprodução da figura humana com esculturas de argila não são adequados. Esse tipo de avaliação apresenta viés, pois, tanto a capacidade do escultor para realizar a tarefa, quanto as referências visuais do corpo e seus detalhes impactam no resultado do teste. Ademais, avaliar crianças com cegueira tendo como parâmetro crianças videntes não parece ser adequado na avaliação da imagem corporal, visto que ambos os grupos apresentam formas diferenciadas de obter informações do próprio corpo na sua relação com o mundo.

Shulman (1986) analisou o caso de um adulto com cegueira congênita no contexto da psicoterapia. Constatou-se que a cegueira desde nascença pode propiciar dificuldades na autorrepresentação do corpo, especialmente, por causa de problemas no desenvolvimento do sujeito cego, característicos da falta da visão, tais como dificuldades em reconhecer a permanência do objeto e dificuldades em se relacionar com o outro, inclusive com a mãe nos primeiros anos de vida. Lev-Wiesel, Aharoni e Bar-David (2002) pesquisaram a representação do corpo em adultos com cegueira congênita ou precoce e descobriram que a maioria dos participantes apresentou dificuldades em representar uma imagem tridimensional do próprio corpo, demonstrando conflito e mal-estar em relação a sua imagem corporal.

Todavia, a literatura dessa área é inconsistente. Há registros de que a cegueira congênita ou precoce não limita uma representação integrada do próprio corpo. No estudo realizado por Resnick (1983), analisou-se a representação do corpo de adultos que não enxergavam desde idades precoces e descobriu-se que essas pessoas são capazes de representar seu *self* de maneira integrada. Ficou constatado que, na medida em que esses sujeitos conseguem adquirir autonomia, oportunidades para estudar e para competir com os videntes, aceitem sua

condição de cegueira, encontrem a própria identidade por meio do trabalho e das relações sociais estabelecidas, eles tendem a representar uma imagem corporal integrada.

No mesmo sentido, na pesquisa de Pierce e Wardle (1996), concluiu-se que crianças com cegueira congênita são capazes de apresentar uma imagem corporal positiva e integrada. Para os autores, a imagem corporal é interpretada de uma perspectiva funcional e não baseada somente na aparência. Além disso, os autores observaram que as crianças com cegueira podem fazer uso de estímulos táteis e olfativos para representar seu próprio corpo acuradamente.

A insatisfação corporal de pessoas com cegueira congênita pode ser compreendida a partir das contribuições de Baker, Sivyer e Towell (1998), Ashikali e Dittmar (2010) e Morgado et al. (2013). Insatisfação corporal é operacionalmente definida como a discrepância entre o corpo considerado real e aquele desejado como ideal. Algumas pesquisas dessa área são congruentes ao afirmar que a cegueira congênita é uma importante precursora de menores níveis de insatisfação corporal. Baker, Sivyer e Towell (1998) e Ashikali e Dittmar (2010) reportaram que mulheres com cegueira congênita apresentam menores níveis de insatisfação corporal do que mulheres com cegueira adquirida e do que aquelas videntes. Para os autores, a inabilidade de ver padrões irrealísticos de magreza, divulgados pela mídia visual, deixa as mulheres cegas menos vulneráveis à insatisfação corporal.

Entretanto, a maneira pela qual a insatisfação corporal tem sido avaliada no público com cegueira congênita, comumente com um instrumento criado e validado para a população vidente – BSQ (*Body Shape Questionnaire* – Cooper et al., 1987), é criticada na literatura. Morgado e Ferreira (2010b) afirmaram ser inadequado o uso de instrumentos de avaliação da insatisfação corporal que negligenciem aspectos particulares da população cega. As autoras destacaram ser necessário utilizar métodos de avaliação que sejam representativos para esse grupo de pessoas e propuseram, para essa finalidade, a Escala de Silhuetas Tridimensionais (EST).

A EST é composta por miniaturas de gesso representativas do corpo humano, 9 do gênero masculino (15,5 cm de altura) e 9 do feminino (13,5 cm de altura), que oscilam suas formas corporais, gradualmente, da miniatura mais magra para a mais gorda. Esse instrumento foi criado para avaliar a insatisfação corporal do sujeito com cegueira congênita, por meio da discrepância entre a miniatura escolhida como representativa do corpo real e ideal. A Escala apresenta parâmetros satisfatórios de validade de conteúdo, validade de constructo e

confiabilidade interna na sua versão feminina, sendo indicado seu uso para avaliar a insatisfação corporal de mulheres com cegueira congênita. Na versão masculina, a escala apresentou índices satisfatórios de validade de conteúdo e confiabilidade, mas não de validade de constructo (MORGADO et al., 2013).

Outra importante questão levantada na literatura da imagem corporal sobre a cegueira congênita é a respeito das experiências corporais. No estudo de Bullington e Karlsson (1997), o conceito de experiência corporal refere-se a como a pessoa experiencia seu próprio corpo a partir de seu interior. Em investigações com pessoas com cegueira congênita ou precoce, esses autores descobriram que existem três dimensões essenciais de experiência corporal: o *corpo funcional*, o *corpo objetivado* e o *corpo criador de identidade*. Na dimensão "corpo funcional", os autores destacaram que o corpo é experimentado pelo sujeito cego com um acentuado sentimento de competência. Na dimensão "corpo objetivado", o sujeito sente a experiência de ser constituído ou reduzido a um objeto, experimentando sentimento de inferioridade perante os videntes. Finalmente, na dimensão "corpo criador de identidade", o corpo é experimentado como uma fonte de identidade, por meio de experiências abstratas do próprio corpo – formadas por ideias e conhecimentos sobre a aparência corporal e por meio de experiências concretas do próprio corpo - formadas por sentimentos correspondentes a um "verdadeiro eu". Essas dimensões, segundo os autores, ocorrem mutuamente durante as experiências corporais de pessoas que não enxergam desde idades precoces.

Em conjunto com a experiência corporal de pessoas com cegueira congênita, Kaplan-Myrth (2000) tem se preocupado em investigar a preocupação com a aparência corporal. No estudo realizado pelo autor foi encontrado que, embora as pessoas com cegueira não recebam *feedback* visual de seus corpos, elas são normalmente muito preocupadas com sua aparência. A forma corporal, a dimensão corporal e outros aspectos da aparência possuem importância central. Seu senso de aparência é baseado no ideal de corpo de sua cultura, que pode ser descrito em detalhes. A avaliação da aparência do outro é realizada por meio da voz, do odor corporal e do aperto de mão. O autor afirma que os sons, os cheiros e a beleza "tátil" são importantes fontes de informação sobre a aparência para as pessoas que não enxergam, concluindo que, na formulação da imagem corporal, os cegos possuem acentuada preocupação com sua aparência e colocam pouca ênfase em suas experiências corporais.

Uma das descobertas mais recentes a respeito da imagem corporal de pessoas com cegueira congênita refere-se à representação neural do autoconceito. Ma e Han (2011) investigaram a área cerebral que é ativada nessas pessoas durante a representação do autoconceito, comparando esses resultados com videntes. Eles constataram que, em indivíduos videntes, durante o julgamento do *self*, existe uma conectividade funcional reforçada entre o córtex pré-frontal e o córtex visual, sugerindo que a atividade pré-frontal medial subjacente à representação do autoconceito é uma modalidade especificamente visual nesse grupo de indivíduos. Ao contrário, na ausência de experiência visual em idades precoces, essa atividade pré-frontal medial exibe uma plasticidade *cross-modal* durante o processo de julgamento do próprio *self,* de modo a ser ajustada por estímulos auditivos, e não por estímulos visuais. Em suma, os autores destacaram a existência de uma plasticidade *cross-modal* em pessoas com cegueira congênita capaz de mudar a arquitetura funcional do córtex pré-frontal durante o processo de julgamento do *self*.

Como se pode observar sobre os resultados dos estudos analisados, foram destacadas importantes contribuições a respeito de transtorno alimentar, representação do *self*, insatisfação corporal, experiência corporal e representação neural de autoconceito. No entanto, muitas contradições foram percebidas. Ademais, o conceito de imagem corporal, muitas vezes, foi tomado de uma maneira diferente daquele que adotamos neste estudo, por estar fortemente vinculado a uma imagem unicamente visual do corpo. As contradições na área e a falta de consistência relacionada ao conceito de imagem corporal demonstram uma necessidade de aprofundamento de estudos nessa área. Uma das possibilidades de mergulhar nesse campo é com estudos que investiguem a autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce.

2.1.4 Autoaceitação

As últimas duas décadas têm marcado o acentuado interesse de pesquisadores pelo constructo denominado autoaceitação (WILLIAMS, LYNN, 2011). A autoaceitação tem sido considerada um mecanismo psicológico central para o quadro de imagem corporal positiva (SMITH-JACKSON, REEL, THACKERAY, 2011, POTOCKA, TURCZYN, KIEC, 2008;

WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010). Isso porque esse constructo pode ser tomado como um importante meio de desenvolver a imagem corporal em um caminho saudável, ampliando-a de modo a abranger muitos e diferentes aspectos pessoais, físicos e psicossociais (O'DEA, 2004). Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer a autoaceitação, desvendando seu conceito, seus elementos e suas características.

De acordo com Willianm e Lynn (2011), não há uma definição universal sobre a autoaceitação. De fato, ao longo das décadas, é possível observar uma variedade de definições que tentam abranger as diferentes nuances que podem fazer parte desse constructo. Em consequência, os autores afirmam que a autoaceitação é comumente definida de modo abrangente e em caminhos multifacetados. Embora tamanha abrangência, alguns pesquisadores têm tentado definir a autoaceitação, além de operacionalizá-la e desenvolver medidas para sua avaliação.

Uma das primeiras abordagens nessa área, tomada por Sheerer (1949), considera a autoaceitação como os pensamentos bons e positivos a respeito de si mesmo, sendo fortemente associada com a aceitação dos outros. De acordo com a autora, os sujeitos que apresentam um quadro de autoaceitação normalmente compartilham características comuns, eis algumas:

a) Se aceitam da maneira que são, não questionam seu valor como pessoa e reconhecem o valor de suas ideias;
b) Apreciam genuinamente a si mesmos em uma variedade de atividades envolvendo trabalho, companhia, expressão autocriativa, atividade que exerce, entre outras;
c) Sentem-se iguais às outras pessoas, nem superior, nem inferior, principalmente no contexto de diferenças em habilidades específicas ou frente a atitudes dos outros relacionadas a eles;
d) Têm internalizado certos valores e princípios que servem como guia geral para seus comportamentos, baseando-se nesse guia e não em padrões e valores de outros indivíduos;
e) Não se incomodam com reações desfavoráveis ou julgamentos negativos de outras pessoas em relação a eles;
f) São capazes de agir de acordo com seu melhor julgamento de diferentes situações, sem sentimento excessivo de culpa e sem se preocuparem com opiniões dos outros;
g) Possuem confiança em suas habilidades para lidar com problemas, mesmo diante de falhas e contratempos;

h) Acreditam fortemente em certos valores e princípios, buscando defender sua própria opinião;
i) Acreditam que são pessoas interessantes e valorizadas pelos outros;
j) Não tentam distorcer ou esconder a existência de suas limitações e habilidades que eles percebem em si mesmo, mas as aceita da maneira que são.

Congruentes com o estudo de Sheerer (1949), estudos subsequentes exploraram a relação entre autoaceitação e aceitação dos outros e encontraram que as atitudes expressadas de aceitação de si são fortemente e positivamente relacionadas com atitudes de aceitação do outro. Foi demonstrado que as pessoas com níveis elevados de autoaceitação tendem a aceitar mais o outro, portanto, são mais dispostas a estabelecer melhores relações interpessoais (BERGER, 1952; FEY, 1954; McINTYRE, 1952; OMWAKE, 1954; PHILLIPS, 1951). Outros achados consideram a autoaceitação operacionalmente definida como a discrepância entre *self* real (oriundo da afirmação "eu sou") e *self* ideal (oriunda da afirmação "eu gostaria de ser") (BILLS, VANCE, McLEAN, 1951).

Embora os estudos de Sheerer (1949) tiveram especial importância para as investigações sobre a autoaceitação na década de 50, foi a abordagem do bem estar psicológico proposta por Riff (1989) que sedimentou a maior parte dos estudos ulteriores. O bem estar psicológico é considerado um constructo complexo e multidimensional, que significa um sentimento amplo e particular de felicidade (CARMELI, YITZHAK-HALEVY, WEISBERG, 2009). No modelo teórico proposto por Riff (1989), o bem estar psicológico é representado por aspectos de um funcionamento positivo de si mesmo, incluindo seis dimensões distintas, quais sejam: 1) autonomia (autodeterminação, independência e autorregulação do comportamento), 2) controle ambiental (habilidade do indivíduo de controlar e gerenciar atividades do dia-a-dia), 3) crescimento pessoal (desenvolvimento do potencial do indivíduo como pessoa), 4) relação positiva com os outros (satisfação e confiança na relação com os outros), 5) propósito na vida (senso de direção que contribui para a percepção de que a vida é significativa) e 6) *autoaceitação* (atitudes positivas do indivíduo em relação a si mesmo e a vida passada) (RYFF, KEYES, 1995).

Ryff e Singer (1996) e Ryff e Singer (2008) complementam que a autoaceitação é considerado o critério mais recorrente e evidente do bem estar, visto que, além de ser considerada a característica central da saúde mental, a autoaceitação é relacionada a um estado psicológico de autoafirmação e maturidade. Nesse sentido, de acordo com os autores, altos níveis de

autoaceitação sugerem atitudes positivas em relação a si mesmo, conhecimento e aceitação de múltiplos aspectos de si, incluindo qualidades boas e ruins, além de sentimentos positivos sobre a vida passada.

A autoaceitação pode ser entendida ainda sob uma abordagem incondicional. Chamberlain e Haaga (2001) consideram a autoaceitação incondicional, cujo conceito é a aceitação incondicional e profunda de si mesmo, da maneira como se apresenta ao mundo, com ou sem comportamentos corretos, inteligentes ou competentes e com ou sem a aprovação, o amor e o respeito de outras pessoas. Nesse contexto, o indivíduo é consciente de seus defeitos e virtudes e demonstra amor incondicional por si mesmo.

Considerações ulteriores definem a autoaceitação como a aceitação da imagem corporal, ou seja, aceitação psicológica de si mesmo, da própria aparência corporal (NEGY, WINTON, 2008). Definem também como o "*sentido ou reconhecimento relativamente objetivo das próprias capacidades e realizações, juntamente com reconhecimento e aceitação das próprias limitações*" (APA, 2010, p. 115). O conceito de autoaceitação pode ainda ser tomado como uma atitude saudável do indivíduo que o ajuda a aceitar seus lados eficiente e ineficiente como parte de sua personalidade (CEYHAN, CEYHAN, 2011).

Neste estudo, o conceito de autoaceitação adotado emerge da congruência da literatura retromencionada. Consideramos, portanto, a autoaceitação como a aceitação de si mesmo da maneira que se é, por meio do reconhecimento tanto das próprias características positivas, quanto das negativas e, ao mesmo tempo, por meio da valorização daquelas características consideradas positivas. No quadro de autoaceitação, a pessoa tende a desenvolver pensamentos bons e positivos a respeito de si mesma, demonstrando um amor incondicional sobre o próprio ser (CEYHAN, CEYHAN, 2011; CHAMBERLAIN, HAAGA, 2001; RYFF, SINGER, 2008; SHEERER, 1949).

Algumas associações têm sido estabelecidas entre autoaceitação e características pessoais e da personalidade. Há registros, por exemplo, de que o estado marital influencia na autoaceitação. Eastman (1958), ao investigar a autoaceitação em uma amostra de 50 casais unidos há mais de dois anos, concluiu que a felicidade marital é significante e positivamente relacionada com autoaceitação. Para o autor, não foi possível identificar se a autoaceitação causa o estado marital ou vice-versa, mas foi possível constatar que os casais unidos há mais tempo são aqueles

que apresentam maiores índices de autoaceitação, se comparados aqueles com menos tempo de união.

Um ponto comum constatado em pesquisas é o de que a autoaceitação possui relação negativa com depressão e ansiedade e relação positiva com elevado autoestima. Winlder e Myers (1963) constataram que indivíduos que apresentam índices elevados de autoaceitação expressam menores níveis de ansiedade. No estudo de Macinnes (2006), investigou-se a relação entre autoaceitação, autoestima, ansiedade e depressão em participantes com diagnóstico de problema de saúde mental e encontrou-se que a autoaceitação foi associada significante e positivamente com autoestima e negativamente com depressão e ansiedade. No estudo longitudinal de Wood e Joseph (2010), investigou-se fatores de risco associados a depressão. Foi encontrado que pessoas com baixos níveis de autoaceitação possuem substancialmente maiores riscos de serem deprimidas ao longo de 10 anos. Jimenez, Niles e Park (2010), por sua vez, descobriram que a autoaceitação é associada negativamente a sintomas depressivos e associada positivamente com emoções positivas. Singh e Tanu (2011) investigaram níveis de depressão em adolescentes do sexo feminino e encontraram relação significante e negativa com autoaceitação. Nos cinco estudos, concluiu-se que a autoaceitação é, de fato, um elemento que possui influência central no bem estar psicológico.

A prática de atividade física pode ser entendida como uma importante precursora da autoaceitação. Neumark-Sztainer, et al. (2003) investigaram preditores de atividade física em garotas adolescentes com risco de estilo de vida sedentário e obesidade e encontraram significante e positiva relação entre autoaceitação e autoeficácia para ser fisicamente ativa. Os autores concluíram que as estratégias de intervenção para essas pessoas deveriam fornecer-lhes suporte necessário para que elas se sintam mais confiantes a respeito de si mesmas, sendo a atividade física uma importante ferramenta para a autoaceitação.

Há de se destacar que a atividade física no contexto da autoaceitação deve ser realizada com enfoque no bem estar e não no ideal estético. No estudo qualitativo de Crone, Smith e Gough (2005), investigou-se, em um grupo de adultos praticantes de atividade física, a relação entre atividade física e autoaceitação. Os resultados apontaram a inter-relação entre os dois constructos. O exercício físico realizado com intenção de bem estar providenciou autoaceitação em um caminho positivo, no qual destacou-se confiança, conforto com as próprias características e crença nas próprias capacidades.

O tempo de realização da atividade física também influencia na autoaceitação. Crone, Smith e Gough (2005) sinalizaram, ainda, que o nível de autoaceitação foi dependente do tempo pelo qual o sujeito pode experienciar seu corpo durante a atividade física, ou seja, quanto maior o tempo de atividade, maior seria a autoaceitação. Concluiu-se, por conseguinte, que os profissionais de Educação Física devem considerar, durante sua estratégia de intervenção, que o exercício realizado com enfoque no bem estar pode ser uma importante ferramenta para desenvolver a autoaceitação.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é outra variável que pode apresentar relação com a autoaceitação. No estudo realizado por Carr e Friedman (2005), foi investigado se pessoas com diferentes níveis de IMC (baixo peso – 18,5 ou mais baixo; peso normal – entre 18,5 e 24,9; sobrepeso – entre 25 e 29,9; obeso I – entre 30 e 34,9; e obeso II e III – acima de 35) diferem em termos de autoaceitação. Encontrou-se que pessoas obesas com IMC maior que 35, quando comparadas com aquelas de peso normal, reportaram significantemente menores níveis de autoaceitação.

Outra constatação importante observada pelos autores revela que a experiência de discriminação social percebida pelo indivíduo pode ter implicações negativas sobre a autoaceitação. Na pesquisa realizada por eles, analisou-se o efeito da discriminação percebida por pessoas obesas na autoaceitação e encontrou-se que, além dessas pessoas reportarem altos índices de discriminação social diária (nas relações sociais e no trabalho), a discriminação percebida teve efeito significante e negativo sobre a autoaceitação. De acordo com os autores, esses achados suportam a observação de que o estigma é um processo inerente a sociedade, que caracteriza a concepção da pessoa obesa relacionada a falhas morais e ausência de atratividade pessoal, sendo profundamente prejudicial ao senso de autoaceitação (CARR, FRIEDMAN, 2005).

Em complemento aos achados anteriores, a autoaceitação tem sido relacionada a autenticidade em relação aos próprios sentimentos. Carson e Langer (2006) investigaram os aspectos precursores da autoaceitação e encontraram que a autenticidade em relação aos sentimentos genuínos a respeito de si mesmo é fundamental para o quadro de autoaceitação. Os autores explicaram que ser autêntico é aceitar-se sem a preocupação com a aprovação ou julgamento de outras pessoas. Indivíduos que se aceitam vivem seu dia a dia sem se incomodar com que os outros pensam a respeito deles. Isto é, no quadro de autoaceitação, as pessoas não se preocupam com a forma com que são avaliadas pelos outros. Os autores concluem que ao aceitar

a opinião dos outros sobre si mesmo, provavelmente, o indivíduo terá dificuldade de autoaceitação.

A autoaceitação é ainda relacionada à capacidade de tomar decisões sobre a própria vida. De acordo com Carson e Langer (2006), essa capacidade proporciona ao indivíduo condições de conceber sua vida de muitas perspectivas, incluindo o reconhecimento de alternativas e caminhos diferenciados em sua tomada de decisão, de maneira que ele possa decidir ativamente sobre situações de seu presente e futuro. Os autores explicam que na medida em que o indivíduo percebe estar no controle de sua vida, ele se sente mais confiante em si mesmo. Em concondância, Besteiro et al. (2009) destacam que, no quadro de autoaceitação, é fundamental que a pessoa discrimine suas próprias decisões daquelas dos demais, isto é, que ela seja capaz de decidir e resolver problemas para si própria.

Outro aspecto notado é que a satisfação corporal é relacionada com autoaceitação. Tager, Good e Morrinson (2006) analisaram correlações entre autoaceitação e satisfação corporal entre estudantes do sexo masculino. Além da constatação de que participantes com sobrepeso reportaram menores níveis de autoaceitação do que aqueles abaixo do peso, os autores apontaram que a satisfação corporal, em conjunto com controle ambiental, são preditores significantes da autoaceitação. No mesmo sentido, Pearson, Follette e Hayes (2011) explicam que a autoaceitação é uma importante estratégia de intervenção para aumentar índices de satisfação corporal.

Algumas observações sistemáticas têm demonstrado que a autoaceitação é associada com baixos níveis de perfeccionismo – pessoas perfeccionistas possuem dificuldades de se aceitar (SCOTT, 2007). Apontaram que as pessoas que se aceitam são mais estáveis emocionalmente e possuem menores crenças irracionais – crenças ilógicas, rígidas e inconsistentes com a realidade (DAVIES, 2006, DAVIES, 2007). Além disso, revelaram que a autoaceitação regula a relação entre perfeccionismo e dependência de exercício, ou seja, pessoas perfeccionistas com baixa autoaceitação são mais dependentes de exercícios físicos, na busca de tentar aumentar seu valor (HALL et al., 2009).

Outra linha de pesquisa sugere que a autoaceitação possui relação com o status profissional. Strauser, Lustig e Ciftci (2008) examinaram as relações entre os elementos do bem estar psicológico proposto por Riff (1989), inclusive a autoaceitação, e o processo de desenvolvimento na carreira em uma amostra de estudantes universitários. Os autores hipotetizaram que os indivíduos com maiores níveis de bem estar psicológico deveriam ter altos

níveis de identidade vocacional, maior envolvimento relacionado ao trabalho e menores pensamentos disfuncionais relacionados à carreira. A hipótese dos autores foi confirmada. Foi encontrado que a autoaceitação marcou uma contribuição única para a personalidade relacionada ao trabalho. Ou seja, os indivíduos que exibiram maiores níveis de autoaceitação foram aqueles que apresentaram os comportamentos mais apropriados relacionados ao trabalho, mostrando-se melhores preparados para desempenho e realização profissional. Em concordância, no estudo de Balon et al. (2008), investigou-se a autoaceitação em adultos com doença cardíaca congênita. Os autores constataram que, para os pacientes que eram empregados, os escores de autoaceitação foram mais altos do que os pacientes que não tinham emprego.

Achados ulteriores exploraram relações entre a autoaceitação, qualidade de vida e saúde mental. No estudo de Potocka, Turczyn-Jabłońska, Kieć-Świerczyńska (2008), objetivou-se analisar saúde mental e qualidade de vida em pacientes da área da dermatologia com relação ao nível de autoaceitação. Constatou-se que os pacientes com elevados índices de autoaceitação apresentaram melhores condições de saúde mental do que aqueles com menores níveis de autoaceitação. Em adição, os pacientes com baixos índices de autoaceitação apresentaram índices de qualidade de vida mais reduzidos, se comparados com aqueles com níveis mais elevados de autoaceitação. Logo, a autoaceitação foi considerada um elemento fundamental na manutenção da saúde mental e da qualidade de vida.

Vale destacar que o nível de autoaceitação difere em relação ao sexo, ao nível educacional e a idade. Em relação ao sexo, há inconsistência na literatura a respeito de qual dos sexos apresenta maiores níveis de autoaceitação. Ahrens e Ryff (2006) encontraram que homens apresentam maiores níveis de autoaceitação do que mulheres. Ao contrário, Ceyhan e Ceyhan (2011) reportaram que mulheres comumente apresentam maiores níveis de autoaceitação. A respeito do nível educacional, Balon et al. (2008) encontraram que adultos com mais altos níveis educacionais possuem escores significantemente mais altos de autoaceitação do que aqueles com menores níveis educacionais. De igual modo, Ceyhan e Ceyhan (2011) concluíram que quanto maior o nível de escolaridade, maior o grau de autoaceitação. Os autores afirmam ainda que o nível de autoaceitação difere também em relação a idade, ou seja, pessoas com mais idade possuem nível de autoaceitação mais elevado do que aquelas com menos idade.

Uma constatação importante e frequentemente descrita por muitos estudiosos revela que a autoaceitação é um mecanismo psicológico essencial na terapia e prevenção de transtornos

alimentares. McClintock e Evans (2001), ao investigarem possíveis relações entre transtorno alimentar e autoaceitação em mulheres estudantes, encontraram que a autoaceitação media relações entre medo de avaliação negativa (apreensão sobre a avaliação dos outros) e transtorno alimentar, bem como entre suporte social (relações da vida individual com parceiro, melhor amigo, entre outros) e transtorno alimentar. Congruente com esse resultado, Espíndola e Blay (2009), ao realizarem uma revisão sistemática com o objetivo de investigar as informações a respeito do tratamento da anorexia nervosa, constataram que a autoaceitação é um elemento principal nesse contexto. Para os autores, uma das questões centrais da anorexia nervosa é o conflito e desconforto que o sujeito sente consigo. A autoaceitação possibilita que ele mude sua visão disfuncional a respeito de si mesmo em um caminho integrado e positivo. Talarczyk (2011) sintetizou essa discussão afirmando que pacientes com anorexia e bulimia nervosa tem sua autoaceitação comprometida.

Considerando esses achados, alguns estudiosos têm proposto programas de intervenção para o desenvolvimento da autoaceitação no contexto do transtorno alimentar. Acredita-se que crenças específicas sobre a importância do peso e da forma corporal, além de serem consideradas características gerais cognitivas de pacientes com transtorno alimentar, são também obstáculos para a autoaceitação. Algumas pessoas rejeitam o próprio peso e forma corporal, por considerá-los inaceitáveis. Como solução, adotam estratégias de restrição alimentar severa ou desenvolvem hábitos compulsivos de purgação. Nesse contexto, é importante o desenvolvimento de terapias que enfatizem a autoaceitação como um processo ativo de autoafirmação, e não aceitação passiva e acrítica da gordura, com foco em mudança cognitiva, afetiva e comportamental (WILSON, 1996).

O'Dea (2004) esclarece que as terapias que promovem a autoaceitação em pessoas com transtorno alimentar, devem ter a finalidade de contribuir para o desenvolvimento integrado e positivo da imagem corporal. Em congruência, Potocka, Turczyn e Kiec-Świerczyńska (2008) revelam que índices elevados de autoaceitação são considerados bons indícios de imagem corporal positiva. Nesse contexto, as intervenções com ênfase na autoaceitação devem ser capazes de influenciar positivamente os participantes em seu ambiente social, empoderando-os a sentirem-se melhores sobre si mesmos (O'DEA, 2004).

Nesse sentido, Fava e Ruini (2003) descreveram as principais características de uma estratégia cognitivo-comportamental denominada terapia do bem estar, que tem por finalidade

melhorar níveis de autoaceitação, bem como de outros componentes do bem estar psicológico propostos por Ryff (1989). De acordo com os autores, a terapia proposta pode ser utilizada com sucesso em pacientes com alterações na imagem corporal.

Kristeller e Wolever (2011) descreveram um programa que enfatiza a autoaceitação na terapia de pessoas com transtorno alimentar. Para os autores, as estratégias adotadas no programa devem considerar, sobretudo, que a autoaceitação inclui uma saudável relação com o próprio corpo, tendo como principal base a aceitação corporal e a prática de exercícios físicos realizada com a finalidade de cultivar o amor pelas próprias experiências corporais. A prática consciente de exercício físico contribui para qualidade das atividades diárias, assim como para apreciação do corpo e reconhecimento das necessidades corporais sendo, portanto, importante de ser considerada nas intervenções que primam pelo desenvolvimento de autoaceitação.

Em congruência com os estudos anteriores, intervenções baseadas na autoaceitação têm sido exploradas na área da obesidade. Nesse contexto, o desenvolvimento da autoaceitação tem sido considerado importante para encorajar pessoas obesas a adotarem um estilo de vida saudável. O incentivo a autoaceitação pode ser uma parte de programas específicos de controle de peso e seu ajuste nesse tipo de programa pode melhorar mudanças comportamentais em longo prazo, contribuindo para a perda de peso. O indivíduo obeso que aceita seu corpo do jeito que ele é pode entender a importância de cuidar do mesmo, encorajando-se a adotar comportamentos adaptativos saudáveis (WILSON, 1996).

Portanto, pode-se perceber que a autoaceitação é um elemento central em programas de intervenção para diferentes grupos de indivíduos, incluindo, principalmente, aqueles com transtorno alimentar e obesidade (McCLINTOCK; EVANS, 2001). Embora grande parte das discussões a respeito da autoaceitação estejam enfocadas nesses grupos, bem como em pessoas com depressão e ansiedade e outras psicopatologias, há alguns poucos registros de investigações de autoaceitação em pessoas com deficiência.

Para essas pessoas, Grayson (1950) considera a autoaceitação sobre três bases principais, quais sejam: de natureza física, social e psicológica. Fisicamente, a autoaceitação é relacionada à consciência da natureza, origem, complicações e prognóstico da deficiência. Da perspectiva social, a autoaceitação tem relação com o emprego, moradia e relações familiares. Psicologicamente, esse constructo é associado negativamente com sintomas emocionais graves causados pela deficiência. Um quadro de não aceitação é caracterizado por sentimentos de pouco

valor, inadequação biopsicossocial, depressão, autoculpa e ódio de si mesmo. Esses sentimentos, bloqueiam a motivação, inibe comportamentos positivos e causam dificuldades com reabilitação e ajustamento

Brillhart (1986), por sua vez, considera que a autoaceitação é uma característica da "personalidade saudável" de pessoas com deficiência física. Para o autor, a personalidade saudável é a habilidade de agir como uma pessoa guiada pela inteligência, respeito pela vida, necessidade de satisfação, crescimento pessoal e capacidade para o amor. Considerando essa premissa, o autor investigou quatro fatores que contribuem para autoaceitação em pessoas com deficiência, quais sejam: 1) autocuidado - habilidade de iniciar e realizar atividades em prol da manutenção da própria vida, saúde e bem estar; 2) conhecimento da deficiência - consciência da etiologia e prognóstico da deficiência, assim como o autocuidado para manter e melhorar a saúde; 3) suporte interpessoal - amor, respeito e aceitação da própria significância para o outro em relação à deficiência; 4) realidade física - expressa pelo conceito acurado da condição ou estado do corpo. Para essa finalidade, foram entrevistados 65 homens e 84 mulheres com deficiência, entre 18 e 64 anos de idade. Foi encontrado que, sobretudo, o conhecimento da deficiência e a realidade física se apresentaram como significantes preditores de autoaceitação, sendo importante de serem considerados em estratégias de intervenção.

Em especial, o autor destaca que a autoaceitação de pessoas com deficiência engloba, especialmente, cinco elementos: 1) crenças sobre valores internalizados em detrimento de pressões externas para guiar o comportamento; 2) confiança nas habilidades pessoais para superar desafios da vida; 3) capacidade de assumir responsabilidades e aceitar as consequências do próprio comportamento; 4) não esperar rejeição; 5) não considerar a si mesmo como diferente dos outros (BRILLHART, 1986).

Em congruência, Farber (2000) sinaliza que a autoaceitação é considerada um benefício psicológico fundamental em pessoas com deficiência, sobretudo, por possibilitá-las reconhecerem-se melhor preparadas para lidar com dificuldades do dia-a-dia, por meio do desenvolvimento saudável da personalidade. No estudo exploratório realizado pelo autor, cuja finalidade foi compreender a experiência pessoal de oito mulheres com diferentes tipos de deficiência, inclusive deficiência visual, em sua ocupação de maternidade, o autor encontrou que, embora haja diversidade nas experiências pessoais, a autoaceitação da deficiência durante a

realização das tarefas inerentes à maternidade pode facilitar a mãe nos cuidados diários ao seu bebê.

Outro registro a ser considerado nesse contexto sugere que a atividade física é um caminho efetivo para desenvolver imagem corporal positiva e autoaceitação entre pessoas com deficiência física. No estudo de Guszkowska e Pater (2010), investigou-se as diferenças estabelecidas entre autoestima, autoaceitação e status de saúde mental entre atletas deficientes físicos e não atletas e encontrou-se que ambas variáveis foram positivamente correlacionadas com autoestima. Os autores sintetizam seus achados afirmando que a atividade física tem positivo efeito sobre a saúde mental de pessoas com deficiência.

Sobre a base da literatura a respeito da autoaceitação, foi possível realizar algumas importantes constatações. Seu conceito, embora complexo e abrangente, pode ser tomado como a aceitação de si mesmo da maneira que se é, incluindo a adoção de atitudes positivas ao próprio respeito. Esse constructo tem sido positivamente relacionado com felicidade marital, elevada autoestima, capacidade de tomada de decisões, desempenho e realização profissional, saúde mental e qualidade de vida. Tem sido negativamente associado com depressão, ansiedade, elevados índices de IMC, discriminação social percebida, perfeccionismo e crenças irracionais. Constatou-se ainda que a autoaceitação se difere em relação ao gênero, ao nível educacional e a idade. Em adição, vale destacar que alguns fatores precursores da autoaceitação foram encontrados, dentre eles destacam-se a atividade física, satisfação corporal e a autenticidade em relação aos próprios sentimentos.

Foi possível ainda observar que a autoaceitação é considerada um mecanismo psicológico essencial na terapia e prevenção de transtornos alimentares e obesidade. Nesse sentido, diferentes programas de intervenção têm sido propostos com a finalidade de desenvolver a autoaceitação, sendo alguns deles com enfoque no desenvolvimento integrado e positivo da imagem corporal. Sobretudo, para pessoas com deficiência, a autoaceitação tem sido considerada um benefício psicológico fundamental, na medida em que lhes possibilita o desenvolvimento saudável de sua personalidade, importante para o enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia. Entretanto, embora um constructo de suma importância de ser investigado nesse grupo de pessoas, poucas pesquisas foram encontradas na área. Em consequência, percebe-se a escassez de instrumentos de medidas para avaliação desse constructo em pessoas com deficiência visual.

2.1.5 Escalas de medida de autoaceitação

As escalas designadas para medir a autoaceitação foram desenvolvidas ao longo dos anos com base na contextualização teórica do constructo. Nas décadas de 50 e 60, as medidas desenvolvidas e mais comumente utilizadas consideravam a autoaceitação como a discrepância *self* real – *self* ideal, ou seja, a diferença entre o que o indivíduo percebia de si mesmo e de seu ideal (BRUCE, 1958; EASTMAN, 1958; WINKLER, MYERS, 1963). Uma das mais populares medidas foi o "*Butler-Haigh Q sort* (ROGERS, DYMOND,1954)", que consistia de 100 itens de autorreferência, que eram sorteados para dar um descrição objetiva do que o sujeito pensava a respeito de si mesmo e de seu ideal. A congruência dessa descrição era a medida de autoaceitação, expressada em termos de coeficiente de relação. Um outro exemplo de medida comumente utilizada foi o "*Index of Adjustment and Values* (BILLS, 1953)*",* que consistia de uma escala de classificação de adjetivos responsável por incorporar o modelo de discrepância *self* real – *self* ideal (CROWNE, STEPHENS, 1961).

Embora frequentemente utilizadas, essas e outras medidas das décadas reportadas foram duramente criticadas por alguns pesquisadores, os quais observaram que os resultados encontrados pelas pesquisas desenvolvidas eram, em sua maioria, ambíguos e não contribuíam para o entendimento da autoaceitação. Esse fato foi atribuído às diferentes falhas encontradas nos instrumentos existentes, considerados, em sua maior parte, com ausência de qualidades psicométricas, pobre definição do constructo, ausência de padronização sistemática no desenvolvimento do teste e de atenção a princípios metodológicos coerentes (CROWNE, STEPHENS, 1961; WILLIAMS, LYNN, 2011).

A *Self-Acceptance Scale* (Berger, 1952) foi a medida de autoaceitação que menos apresentou problemas psicométricos dentre as escalas daquele período. Considerada a escala mais habitualmente utilizada entre as décadas de 50 e 60, a *Self-Acceptance Scale* era composta por 64 itens (36 sobre autoaceitação e 28 sobre aceitação dos outros), organizados em escala *Likert* de 5 pontos, variando de "*não é tudo verdade sobre mim*" para "*tudo verdade sobre mim*". Os itens foram operacionalizados em 16 dimensões, com base na teoria de Sheerer (1949) de aceitação e respeito de si mesmo e do outro. A Escala apresentou bons parâmetros psicométricos. O coeficiente de confiabilidade medido pelo teste de *Split-half* variou de 0,75 para 0,89 para

autoaceitação e 0,78 e 0,88 para aceitação dos outros, com seis diferentes amostras de sujeitos. A validade discriminante da escala indicou que a mesma é capaz de discriminar significantemente diferentes grupos (WALSH, et al., 1973; WILLIAMS, LYNN, 2011).

A *Self-Acceptance Subscale* de Ryff (1989) é a mais usual medida de autoaceitação na atualidade. Incluída em uma escala maior do bem estar psicológico - *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) -, a *Self-Acceptance Subscale* contém 14 itens e é designada para medir o nível subjetivo de sentimentos agradáveis dos participantes com relação ao seu passado e vida atual, assim como em relação a si mesmo em um caminho global. Como exemplo de itens, pode-se citar: "*Em geral, eu sinto confiante e positivo sobre mim mesmo*" ou "*Eu gosto da maioria dos aspectos de minha personalidade*". As respostas são organizadas em escala *Likert* de 6 pontos, com opções de respostas variando de "*discordo fortemente*" para "*concordo fortemente*". Altos escores refletem altos níveis de autoaceitação (NEGY, WINTON, 2008). De acordo com Willians e Lynn (2011), a maior desvantagem da *Self-Acceptance Subscale* é sua limitada confiabilidade ($\alpha = 0,46$).

Chamberlain e Haaga (2001) criaram um questionário para avaliar a autoaceitação incondicional, o *Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)*. O USAQ é composto de 20 itens, tais como: "*Sinto que tenho valor, mesmo se eu não obtenho sucesso em atingir certos objetivos que são importantes para mim*"; "*Meu senso de valor depende muito de como eu me comparo com outras pessoas*" e "*Eu acredito que tenho valor simplesmente porque sou um ser humano*". As opções de resposta compõem uma escala *Likert* com sete variações, desde "*quase sempre falso*" até "*quase sempre verdadeiro*". Os autores utilizaram essa escala para explorar aceitação incondicional em adultos e encontraram que esse constructo é precursor de menores níveis de depressão e ansiedade e de níveis elevados de felicidade e bem estar geral, sendo, portanto, considerado um importante elemento da saúde mental. A consistência interna do USAQ foi moderada (alfa = 0,72), sendo esse considerado pelos autores um valor aceitável, considerando que o USAQ é uma medida de um constructo complexo e multifacetado como a autoaceitação. Não houve avaliação direta da validade discriminante e convergente (CHAMBERLAIN, HAAGA, 2001).

Potocka, Turczyn-Jabłońska e Kieć-Świerczyńska (2008) criaram a *Self-Acceptance Scale* para avaliação da autoaceitação. Essa escala é composta de 12 itens, tais como: "*Eu gosto de mim*", "*Eu sou uma pessoa atrativa*" e "*Meu corpo é atrativo*". A escala possui formato *Likert*,

variando de 1 = "*Eu definitivamente não concordo"* para 5 = "*Eu definitivamente concordo*"). A escala apresentou satisfatórias confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação =0,72) e consistência interna (alfa de Cronbach = 0,85).

Especificamente, para pessoas com deficiência visual, Zhang e Wang (2011) criaram e investigaram as qualidades psicométricas de uma subscala para avaliação da autoaceitação em chineses. A subscala está incluída no "*Psychosocial Adaptation Questionnaire*", cujo objetivo, de acordo com os autores, foi avaliar o impacto da deficiência visual na adaptação psicossocial de pessoas acometidas pela deficiência. A versão final do questionário foi composta por 38 itens, que emergiram tanto de entrevistas semiestruturadas quanto da revisão de literatura realizada pelos autores. Além da autoaceitação (fator composto de seis itens), o questionário possui mais outros seis fatores, quais sejam: 1) atitude (10 itens); 2) autoestima (seis itens); 3) ansiedade/depressão (seis itens); 4) pertencimento (cinco itens); 5) autoeficácia (três itens); 6) senso de autocontrole (dois itens). Para todos os fatores, o questionário varia em escala *Likert* de quatro pontos, variando de "*completamente incorreto*" para "*completamente correto*". Como exemplo de itens de autoaceitação, pode-se citar: "*Depois de ficar deficiente visual, eu frequentemente quero chorar*"; "*Depois de ficar deficiente visual, eu sou preocupado e tornei-me sentimental*" ou "*Eu não me preocupo sobre a deficiência visual e eu sou satisfeito com minha habilidade*". De acordo com os autores, o questionário apresentou valores satisfatórios de confiabilidade para os sete fatores, variando de $\alpha = 0,56$ para $\alpha = 0,89$. O coeficiente de confiabilidade para a subscala de autoaceitação foi $\alpha = 0,83$. A confiabilidade teste-reteste também foi aferida, apresentando valores que variaram de 0,97 para 0,99. Para a subscala de autoaceitação, a confiabilidade teste-reteste foi de 0,98. O questionário apresentou ainda adequados índices de validade critério, variando de 0,4 para 0,8.

Em suma, percebe-se que desde a década de 50 até a contemporaneidade, diferentes pesquisadores têm proposto escalas e subescalas de medida de autoaceitação. Todavia, conforme esclarece Williams e Lynn (2011), a maioria das escalas existentes medem, de fato, somente um ou dois domínios de autoaceitação. Considerando a multidimensionalidade desse constructo, é prudente considerar que nenhuma escala existente pode ser considerada uma medida geral e verdadeira de autoaceitação. Embora não seja possível avaliar os aspectos globais da autoaceitação, é possível ter indícios sobre esse constructo, importantes para dar suporte a

investigadores na abordagem da natureza, extensão e determinantes de diferenças individuais. Para essa finalidade, os instrumentos de medida possuem importância central.

2.2 Desenvolvimento de escalas de medida

O desenvolvimento de escalas de medida envolve procedimentos complexos e sistemáticos, que exigem do pesquisador, além do conhecimento profundo das etapas de execução, acentuado envolvimento, disciplina e organização. Neste subcapítulo, serão explicados os fundamentos teóricos a respeito desse tópico, incluindo um breve delineamento histórico e a descrição das etapas necessárias para a criação de um instrumento de medida.

2.2.1 Fundamentos teóricos

A medida é uma atividade basilar da ciência, que possibilita a obtenção de conhecimento sobre pessoas, objetos e eventos (DeVELLIS, 2003). Ela abrange a utilização de números para o estudo científico de diferentes propriedades de fenômenos naturais. De uma maneira sintética, pode-se entender que "*medir é atribuir números às coisas empíricas*" e essa ação pode ser observada tanto nas ciências físicas, quanto nas ciências psicosociais (PASQUALI, 2009, p. 33).

A medida pode ser classificada de três maneiras principais: medida fundamental, medida derivada e medida por teoria. A medida fundamental é aquela que ocorre com atributos de massa, comprimento e duração temporal, os quais permitem uma medida direta e fundamental, por meio de instrumentos específicos que possuem essas unidades de medida. A medida derivada, por sua vez, é utilizada com medidas indiretas, por meio de uma relação estabelecida com medidas extensivas. Já a medida por teoria é preponderante nas ciências psicosociais para medir atributos da realidade que não podem ser expressos em termos de dimensões extensivas ou de unidades-base. Essa forma de medida pode ser feita por lei, quando existem leis específicas que

estabelecem relações entre duas variáveis, ou por teoria, quando se recorre a teorias que hipotetizam relações entre atributos da realidade (PASQUALI, 2009).

Uma das formas de medida por teoria são as escalas de medida. Essas escalas são instrumentos compostos por uma coleção de itens, os quais revelam o nível de variáveis teóricas que não podem ser observáveis facilmente por meios diretos. Elas são desenvolvidas quando o pesquisador objetiva medir um fenômeno que ele acredita existir, por meio de seu entendimento teórico do mundo, mas que não pode ser avaliado diretamente (DeVELLIS, 2003).

De acordo com DeVellis (2003), as primeiras tentativas encontradas na história da humanidade para medir um fenômeno faziam uso de observações sistemáticas. O autor reporta que alguns indícios dessas observações foram encontrados desde períodos pré-históricos, quando os humanos mais primitivos avaliavam, com base na observação, o tamanho, peso e a dimensão de objetos e de adversários em combate.

A origem das primeiras escalas de medida ocorreu efetivamente com a ascensão da Estatística e da Psicometria, no final do século XIX. A Psicometria pode ser entendida como a ciência que estuda diferentes formas de medida em Psicologia, contribuindo para a construção e verificação de hipóteses científicas acerca de fenômenos variados. A Psicometria tem se desenvolvido ao longo dos anos abrangendo, principalmente, dois modelos: Teoria Clássica dos Testes (TCT) – conhecida como Psicometria Clássica – e Teoria de Resposta ao Item (TRI) – conhecida como Psicometria Moderna. A TCT tem como foco de interesse o resultado final total de um teste, isto é, a soma de respostas dadas a uma série de itens. A TRI se interessa por produzir itens de qualidade, com o apoio de modelos matemáticos desenvolvidos por complexos programas de computador. Logo, enquanto a TCT se preocupa com a qualidade do teste como um todo, a TRI tem preocupação com a qualidade dos itens (PASQUALI, 2009).

Na evolução histórica da Psicometria, alguns estudiosos, tais como Francis Galton, Karl Pearson, Charles Spearman, James McKeen Cattell e Alfred Binet contribuíram, a seus modos, para o desenvolvimento e ascensão dessa ciência e para o início da construção das teorias que iriam sustentar a criação das primeiras escalas de medida (DEVELLIS, 2003; PASQUALI, 2009, 2010).

Na década de 1880, Galton, no transcurso de suas investigações sobre a herança de características anatômicas e intelectuais, observou a necessidade de efetuar medidas de algumas características humanas. Ele acreditava que as operações intelectuais poderiam ser avaliadas por

meio de medidas sensoriais e se preocupava com a avaliação das aptidões físicas humanas através da medida sensorial. Seus trabalhos tiveram impacto, tanto em uma orientação mais prática da Psicometria, mais aparente entre os psicólogos, cujas preocupações eram mais de caráter psicopedagógico e clínico, quanto em uma orientação mais teórica, utilizada por psicólogos de orientação estatística, que visavam mais o desenvolvimento da própria teoria psicométrica (PASQUALI, 2009).

Na década de 1890, Cattel desenvolveu medidas de diferenças individuais, como o "*mental test*" (teste mental), que avaliava o nível intelectual de alunos universitários dos Estados Unidos, alcançando reconhecido sucesso histórico e internacional. Cattel seguiu as ideias de Galton, dando ênfase às medidas sensoriais, por acreditar que elas permitiam maior precisão. Entretanto, o teste de Cattel sofreu duras críticas de outros estudiosos da época, tal como Binet, por ser considerado uma medida puramente sensorial ou dirigido apenas às habilidades específicas, como memorizar, calcular, etc., sem se preocupar em medir funções mais amplas como memória, imaginação, atenção, entre outros (PASQUALI, 2009).

Na mesma época, em 1896, Pearson, considerado por muitos como fundador da Estatística, desenvolveu ferramentas matemáticas, incluindo o "coeficiente de correlação produto-momento ou coeficiente de Pearson", necessárias para avaliar sistematicamente a relação entre variáveis. Sua invenção proporcionou aos pesquisadores da época a possibilidade de quantificar o nível de correlação entre as características das escalas de medidas (DeVELLIS, 2003, PASQUALI, 2010).

Já no início do século XX, houve o predomínio pelo interesse em avaliar aptidões humanas. Binet e Simon elaboraram um teste de conteúdo mais cognitivo, e não sensorial, conhecido como teste de 30 itens, que fez grande sucesso nos anos subsequentes, especialmente nos Estados Unidos. Esse teste visava cobrir uma gama variada de funções (como julgamento, compreensão e raciocínio), com o objetivo de avaliar o nível de inteligência de crianças e adultos (PASQUALI, 2009).

Ainda no início do século XX, Spearman deu continuidade à tradição de seus predecessores, desenvolvendo e popularizando a análise fatorial, ferramenta considerada importante para verificar qualidades psicométricas de uma escala de medida (DeVELLIS, 2003). De acordo com Pasquali (2009, 2010), Spearman foi o responsável por lançar os fundamentos da Psicometria Clássica.

Desse modo, a Psicometria surgiu no campo das aptidões humanas (mentais, físicas e psicofísicas) no início do século XX e deu suporte ao desenvolvimento sistemático de inúmeras medidas nos anos subsequentes. Por exemplo, na I Guerra Mundial, diante da necessidade de recrutar soldados e oficiais de forma rápida, o exército americano desenvolveu uma série de baterias de testes para a seleção dos militares. A Psicometria deu suporte para a criação de diferentes tipos de testes, surgindo dezenas de novos testes, inclusive na área da personalidade. Já na década de 1920, houve uma grande avalanche na criação de novos testes, ultrapassando as centenas (PASQUALI, 2009, 2010).

As décadas seguintes marcaram avanços na área da Psicometria, trazendo maior rigorosidade nos procedimentos de criação de escalas. A década de 1930 assinalou dois eventos importantes. O primeiro foi a criação da escala *Likert,* em 1932, assim denominada em homenagem a seu criador Rensis Likert*,* considerada a mais comumente utilizada em instrumentos que medem opiniões, crenças e atitudes (CLARK, WATSON, 1995; DeVELLIS, 2003). O segundo evento foi o desenvolvimento da análise fatorial, inventada por Thurstone, que, além de desenvolver esse tipo de análise, atuou no desenvolvimento da psicometria e fundou, em 1936, a Sociedade Psicométrica Americana, que, juntamente com a revista *Psychometrika*[6], foram dedicadas ao estudo e avanço da Psicometria. (PASQUALI, 2010).

Nas décadas subsequentes, entre 1940 e 1990, outros eventos, tais como a introdução de normas de elaboração e uso de medidas pela *American Psychological Association* (APA) e a criação de um modelo trinitário da validade (conteúdo, critério, constructo) por Cronbach e Meehl, fortaleceram a sistematização e rigor metodológico na criação de escalas de medidas por meio de técnicas psicométricas (PASQUALI, 2010).

Nesse contexto, houve o progresso da elaboração sistemática das primeiras escalas de medida com base na Psicometria. Vale lembrar que, de acordo com Hinkin (1995), o processo de construção de escala é complexo e laborioso, abrangendo um enumerado de procedimentos robustos e sistematizados. Desse modo, é importante que o pesquisador conheça esses procedimentos e saiba aplicá-los adequadamente. Em seguida, serão descritas as principais etapas necessárias para o desenvolvimento de uma escala, as quais constam de: a) geração dos itens; b) análise teórica dos itens; c) análise empírica dos itens; e d) investigação psicométrica.

[6] A *Psychometrika*, fundada em 1936, é um dos principais periódicos que, atualmente, tem publicado pesquisas na área da Psicometria (PASQUALI, 2010).

2.2.2 Geração dos itens: primeira fase

O primeiro passo no processo de desenvolvimento de escalas é a criação dos itens. Essa fase envolve tanto procedimentos que fornecem um suporte teórico para a geração inicial de itens, quanto a descrição de um conjunto de parâmetros que regulam a criação de cada item e da escala como um todo (DEVELLIS, 2003).

A criação de uma teoria sobre o constructo que se deseja investigar é o primeiro momento da geração dos itens. É necessário que o pesquisador conheça claramente o constructo e defina qual de seus aspectos ele objetiva incluir na medida. Nesse contexto, é essencial uma profunda revisão de literatura, por meio do detalhamento do constructo; da observação de como outros pesquisadores têm abordado o mesmo constructo; e da análise de constructos relacionados àquele que se deseja criar a escala. Essa revisão pode clarear a natureza e variedade do conteúdo do constructo alvo, pode identificar problemas com medidas já existentes e pode indicar se a escala proposta é necessária (CLARK; WATSON, 1995; DEVELLIS, 2003; MALHOTRA, 2004; NUNNALLY, 1967; PASQUALI, 2009, 2010).

Após a revisão de literatura, o passo seguinte é a construção do conjunto inicial dos itens. De acordo com Pasquali (2010), os itens são a expressão da representação do constructo. DeVellis (2003) explica que os itens devem refletir exatamente o que a escala deseja medir. Portanto, o pesquisador deve estar atento ao conteúdo de cada item, que deve, primariamente, refletir o constructo de interesse.

Existem duas abordagens básicas para a geração dos itens: abordagem dedutiva e indutiva. Na primeira, os itens são gerados com base em informações provindas na literatura. Já na abordagem indutiva, a geração dos itens é realizada com base em depoimentos de sujeitos da própria população para a qual a escala será criada. Essa segunda abordagem, geralmente, é utilizada quando existem poucas informações disponíveis na literatura sobre o constructo de interesse. A combinação da abordagem dedutiva e indutiva é outra possibilidade para a geração inicial de itens (HINKIN, 1995).

Há de se destacar que alguns cuidados são necessários e devem estar sob o enfoque do pesquisador no momento da geração dos itens. Por exemplo, os itens devem definir claramente o problema que está sendo abordado; devem ser mais simples quanto possível,

expressando uma única ideia; devem ser compostos por palavras comuns que reflitam o nível do vocabulário da população alvo; não devem ser indutores; não devem possuir alternativas ou suposições implícitas; não devem apresentar generalizações ou estimativas; deve ser evitado o uso de expressões da moda, assim como coloquialismos ou outras linguagens que prejudicam a compreensão por grupos de variadas idade, etnicidade, religião e gênero; e os itens devem ser escritos para garantir a variabilidade das respostas. Ademais, os itens devem ser organizados em uma ordem adequada, por exemplo, as perguntas de abertura devem ser simples e interessantes para conquistar a confiança dos sujeitos. As questões mais delicadas, complexas ou maçantes devem ser colocadas no final da sequência (CLARK; WATSON, 1995; MALHOTRA, 2004; PASQUALI, 2010).

Além dos cuidados necessários na escrita dos itens, o pesquisador deve definir a quantidade de itens que serão utilizados na escala. Quanto a essa questão, não há acordo na literatura. Nunnally (1967) sugere que o número inicial de itens seja o dobro do número pretendido na escala final, visto que, durante o processo de análise dos itens, muitos podem ser excluídos por serem considerados inadequados. DeVellis (2003) reporta a necessidade de que o conjunto inicial de itens seja três ou quatro vezes mais numeroso do que o número de itens desejado, como uma forma de garantir boa consistência interna à escala. Pasquali (2010) reporta que 20 itens são, aproximadamente, um número razoável para uma boa representação do constructo, sendo necessário que o conjunto inicial de itens seja composto do valor pretendido (nesse caso, 20) acrescido de mais 10% desse valor.

É necessário ainda decidir o formato de apresentação dos itens. Há dois formatos de respostas dominantes: formato de resposta dicotômica, por exemplo, falso e verdadeiro ou sim e não; e escala de classificação tipo *Likert*, com três ou mais opções de respostas, por exemplo, representação de frequência (nunca até sempre); representação de nível ou extensão (nada até muito); representação de similaridade (igual a mim até nunca igual a mim) e concordância (concordo fortemente até discordo fortemente) (CLARK, WATSON, 1995; DeVELLIS, 2003; PASQUALI, 2010).

Finalmente, o pesquisador deve definir as instruções da escala. As instruções devem acompanhar o teste e têm a função de tornar a tarefa do respondente clara, definindo o que o sujeito tem que fazer para responder corretamente ao teste. No momento de elaborar as instruções, a sistemática de aplicação do instrumento deve ser determinada, ou seja, deve-se

definir a elaboração de estratégias operacionais que poderão viabilizar a aplicação do instrumento e o formato em que ele será apresentado; deve-se decidir como a resposta do sujeito será dada para cada item, e o que o sujeito tem que fazer para respondê-lo, e deve-se definir como será a análise dos escores da escala. Em adição, as instruções necessitam ser tão curtas quanto possíveis, sem prejudicar sua compreensão por parte dos sujeitos da população alvo, devem conter um ou mais exemplos de como os itens devem ser respondidos e devem possibilitar ao sujeito um estado psicológico livre de tensão e ansiedade (PASQUALI, 2010).

2.2.3 Análise teórica dos itens: segunda fase

A análise teórica consiste em verificar outras opiniões a respeito dos itens operacionalizados. Ou seja, é a avaliação de que a hipótese elaborada na pesquisa representa, adequadamente, o constructo. Ela abrange tanto o julgamento dos itens com relação a sua referência ou não ao traço em questão (análise do conteúdo), quanto a análise da compreensão dos itens (análise semântica). A análise teórica envolve, além da opinião de peritos do constructo alvo, a opinião da população para a qual a escala será criada (PASQUALI, 2010).

Nunnally (1967) destaca que os peritos são pessoas escolhidas por seu conhecimento do constructo e/ou pelo conhecimento do processo de construção de escalas, podendo ser: *experts* em construção de escalas, professores sobre o constructo do teste e usuários potenciais da escala. Os peritos devem julgar os itens quanto sua adequação, dificuldade aparente e claridade. DeVellis (2003) afirma que o julgamento dos peritos deve considerar o conteúdo dos itens, sua relevância, clareza e coesão e destaca que os peritos podem fazer comentários individuais sobre cada item da escala e propor a inclusão de novos itens ou a exclusão de itens considerados inadequados.

Após a análise dos peritos, alguns itens poderão ser reformulados, incluídos ou excluídos, originando uma nova versão da escala. Alguns autores indicam que essa nova versão deverá ser testada em um pré-teste. Clark e Watson (1995) recomendam o pré-teste para obter informações preliminares sobre as reações dos respondentes a cada item da escala. Malhotra (2004) indica a realização desse procedimento com o objetivo de identificar e eliminar problemas potenciais na escala. Durante o pré-teste, todos os aspectos da escala devem ser testados –

conteúdo da pergunta, enunciado, sequência, formato e leiaute, dificuldades das perguntas e instruções. Caso sejam observados problemas, a escala deve ser revisada e um novo pré-teste torna-se necessário.

O passo seguinte à análise teórica dos itens é sua análise empírica (DeVELLIS, 2003).

2.2.4 Análise empírica dos itens: terceira fase

Uma vez que a escala tenha sido submetida à análise dos peritos e ao pré-teste, ela deve ser aplicada em uma amostra grande e representativa da população alvo, visando iniciar a análise empírica dos itens. Essa análise objetiva obter respostas da população para qual a escala será criada, tornando possíveis análises estatísticas pertinentes em Psicometria (PASQUALI, 2010).

Nessa fase, é necessário definir características biossociodemográficas do público para o qual o instrumento será construído, especificando, entre outros requisitos, a faixa etária, o nível socioeconômico e o nível de escolaridade. Será dessa população que sairá a amostra de sujeitos para a análise empírica dos itens da escala (PASQUALI, 2010). Essa amostra deve ser grande e apropriadamente heterogênea, sendo necessários, no mínimo, 10 sujeitos para cada item da escala (NUNNALLY, 1967; PASQUALI, 2010), sendo ideal 15:1 ou 20:1 (HAIR et al., 2009).

Na análise empírica dos itens, eles devem ser julgados, principalmente, em relação a sete aspectos: a) distribuição de resposta individual (CLARK; WATSON, 1995); b) correlação interitem (DeVELLIS, 2003); c) correlação item-escore total (NUNNALLY, 1967); d) variância, e) média de escores de cada item (DeVELLIS, 2003); f) confiabilidade (DeVELLIS, 2003; NUNNALLY, 1967); g) homogeneidade e unidimensionalidade (CLARK, WATSON, 1995; NUNNALLY, 1967; PASQUALI, 2009).

Ao investigar a distribuição de respostas dos itens, individualmente, o pesquisador deve eliminar os itens que tenham distribuição distorcida e desequilibrada. Por exemplo, por um lado, os itens nos quais quase todos os participantes responderem similarmente (“frequentemente”) devem ser eliminados. Esses tipos de itens transmitem poucas informações,

possuem limitada variabilidade, são suscetíveis a fraca correlação com outros itens e podem produzir resultados correlacionais instáveis. Por outro lado, os itens que mostram uma larga variedade de distribuição e aqueles que discriminam diferentes pontos ao longo de um continuo devem ser mantidos (CLARK; WATSON, 1995, HAIR, et al., 2009).

No que diz respeito à correlação entre os itens, quanto maior a correlação, maior a qualidade dos mesmos (DeVELLIS, 2003). Da mesma forma, na correlação item-escore total, os itens considerados bons são aqueles que possuem maiores correlações com o escore total da escala. Para Nunnally, esse valor deve, idealmente, ser acima de 0,2; para Munro (2001) esse valor deve variar entre 0,30 e 0,70, já Hair et al. (2009) estabelece o valor de 0,5 como mínimo para correlação item-total. O item que correlaciona próximo de zero é considerado excessivamente difícil ou fácil, ambíguo ou não relacionado ao constructo alvo, logo, ele deve ser descartado (NUNNALLY, 1967).

Em relação à variância, DeVellis (2003) esclarece que os itens considerados bons apresentam variância relativamente alta. Com relação à média dos escores de cada item, o autor explica que o ideal é que a média seja próxima ao centro, por exemplo, em uma escala com sete níveis de variação de resposta a média deveria ser próxima de 4.

Outro critério que deve ser analisado é a confiabilidade, medida através do coeficiente alfa de Cronbach ou seu variante *Kuder-Richardson Formula* 20 (KR 20 - aplicável para itens dicotômicos). Nunnally (1967) revela que o ideal é que esse coeficiente seja de, pelo menos, 0,8. DeVellis (2003) reporta que o alfa de Cronbach deve ser de, pelo menos, 0,7, considerado o mínimo aceitável, enquanto o alfa entre 0,8 e 0,9 é considerado ideal. Já Malhotra (2004) caracteriza 0,6 o valor mínimo aceitável para o alfa. Esses estudiosos concordam que, se o alfa ficar abaixo do mínimo, o pesquisador pode adicionar mais itens na escala, aumentando o alfa e a confiabilidade da escala. Se o pesquisador remover itens, o alfa diminui, o que irá diminuir a confiabilidade do instrumento. Geralmente, escalas curtas são boas porque oferecem menos trabalho aos respondentes. Entretanto, escalas longas são boas porque tendem a ser mais confiáveis. Nesse contexto, o pesquisador deve escolher entre brevidade ou confiabilidade da escala.

A homogeneidade da escala é outro atributo importante do novo teste. Segundo Nunnally (1967), os testes devem ser tão homogêneos quanto possível. Para analisar a homogeneidade, o pesquisador deve verificar a média de correlação entre os itens e o padrão

dessas correlações. Quanto maior a correlação, mais homogênea será a escala. Outros estudiosos esclarecem que a análise de consistência interna, com o alfa de Cronbach, é a mais usual para investigar a homogeneidade (CLARK, WATSON, 1995). A unidimensionalidade se refere a quão bem os itens estão fortemente associados uns com os outros, representando um só conceito (HAIR et al., 2009) A análise fatorial é a técnica mais indicada para avaliar a unidimensionalidade, por possibilitar verificar se os itens possuem carga alta em um único fator (CLARK, WATSON, 1995, PASQUALI, 2009).

Dando continuidade à análise empírica dos itens, o próximo e último passo no desenvolvimento de uma nova escala é conferir se a mesma possui qualidades psicométricas.

2.2.5 Investigação psicométrica: quarta fase

Esse tipo de investigação é considerado uma continuidade da análise empírica dos itens. Possui como objetivo verificar as qualidades psicométricas do novo instrumento, ou seja, analisa se o instrumento é válido e preciso. Um instrumento é considerado válido se ele avalia aquilo que realmente intenciona medir. É considerado preciso, fidedigno ou confiável se ele produz resultados consistentes quando são feitas repetidas mensurações da característica latente (MALHOTRA, 2004).

A validade pode ser de três tipos: conteúdo; critério e constructo. A validade de conteúdo avalia o modo com que o domínio específico do conteúdo é abordado pela escala. Para garantir a validade de conteúdo, o pesquisador deve tanto confirmar que os itens da escala realmente representam a unidade de instrução, quanto garantir que métodos "sensíveis" na construção da escala foram empregados. A validade de conteúdo pode ser julgada por peritos em criação de escalas, peritos no conteúdo abordado e membros da população para qual a escala será criada (DeVELLIS, 2003; MALHOTRA, 2004; NUNNALLY, 1967).

A validade de critério é aquela que verifica se a escala possui associação empírica com algum critério considerado "padrão ouro" e está preocupada com a predição de um determinado comportamento. 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, 2004).

A validade de constructo, por sua vez, é considerada um tipo de validade mais sofisticada e difícil de estabelecer. Ela verifica se a escala é sensível ao domínio relacionado à variável observada. A respeito de sua análise, os achados na literatura são inconclusivos. De acordo com Nunnally (1967), a validade de constructo pode ser medida de três maneiras: a) domínio de observáveis – é a garantia de que o constructo está bem esboçado na escala, deve ser avaliado de acordo com a qualidade das teorias que especificam o constructo; b) 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; c) relações entre constructos – avalia a relação da escala com outros constructos de interesse.

Clark e Watson (1995) explicam que validade de constructo é um tipo de validade estrutural, que pode ser aferida com análise fatorial. Essa análise pode permite gerar hipóteses testáveis relacionadas a quais itens são bons indicadores do constructo e quais não são, garantindo validade de constructo a escala.

De acordo com DeVellis (2003), há dois tipos principais de validade de constructo: validade convergente, que evidencia similaridade entre medidas de constructos teoricamente relacionados e validade discriminante ou divergente, que é a ausência de correlação entre medidas de constructos não correlacionados. A validade de constructo pode ser medida por meio da matriz multimétodo. Esse procedimento envolve a medida de mais de um constructo por meio de diferentes métodos de modo a obter uma grande matriz de medidas de métodos cruzados.

Pasquali (2009) considera a validade de constructo a forma mais fundamental de validade de escalas, que consiste em verificar se a escala constitui uma representação legítima e adequada do constructo. O autor declara que esse tipo de validade pode ser analisado de quatro modos: erro de estimação, análise de representação, análise por hipótese e curva de informação da Teoria de Resposta ao Item (TRI). A validade através do erro de estimação está relacionada à precisão com a qual a escala pode predizer o escore verdadeiro, considerado um agregado daquilo que a escala pretende medir mais características peculiares dos itens que compõem a escala. Essa validade é aferida por meio do cálculo do erro mínimo que pode ser cometido ao se predizer o escore de um teste a partir do escore de um teste paralelo.

A validade por meio da análise de representação verifica a adequação da representação do constructo pelo teste e é aferida por meio de análise fatorial e análise da consistência interna. Pasquali (2009) explica que a validade de constructo medida com análise fatorial é capaz de mostrar o que o instrumento está medindo, isto é, quais são seus fatores, bem como os itens que compõem cada fator. Ela é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator, mostrando quantos constructos comuns são necessários para explicar as intercorrelações entre os itens. A validade de constructo medida com análise da consistência interna consiste em calcular a correlação que existe entre cada item do teste e o restante dos itens ou o escore total dos itens.

A validade por meio da análise por hipótese avalia se a nova escala é capaz de discriminar ou predizer um critério externo a ela mesma. Esse critério é avaliado por meio de validação convergente-discriminante, idade, outros testes do mesmo constructo e a experimentação. Na técnica de validação convergente é preciso avaliar se o teste correlaciona significativamente com outras variáveis com as quais ele deveria correlacionar. Já a validação discriminante avalia se o teste não se correlaciona com variáveis com as quais ele deveria teoricamente se diferir. A validação por meio do critério idade é utilizada quando a hipótese a ser testada nesse método é a de que a escala que mede um determinado traço, o qual muda claramente com a idade, é capaz de discriminar distintamente grupos de idades diferentes. A validação por meio da correlação com outros testes que meçam o mesmo traço é também uma demonstração de validade de constructo. Por fim, o uso de intervenção experimental é, segundo Pasquali (2009), uma das melhores técnicas para analisar a validade de constructo de um teste e consiste em verificar se o teste discrimina claramente grupos-critério produzidos experimentalmente em termos do traço objeto de medida do teste.

A validade por meio da curva de informação da TRI verifica a validade da escala através de métodos chamados funções de informação e de eficiência. O primeiro método verifica a soma das informações fornecidas por cada item da escala, em seguida, cria-se uma curva de informação do teste que mostra para que faixa de níveis da curva o teste é particularmente válido. O método de função de eficiência, por sua vez, compara a relativa eficiência de um teste com relação a outro em sua capacidade de estimar a aptidão (PASQUALI, 2009).

Afora a validade, a nova escala deve apresentar bons parâmetros de confiabilidade. Para conferir se um instrumento é confiável, devem ser usadas técnicas multivariadas, tais como:

confiabilidade interobservador e intraobservador; consistência interna, correlação de formas alternativas, método de *split-half e* teste-reteste.

A confiabilidade interobservador refere-se à consistência entre dois observadores distintos quando eles avaliam a mesma medida em um mesmo indivíduo. A confiabilidade intraobservador avalia o nível de consistência no mesmo observador ao avaliar a medida (FERNÁNDEZ et al., 2005).

A confiabilidade pela consistência interna verifica o nível de acordo ou conformidade de um conjunto de medidas dentro de si. Desse modo, os itens que medem um mesmo domínio devem estar mais correlacionados entre si do que aqueles que medem domínios diferentes (FERNÁNDEZ et al., 2005). Esse tipo de confiabilidade pode ser aferido de três maneiras: a) correlação interitem – quanto maior a correlação, maior é a confiabilidade da escala, ou seja, altas correlações interitem sugerem que todos os itens medem a mesma coisa; b) coeficiente alfa de Cronbach ou KR 20 – fornece a proporção da variância total da escala, que é presumida para o escore verdadeiro da variável latente; e c) matrix de covariância – revela importantes informações sobre a escala como um todo, por organizar os dados sobre variâncias e covariâncias para um conjunto de itens da escala em uma matriz (DeVELLIS, 2003). Clark e Watson (1995) esclarecem que a confiabilidade medida com consistência interna, por meio da média de correlação interitem, deve variar de 0,15 para 0,50.

A correlação de formas alternativas consiste na aplicação de duas formas alternativas do teste, T_1 e $T_{12,}$ na amostra representativa de sujeitos e calcula-se a correlação entre as duas formas. Se a correlação for alta como desejável, então, as duas formas alternativas do teste medem o mesmo fenômeno. Um problema com esse tipo de procedimento é que dificilmente o pesquisador possui duas versões aproximadas da escala, que podem ser utilizadas como formas alternativas (DEVELLIS, 2003; MALHOTRA, 2004; NUNNALLY, 1967; PASQUALI, 2009, 2010).

O método de *split-half* consiste em aplicar o teste em uma amostra representativa de sujeitos e dividir o mesmo em duas partes equivalentes, deve-se calcular a correlação entre as duas metades. Esse método também apresenta problemas. Por exemplo, se em um questionário longo a escala é dividida ao meio para correlação entre as metades, uma possível fonte de erro poderá ser o desgaste do participante no momento de responder a segunda metade da escala. O

desgaste poderia, então, diferir sistematicamente entre as duas metades do teste (DEVELLIS, 2003; MALHOTRA, 2004; NUNNALLY, 1967; PASQUALI, 2009, 2010).

O método teste-reteste consta da aplicação do mesmo teste aos mesmos sujeitos, em dois momentos distintos e calcula-se a correlação entre os dois momentos. Altas correlações indicam que a medida realmente reflete o constructo, mantendo-se estável em duas ocasiões. O problema com esse método é que o resultado do reteste não necessariamente está relacionado com a confiabilidade do instrumento. Outras variáveis, tais como: real mudança no constructo de interesse, sistemáticas oscilações no fenômeno, memória do sujeito, variações no procedimento do teste e reteste, entre outras, podem impactar no resultado do reteste (DEVELLIS, 2003; MALHOTRA, 2004; NUNNALLY, 1967; PASQUALI, 2009, 2010).

Sumarizando, as descrições contidas nesse subcapítulo tiveram como propósito destacar a importância do rigor metodológico do processo sistemático de construção e validação de uma escala de medida. O conhecimento desse processo nos possibilita obter maior consistência teórica nas etapas de criação da escala proposta neste estudo.

3 OBJETIVO

Tendo em vista a necessidade de desenvolver um instrumento que avalie a imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce, mais especificamente na sua dimensão da autoaceitação, definimos os seguintes objetivos para esta pesquisa.

3.1 Objetivo Geral

Ampliar as possibilidades de avaliar a autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce, por meio do desenvolvimento e investigação das propriedades psicométricas de uma escala específica para essa finalidade.

3.2 Objetivos Específicos

- Criar o conjunto inicial de itens que irão compor a escala, bem como as instruções ao pesquisador e aos participantes;
- Investigar a qualidade teórica dos itens por meio do julgamento de peritos e de pessoas com cegueira congênita ou precoce;
- Verificar a validade de constructo e a confiabilidade da nova escala;

4 DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA OU PRECOCE (EAC): Apresentação de três estudos

Conforme demonstrado neste estudo, o processo de construção de escalas de medida é complexo. Como resultado, diferentes abordagens são frequentemente utilizadas, incluindo aquelas com características empíricas e aquelas observadas intuitivamente. Esta pesquisa possui caráter multimétodo, ou qualiquantitativo, por combinar uma variedade de formas de coleta e análise de dados, por meio de diferentes fases de seu desenvolvimento, comumente utilizadas em pesquisas que objetivam a criação de escalas (GALACZI, et al., 2011).

Por sua natureza qualiquantitativa e com o intuito de atingir uma exposição didática adequada, este capítulo será apresentada em três estudos complementares, são eles: a) *Estudo 1: Geração dos itens*; b) *Estudo 2: Análise teórica dos itens* e c) *Estudo 3: Análise empírica e investigação psicométrica*. Para os três estudos, as teorias de DeVellis (2003) e Pasquali (2010) ofereceram os principais delineamentos metodológicos.

Esta pesquisa teve início após seu projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, conforme parecer nº: 187/2010, aprovado na data de 15/04/2010 (Anexo A).

4.1 Estudo 1: geração dos itens

O processo inicial da criação de medida de um novo constructo engloba procedimentos por meio dos quais o pesquisador deve definir o constructo teoricamente, por meio da elaboração de uma teoria sobre o que se deseja estudar, que será base para a geração dos itens (DEVELLIS, 2003).

Este estudo teve por objetivo desenvolver o conjunto inicial de itens para compor a escala a qual denominamos de Escala de Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce (EAC), utilizando tanto a literatura prévia sobre o constructo alvo, quanto informações

operacionalizadas em grupos focais realizados com pessoas que não enxergam desde idades precoces.

4.1.1 Métodos

Esta pesquisa foi do tipo qualitativa e descritiva. Empregou-se a combinação das abordagens dedutiva e indutiva para a criação do conjunto inicial de itens. Isto é, os mesmos foram gerados tanto com base em informações provindas da literatura (dedutiva), quanto com base em depoimentos de pessoas com cegueira congênita ou precoce (indutiva), adquiridos com a técnica de pesquisa denominada grupo focal.

4.1.1.1 Grupo focal[7]

O grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa que se caracteriza por diferentes configurações de trabalhos em grupos, nos quais um conjunto de pessoas, de determinados grupos sociais, são selecionadas e reunidas para refletir e discutir um tema a partir de experiências pessoais (MORGAN, 1996). O principal objetivo dessa abordagem é gerar ideias e níveis de interesse, com enfoque em captar, mediante trocas realizadas no grupo, atitudes, conceitos, sentimentos, crenças, experiências e reações a respeito de um determinado tema (COLLIER, SCOTT, 2010).

A técnica do grupo focal tem sido comumente utilizada com a finalidade de desenvolver escalas. Esse fato é atribuído por alguns autores, tais como Gatti (2005), Lervolino e Pelicioni (2001) e Trad (2009), pela capacidade do grupo focal de providenciar um fórum, no qual os participantes podem fornecer informações diferenciadas para a geração de itens de uma escala. Essa técnica pode informar o conteúdo da escala por revelar o significado do constructo de interesse do grupo (ANATCHKOVA, 2010; DETMAR, 2006). Alguns exemplos da utilização

[7] Nossas experiências resultantes dos grupos focais realizadas nesta pesquisa foram registradas em forma de artigo, publicado na Revista Benjamin Constante no ano de 2012 – MORGADO, F.F.R; CAMPANA, A.N.N.B; TAVARES M.C.G.C.F. Aplicabilidade do grupo focal com pessoas cegas. *Revista Benjamin Constant*, n. 52, agosto, 2012.

do grupo focal no processo de desenvolvimento de escalas podem ser encontrados nos estudos de Fleck et al. (1999); Detmar, et al. (2006); Herbozo e Thompson (2006) e Gorodzeisky (2010).

4.1.1.2 Participantes

Na etapa do grupo focal, a amostra total foi composta por 11 participantes adultos que se autodeclararam com cegueira congênita ou precoce, cinco homens e seis mulheres, com idades entre 26 e 48 anos (média: 34,8 e desvio padrão: 7,34). Foram consideradas pessoas com cegueira congênita aquelas que nasceram cegas ou manifestaram a cegueira antes de um ano de idade; foram consideradas pessoas com cegueira precoce aquelas que adquiriram a cegueira no período estabelecido entre um ano até antes dos nove anos de idade. A presente definição de cegueira é consistente com um número de estudos prévios (BEDNY, et al., 2010; BEDNY et al., 2012; RUOTOLO, et al., 2012) que comumente utilizam a idade de 9 anos para definir a cegueira adquirida.

Dois grupos focais foram realizados, um feminino com a presença das seis mulheres e outro masculino, com a presença dos cinco homens[8]. O número de grupos foi definido de acordo com as orientações de Gatti (2005) e Greenbaum (1998), que recomendam o emprego de mais de um grupo focal para ampliar o foco de análise e cobrir variadas condições que possam ser relevantes para o tema. O número de participantes foi definido de acordo com as orientações de Kind (2004), que preconizam a presença entre 5 a 7 participantes em cada grupo como um número adequado para aprofundar questões de interesse.

Todos os participantes eram funcionários do Instituto Benjamin Constant (IBC) – Rio de Janeiro (RJ), sendo oito revisores Braille e três professores. Foram adotados três critérios de inclusão: (1) possuir mais de 18 anos de idade; (2) possuir características homogêneas, como aquelas relativas às condições socioeconômicas, ao tipo de trabalho, ao lugar de residência e à escolaridade; e (3) aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

[8] É preconizado na literatura que os participantes do grupo focal devem ter características homogêneas, entre elas, aquelas relativas ao gênero (CUMBIE, SANKAR, 2010; GREENBAUM, 1998). Ademais, a separação dos grupos pelo gênero teve como objetivo deixar os participantes confortáveis para falar de temas específicos que englobam sua relação com o próprio corpo.

4.1.1.3 Procedimentos de coleta de dados

O convite para cada participante foi feito pessoalmente. Foram convidados 12 participantes, sendo seis homens e seis mulheres. Todos aceitaram o convite, entretanto, um participante do sexo masculino não pôde comparecer no dia da reunião. Em conjunto com os participantes, definimos data e horário para realização dos grupos. Os dois grupos focais foram realizados em dias distintos. Cada sessão teve duração aproximada de 110 minutos. As sessões foram realizadas em uma sala silenciosa e suficientemente larga para locomoção dos participantes, o que possibilitou maior atenção e conforto dos mesmos.

Além dos participantes, as reuniões tiveram a presença de quatro pesquisadores: a) dois moderadores, sendo um deles a moderadora principal e autora desta tese e o outro a colaboradora desta pesquisa; b) uma observadora, que é a orientadora desta pesquisa e c) um auxiliar da pesquisa.

Antes do início de cada sessão, a moderadora principal entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice A), em Braille, aos participantes, com sua assinatura em tinta em todos os exemplares. Em seguida, esse termo foi lido e a pesquisadora esclareceu aos participantes os procedimentos que seriam realizados durante a pesquisa. Todos participantes assinaram uma cópia do TCLE impressa em tinta, a qual ficou de posse do pesquisador.

Em seguida, ambos os moderadores deram início à reunião, lançando questões geradoras relacionadas à imagem corporal de pessoas com cegueira congênita ou precoce. Essas questões foram previamente planejadas e estavam descritas no "guia do moderador" – uma orientação escrita, elaborada para orientar e estimular a discussão, que deve ter uso flexível, de modo que o pesquisador possa fazer abordagem de tópicos não previstos no guia (GATTI, 2005; GREENBAUM, 1998).

Os moderadores procuraram ouvir como se nada soubessem, fazendo mínimas interrupções, com o máximo de atenção e envolvimento. Ao mesmo tempo, preocuparam-se em proporcionar intervenções que facilitassem as trocas de opiniões, tendo sempre como foco o encaminhamento do tema de acordo com o objetivo da pesquisa (O'DAY, KILLEEN, IEZZONI, 2004).

Os participantes de ambos os grupos discutiram, concordaram, discordaram e colocaram seus pensamentos, sentimentos e opiniões em diferentes caminhos. O observador registrou diferentes comportamentos de interação e atitudes dos participantes. Essas informações foram utilizadas para posterior análise.

4.1.1.4 Análise dos resultados

Na análise do grupo focal, o pesquisador deve traçar inferências, novas ideias, pontos convergentes e divergentes da discussão (LONG, 1995). Neste estudo, as gravações de áudio e vídeo referentes aos dois grupos focais realizados foram transcritas na íntegra e essa transcrição, junto com os apontamentos realizados pelo observador, foram utilizadas para análise.

A técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977) foi utilizada para analisar os dados dos grupos focais. Todas as três etapas da análise proposta pela autora, que constam de a) pré-análise, b) exploração do material, e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foram rigorosamente seguidas. O material da transcrição foi lido exaustivamente dando origem a categorias, configurando, portanto, a análise de conteúdo categórica. As categorias foram agrupadas conforme temas que guardavam semelhança entre si, configurando, desse modo, a técnica de análise de conteúdo temática.

Há de se destacar que a técnica de análise de conteúdo tem sido comumente utilizada para analisar dados de grupos focais por diferentes autores, tais como: Lervolino e Pelicioni (2001), Coyne et al. (2004), Detmar, et al. (2006), Carignan et al. (2008) e Collier e Scott (2010).

4.1.2 Resultados e discussão

A análise de conteúdo categórica e temática apontou para a formação de quatro grandes categorias como constituintes do constructo autoaceitação em pessoas com cegueira congênita ou precoce, são elas: (1) Gostar do corpo; (2) Cuidar do corpo; (3) Proteger-se de

estigmas sociais e (4) Sentir-se capaz. Cada uma dessas categorias originaram um fator com os mesmos nomes, os quais serão descritos e discutidos em seguida.

4.1.2.1 FATOR 1: Gostar do corpo

Gostar de si mesmo, ou seja, estar satisfeito com as próprias características tem sido apontado como uma peculiaridade marcante da autoaceitação (CEYHAN, CEYHAN, 2011; CHAMBERLAIN, HAAGA, 2001; NEGY, WINTON, 2008). Nesse sentido, hipotetizamos que os sujeitos com cegueira congênita ou precoce que gostam do próprio corpo possuem um quadro característico de autoaceitação. De acordo com Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010), gostar do próprio corpo engloba a expressão de amor com o mesmo. Ou seja, o indivíduo se aprecia genuinamente e se sente feliz e confortável com suas características, mesmo aquelas que ele considera negativa. Nesse sentido, ele reconhece suas qualidades e limitações e, ao mesmo tempo, valoriza suas características consideradas positivas.

Investigações sobre a temática "gostar do corpo" em pessoas que não enxergam desde idades precoces são restritas na literatura. Dentre os poucos estudos encontrados, Kaplan-Myrth (2000) contribui para o entendimento dessa questão ao explicar que a aparência, considerada a informação mais evidente de uma pessoa, que condensa informações básicas sobre ela, é considerada um importante atributo para o desenvolvimento de sentimentos positivos a respeito do próprio corpo em pessoas com cegueira. Para o autor, a forma e dimensão corporal, atratividade física, higiene corporal, cuidado com a pele, estilo do cabelo, odor do corpo, entre outros atributos, possui uma importância central para que a pessoa com cegueira goste de si mesma. Ele explica que a experiência com a aparência é manifestada, principalmente, por meio do toque, do cheiro, dos sons, dos gostos, sendo que a ausência da visão não se configura como um obstáculo para que o sujeito cego aprecie e valorize suas características corporais. Logo, o autor conclui que mesmo sem nunca terem experimentado estímulos visuais de seu corpo ou do corpo do outro, os sujeitos com cegueira congênita ou precoce podem descrever, com detalhes, características corporais que eles consideram belas e atrativas.

Em concordância com esse estudo prévio, as mulheres participantes deste estudo, ao serem questionadas sobre os ideais de mulher bonita e atraente da atual sociedade, também demonstraram que a aparência é um elemento que deve ser considerado no desenvolvimento de sentimentos positivos sobre o corpo, destacando tanto mudanças históricas a respeito do ideal de corpo belo, quanto indicadores de atratividade física - dimensão e forma corporal, altura e partes do corpo consideradas sensuais como seios e glúteos – que são necessários para uma mulher ser considerada atraente, como exemplificado nos seguintes relatos:

> *Se a gente voltar lá, antigamente, o padrão de mulher bonita era uma mulher gordinha, isso a gente sabe, lá nuns séculos aí... só que, hoje, o padrão de mulher bonita, o que a sociedade visa é a mulher magra e alta [sic] (participante 2).*

> *Hoje em dia é visto muito assim... a sensualidade, né, da mulher. Eles (homens) reparam muito as nádegas, o seio, partes que... como é que eu vou me expressar? São partes do corpo da mulher que hoje em dia são super valorizadas. Essas partes têm a ver com sensualidade, com o prazer físico [sic] (participante 4).*

Há de se destacar que a atratividade física pode ser entendida como o nível pela qual a aparência física é considerada positiva (STANFORD, McCABE, 2002). Os achados deste estudo a respeito dos indicadores de atratividade em mulheres com cegueira congênita ou precoce corroboram com pesquisas realizadas com mulheres videntes, as quais preconizam que o padrão de atratividade corporal feminina é baseado no ideal de magreza, focando na adiposidade e distribuição de gordura corporal (McCREARY, 2011) e no tamanho das coxas, nádegas e quadris, partes do corpo primariamente associadas com ganho de peso (STANFORD, McCCABE, 2002). O que sugere que, para as participantes deste estudo, o referencial de atratividade encontra-se fortemente conectado com referenciais de beleza de sua cultura.

A respeito da opinião dos homens participantes deste estudo sobre o ideal da mulher bonita e atraente, é possível constatar que eles organizam um conjunto de estratégias, oriundas tanto do linguagero comum de sua cultura, quanto de estímulos internos como olfato e toque, para apreciarem atributos de atratividade em mulheres. Nesse contexto, a sensualidade, a aparência do cabelo, a voz, o odor do corpo, o jeito de falar e vestir e o potencial cognitivo são referências centrais no momento de se sentir atraído por uma mulher, como demonstrado nos relatos abaixo:

> *Eu acho legal, assim, se a gatinha tiver um bumbum legal e tal, formada, mas não exageradamente, né?! Porque, a gente quer pegar... (risos) [sic] (participante 7).*
>
> *A maioria dos caras, como eu acredito, valoriza um cabelo bem cuidado, você sabe se a mulher não cuida do cabelo direito... Às vezes, eu costumava brincar com minhas amigas, antigamente, eu: pô! seu cabelo tá bonito. Daí ela: Como é que você sabe? Eu nem vi você pegando no meu cabelo. Só com a ponta do dedo, você passa tão rápido que ela nem percebe [sic] (participante 8).*
>
> *A gente tem umas avaliações assim superficiais... se você tem a voz bonita, ai vai de acordo com os ouvidos de cada um, se você, é... enfim, se cuida em termos de estar cheirosa ou não, se você usa salto alto[...] enfim, seu jeito de falar, se você é inteligente ou não [sic] (participante 9).*

Achados semelhantes aos deste estudo foram encontrados por Karremans, Frankenhuis e Arons (2010). Os autores investigaram a preferência de atratividade de homens com cegueira congênita em relação às mulheres e encontraram que esses, assim como homens videntes, ao avaliarem as formas corporais de mulheres pelo toque, preferem mulheres com baixa relação cintura-quadril. De acordo com os autores, essa é uma importante medida que influencia os homens no momento de considerar uma mulher atraente e tem sido fortemente relacionada ao *imput* visual. Contrariando teorias prévias que preconizam a visão com um papel central na influencia de ideais de atratividade, os autores destacaram que esses ideais existem independentemente da visão.

De igual modo, quando o enfoque é sobre os homens atrativos, o discurso das mulheres participantes deste estudo vai ao encontro do que é preconizado como ideal de corpo masculino em sua cultura. Alguns autores apontam que a classificação de mulheres videntes da atratividade masculina é determinada pela muscularidade na parte superior do corpo, incluindo ombros e tórax largos (SWAMI, TOVÉE, 2005); pela altura, isto é, mulheres videntes preferem homens mais altos (JACOBI; CASH, 1994) e pela quantidade de cabelo na cabeça, ou seja, as mulheres videntes classificam mais positivamente o homem não calvo (TIGGEMANN, MARTINS, CHURCHETT, 2008). Em concordância, para as participantes deste estudo, o homem bonito tem que ser "sarado", ou seja, ter uma musculatura definida, especialmente, na parte do tórax; tem que ser alto e não deve ser careca, conforme detalha a participante 3. Ademais, o homem deve ainda possuir características pessoais que o diferem, especialmente, dos

outros, que englobam características na face, expressões faciais, pêlo no corpo e agradável odor corporal, conforme explanação da participante 1:

> *Eu fiquei pensando que o homem também tem aquele padrão. Porque o homem que é baixinho, que é careca, que é barrigudo, que não tem... pros padrões de hoje, né, que não tem busto, não é aquele cara, né?! Não é sarado! [sic] (participante 3).*

> *Concordo! Mas o que ele deveria ter para mim, quem sabe assim... umas covinhas, um sorriso assim, oh... (demonstra o sorriso), uma boca é... bem delineada, pêlos, eu gosto de homens que tem pêlo no busto, ser cheiroso! [sic] (participante 1).*

Entretanto, quando a discussão a esse respeito se aprofunda, as participantes sugerem que seu conceito de aparência gira, primeiramente, em torno de informações que não provêm do estímulo visual. Desse modo, torna-se necessário um conjunto de fatores para que lhes seja possível formar uma imagem mental a respeito do outro em sua relação de atratividade. Nesse novo contexto, a voz, as atitudes do homem, o papo, a higiene e o odor corporal são as primeiras e mais importantes referências a respeito do outro, que podem ou não dar abertura para que outros indicadores de atratividade sejam avaliados.

> *A primeira vista independente de qualquer coisa, quando a gente conhece um homem a gente logo vai analisar, em primeiro lugar, a voz. Se tem uma boa voz, aí você vai somando o resto... você já começa a conhecer: - Huuummm, eu gosto de homem alto, que bom ele é alto. - Hummm ele é boa praça, será que ele tem pêlo no peito também? Você vai começando a construir... uma ideia! Que depois você começar atrair: - "Porque poxa ele tem um papo legal, é atraente! Cara super Cabeça!" Pode até ser que você mude de opinião, né?[sic] (participante 2).*

> *Pra mim teria que ter uma conduta limpa, ser uma pessoa ética, é... do bem. Ter uma aparência física, ter né, uma higiene, é... andar cheirosinho, né ? Um homem perfumado é muito melhor que um homem fedorento! [sic] (participante 4).*

> *Porque a gente não enxerga, então, é lógico que a voz e o papo do cara e a atitude do cara vão pesar muito mais do que a beleza do ponto de vista, assim, físico, né? Porque voz e papo é... o mais assim que chama nossa atenção tal e, ai o resto vai chegando, a medida que você se aproxima, né?[sic] (participante 3).*

Quando o enfoque é sobre o discurso dos homens participantes a respeito do ideal de homem atrativo a questão torna-se mais complexa. Embora eles reportem que ideal de corpo masculino é aquele padrão preconizado entre os videntes, conforme consta no relato do participante 10 "*Na verdade, ele vai ter que estar exatamente dentro do padrão... do vidente que é bonito, entendeu? O mesmo padrão! O padrão físico do cego e do vidente vai ser exatamente o mesmo"* [sic], quando questionados a respeito desse padrão, o discurso dos participantes preconizam indicadores diferenciados daqueles valorizados entre os videntes.

Tem sido afirmado que o padrão social de atratividade corporal para homens da população vidente é focado, prioritariamente, sobre o ideal muscular. Os homens, comumente, consideram que o corpo mais volumoso e mais musculoso é aquele mais atrativo (McCREARY, 2011; McCREARY, SASSE, 2000). Não obstante, quando questionados se o homem bonito e atraente deveria ser musculoso, houve unanimidade nas respostas dos cinco participantes deste estudo, cujas considerações colocam a muscularidade como um atributo não tão importante no ideal de corpo masculino, como relatos abaixo:

> Tem que ser musculoso? (moderadora)
> *Aí depende... (participante 7).*
> *Ajuda, mas não necessariamente... (participante 9).*
> *Depende... (participante 6).*
> *Depende, né? (participante 10).*
> *Aí, vai depender... (participante 8).*

Observa-se, portanto, que a muscularidade somente é considerada importante no ideal de corpo masculino dos homens com cegueira congênita ou precoce participantes se estiver associada com outros atributos da aparência global, que envolvem "*cabelos bem cuidados"* (participante 10)*;* aparência dos olhos - *"olhos azuis ou verdes"* (participante 8)*;* vestuário adequado - *"usam uma roupa adequada"* (participante 9); e postura do corpo que evita realizar movimentos repetitivos - "*Postura corporal mesmo, né. [...] porque tem alguns cegos tem manias, alguns tiques nervosos, um lance meio assim, eu não sei da onde que vem*" (participante 10).

O participante 10 sintetiza essa questão com a seguinte frase "*Nosso padrão de beleza é uma receita, né, bicho? São muitos os ingredientes!".* O participante 8 detalha:

> *Quem vê constrói a beleza, aquele padrão instantaneamente! A gente que não vê faz uma série de fatores, uma série de características que podem ser relativas à voz, ao tato, ao comportamento da pessoa e depois da gente montar toda aquela colcha de retalhos, vai dar o nosso padrão de beleza, que é único!*

Sumarizando essa questão de atratividade para os participantes deste estudo, duas constatações são importantes. Na primeira, parece que as mulheres têm uma referência clara e definida do ideal de corpo feminino, que engloba dimensão e tamanho corporal em relação à gordura, fato que vai ao encontro da preferência de mulheres videntes. Os homens cegos, assim como homens videntes, também preconizam a dimensão corporal de mulheres, especificamente, a relação cintura-quadril. Todavia, eles idealizam um complexo conjunto de fatores que englobam indicadores não visuais, que vão além da dimensão corporal, tais como odor corporal, jeito de falar e vestir e potencial cognitivo.

A segunda constatação aponta que, a respeito do ideal de corpo masculino, as mulheres participantes valorizam, em um primeiro julgamento, a voz, as atitudes do homem, o papo, a higiene e o odor corporal, considerados fatores não visuais. Em um segundo momento, com o suporte do tato, as referências preconizadas na sociedade do corpo musculoso e algumas características da face são importantes para o ideal masculino. Já para homens participantes, diferente de homens videntes, o ideal de corpo masculino não é diretamente direcionado à muscularidade. Essa característica somente é valorizada se estiver em conjunto com outros atributos não visuais, dentre os quais destaca-se a postura corporal livre de maneirismos peculiares à população com cegueira congênita ou precoce.

Essa discussão a respeito de atratividade para pessoas com cegueira congênita ou precoce encontra-se incluída no contexto de gostar do próprio corpo na medida em que os sentimentos em relação a própria aparência influenciam o quanto o sujeito gosta de si mesmo (NEGY, WINTON, 2008; JACOBI, CASH, 1994). Conforme demonstrado neste estudo, os participantes organizaram um conjunto de informações não visuais que lhes possibilitou ter referências do ideal de atratividade, a partir das quais eles podem utilizar para definir o quanto eles se gostam da maneira que são. Nesse sentido, podemos inferir que o "gostar do corpo" envolve a satisfação com suas características e aparência. Como resultado, criamos os seguintes itens para compor o fator "gostar do corpo" da EAC: (2) você se considera fisicamente atraente?;

(11) você gosta de seu corpo como ele é?; (23) você gosta do jeito que é?; (29) você gosta de sua aparência?; (33) você gosta de cuidar de você?.

Outra consideração importante do fator "gostar do corpo" no contexto da autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce é o reconhecimento do indivíduo de suas qualidades, mesmo diante de limitações observadas (CEYHAN, CEYHAN, 2011). Esse reconhecimento pode proporcionar a essas pessoas experimentar uma agradável sensação de amor e admiração por si mesmo, cuja importância central está no desenvolvimento da autoaceitação. Os relatos dos participantes 7 e 9 exemplificam essa questão:

> *A gente tem a nossa limitação, mas podemos, né! Somos normais como todos eles (da sociedade). Como todo mundo tem a sua limitação, né... todos têm a limitação e a nossa é a visual*" [sic].

> *Às vezes, a pessoa realmente tem limitações e não consegue superar aquelas limitações. Tem gente que, por exemplo, tem gente que não anda sozinho de jeito nenhum. Simplesmente, bota um bloqueio e não faz as coisas mesmo, tem cego que é assim! Mas, eu já tenho um, é... um desenvolvimento,né, assim, de fazer as coisas!* [sic] (participante 9).

Em concordância, vale lembrar que os indivíduos que apresentam o quadro de autoaceitação são aqueles que não tentam distorcer ou esconder a existência de suas limitações e habilidades que eles percebem em si mesmo, mas as aceita da maneira que são (SHEERER, 1949). Como resultado desse achado, criamos mais um item para esse fator: (24) você reconhece suas qualidades?.

Em complemento, as pessoas que se aceitam e gostam de si mesmas acreditam que são interessantes e valorizadas por outras pessoas e tendem a se apreciar em uma variedade de atividades exercidas, sobretudo, no trabalho (SHEERER, 1949). Congruente com o estudo prévio, os participantes desse estudo também apontaram que a valorização de suas atividades são importantes para que eles desenvolvam atitudes positivas em relação a si mesmo, como demonstrado no seguinte relato do participante 8:

> *Eles acham que o cego é sempre um coitado, o cego é incapaz de inúmeras coisas, tipo subir uma escada rolante, subir e descer um ônibus, e enfim... então, esse primeiro julgamento é terrível e a gente percebe isso em comentários que alguns deles escapam: - "Olha, consegue subir num ônibus! Olha, consegue subir a escada rolante! Olha, consegue comer!", enfim... então, já da para você ver que os conceitos não são os melhores. Agora, com relação a gente, por*

> *exemplo, mediante a essas coisas que a gente, que eu consigo fazer e muitos daqui conseguem, trabalhar, estudar, correr atrás... a gente consegue mudar muito, porque as pessoas depois começam a achar você legal, começam a se interagir [sic].*

De acordo com essa descrição, inferimos que, na medida em que o participante atribuiu características positivas às suas atividades (trabalhar, estudar e correr atrás), reconhecendo-as como atributos importantes de sua personalidade, ele demonstra sentimentos de amor por si mesmo, atributo importante da autoaceitação. Como resultado, incluímos um último item no fator gostar: (9) você acredita que seu trabalho tem valor?

Em síntese, inferimos que o fator "gostar do corpo" representa as atitudes de amor pelas próprias características, incluindo aparência, reconhecimento das qualidades e valorização das atividades exercidas. Assim, hipotetizamos que esse fator seja composto de sete itens, como dispostos na tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Hipótese inicial de itens do fator "gostar do corpo"

Itens	Descrição dos itens*	Suporte teórico
2	Você se considera fisicamente atraente?	Negy, Winton, (2008); Kaplan-Myrth (2000); GF.
9	Você acredita que seu trabalho tem valor?	Sheerer (1949); GF.
11	Você gosta de seu corpo como ele é?	Negy, Winton, (2008); Kaplan-Myrth (2000); GF.
23	Você gosta do jeito que é?	Negy, Winton, (2008); Kaplan-Myrth (2000); GF.
24	Você reconhece suas qualidades?	Ceyhan, Ceyhan (2011); Sheerer (1949); GF.
29	Você gosta de sua aparência?	Negy, Winton, (2008); Kaplan-Myrth (2000); GF.
33	Você gosta de cuidar de você?	Negy, Winton, (2008); Kaplan-Myrth (2000); GF.

Fonte: o autor (2012)
Nota: GF=Grupo Focal; * as opções de respostas aos itens estão organizadas em escala *Likert* de 5 pontos, variando de (1) nunca até (5) sempre.

4.1.2.2 FATOR 2: Cuidar do corpo

Considerando o conceito de autoaceitação como as atitudes boas e positivas a respeito de si mesmo (CEYHAN, CEYHAN, 2011; CHAMBERLAIN, HAAGA, 2001; RYFF, SINGER, 2008; SHEERER, 1949), o "cuidar do corpo" pode ser um importante elemento do quadro de autoaceitação. De acordo com Tylka (2011), Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010), cuidar do corpo inclui a adoção de comportamentos saudáveis baseados nas necessidades

corporais. Para os autores, as pessoas que adotam esses cuidados engajam, regularmente, em exercícios físicos moderados e adotam práticas flexíveis e saudáveis de alimentação. Todavia, esses comportamentos deve ter ênfase na adoção de um estilo de vida saudável e não na busca incessante por um corpo belo e ideal (Wood-Barcalow, Tylka, Augustus-Horvath, 2010).

A respeito dos exercícios físicos, encontramos, neste estudo, que essa prática no contexto da autoaceitação pode ser entendida como um gesto de cuidado, amor e carinho com o próprio corpo, visando trazer ao mesmo sensações prazerosas, como reconhecido pela participante 2: *"Eu não faço atividade física para emagrecer, por uma beleza ou alguma outra coisa, mas, no meu caso, que não é esse, até acredito que seja o da Adriana*[9] *também, faço mais por um bem estar, mesmo*!". Percebe-se que o sentido maior do exercício físico relatado pela participante é usufruir dos prazeres que esse oferece e não praticá-lo almejando um corpo ideal.

Além disso, os participantes relataram a importância central que os exercícios físicos assumem em suas vidas, sobretudo, pelos diferentes benefícios que essa prática pode proporcionar nas suas habilidades de locomoção. Por exemplo, o participante 9 relata: "*Eu acho, assim, que o esporte ele deixa a gente leve, porque o teu autorreflexo ele fica muito, muito melhor, muito mesmo!" [sic]*. Já o participante 7 detalha:

> *O futebol te dá um reflexo muito bom! Por exemplo, às vezes, eu já passei por situações que tinha um pouco de rejeição à bengala. Já teve dias que eu voltava pra casa sem a bengala e conseguia desviar de coisas sem tá enxergando, mas somente pelo reflexo do futebol! Porque, no futebol, a gente tem que correr. Não adianta um cara que tem medo de correr, de trombar, querer fazer futebol, que ele não vai fazer. Ele tem que correr, e quando a gente corre no futebol, não é aquela corrida sem reflexo, que você não sabe onde vai chegar, não sabe que vai bater... É lógico que tem as trombadas como tem também num jogo normal, mas você tem aquela sensação... você consegue perceber, pô, tem alguma coisa na minha frente. Você não identifica o que é, mas sabe que tem! Então, por exemplo, uma coisa que é difícil é eu bater, no orelhão. Dificilmente eu vou trombar num orelhão, porque, eu não sei te explicar direito, é como se fosse a sombra dele que estivesse ali.*

Congruente com esse achado, ao investigar as experiências corporais de pessoas com cegueira congênita ou precoce, Bullington e Karlsson (1997) destacaram que os exercícios físicos possuem papel de suma importância no reconhecimento, por essas pessoas, de um corpo funcional. Isso significa que os exercícios físicos podem trazer agradáveis sentimentos de

[9] Este nome próprio e todos os outros utilizados neste capítulo são pseudônimos.

capacidade durante os desafios do dia-a-dia, na medida em que, ao exercitar seus corpos, os sujeitos confiam mais intensamente em suas habilidades, sobretudo, naquelas provindas da locomoção. Em especial, os autores afirmaram que o exercício físico para pessoas que não enxergam desde idades precoces é essencial no desenvolvimento de uma identidade integrada e positiva. Isso porque os sujeitos cegos que se exercitam, comumente, relatam sentir efeitos de bem estar duradouros e experiências corporais positivas, tais como segurança e autoconfirmação.

Tendo em vista essas constatações, assim como aquelas que preconizam as práticas saudáveis de alimentação como comportamentos de cuidado do corpo, hipotetizamos dois itens para compor o fator "cuidar do corpo" da EAC: (1) você pratica atividade física?; (12) você busca ter uma alimentação saudável?.

Além da prática de exercícios físicos e da adoção de uma alimentação saudável no cuidado do corpo, para os participantes deste estudo, é importante também cuidar da aparência corporal. Como já demonstrado anteriormente, a aparência é um relevante atributo para que pessoas com cegueira congênita ou precoce gostem de seu corpo. Sendo a aparência um fenômeno abrangente, conceituado como a informação mais manifesta de uma pessoa (CASH, 1990), inferimos que, na medida em que o sujeito goste de sua aparência, ele também cuida da mesma.

Neste estudo, alguns participantes atribuíram associações positivas ao cuidado com a aparência corporal. Para eles, esse cuidado pode proporcionar-lhes sentir-se bem, bonitos e confortáveis com as características do próprio corpo:

> *Mas, se a gente se cuidar pra melhorar a aparência... muitas das vezes, a gente não tá bem, mas aí a gente se cuida e fica bem! Porque a aparência ou, sei lá, a maneira, uma roupa, uma coisa que você mude parece que te dá uma outra vida, não é não?[sic] (participante 1).*

> *Às vezes, mesmo que a pessoa não tenha aquela beleza física, mas o fato dela saber se cuidar, a torna bonita, né? Acho que se você sabe usar uma roupa é... de acordo com o momento que você vai, se você usa né, se você se cuida, enfim, acho que você pode se sentir mais bonito... [sic] (participante 10)*

Outra associação positiva ao cuidado com a aparência foi relacionada a sentir-se melhor frente a uma situação pessoal considerada difícil. Em situações como essa, um gesto de cuidado com a aparência corporal pode alterar a forma com que a pessoa se percebe, trazendo-lhe

sensações agradáveis a respeito de suas características, cuja contribuição está em melhorar o estado de humor, como relata a participante 2.

> *A Vilma passou uma situação muito difícil, que perder uma mãe acho que realmente não é fácil. É muito complicado! Não tô dizendo que ela tá certa ou errada em estar desse jeito, em não se cuidar pela situação da mãe, é o momento dela! Mas, de repente, se ela tá triste hoje, será que se ela fizesse uma unha ela não ia se sentir melhor? [sic].*

Ademais, o cuidado com a aparência para os participantes parece refletir uma visão de seu interior. Na medida em que a pessoa encontra-se feliz e confortável com sua imagem corporal, ela tende a apreciar e cuidar de seu visual. Quando esse cuidado com a aparência não é valorizado, uma possível explicação para esse fato é que a pessoa não está em um bom "estado de espírito". O relato do participante 6 exemplifica essa questão.

> *Eu costumo brincar que quando eu boto uma roupinha mais sutil e venho trabalhar é que eu não tô bem, né? [...] Eu não ando desarrumada, esculachada, suja, bagunçada, sem combinar a roupa e tal. Mas quando eu não tô com esse estado de espírito, sinceramente... [sic].*

O cuidado com a aparência foi ainda associado, em um primeiro plano, como uma forma de gostar do próprio corpo e se sentir bem com o mesmo e em segundo plano, como uma forma de aprovação e inserção social:

> *Eu acho que a gente vive num espelho social, independente de cego ou não cego. Eu acho que a gente se cuida, em primeiro lugar, porque a gente gosta da gente, com certeza, mas em segundo lugar, o espelho social também faz com que a gente se cuide mais entendeu? Há uma cobrança maior. Vamos colocar assim [sic] (participante 2).*

> *Eu acho assim, a gente que é deficiente, não sei se vão concordar comigo, é claro que, como a Joana falou, que a gente se gosta, a gente quer se sentir bem e a gente bem cuidada, limpinha, bem arrumada a gente realmente se sente bem, que é em primeiro lugar é pra gente mesmo e, em segundo lugar, a gente que não enxerga, as pessoas já meio que se afastam, né? E se a gente não tiver com uma boa aparência aí a coisa se torna pior. Então, o que é bom a gente fazer, é se cuidar mesmo! Ter uma aparência bonita, cabelo bem penteado, uma roupinha limpa ... bem passada, sapato bem limpinho, unhas limpas, é... arrumar o cabelo bem... Entendeu? Eu me preocupo muito com a minha aparência, com a minha higiene. [sic] (participante 4).*

De fato, Cash (1990, p.68) esclarece que "*em parte, a aparência física é uma autocriação em resposta para a cultura geral e normas situacionais específicas...*". De acordo com o autor, por um lado, a aparência afeta as suposições e reações do ambiente social, o qual tende a classificar as pessoas pela sua aparência. Esse pode ser um fator motivacional para o cuidado com a aparência corporal. Por outro lado, o autor destaca que há fatores intrínsecos da personalidade que atuam como motivadores desse cuidado. Por conseguinte, as pessoas interagem com sua própria aparência tanto com o intuito de dar sentido ao seu contexto social, quanto para dar sentido a um mundo mais interior de relações com seu próprio corpo.

Especificamente, neste estudo, o cuidado da aparência pode ser entendido como essa maneira de dar sentido a uma estrutura mais interna de relação com o próprio corpo. Os relatos dos participantes revelaram que o cuidado com a aparência, com atenção à higiene corporal (limpo, cheiroso e com unhas cuidadas), a roupa adequada, ao cuidado do cabelo, entre outros, está associado a diferentes características positivas, tais como: sensações de conforto e bem estar com as características do corpo; bom estado de espírito; sentir-se melhor frente a situações pessoais consideradas difíceis; gostar de si mesmo; e inserção social. Logo, o cuidado com a aparência não deve ser entendido como uma busca incessante por um ideal estético, mas sim como um gesto de carinho e respeito com o próprio corpo, que pode contribuir para gerar e manter um quadro de autoaceitação.

Esses achados corroboram com aqueles da pesquisa de Kaplan-Myrth (2000). O autor encontrou que o cuidado com a aparência é uma questão de relevância central para pessoas com cegueira congênita ou precoce. Mesmo sem qualquer experiência visual do próprio corpo e do corpo do outro, essas pessoas possuem múltiplas lentes através das quais são capazes de "ver", cuidar e valorizar a aparência corporal. Nesse contexto, "ver" é uma atividade interpretativa e não meramente uma experiência sensória, que possibilita aos sujeitos com cegueira a atenção e o cuidado com o próprio corpo e, sobretudo, com a aparência corporal. Considerando tanto os apontamentos desse autor, quanto nossos achados que preconizam o cuidado da aparência um atributo importante da autoaceitação, hipotetizamos mais dois itens para o fator "cuidar do corpo": (7) você cuida de sua aparência?; (18) Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?.

Outro atributo importante no cuidado com o corpo pode ser a busca pela independência no dia-a-dia. De acordo com Arruda (2006), as atividades da vida diária abrangem

aspectos práticos e funcionais da rotina diária, como atividades comuns realizadas no ambiente doméstico, na família, na escola, no trabalho e em demais ambientes sociais, como exemplo, pode-se citar: higiene pessoal, vestuário, preparo de alimentos, cuidado com o lar, compras, jardinagem, organização de objetos, cuidado com a família, entre outras. Essas atividades estão incluídas entre as expectativas dos indivíduos com deficiência da visão, sobretudo, em função da independência e autonomia.

De igual modo, neste estudo, a participante 4 relata como realiza diferentes tarefas da vida diária de maneira autônoma, demonstrando admiração pela suas realizações.

> *Oh! Eu cuidei de dois sobrinhos. Os mais velhos da minha irmã, trocava fralda, dava banho, tanto que hoje eles me têm um pouco como mãe deles também. Que eu ajudei a cuidar. [...] Fiquei em casa com eles cuidando mesmo, trocando fralda, dando mamadeira... minha irmã chegava em casa só colocava pra dormir, às vezes, já estavam até dormindo, limpinhos, de barriguinha cheia [sic].*

A busca do indivíduo cego pela sua independência nas tarefas da vida diária pode ampliar sua concepção e compreensão do meio em que vive, motivando-o para conquistas e realizações. Arruda (2006, p.49) afirma que "*dificuldades em desempenhar tarefas do cuidado pessoal e a dependência de outras pessoas para completá-las podem ter efeito devastador para o bem estar psicológico*". Os sujeitos com cegueira que buscam ter independência em suas atividades da vida diária podem ter desenvolvido uma relação saudável com seu corpo, por meio do reconhecimento e superação de suas limitações, desenvolvendo, assim, um quadro de autoaceitação. Dado esses apontamentos, hipotetizamos dois itens para englobar a independência: (16) você procura ser independente?; (30) você busca ter independência financeira?.

Em conjunto com o cuidado com a independência, a independência na locomoção é outro fator essencial para pessoas com cegueira. A ausência da visão desde idades muito precoces pode impactar negativamente o início de atividades motoras autoiniciadas (ADELSON, FRAIBERG, 1974; BRAMBRING, 2006; MURPHY, O'DRISCOLL, 1989; SANTIN, SIMMONS, 1977). Logo, desde os primeiros anos de vida, o sujeito com cegueira tem a necessidade de se adaptar a essa ausência, procurando e explorando outras referências sensórias em sua locomoção. Essa exploração tende a continuar ao longo da vida e a independência no ato de se orientar e locomover tem sido considerada pelos participantes deste estudo uma tarefa fundamental.

> *A gente sempre depende um pouco, né? Mas é uma dependência muito relativa, porque a gente pode ser muito independente, né? Você pega sua bengala e anda sozinho pela rua, tem a hora que você tem que pedir para alguém te atravessar, você tem que pedir para alguém ver o ônibus. Mas acho o mais importante é a gente acreditar que a gente pode, é capaz e tem mais é que ir mesmo! [sic] (participante 3).*
>
> *Quando eu chego na casa de uma pessoa, a pessoa me ensina a andar, eu já ando sozinha! Vou ao banheiro, vou pra cozinha, vou pro quarto; tudo sozinha! Me adapto bem com casa. E eu já levei colegas daqui que eu passei o final de semana andando com elas dentro de casa, que elas não sabem onde é o banheiro, onde é a cozinha, eu ensinei, mas elas não conseguiam se adaptar! [sic] (participante 4).*
>
> *Porque, por exemplo, [...] pra vir pra cá, eu mentalizo o caminho, eu tenho dentro da minha cabeça, imaginado como se fosse o mapa do que eu tenho que fazer. Quando eu vou sair daqui eu vou contornar a mesa, a porta tá lá, eu vou dar a volta, vou sair ali atrás, vou fazer assim.Entendeu? Isso tá aqui dentro da minha cabeça. Eu consigo reproduzir isso. Então, eu vou sair por ali, pegar o corredor, né? Eu sei, eu tenho o desenho do Benjamim na minha cabeça. Agora, tem gente que não consegue fazer isso, que não tem uma memória espacial, legal, vidente também não tem, só que o vidente olha o caminho, tá vendo que a porta é ali, né? Aí ele sai. [sic] (participante 7).*
>
> *A gente que anda sozinho, que é independente, graças a Deus, nós todos aqui somos independentes: acorda de madrugada, pega ônibus, trem, metrô e vem trabalhar e volta sozinho... [sic](participante 9).*

Esses relatos apontam que a busca por uma independência na locomoção pode ser considerada uma característica da autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce. Pode-se pressupor que o sujeito com cegueira que se cuida, no sentido de explorar diferentes maneiras de se locomover da forma mais independente possível, estabelece relações positivas com o próprio corpo, demonstrando, assim, autoaceitação. Inferimos, portanto, mais um item para esse fator: (16) você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?

Em suma, o conceito de cuidado do corpo entendido neste estudo para pessoas com cegueira congênita ou precoce envolve a adoção de comportamentos saudáveis no cuidado de si. A tabela 2 sumariza os sete itens que supomos ser pertinentes ao fator “cuidar do corpo”, integrante do quadro de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce.

Tabela 2: Hipótese inicial de itens do fator "cuidar do corpo"

Itens	Descrição dos itens*	Suporte teórico
1	Você pratica atividade física?	Tylka (2011); Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010); Bullington e Karlsson (1997); GF.
7	Você cuida de sua aparência?	Kaplan-Myrth (2000); GF.
12	Você busca ter uma alimentação saudável?	Tylka (2011), Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010); GF.
16	Você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?	GF.
18	Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?	Kaplan-Myrth (2000); GF.
27	Você procura ser independente?	GF.
30	Você busca ter independência financeira?	GF.

Fonte: o autor (2012)
Nota: GF=Grupo Focal; * as opções de respostas aos itens estão organizadas em escala *Likert* de 5 pontos, variando de (1) nunca até (5) sempre.

4.1.2.3 FATOR 3: Proteger-se de estigmas sociais

Proteger-se de reações desfavoráveis ou julgamentos negativos de outras pessoas a respeito de si mesmo é uma característica que tem sido comumente considerada inerente ao quadro de autoaceitação. As pessoas que se aceitam são capazes de agir de acordo com sua avaliação de diferentes situações, sem se incomodarem com a aprovação ou o julgamento dos outros, ou seja, elas vivem seu dia a dia sem se incomodarem com que os outros pensam a respeito delas mesmas (BRILLHART, 1986; CARSON, LANGER, 2006; SHEERER, 1949).

Essa ação significa o desenvolvimento de um suporte cognitivo para capacitar o indivíduo a estruturar um filtro de proteção, no qual ele cria um esquema que o ajuda a aceitar e internalizar a maioria das informações positivas a respeito de si, enquanto grande parte das informações negativas é rejeitada (TYLKA, 2011). Com o suporte do referido filtro, o sujeito não muda como ele sente a respeito de si, inclusive quando ele se sente julgado negativamente por outras pessoas (WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010).

Em pessoas com deficiência, uma proteção considerada necessária e importante é aquela relacionada aos estigmas sociais. Isso porque essas pessoas são frequentemente vítimas de preconceitos sociais (BRITTAIN, 2004; GALVIN, 2005; HUGHES, 1999; LOBIANCO,

SHEPPARD-JONES, 2007; SAHIN, AKYOL, 2010; TRIPP, 1997; WATSON, 2002), cujo impacto pode se estender a diferentes aspectos de suas vidas, incluindo mobilidade; educação; formação profissional; mercado de trabalho; estabelecimento de relações amorosas com pares videntes, entre outros. Em consequência, os indivíduos com deficiência podem apresentar alterações psicopatológicas graves, o que torna fundamental que elas se protejam de estigmas, ignorando ou dando pouca importância a esse tipo de julgamento negativo a seu respeito (FRIES, 1930; FOLEY, CHOWDHURY, 2007; FICHTEN et al., 1991; TUNDE-AYINMODE, AKANDE, ADEMOLA-POPOOLA, 2011).

Neste estudo, ao investigarmos a dimensão dos estigmas sociais na vida dos participantes, bem como suas sensações e atitudes frente a esses estigmas, nossos achados vão ao encontro das investigações prévias. Encontramos que os participantes não somente sentem frequentemente a presença desses julgamentos negativos da sociedade, como também os consideram prejudiciais a sua identidade. Os relatos abaixo exemplificam essas questões:

> *Não! Já vieram pra mim e já falaram: - "Puxa, você é tão bonita! Pena que é cega." Ou - "Nem parece que é cega." Ou - "Ah... você é cega nem parece, é tão bonita."[sic] (participante 2).*
>
> *Um dia que um cara estranho tava me botando no ônibus, aí ele falou assim: - "Puxa você se enxergasse ia ser o diabo hein!". Aí eu pensei, será que eu sou tão bonita assim?[sic] (participante 3).*
>
> *A mãe do meu pai falou que eu sou a cruz que meu pai ia carregar! (participante 4).*

Ante a esses relatos, pode-se observar que os estigmas se refletem em opiniões que, comumente, evocam uma imagem de inadequação social. Todavia, os estigmas podem também serem expressos em forma de atitudes, como as relatadas pelos participantes 1 e 8, respectivamente:

> *Meu pai, que eu amo muito, que já não está mais aqui, onde ele está ele sabe agora que ele falou bobagem! Um dia, eu achei que eu tava grávida e falei: -" Ih, pai, eu acho que eu tô grávida!". Ele falou: "-Ai, Lindaura, você tem certeza? – "Tenho. Não sei não, pai, não sei, acho que eu tô.", [...] Eu tenho uma cunhada, né. –" Lindaura, já pensou se for menino? Você pode dar pra sua cunhada cuidar." [sic] (participante 1).*

> *Fui dar uma aula... e quando eu terminei minha aula, pô, dei a aula, tava cansando do trabalho... daí, tinha um casal de namorados no ponto de ônibus, falei: - "gente, vocês podem avisar quando vier o ônibus tal"? Daí a moça, simpática, me avisou. Ai, eu fui entrar no ônibus, daí o motorista vai, olha para mim e fala: - "Quem tá com ele?" Ai a moça, já intimada: - "Não tem ninguém com ele, ele só pediu para eu avisar quando o ônibus chegasse" – "Não, mas ele só pode subir se tiver com acompanhante". Ai, eu tentei argumentar, eu trabalhei, eu tô cansado. – "Não, sem acompanhante, você não vai!" Eu fiquei com tanta raiva que eu entrei no ônibus e disse: - me tira daqui se você for capaz! Ai, ele ficou resmungando. Ele foi, mas, ficou resmungando: "Mas, quando chegar no ponto, tu vai vê só!", como se quisesse dizer: eu não vou te avisar viu, cego sem vergonha! Eu, lá, só com o meu GPS, quando chegou no ponto, eu sai, né. (risos) Mas, eu suponho que ele deve ter ficado fulo da vida! [sic].*

Em complemento, os julgamentos negativos em relação à cegueira podem ainda ser expressos com perguntas inadequadas e preconceituosas a respeito da condição de cego, como relatado pela participante 2.

> *Perguntar é uma coisa normal. Mas, não faça pergunta idiota que incomoda. "Como você faz para pentear o cabelo?" Isso é uma pergunta besta! Agora, você perguntar: "Como você faz para combinar uma roupa?" Isso é normal, porque não tem como vivenciar, a pessoa não tem esse convívio. - " Como você toma banho?" Meu Deus!*

Esses tipos de opiniões, atitudes e perguntas preconceituosas subjugam às pessoas cegas a uma posição que não condiz com a realidade. Conforme afirma Nunes e Lomônaco (2010), a forma com que a cegueira tem sido concebida na atual sociedade restringe a pessoa cega à sua falta da visão. O enfoque maior é dado na imperfeição e na deficiência, sendo comum que, quando um vidente conhece um cego, sua relação se estabeleça primeiro com a deficiência e, depois, com o ser humano que existe para além da cegueira.

Conceber o sujeito com cegueira primeiro pela sua deficiência e, em função disso, adotar atitudes preconceituosas em relação a essas pessoas é uma concepção social equivocada e reducionista. Esse tipo de atitude está fundamentado em reflexões fragmentadas a respeito das pessoas cegas, cuja consideração central é a limitação visual. Isso dificulta o reconhecimento dessas pessoas como seres humanos comuns, que transitam plenamente pela vida, experienciando, diariamente, suas capacidades e limitações, inerentes a qualquer ser humano.

Nesse contexto, inferimos que a autoaceitação tem como pressuposto as atitudes que ignoram as concepções e os julgamentos negativos da sociedade em relação à pessoa com cegueira, como um mecanismo de proteção. Há de se destacar que, por vezes, a proteção de estigmas pode ser confundida com uma certa conformidade social. Entretanto, em uma análise mais atenta e profunda dessa questão, podemos inferir que a proteção de estigmas deve ser entendida como um processo ativo de autoafirmação e não uma resignação passiva do fato. Neste estudo, alguns participantes demonstraram ter estruturado sua proteção de estigmas, evidenciando indícios de autoaceitação, como se observa nos relatos abaixo.

> *Quando eu tinha meus dezoito anos, lá... naquela fase... queria conhecer rapaz, namorar... na flor da idade e tudo mais! Incomodava saber e ouvir isso, assim, né? Aquilo me perturbava o juízo, mas hoje não! Se alguém falar pra mim e nada é a mesma coisa, não tô nem aí! Eu sou o que eu sou mesmo, o importante é que eu estou bem! Dane-se o mundo! [sic] (participante 2).*

> *Independente desse paradigma, dessa estereotipia que a gente já sofre, pelo menos aqui, dos meninos que eu conheço, posso afirmar que nós cinco, a gente não perde as nossas características pra poder convencer as pessoas, não! A gente brinca, também, como as pessoas brincam: dentro do ônibus, brinca no ponto, a gente fala alto como as outras pessoas falam. É claro que a gente é suscetível, assim, poxa, ele tá falando alto porque é cego! Mas, não é! As pessoas esquecem de olhar que uma criança, um adulto, qualquer pessoa fala alto quando tá brincando [sic] (participante 10).*

Em suma, considerando que a proteção de estigmas pode possibilitar aos sujeitos ignorarem ou darem pouca importância a informações preconceituosas a seu respeito, hipotetizamos os seguintes cinco itens para representar esse fator, como demonstrados na tabela 3:

Tabela 3: Hipótese inicial de itens do fator "proteger-se de estigmas sociais"

Itens	Descrição dos itens*	Suporte teórico
3	Você evita pessoas que te julgam pela sua cegueira?	Brillhart (1986); Carson, Langer (2006); Sheerer (1945); Tylka (2011); Wood-Barcalow, Tylka, Augustus-Horvath (2010); GF.
6	Você se sente triste com algumas atitudes negativas da sociedade a seu respeito?	
10	Você se preocupa com opiniões preconceituosas a seu respeito?	
20	Você sente que tem valor, mesmo se sofre algum tipo de preconceito?	
32	Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?	

Fonte: o autor (2012)
Nota: GF=Grupo Focal; * as opções de respostas aos itens estão organizadas em escala *Likert* de 5 pontos, variando de (1) nunca até (5) sempre.

4.1.2.4 FATOR 4: Sentir-se capaz

De igual modo aos constructos "gostar do corpo", "cuidar do corpo" e "proteger-se de estigmas sociais", o sentimento de capacidade é considerado um elemento fundamental da autoaceitação. Isso porque, de acordo com definições da *American Psychological Association* (APA, 2010), a autoaceitação é entendida como o reconhecimento das próprias capacidades e realizações. Ghahramani, Besharat, Naghipour (2011) explicam que o sentimento ou a crença de capacidade é um elemento fundamental que atua no aumento do valor e respeito pessoal, contribuindo para o aumento e manutenção da autoaceitação. Em congruência, Snyder, Lopez (2007) e Tylka (2011) destacam que as pessoas que se aceitam desenvolvem pensamentos e sentimos positivos em relação às próprias capacidades.

Capacidade é definida como "*a possessão de qualidades de ser capaz ou uma capacidade, talento ou facilidade que a pessoa pode utilizar construtivamente*" APA (2010, p. 153). Considerando os apontamentos que preconizam os sentimentos e crenças de capacidade como elementos fundamentais da autoaceitação, investigamos, neste estudo, tanto as atitudes dos participantes frente a suas capacidades, quanto os registros existentes na literatura especializada a respeito dessa questão. Encontramos um complexo conjunto de fatores que preconizam, principalmente, dez questões principais: (1) capacidade em relação à realização de tarefas do dia-

a-dia de forma independente; (2) à realização de atividades que são consideradas necessárias; (3) à locomoção; (4) à atenção aos ruídos, sons e cheiros do entorno; (5) ao estabelecimento de relações interpessoais; (6) ao cuidado com a aparência; (7) a decisões a respeito do que é melhor para si; (8) à superação de diferentes dificuldades do dia-a-dia; (9) a ser positivo em relação à vida e (10) a fazer coisas que se gosta.

Uma das capacidades de grande relevância para pessoas com cegueira congênita ou precoce é a realização de tarefas da vida diária de forma independente. Como já demonstrado neste estudo, essas tarefas abrangem aspectos práticos e funcionais da rotina diária. Dificuldades causadas pela cegueira podem favorecer restrição nas atividades de vida diária, como ler, escrever, desenhar, assistir televisão, ler jornal, entre outros, podendo ocasionar dependência e depressão (ARRUDA, 2006; LATHAM, USHERWOOD, 2010). Nesse contexto, tem sido destacado que alguns programas de educação funcional que incentivem o desenvolvimento de atividades da vida diária por pessoas cegas são de suma importância (MASINI, 1993). Em conjunto, esses fatos sugerem que o sentimento de capacidade para realizar as atividades de vida diária pode trazer ao sujeito com cegueira congênita ou precoce sensações positivas a seu respeito, importantes de serem considerados no estudo da autoaceitação. Para abranger essa questão, hipotetizamos o seguinte item: (5) você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?

Da mesma forma, o sentimento de capacidade frente a atividades que são necessárias de serem realizadas pode ser outro atributo positivo da autoaceitação. Além da percepção individual do que é necessário para si mesmo, as necessidades humanas englobam as necessidades primárias (aquelas fisiológicas necessárias para vida do indivíduo, como alimentação, sono, repouso), necessidades de segurança, de afeto, de estima e de autorrealização. Alguns fatores podem interferir na ação do sujeito frente suas necessidades humanas, dentre esses, a limitação visual (ARRUDA, 2006). Inferimos, portanto, o seguinte item: (13) você se considera capaz de cuidar de você?

O sentimento de capacidade de locomoção, em especial, em lugares desconhecidos, por meio da elaboração de estratégias de enfrentamento a nova situação, pode trazer sensações positivas em relação a si mesmo. Alguns estudos têm apontado que a exploração de lugares desconhecidos pode ser um problema para pessoas com cegueira. No espaço urbano, há inúmeros obstáculos, cujo desconhecimento pode provocar sentimentos de medo, insegurança e limitação.

Como consequência, essas pessoas podem evitar viagens independentes e exploração de lugares desconhecidos, um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento da independência dos sujeitos que não enxergam (KITCHIN et al., 1998; SÁNCHEZ, TORRE, 2010). Por conseguinte, o sentimento de capacidade nesse aspecto pode ser um elemento importante da autoaceitação, o que nos possibilitou criar os seguintes itens: (4) você possui boa orientação espacial?; (19) você acha que sua cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?; e (31) você consegue desviar de obstáculos na rua?

A capacidade de se locomover em ambientes desconhecidos parece estar conectada a outra habilidade importante de pessoas com cegueira congênita ou precoce, aquela relacionada à atenção a diferentes ruídos, sons, cheiros, movimentos, entre outros fenômenos que acontecem a sua volta. Em especial, no que diz respeito à localização do som, Gougoux et al. (2005) afirmam ser essa uma atividade de suma importância para o sujeito com cegueira, sobretudo, por integrar diferentes informações do meio que favoreçam a orientação espacial. Neste estudo, ao fazer um relato sobre suas principais habilidades, um dos participantes relatou a importância de sua atenção ao ambiente para desviar de possíveis obstáculos em sua locomoção, em suas palavras:

> *Por exemplo, o carro avançou o sinal no mesmo tempo que eu ia atravessar. Com o reflexo muito apurado, eu consegui travar, porque eu percebi que ele ia... achei que ele fosse avançar, até porque tava muito em cima! Até pelo som, eu tenho essa noção, né. Eu sabia que se eu desse um passo a frente, ele me atropelava! [sic] (participante 11).*

Outro participante completou:

> *Isso já aconteceu comigo também! Umas duas vezes! Uma foi nessa rua lateral aqui. Entrou um carro vuado e eu já tava com... eu já tinha dado três passos na rua e voltei. Eu dei três passos... o cara ainda passou no meu pé! E outra aqui na travessia também... o cara tá te guiando na rua, assim, vai atravessar a rua, tem um degrau, você sobe e o cara falta pegar na sua canela pra você levantar, não precisa... isso se torna normal! [sic] (participante 8).*

.

Como se pode observar, a capacidade de reconhecer fatores ambientais distintos trouxe ao participante confiança em suas características consideradas positivas e, portanto, autoaceitação. Logo, inferimos a criação de mais um item: (8) Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta? No mesmo sentido, considerar-se capaz de estabelecer relações

interpessoais é outra forma de reconhecimento de atributos positivos da personalidade. Essa consideração é especialmente importante na medida em que há registros na literatura de que as pessoas com cegueira podem apresentar dificuldades de estabelecer relações com os pares (COLE, TABOROFF, 1954; SANDLER, HOBSON, 2001; JAMES, STOJANOVIK, 2006; SANTIN, SIMMONS, 1977). Não obstante, nossas observações apontam o contrário. Alguns participantes mostraram acentuada motivação para relacionar-se com o outro, evidenciando reconhecer suas próprias capacidades nas relações interpessoais, como exemplo:

> *É cego, é vidente, tô nem aí! É homem, mulher, o negócio é tá interagindo! Eu não gosto de muita gente! Entendeu? Mas eu gosto de tá um dia com cego, outro dia com vidente, posso mesclar e vai variando... [sic] (participante 2).*

Há ainda registros de que pessoas com cegueira podem apresentar dificuldades de estabelecer um relacionamento amoroso (FICHTEN et al., 1991). A respeito dessa questão, um dos participantes deste estudo reportou suas maiores dificuldades para iniciar uma conquista amorosa, eis o seu relato:

> *Você pega um cego que tá numa boate e um cara que enxerga na boate, não é querendo dizer que fulano é mais ou menos que o outro, não, mas, que, enfim, [...] eu acho que quando um cego consegue ficar com uma mulher na boate, pô, ele tem muito mais méritos de que um cara que enxerga! Porque, primeiro, que você não conhece a pessoa, então, beleza... para quem enxerga sorriu, olhou, beleza, já foi... principalmente em boate tem muito disso... e em boate, qual é o primeiro critério de escolha? Ser bonitinho ou não. Depois você vai para todos os outros critérios. Para o cego ficar, conseguir ficar com alguém, com alguma menina na boate ele precisa colar do lado, ai primeiro ele tem que quebrar o gelo de, pô, ele é cego, deixo ele se chegar? Beleza, já deixei, vamos ver se ele é legal, ai o cego vai conversar, bater papo, ai a menina pode se interessar ou não por mais que o menino seja bonito ou não... [sic] (participante 7).*

Frente a esse relato, percebe-se que o estabelecimento de uma relação amorosa pode apresentar-se complexa para as pessoas que não enxergam. Especialmente, porque um dos primeiros indícios de uma conquista passa pela troca de olhares, tão comum no meio vidente. Sem essa troca, essas pessoas necessitam desenvolver outros indicadores da paquera que, como relatou o participante 7, exige um pouco mais de empenho e motivação. Logo, quando o sujeito com cegueira consegue ultrapassar essa etapa de paquera e estabelece uma relação amorosa, ele pode experimentar uma agradável sensação de capacidade frente a essa questão. Considerando

tanto os apontamos a respeito das relações interpessoais quanto amorosas, foram criados mais dois itens para compor esse fator: (17) você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?; (22) você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?; e (26) você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?

No mesmo sentido, a capacidade de cuidar da aparência é outro atributo importante para pessoas com cegueira congênita ou precoce. No estudo realizado por Arruda (2006), ao investigar a eficácia percebida no domínio do cuidado pessoal, os participantes deficientes visuais relataram perceber menor eficácia nas atividades de cortar unhas (33,9%), fazer barba ou depilar perna/braço (21,1%) e passar batom (no caso das mulheres, 18%). Entretanto, no que diz respeito ao vestuário, a maioria dos participantes declarou não encontrar dificuldades nas atividades relacionadas. A causa declarada pelos participantes para as dificuldades encontradas no cuidado pessoal do corpo foi a deficiência da visão. Pode-se entender que o sentimento de total capacidade de cuidar da aparência corporal pode trazer sensações positivas a respeito das próprias habilidades. Essa questão encontra-se incluída no item (13) você se considera capaz de cuidar de você?, já citado no que diz respeito às necessidades individuais.

A capacidade de pessoas com cegueira congênita ou precoce de decidir o que é melhor para si, em termos de escolhas na vida, tais como: decisões na carreira, escolha de roupas do vestuário, escolhas de decisões futuras, entre outras, foi focalizada por Kaplan-Myrph (2000). O autor destaca que o sentimento de ser controlado pelos outros pode trazer para essas pessoas sentimentos de dependência e ressentimento, considerados negativos para a imagem corporal. Deste modo, o sentimento de capacidade frente às decisões a respeito do que é melhor para si pode ser um elemento da autoaceitação, o que suporta a criação do seguinte item: (21) você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

Em complemento, o sentimento de capacidade em superar diferentes dificuldades da vida diária, incluindo aquelas oriundas da locomoção, do cuidado da casa e da família, do mercado de trabalho, das barreiras sociais, da relação com os pares, entre outras, pode trazer sentimentos positivos a respeito do próprio corpo. Farber (2000) contribui para o entendimento dessa questão ao afirmar que pessoas com deficiência que se consideram melhores preparadas para liderem com dificuldades do dia-a-dia, por meio do desenvolvimento saudável de sua personalidade, apresentam elevados níveis de autoaceitação. Dados esses apontamentos, foram

criados mais dois itens para compor o fator “sentir-se capaz” da EAC: (14) você acredita que tem condições de alcançar seus objetivos?; e (28) você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?

Outro sentimento de capacidade considerado importante é sentir-se otimista em relação à vida. De acordo com Farber (2000), a habilidade de ver o lado positivo da vida, sobretudo em situações difíceis, é associada com característica de resiliência, sendo um fator importante para o quadro de autoaceitação. Pode-se supor que os sujeitos com cegueira que se sentirem otimistas em relação a vida são capazes de desenvolver uma acentuada disposição para ver as coisas pelo lado bom e positivo, esperando sempre uma solução favorável das situações, mesmo aquelas mais difíceis. Assim, hipotetizamos a criação de mais um item: (25) você tem uma postura positiva em relação a sua vida?

Finalmente, o sentimento de capacidade para fazer as coisas que gosta pode trazer autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce. Besteiro et al. (2009) sugere que as pessoas que desenvolvem o quadro de autoaceitação são capazes de realizar numerosas tarefas consideradas prazerosas, por meio da aquisição de novas habilidades e geração de novas estratégias de atuação. Nesse sentido, inferimos que os sentimentos de capacidade em torno de diferentes habilidades, tais como, dançar, jogar futebol, fazer hidroginástica, tocar piano, fazer artesanato, entre outras, pode ser importante para que essas pessoas com cegueira desenvolvam o quadro de autoaceitação. Por conseguinte, essa constatação forneceu suporte para criação do item (15) você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

Em suma, podemos entender que, na medida em que o sujeito com cegueira congênita ou precoce reconhece e define qualitativamente suas próprias capacidades, ele demonstra indícios de autoaceitação. Considerando esse entendimento, foram criados 14 itens para o fator “sentir-se capaz”, os quais podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela 4: Hipótese inicial de itens do fator "sentir-se capaz"

Itens	Descrição dos itens*	Suporte teórico
4	Você possui boa orientação espacial?	Kitchin et al. (1998); Sánchez, Torre (2010).
5	Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?	Arruda (2006); Latham, Usherwood (2010).
8	Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta?	Gougoux et al. (2005), GF.
13	Você se considera capaz de cuidar de você?	Arruda (2006).
14	Você acredita que tem condições de alcançar seus objetivos?	Farber (2000).
15	Você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	Besteiro et al. (2009).
17	Você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?	Hobson (2001); James, Stojanovik (2006); GF.
19	Você acha que sua cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?	Kitchin et al. (1998); Sánchez, Torre (2010).
21	Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?	Kaplan-Myrph (2000).
22	Você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?	Hobson (2001); James, Stojanovik (2006); Santin, Simmons (1977); GF.
25	Você tem uma postura positiva em relação a sua vida?	Farber (2000).
31	Você consegue desviar de obstáculos na rua?	kitchin et al., 1998; sánchez, torre, 2010
26	Você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?	Fichten et al. (1991).
28	Você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?	Farber (2000)

Fonte: o autor (2012)
Nota: GF=Grupo Focal; * as opções de respostas aos itens estão organizadas em escala *Likert* de 5 pontos, variando de (1) nunca até (5) sempre.

4.1.2.5 Instruções da escala

Em conjunto com os itens, definimos ainda as instruções ao pesquisador (ou ledor) e aos participantes. Ambas tiveram por finalidade determinar a sistemática de aplicação da EAC, definindo as informações necessárias a respeito das estratégias de aplicação da nova escala, de como o sujeito deve fazer para responder aos itens e de como deve ser feita a análise dos escores. A tabela 5 demonstra as referidas instruções.

Tabela 5: Instruções iniciais da EAC

Instruções ao pesquisador (ou ledor)

Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com cegueira congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:

a) O pesquisador deve ler as informações contidas na Escala a cada participante, individualmente;
b) A leitura deve ser feita em um ritmo pausado e compreensível pelo participante;
c) O pesquisador deve se preocupar em utilizar o mesmo tom de voz, de modo a não enfatizar um aspecto da Escala em detrimento de outro;
d) O pesquisador deve ser imparcial em sua leitura, abstendo-se de qualquer palpite na resposta do entrevistado;
e) Se necessário, cada conteúdo da Escala deverá ser repetido até que seja totalmente compreendido pelo participante;
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 *6, 10, 15, 19, 26 e 32* 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 aos participantes

Esta Escala contém 33 perguntas. Eu vou ler para você cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea, pensando nestas últimas quatro semanas. 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. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

a) Você assiste televisão até tarde?

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

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

Fonte: O autor (2012).

4.1.3 Conclusão

Este estudo teve por objetivo desenvolver o conjunto inicial de itens para compor a EAC, por meio da operacionalização teórica do constructo autoaceitação para pessoas com

cegueira congênita ou precoce. Para essa finalidade, utilizamos a combinação de abordagem dedutiva e indutiva e ficamos atentos aos parâmetros que regulam a criação de cada item e da escala como um todo destacados por DeVellis (2003) e Pasquali (2010). Como resultado, 33 itens, distribuídos em quatro fatores – gostar do corpo, cuidar do corpo, proteger-se de estigmas sociais e sentir-se capaz –, foram gerados para compor a nova escala. Os itens foram dispostos em uma escala tipo *likert* de cinco pontos, cujos descritores são: (1) nunca; (2) raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente e (5) sempre. Em complemento, elaboramos as instruções da escala visando instruir os futuros pesquisadores e participantes que farão uso dela.

Esperamos que os itens criados sejam sensíveis para avaliar a autoaceitação de pessoas que não enxergam desde idades precoces. Entretanto, são necessários estudos futuros que tenham por finalidade investigar a qualidade dos itens, por meio de sua análise teórica, empírica e psicométrica. Esses estudos serão apresentados na sequência deste trabalho.

4.2 Estudo 2: análise teórica dos itens

A análise teórica consiste em verificar a opinião de peritos e do público alvo a respeito dos itens operacionalizados. Esse tipo de análise abrange, portanto, dois julgamentos principais: análise dos peritos – responsável pelo julgamento do conteúdo dos itens; e pré-teste – engloba análise semântica realizada por pessoas da população para a qual a escala será criada (PASQUALI, 2010).

Este estudo objetiva avaliar os 33 itens da EAC gerados no estudo 1 quanto ao seu conteúdo e seu nível de compreensão, utilizando tanto a opinião de peritos quanto de pessoas com cegueira congênita ou precoce.

4.2.1 Métodos

Esta abordagem foi do tipo qualitativa descritiva, composta por duas etapas: análise dos peritos e pré-teste.

4.2.1.1 Análise dos peritos

Constou da avaliação da EAC por peritos.

4.2.1.1.1 Participantes

Os peritos são juízes *experts* no constructo em questão e responsáveis pelo julgamento do conteúdo dos itens, podendo conferir à nova escala validade de conteúdo. Idealmente, é necessário que, pelo menos, seis juízes julguem a nova escala (PASQUALI, 2010).

Neste estudo, dez peritos foram convidados para julgar a EAC, mas somente nove participaram. Os participantes foram assim distribuídos: três professores doutores e especialistas na área da cegueira; uma professora doutora e duas doutorandas especialistas na área da imagem corporal; uma professora doutora especialista na área da cegueira e imagem corporal e dois professores doutores especialistas em construção de escalas.

4.2.1.1.2 Procedimento de coleta de dados

Os participantes foram selecionados, cuidadosamente, de acordo com sua área de especialização e, em seguida, convidados pessoalmente ou por e-mail. A eles foram oferecidas

informações sobre a pesquisa e sobre o julgamento da EAC. Caso aceitassem o convite, foi-lhes disponibilizado um formulário específico para orientação na avaliação da escala (Apêndice B). O envio e o retorno desse formulário foi feito de modo impresso (pessoalmente pela pesquisadora) ou por e-mail. Em média, o tempo gasto pelos avaliadores para o retorno do formulário foi de 10 dias.

A EAC foi julgada com relação à três aspectos fundamentais: a) às instruções da escala (instruções ao pesquisador ou ledor e instruções aos participantes); b) ao conteúdo dos itens (análise do conteúdo) e; c) à semântica dos itens (análise semântica).

Em relação às instruções da escala, os juízes avaliaram se essas estavam apresentadas de maneira adequada, sendo compreensíveis aos participantes e deixando claro o que o sujeito deveria fazer para responder ao instrumento. O julgamento dos peritos foi feito da seguinte forma: foi solicitado a eles que atribuíssem a nota -1, se considerassem as instruções inadequadas; nota 0, se considerassem a necessidade de refazer qualquer parte do enunciado; e nota 1, se considerassem o enunciado adequado. Caso atribuíssem as notas -1 ou 0, foi-lhes solicitado que fizessem sugestões.

Com relação ao conteúdo, os juízes avaliaram se cada item se relacionava ao constructo de autoaceitação, utilizando os seguintes códigos: a) -1 = Não, o item não se refere à autoaceitação; b) 0 = Duvidoso, não tenho certeza se o item se refere à autoaceitação; e c) 1 = Sim, o item se refere à autoaceitação. O conceito de autoaceitação adotado neste estudo foi descrito aos juízes, com o intuito de que fosse utilizado como parâmetro na avaliação, tendo em vista que o conceito é abrangente e abre margens para diferentes interpretações. Foi ainda solicitado aos peritos que realizassem o agrupamento dos itens por fatores, conforme indicações de Pasquali (2010). Os juízes deveriam classificar com a letra C o item que se referisse ao fator "cuidar do corpo"; com a letra G, o fator "gostar do corpo"; com a letra P, o fator "proteger-se de estigmas sociais"; com a letra S, o fator "sentir-se capaz" e N, se considerassem que o item se referia a nenhuma das opções anteriores..

Na *análise semântica* dos itens, os mesmos foram julgados com relação aos seguintes aspectos, conforme recomendações de Pasquali (2010) e DeVellis (2003):

a) Simplicidade: o item deveria expressar uma única ideia;
b) Clareza: o item deveria estar redigido de forma clara, podendo ser compreendido por todos os estratos da população cega;

c) Relevância: o item deveria ser *pertinente* ao constructo de "autoaceitação";

d) Coesão: o item deveria estar sucinto, usando apenas um número adequado de palavras para ser claro.

Os juízes puderam atribuir as seguintes notas: a) -1 = inadequado (retirar); b) 0 = inadequado (refazer); c) 1 = adequado. Caso os peritos julgassem os itens com -1 ou 0, foi-lhes solicitado fazer sugestões.

Os juízes puderam ainda fazer comentários individuais sobre cada item da escala e propor a inclusão de novos itens ou a exclusão de itens considerados inadequados.

4.2.1.1.3 Análise dos resultados

Um critério de 70% de concordância entre os juízes quanto à adequação das instruções da escala, do conteúdo dos itens e da semântica dos itens foi adotado. Utilizamos Estatística descritiva - frequência e percentagem - para análise dos resultados.

4.2.1.2 Pré-teste

Após o julgamento da escala pelos peritos, a mesma recebeu ajustes e foi submetida ao pré-teste. Esse procedimento constou da avaliação da EAC por pessoas com cegueira congênita ou precoce. Três pré-testes foram realizados.

4.2.1.2.1 Participantes

No primeiro pré-teste, participaram sete pessoas que se autodeclararam com cegueira congênita ou precoce[10], quatro mulheres e três homens, de diferentes estratos de habilidade, com média de idade de 29 anos (desvio padrão: 4,53). Dessas, cinco residiam em sistema de internato na Associação de Cegos da Cidade de Juiz de Fora/MG e duas eram funcionárias do Instituto Benjamin Constant (Rio de Janeiro/RJ), sendo uma professora e um revisor Braille. O pré-teste foi realizado até que ocorresse saturação das informações.

Para o segundo pré-teste, uma amostra diferente do primeiro foi recrutada. Houve a participação de sete pessoas que se autodeclararam com cegueira congênita ou precoce, quatro homens e três mulheres de diferentes estrados de habilidade, com média de 31 anos de idade (desvio padrão: 6,10), todos da cidade de Juiz de Fora-MG, sendo quatro residentes em sistema de internato da Associação de Cegos de Juiz de Fora/MG e três moradores da cidade indicados pelos participantes da Associação. Esse segundo pré-teste foi realizado até que ocorresse saturação das informações.

No terceiro pré-teste, houve a participação de oito sujeitos que reportaram ter cegueira congênita ou precoce e que não participaram das fases prévias de pré-teste. Todos residentes na cidade de Juiz de Fora, MG, com média de 42 anos de idade (desvio padrão: 5,51).

4.2.1.2.2 Procedimentos de coleta de dados

Para todas as fases de pré-teste, os participantes foram convidados pessoalmente ou via telefone pela pesquisadora. Eles foram informados a respeito dos procedimentos da pesquisa e, no caso de aceite ao convite, foram então agendados hora e local. O local do pré-teste foi definido de acordo com a disponibilidade e preferência de cada participante, podendo ser nas instituições onde ele residia/trabalhava ou em sua residência. A pesquisadora leu o TCLE do pré-

[10] De igual modo ao estudo 1, consideramos pessoas com cegueira congênita aquelas que nasceram cegas ou manifestaram a cegueira antes de um ano de idade; as pessoas com cegueira precoce foram aquelas que adquiriram a cegueira no período estabelecido entre um ano até antes dos nove anos de idade.

teste (Apêndice C) e disponibilizou uma cópia em Braille para cada participante. A assinatura desse documento foi feita com impressão digital por aqueles que optaram.

O primeiro pré-teste foi iniciado com perguntas sociodemográficas e, especificamente, uma pergunta sobre preconceito. Tendo em vista que um dos fatores da EAC, o fator "proteger-se de estigmas sociais", gira em torno de preconceitos sociais, tornava-se necessário confirmar se os participantes deste estudo sentiam esses preconceitos. Para isso, foi feita a seguinte pergunta: "*Quando você sai à rua, ao trabalho, à escola ou em sua família, você já passou por algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira?"* As opções de resposta foram organizadas em escala tipo *Likert* com cinco variações: (1) – nunca; (2) – raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente; (5) sempre. Adicionalmente, foram avaliados, além da compreensão do instrumento pelos participantes, o nível de dificuldade da escala, o quão cansativo o instrumento parecia, a forma de redação dos itens (em terceira pessoa gramatical em forma de pergunta ou em primeira pessoa gramatical em forma de afirmativa) e o conteúdo dos itens. Um formulário de pré-teste foi utilizado para o registro dessas avaliações (Apêndice D).

Para analisar a compreensão do instrumento, as principais dificuldades e o quão cansativo o instrumento era julgado pelos participantes, as sugestões de Malhotra (2004), que preconizam a análise protocolar, foram utilizadas. Para essa análise, a escala foi lida a cada participante, individualmente. Foi-lhe, então, solicitado que respondesse às questões da escala "pensando" em voz alta, momento no qual as dúvidas pertinentes a cada item foram registradas no formulário de pré-teste. Ao final desse procedimento, foi solicitado ao participante que respondesse a duas perguntas: "Em uma escala de 0 a 2, qual foi seu nível de dificuldade para responder às perguntas dessa escala? (0) = nenhuma; (1) = um pouco; (2) = muita" e "Em uma escala de 0 a 2, o quanto foi cansativo responder a essas perguntas? (0) = nada cansativo; (1) = um pouco cansativo; (2) = muito cansativo".

A avaliação da forma de redação dos itens foi sugerida por um dos peritos que julgou a escala na fase anterior. Com o intuito de descobrir qual forma gramatical seria melhor compreendida pelos participantes durante a leitura dos itens, foram selecionados, aleatoriamente, oito itens da escala. Esses itens, originalmente redigidos em terceira pessoa gramatical em forma de pergunta, foram também redigidos em primeira pessoa em forma de afirmativa. Durante o pré-teste, foi solicitado que os participantes respondessem mais esses oito itens. Em seguida, o pesquisador comparou a respostada dada pelo participante a cada um desses oito itens, com os

mesmos oito itens quando estavam escritos em terceira pessoa gramatical. Se houvesse divergência entre as respostas, então, foi solicitado ao participante que explicasse o porquê da divergência. Em adição, foi solicitado ao mesmo que respondesse qual dos dois formatos de redação dos itens ele se sentiu mais confortável para responder.

Na avaliação do conteúdo de cada item, utilizou-se a técnica de interrogatório proposta por Malhotra (2004). Foi solicitado ao respondente que reproduzisse, com suas palavras, aquilo que ele entendeu de cada item. Os itens que não ficaram claros aos participantes ou que foram reproduzidos em um caminho diferente de nossa intenção prévia foram registrados para posterior análise.

Após o primeiro pré-teste, foram realizadas algumas adaptações na Escala, tornando necessário um segundo pré-teste. Conforme sugere Malhotra (2004), o pré-teste deve ser repetido quantas vezes forem necessárias, com grupos diferentes da população alvo, até que todos os itens da Escala se apresentem compreensíveis aos participantes.

De igual modo ao primeiro pré-teste, o segundo também seguiu as técnicas de análise protocolar e interrogatório propostas por Malhotra (2004). Em adição, como no primeiro pré-teste, foram realizadas perguntas a respeito do sentimento de preconceito, nível de dificuldade da escala e do quão cansativo a mesma parecia. Esse segundo pré-tese foi guiado por formulário específico (Apêndice E).

No terceiro pré-teste, uma estratégia diferenciada dos dois primeiros foi utilizada. Considerando que a forma de aplicação da escala utilizada até o momento do terceiro pré-teste constava da leitura do instrumento ao participante, sempre pela pesquisadora, duas questões emergiram durante a qualificação desta tese de doutorado. A primeira referiu-se ao viés do pesquisador se o instrumento fosse aplicado por dois ou mais avaliadores distintos. A questão central era que a voz de outro pesquisador no momento da aplicação da escala poderia causar viés na resposta dos participantes, sendo, portanto, fundamental que a aplicação da escala fosse da maneira mais homogênea possível. A segunda questão referiu-se as etapas subsequentes de coleta de dados com um número grande de pessoas. Mesmo que a escala fosse aplicada pela mesma pesquisadora, contribuindo para homogeneidade nas condições de aplicação, sua voz e entonação durante leitura do instrumento ao primeiro participante seria muito diferente do ducentésimo ou tricentésimo participante, assim como a leitura do instrumento no início do dia seria diferente ao final do mesmo. Mais uma vez, destacou-se a necessidade de homogeneidade na aplicação do

instrumento. Sugeriu-se, portanto, que a escala fosse gravada em áudio e submetida a um novo pré-teste para investigar sua adequação à população alvo.

Para o terceiro pré-teste, a EAC foi gravada em áudio com a voz da própria pesquisadora em uma gravadora comercial e especializada nesse tipo de serviço. O enunciado inicial compôs a primeira faixa da gravação e cada item, de um em um, compôs as faixas subsequentes. A gravação das opções de resposta *Likert* (que variavam de 1 - nunca a 5 - sempre) foram repetidas igualmente para todos os itens da escala. Após as opções de resposta, um tempo de 5 segundos foi estipulado. Esse tempo poderia ser controlado pela pesquisadora no momento de aplicação da escala, de acordo com o tempo de resposta de cada participante. Os itens, assim como o enunciado inicial, foram gravados e depois passaram por um processo de editoração, no qual a tonalidade, agudeza e frequência da voz puderam ser ajustadas para melhor qualidade da gravação. A escala foi gravada tanto em sua versão masculina, quanto na feminina, respeitando as diferenças semânticas para os dois gêneros, por exemplo, "item 6 – Você é muito positivo (a) em relação a sua vida?".

Para investigar se a versão em áudio da EAC seria adequada à população com cegueira congênita ou precoce, no terceiro pré-teste, a mesma foi aplicada da seguinte forma: após as explicações referentes aos aspectos éticos da pesquisa, foi explicado ao participante que ele iria ouvir uma gravação que lhe daria instruções para responder algumas perguntas. A gravação foi reproduzida em áudio com suporte de um *laptop* da marca HP. Ele, então, respondia a escala reproduzida. Em seguida, dez itens escolhidos aleatoriamente foram lidos ao participante com a voz da própria pesquisadora. As respostas dadas quando esses itens eram lidos foram comparadas as respostas quando os mesmos foram disponibilizados em áudio. Se houvesse divergência de respostas, ao participante foi perguntado qual modo de aplicação ele sentiu mais conforto em responder: em áudio ou pela voz da própria pesquisadora.

Após esses três pré-testes, nenhum outro foi realizado.

4.2.1.2.3 Análise dos resultados

Os resultados foram avaliados com frequência de ocorrência do evento e com a avaliação subjetiva da pesquisadora a respeito dos comportamentos dos participantes a cada item respondido.

4.2.2 Resultados e discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar os itens da EAC quanto ao seu conteúdo e seu nível de compreensão. Para essa finalidade, dois procedimentos foram adotados: análise dos peritos e pré-teste. Como resultado, alguns itens foram eliminados e ajustes na escala foram realizados para sua melhor adequação às pessoas com cegueira congênita ou precoce. Em seguida, segue a descrição desses resultados.

4.2.2.1 Análise dos peritos

Os peritos avaliaram três aspectos da EAC: a) as instruções da escala b) o conteúdo dos itens e; c) a semântica dos itens.

Em relação às *instruções da escala*, os juízes puderam avaliá-la com nota -1 (instruções inadequadas); 0 (necessidade de refazer qualquer parte do enunciado); e 1 (enunciado adequado). A tabela 6 demonstra os resultados do julgamento dos peritos quanto a esse quesito.

Tabela 6: Julgamento das instruções ao pesquisador (ou ledor) e ao participante

Aspecto avaliado	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Frequência[1]
Instruções ao Pesquisador (ou ledor)	1	1	1	0,9	1	1	1	0	1	**7**
Instruções ao Participante	1	1	1	0	1	1	1	0	1	**7**

Fonte: o autor (2011).
[1]Frequência de julgamentos que consideraram as instruções ao pesquisador (ou ledor) e ao participante adequadas.

Tendo em vista que sete, dos nove juízes, consideraram as instruções da escala adequadas, apenas uma alteração foi realizada. Nas instruções ao participante, a frase "*Eu vou ler para você cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea, pensando nestas últimas quatro semanas*" foi alterada para "*Eu vou ler para você cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea e sincera"*. Um dos juízes considerou que a expressão "*pensando nestas últimas semanas*" estaria inadequada para alguns itens da escala, como exemplo, para o item 32, "*Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?*", não faria sentido limitar quatro semanas. Desse modo, tendo em vista o intuito de avaliar um traço da autoaceitação e não seu estado naquele momento, tornou-se mais adequado deixar a questão temporal livre.

No que diz respeito ao *julgamento do conteúdo* dos itens, os juízes puderam utilizar as seguintes classificações: a) -1 = Não, o item não se refere à autoaceitação; b) 0 = Duvidoso, não tenho certeza se o item se refere à autoaceitação; e c) 1 = Sim, o item se refere à autoaceitação. De acordo com o critério estabelecido neste estudo para aferir a qualidade do item, pelo menos seis dos nove juízes deveriam concordar que o item se referia à autoaceitação. O resultado desse julgamento está demonstrado na tabela 7.

Tabela 7: Julgamento dos itens quanto ao conteúdo

item	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Frequência[1]
1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	**7**
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**9**
3	1	-1	1	1	0	-1	0	1	0	**4**
4	0	1	1	0	0	1	1	1	0	**5**
5	0	1	1	1	1	1	1	0	0	**6**
6	0	-1	1	1	1	1	0	1	1	**6**
7	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	**8**
8	-1	-1	0	0	1	-1	0	-1	0	**1**
9	0	1	0	0	0	1	0	-1	0	**2**
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**9**
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**9**
12	1	1	1	1	1	0	1	1	0	**7**
13	0	1	1	0	1	-1	1	1	1	**6**
14	-1	1	1	0	1	1	0	0	1	**5**
15	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	**8**
16	-1	1	1	1	0	1	1	1	1	**7**
17	1	1	1	1	0	1	1	0	1	**7**
18	1	1	1	0	1	1	1	0	0	**6**
19	0	1	1	1	1	-1	0	1	1	**6**
20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	**8**
21	0	1	1	1	1	-1	1	1	1	**7**
22	1	1	1	0	1	-1	1	1	1	**7**
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**9**
24	0	1	1	1	1	-1	1	1	1	**7**
25	0	1	1	1	1	-1	1	1	1	**7**
26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	**8**
27	0	1	1	1	1	1	1	1	1	**8**
28	-1	1	1	0	1	1	1	1	1	**7**
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**9**
30	0	1	1	1	0	-1	0	-1	0	**3**
31	-1	1	1	0	1	-1	1	1	-1	**5**
32	0	-1	1	1	1	1	1	1	1	**7**
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**9**

Fonte: o autor (2011).

[1]Frequência de julgamentos que consideraram o item referente à autoaceitação.

Tendo como base os dados da tabela 7, os itens 3, 4, 8, 9, 14, 30 e 31 não foram considerados referentes à autoaceitação por, pelo menos, seis juízes. Desses, os itens 3, 4, 14, 30 e 31 foram eliminados. Todavia, com fundamento em nosso entendimento teórico sobre a autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce e considerando que nem todos os peritos são especialistas em imagem corporal, definimos que os itens 8 e 9 não deveriam ser eliminados nessa etapa, por considerarmos sua importância na avaliação do constructo. Resolvemos, então, reformular os mesmos para que ficassem mais próximos de nossas intenções prévias ao redigi-los e submetê-los a apreciação de outros seis peritos na área da imagem corporal.

Como resultado, o item 8 "*Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta?*" foi alterado para "*Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?*". Em sua versão original, esse item foi considerado abrangente pelos peritos, portanto, pouco referente à autoaceitação. A respeito dessa abrangência, o maior questionamento foi sobre as "diferentes coisas", que poderiam ser: notícias da mídia, informações geopolíticas, entrada e saída de uma pessoa do ambiente, entre outras. No entanto, nossa atitude de reformulá-lo e mantê-lo na escala foi baseada tanto na teoria quanto nos conhecimentos adquiridos nos grupos focais realizados. Gougoux et al. (2005) afirmam que a atenção aos diferentes ruídos, sons e cheiros é uma atividade de suma importância para o cego, por possibilitá-lo integrar informações variadas do meio, as quais favoreçam diferentes capacidades, inclusive, orientação espacial. Ademais, como já demonstrado neste estudo, encontramos, nos grupos focais realizados, que essa atenção pode trazer sentimentos de capacidade frente à superação de algumas dificuldades do cotidiano, como aquela de atravessar a rua. Por esses motivos, esse item foi reformulado e mantido na escala.

O item 9 "*Você acredita que seu trabalho tem valor?*" foi alterado para "*Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?*". Duas questões principais contribuíram para a permanência desse item. A primeira é a teoria de Sheerer (1949), que afirma que as pessoas que se aceitam apreciam genuinamente a si mesmas em uma variedade de atividades, as quais envolvem trabalho, companhia, expressão autocriativa, atividade que exerce, entre outras. A segunda refere-se às contestações de quatro peritos a respeito desse item, que marcam dúvida em relação ao seguinte aspecto: o participante que não trabalha estaria excluído de responder ao item? Logo, essas dúvidas não dizem respeito

ao conteúdo do item e sim a maneira com que ele foi redigido. Portanto, considerando esse item importante na avaliação da autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce, foram realizadas alterações de maneira a atender às sugestões dos peritos e o item foi mantido na escala.

Embora reformulados, esses itens ainda não apresentavam validade de conteúdo. Frente a essa questão, apresentamos a versão reformulada dos mesmos, junto com o conceito de autoaceitação adotado nesta pesquisa, para cinco especialistas em imagem corporal e um em imagem corporal e cegueira, sendo dois professores doutores, duas doutorandas e dois mestres. Todos esses especialistas consideraram ambos os itens referentes à autoaceitação, portanto, os mesmos permaneceram na escala.

Completando o julgamento do conteúdo, foi ainda solicitado aos peritos que realizassem o agrupamento dos itens por fatores, conforme indicações de Pasquali (2010). Os juízes deveriam classificar com a letra G o item que se referisse ao fator "gostar do corpo", com a letra C, "cuidar do corpo"; com a letra P, o fator "proteger-se de estigmas sociais"; e com a letra S, o fator "sentir-se capaz" e N, se considerassem que o item se referia a nenhuma das opções anteriores. Com esse julgamento, montamos um painel de associação dos itens aos fatores. Para aqueles itens em que o julgamento não ficou definido pela maioria dos peritos, utilizamos nosso entendimento teórico do constructo autoaceitação para classificá-los. A respeito do item 33 - "*Você gosta de cuidar de você?*" - dois peritos o consideraram confuso, visto que poderia pertencer tanto ao fator gostar como cuidar. Concordando com esses comentários, eliminamos esse item.

Na *análise semântica* dos itens, os mesmos foram julgados com relação à quatro critérios: simplicidade, clareza, relevância e coesão. Dos nove peritos, três deixaram incompleta essa etapa da avaliação, sendo que a análise foi realizada mediante julgamento dos outros seis juízes. Desse modo, pelo menos 4 juízes deveriam concordar com a qualidade do item. Os juízes puderam classificar os quatro critérios com as seguintes referências: a) -1 = inadequado (retirar); b) 0 = inadequado (refazer); c) 1 = adequado. Como resultado, todos os itens foram considerados simples, ou seja, relacionados a uma única ideia e coesos, ou seja, sucintos, usando apenas um número adequado de palavras para ser claro. O resultado do julgamento da simplicidade e coesão está demonstrado nas tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8: Julgamento dos peritos quanto à simplicidade dos itens

Simplicidade							
item	**Juiz 2**	**Juiz 3**	**Juiz 4**	**Juiz 6**	**Juiz 8**	**Juiz 9**	**Frequência**
1	1	1	1	1	1	1	**6**
2	1	1	1	1	1	1	**6**
3	1	1	1	0	1	0	**4**
4	1	1	1	1	1	1	**6**
5	1	1	1	1	1	1	**6**
6	1	1	1	1	1	0	**5**
7	1	1	1	1	1	1	**6**
8	1	1	1	1	1	1	**6**
9	1	1	1	0	1	1	**5**
10	1	1	1	1	1	1	**6**
11	1	1	1	1	1	1	**6**
12	1	1	1	1	1	1	**6**
13	1	1	1	1	1	1	**6**
14	1	1	1	1	1	1	**6**
15	1	1	1	1	1	1	**6**
16	1	1	0	0	1	1	**4**
17	1	1	1	1	1	0	**5**
18	1	1	1	1	1	1	**6**
19	1	1	0	1	1	1	**5**
20	1	1	1	0	1	1	**5**
21	1	1	1	1	1	1	**6**
22	1	1	1	1	1	1	**6**
23	1	1	1	1	1	1	**6**
24	1	1	1	1	1	1	**6**
25	1	1	1	0	1	1	**5**
26	1	1	1	1	1	1	**6**
27	1	1	1	1	1	1	**6**
28	1	1	1	1	1	1	**6**
29	1	1	1	1	1	1	**6**
30	1	1	1	1	1	1	**6**
31	1	1	1	1	1	1	**6**
32	0	1	1	1	1	1	**5**
33	1	1	1	1	1	1	**6**

Fonte: o autor (2011).

Tabela 9: Julgamento dos peritos quanto à coesão dos itens

	Coesão						
item	**Juiz 2**	**Juiz 3**	**Juiz 4**	**Juiz 6**	**Juiz 8**	**Juiz 9**	**Frequência**
1	1	1	1	1	1	1	**6**
2	1	1	1	1	1	1	**6**
3	1	1	1	0	1	0	**4**
4	1	1	1	1	1	1	**6**
5	1	1	1	1	1	1	**6**
6	1	1	1	1	1	0	**5**
7	1	1	1	1	1	1	**6**
8	1	1	1	0	1	1	**5**
9	1	1	1	0	1	1	**5**
10	1	1	1	1	1	1	**6**
11	1	1	1	1	1	1	**6**
12	1	1	1	1	1	1	**6**
13	1	1	1	1	1	1	**6**
14	1	1	1	1	1	1	**6**
15	1	1	1	1	1	1	**6**
16	1	1	1	0	1	1	**5**
17	1	1	1	1	1	0	**5**
18	1	1	1	0	1	1	**5**
19	1	1	0	1	1	1	**6**
20	1	1	1	0	1	1	**5**
21	1	1	1	1	1	1	**6**
22	1	1	1	1	1	1	**6**
23	1	1	1	1	1	1	**6**
24	1	1	1	1	1	1	**6**
25	1	1	1	0	1	1	**5**
26	1	1	0	1	1	1	**5**
27	1	1	1	1	1	1	**6**
28	1	1	1	1	1	1	**6**
29	1	1	1	1	1	1	**6**
30	1	1	1	1	1	1	**6**
31	1	1	1	1	1	1	**6**
32	1	1	1	1	1	1	**6**
33	1	1	1	1	1	1	**6**

Fonte: o autor (2011).

Continuando o julgamento semântico da escala, no que diz respeito à clareza, ou seja, a redação do item de forma clara, de modo a ser compreendido por todos os estratos da população, o item 3 não teve aprovação de 70% dos juízes. Esse também foi o item que não teve validade de conteúdo e, portanto, já tinha sido excluído da escala na fase anterior.

Quanto à relevância, os itens 1, 8, 9 e 18 apresentaram problemas. Tendo por base esse julgamento, o item 18 ("*Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?*") foi eliminado. Somente metade dos peritos o considerou adequado. A outra metade o considerou ou inadequado, necessitando sua exclusão, ou inadequado, necessitando sua reformulação. Concordamos que esse item é também de difícil compreensão e não é capaz de transmitir a ideia que gostaríamos ao redigi-lo, aquela de cuidado com o próprio corpo. Logo, tornou-se necessária sua eliminação. Quanto aos itens 8 e 9, esses foram reformulados na fase anterior, pelo nosso entendimento teórico de sua importância para avaliar autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce.

Já o item 1 "*Você pratica atividade física?*" mostrou-se controverso. Metade dos peritos julgou esse item como adequado, enquanto a outra metade julgou ser necessária sua reformulação. Isso porque, de acordo com os peritos, a prática de atividade física poderia trazer uma ideia contrária à autoaceitação. Ou seja, eu pratico atividade física porque me aceito e cuido do meu corpo ou porque não me aceito e busco um corpo ideal? Conforme aponta Tylka (2011), o exercício físico praticado como uma forma de prazer e bem estar, sem preocupação excessiva com a aparência corporal, é uma forma de cuidado com o corpo e pode refletir indícios de autoaceitação. Além disso, observamos, nos grupos focais realizados, que o exercício físico pode ter esse aspecto de "cuidar" de si mesmo para os participantes. Tendo em vistas essas considerações, resolvemos reformular esse item da seguinte forma: "*Você cuida de seu corpo praticando exercícios físicos?*" e levar o item reformulado ao pré-teste, momento no qual poderemos investigar qual atribuição a população alvo dará a esse item.

O julgamento dos peritos a respeito da clareza e relevância pode ser visualizado nas tabelas 10 e 11 abaixo.

Tabela 10: Julgamento dos peritos quanto à clareza dos itens.

Clareza							
item	**Juiz 2**	**Juiz 3**	**Juiz 4**	**Juiz 6**	**Juiz 8**	**Juiz 9**	**Frequência**
1	1	1	1	1	1	1	**6**
2	1	1	1	1	1	1	**6**
3	0	1	1	0	1	0	**3**
4	1	1	1	1	1	1	**6**
5	1	1	1	1	1	1	**6**
6	1	1	1	1	1	0	**5**
7	1	1	1	1	1	1	**6**
8	0	1	1	0	1	1	**4**
9	1	0	1	0	1	1	**4**
10	1	1	1	1	1	1	**6**
11	1	1	1	1	1	1	**6**
12	1	1	1	1	1	1	**6**
13	1	1	1	1	1	1	**6**
14	1	1	1	1	1	1	**6**
15	1	1	1	1	1	1	**6**
16	0	1	1	0	1	1	**4**
17	1	1	1	1	1	0	**5**
18	1	1	1	0	1	1	**5**
19	1	1	1	1	1	1	**6**
20	1	1	1	0	1	1	**5**
21	1	1	1	1	1	1	**6**
22	1	1	0	1	1	1	**5**
23	1	1	1	1	0	1	**5**
24	1	1	1	1	1	1	**6**
25	1	1	1	0	1	1	**5**
26	1	1	0	1	1	1	**5**
27	1	1	1	1	1	1	**6**
28	1	1	1	1	1	1	**6**
29	1	1	1	1	1	1	**6**
30	1	1	1	1	1	1	**6**
31	1	1	1	1	1	1	**6**
32	0	1	1	1	1	1	**5**
33	1	1	1	1	1	1	**6**

Fonte: o autor (2011).

Tabela 11: Julgamento dos peritos quanto à relevância dos itens

	Relevância						
item	**Juiz 2**	**Juiz 3**	**Juiz 4**	**Juiz 6**	**Juiz 8**	**Juiz 9**	**Frequência**
1	1	1	0	1	0	0	**3**
2	1	1	1	1	1	1	**6**
3	0	1	1	1	1	0	**4**
4	1	1	-1	1	1	1	**5**
5	1	1	1	1	0	1	**5**
6	1	1	1	1	1	0	**5**
7	1	1	1	1	1	1	**6**
8	0	1	-1	1	-1	1	**3**
9	1	0	-1	1	-1	1	**3**
10	1	1	1	1	1	1	**6**
11	1	1	1	1	1	1	**6**
12	1	1	1	1	1	1	**6**
13	1	1	0	1	1	1	**5**
14	1	1	-1	1	0	1	**4**
15	1	1	1	1	1	1	**6**
16	1	1	1	0	1	1	**5**
17	1	1	1	1	0	0	**4**
18	1	1	-1	0	0	1	**3**
19	1	1	1	1	1	1	**6**
20	1	1	1	0	1	1	**5**
21	1	1	1	1	1	1	**6**
22	1	1	-1	1	1	1	**5**
23	1	1	1	1	1	1	**6**
24	1	1	1	1	1	1	**6**
25	1	1	1	0	1	1	**5**
26	1	1	0	1	1	1	**5**
27	1	1	1	1	1	1	**6**
28	1	1	-1	1	1	1	**5**
29	1	1	1	1	1	1	**6**
30	1	1	1	1	-1	1	**5**
31	1	1	-1	1	1	1	**5**
32	1	1	1	1	1	1	**6**
33	1	1	1	1	1	1	**6**

Fonte: o autor (2011).

Ainda na fase de análise semântica dos itens, foram realizados comentários adicionais a respeito de cada item, assim como sugestões de novos itens e a respeito da escala como um todo. Um desses comentários gerou a inclusão do item "*Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?*". Um dos juízes considerou essa questão importante, no que diz respeito ao sentimento de capacidade, fato que nós concordamos.

Uma sugestão importante relacionou-se a ordem de apresentação dos itens. Essa sugestão vai ao encontro da teoria de Malhotra (2004) que reporta que os itens de abertura devem ser simples e interessantes para conquistar a confiança dos sujeitos. As questões mais delicadas, complexas ou maçantes devem ser colocadas no final da sequência. Tendo em vista essa sugestão, a ordem de apresentação dos itens foi alterada.

Outros comentários giraram em torno de questões específicas a respeito de outros 17 itens. Por exemplo, alguns foram considerados abrangentes, outros foram considerados com dupla interpretação, sendo necessária a citação de exemplos, outros foram classificados como confusos ou distantes da ideia que gostaríamos de abordar. Em vistas desses comentários, esses itens foram reformulados com o intuito de trazer para a escala o sentido que gostaríamos e reforçar sua sensibilidade ao constructo da autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce. Ao mesmo tempo, esses itens foram reformulados para se adequarem ao linguageiro próprio de escalas de atitude, com uma escrita mais "dura" (por exemplo: totalmente, tudo, muito), de modo a possibilitar ao respondente se posicionar frente às questões colocadas. A síntese da reformulação desses itens pode ser visualizada no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Reformulação de itens de acordo com sugestões dos peritos

Item original	**Sugestões consideradas**	**Item reformulado**
5.Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?	►Colocar exemplos de tarefas do dia-a-dia (perito 1).	*7.Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?*
6.Você se sente triste com algumas atitudes negativas da sociedade a seu respeito?	►Deveria ser mais específico relacionando à questão da cegueira (perito 1). ►Especificar o item com relação à cegueira e a palavra triste deveria ser alterada para "incomoda", expressão mais adequada para este item (perito 5).	*13.Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?*
10.Você se preocupa com opiniões preconceituosas a seu respeito?	►Alterar a expressão "preocupa" para "incomoda", mais apropriada para este item e ser direto em relação à cegueira (perito 5).	*21.Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?*
12.Você busca ter uma alimentação saudável?	►Especificar que a busca é pelo cuidado ao corpo (perito 6).	*8.Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?*
13.Você se considera capaz de cuidar de você?	►Especificar qual aspecto do cuidado o item avalia (perito 5).	*10.Você se considera capaz de cuidar de sua aparência?*
15.Você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	►Sugiro diferenciar o início do item, visando quebrar a sequência "você..." da escala (perito 5).	*11.Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?*
16.Você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?	►Explicar melhor o que é orientação e mobilidade (perito 1). ►Você procura aprimorar as suas habilidades de locomoção? ("orientação e mobilidade" é jargão técnico da reabilitação e as pessoas, mesmo as cegas, podem não entender as palavras.) (perito 2). ►Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção? (perito 5).	*4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?*
17.Você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?	►Retirar o "você..." do início da frase. Trocar a expressão "têm valor" por "muito respeitadas". A expressão valor é muito abrangente e deve ser trocada (perito 5).	*24.Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?*
19.Você acha que sua	►Inverter a sentença para positiva,	*12.Você tem facilidade para se*

cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?	tornando-a mais sensível ao sentimento de capacidade (perito 5).	*deslocar em ambientes novos e desconhecidos?*
20.Você sente que tem valor, mesmo se sofre algum tipo de preconceito?	►Que valor? Etico, moral, social? Especificar este valor (perito 5).	*23. Em situações em que você presencia preconceitos sociais, você não se incomoda, pois se lembra de todas suas qualidades?*
22.Você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?	►Especificar se a cegueira dificulta relacionamento interpessoal (perito 5).	*9.Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?*
23.Você gosta do jeito que é?	►Você gosta do jeito que **você** é? (perito 5).	*15.Você gosta do jeito que você é?*
25.Você tem uma postura positiva em relação a sua vida?	►Mudar "postura positiva" por você é otimista. Postura pode refletir outro significado, exemplo, postura física? (perito 6).	*6. Você é otimista em relação a sua vida?*
26.Você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?	►Especificar se a cegueira dificulta o relacionamento amoroso (perito 5)	*17.Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?*
27.Você procura ser independente?	►Independente em que aspecto? Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia? (perito 5).	*19.Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?*
28.Você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?	►Deixar a sentença mais específica a respeito do fator sentir-se capaz (perito 6).	*13.Você se sente capaz de superar os desafios que possam existir no seu dia-a-dia?*
32.Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?	►Ser direto e objetivo a respeito da cegueira (perito 5).	*27.Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?*

Fonte: o autor (2011).

Em síntese, ao final dessa etapa de julgamento dos peritos, dos 33 itens iniciais, sete foram excluídos, um item foi incluído e 22 itens foram amplamente reformulados, formando uma versão final de 27 itens. Esses itens foram encaminhados ao pré-teste.

4.2.2.2 Pré-teste

No primeiro pré-teste, todos participantes relataram que já sentiram preconceitos sociais pelo menos uma vez. Mais especificamente, dois relataram raramente sentir preconceitos; um participante relatou sentir às vezes; um relatou frequentemente e os outros três participantes relataram sempre sentir preconceitos sociais. Nessa pequena amostra de pré-teste, as questões do fator proteção, cujo foco central gira em torno de preconceitos sociais, fizeram sentido aos participantes.

Durante a aplicação do instrumento, percebeu-se que as instruções ao participante precisavam de um pequeno ajuste. Houve a necessidade de explicar que o pesquisador deverá repetir as questões quantas vezes forem necessárias, até que essas ficassem compreensíveis aos participantes. Assim, a seguinte frase foi incluída nas instruções: "*Caso considere necessário, qualquer questão poderá ser repetida, quantas vezes você desejar, até que seja compreendida por você*."

A respeito do nível de dificuldade, a escala foi julgada como "nenhuma dificuldade" por três participantes; "um pouco de dificuldade" por três participantes e "muita dificuldade" por um participante. Os participantes que declaram que o instrumento era um pouco ou muito difícil revelaram que o motivo da dificuldade estava vinculado a alguns itens que geraram dúvidas, que serão vistos adiante. Em adição, seis participantes consideraram o instrumento "nada cansativo", enquanto um participante considerou "um pouco cansativo".

Quanto à análise da redação dos itens (primeira ou terceira pessoa gramatical), solicitamos aos participantes que respondessem oito itens adicionais adaptados em primeira pessoa na afirmativa. A respeito desses oito itens, todos os sete participantes apresentaram divergências nas repostas de, pelo menos, dois deles, quando comparados à escrita em terceira pessoa gramatical. Ao serem questionados sobre qual das respostas era a verdadeira, em quase todas as situações, os participantes afirmaram que sua intenção real estava relacionada à resposta dos itens redigidos em terceira pessoa gramatical. Quando perguntados qual das formas gramaticais os deixava mais confortável para responder, um participante considerou que as duas formas são compreensíveis, enquanto seis participantes consideraram mais adequado que os itens estivessem escritos em terceira pessoa.

Diferentes explicações foram destacadas pelos participantes para sua preferência da redação dos itens em terceira pessoa gramatical. Um deles afirmou: "*Em primeira pessoa, parece que há uma imposição em cima de mim. Já em terceira pessoa, me deixa pensar mais sobre a questão*." Outro participante explicou que a redação em terceira pessoa é mais próxima de seu cotidiano, comumente utilizada em conversas entre amigos, logo, mais fácil de ser compreendida. Uma das participantes, que é professora, ressaltou que em sua prática profissional, ao realizar leituras em Braille para seus alunos com cegueira, na existência de algum enunciado em primeira pessoa, ela automaticamente o transporta para terceira pessoa, visando que seus alunos compreendam melhor a questão. Isso porque, segundo ela, quando o cego está ouvindo um ledor, o transporte do "Eu" do ledor para o "Eu" do cego pode ser muito abstrato e causar confusão. Tendo em vista essas constatações, este estudo terá sua continuidade com o uso dos itens escritos em terceira pessoa gramatical em forma de pergunta.

Quanto à compreensão do conteúdo de cada item, alguns problemas emergiram. A respeito do item 2 "*Você cuida de seu corpo praticando exercícios físicos?*" ficamos atentos à sua reprodução pelos participantes, visto que dos seis peritos que o avaliaram quanto à relevância no seu formato original ("*Você pratica atividade física?*"), somente a metade o considerou adequado, a outra metade apontou ser necessária sua reformulação. Foi observado que três participantes fizeram relação desse item com estética corporal, e não com bem estar como gostaríamos. Os outros quatro relacionaram com bem estar. Um dos participantes sugeriu que, para o item ficar relacionado somente a bem estar e não com estética corporal, uma possibilidade seria: "*Sabendo que a prática de exercícios físicos é saudável, você utiliza desse meio para cuidar de seu corpo?*". Outra sugestão foi mais direta e por isso foi selecionada para fazer parte da escala: "*Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?*".

No item 3, "*Você gosta de sua aparência?*", quatro participantes tiveram dificuldades de reproduzir, com suas palavras, o que seria aparência. Inicialmente, quando solicitados para reproduzir a sentença, eles ficaram em silêncio por alguns minutos. Em seguida, com expressões faciais de dúvida, relataram: "*aparência é como eu sou, né? Se sou triste, fechada, extrovertida, assim, né?"* (participante 1)*; "aparência é a gente mesmo?"* (participante 2); *"aparência é meu corpo, né?"* (participante 3)*; "a pergunta quer saber se eu gosto do meu modo de ser, se sou um cara legal, se gosto do meu cabelo, meu modo de vestir, roupa limpinha, sapato engraxadinho*" (participante 5). Sendo a aparência a informação mais evidente de uma pessoa, todos os

participantes, em especial o participante 5, reproduziram o significado de aparência nesse sentido. Entretanto, mostraram-se inseguros na resposta.

Uma possível explicação para essa insegurança pode ser explanada por Bullington e Karlsson (1997). De acordo com os autores, dada a ausência da visão desde idade muito precoce, o conceito de aparência para pessoas com cegueira congênita ou precoce pode ser abstrato, comumente filtrado por meio de opiniões e julgamentos de pessoas videntes. Por esse motivo, reformulamos o item 3 com o acréscimo de exemplos, visando tornar o item mais concreto e diretivo, da seguinte forma: "*Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?*".

De maneira semelhante, no item 10, "*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência?*", os mesmos quatro participantes continuaram apresentando incertezas na reprodução do significado de aparência. Tomando a aparência como um constructo abrangente, tornava-se necessário especificar qual aspecto da aparência desejávamos avaliar. Em vistas dessas questões, esse item foi reformulado, originando dois itens, um utilizado somente para mulheres: "*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem, depilar perna/braço, combinar roupas?*" e o outro utilizado somente para homens: "*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer barba, cortar unhas, combinar roupas?".* Ao ser subdividido em dois, esse item 10 passou a ser os dois últimos da escala, itens 27 e 28.

Considerando as dificuldades apresentadas quanto à reprodução da palavra aparência, o item 16, "*Você cuida de sua aparência?*", também precisou de ajustes. A esse item foram dados exemplos, ficando da seguinte forma: "*Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?*".

No item 6 "*Você é otimista em relação a sua vida?*" a palavra otimista gerou dúvida entre três participantes. Um deles não soube explicar o significado da palavra enquanto os outros dois relataram, com insegurança, que a palavra tinha algum sentido positivo. Um desses sugeriu que o item fosse alterado para "*Você é positivo em relação a sua vida*?". Acatamos a sugestão e alteramos esse item acrescentando a palavra muito e adaptando a sentença para ambos os sexos, ficando da seguinte forma: "*Você é muito positivo (a) em relação a sua vida*?".

No item 13 "*Você se sente capaz de superar os desafios que possam existir no seu dia-a-dia?",* quatro participantes sugeriram que a palavra "desafios" fosse alterada para "dificuldades", visto que essa última é mais comum no linguagero dos cegos. Um dos

participantes relatou que a palavra dificuldade está "*mais no sangue do cego*". Por esse motivo, esse item foi alterado para "*Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?*".

O item 23 "*Em situações em que você presencia preconceitos sociais, você não se incomoda, pois se lembra de todas suas qualidades?*" foi o que apresentou maior dificuldade entre os sete participantes. De fato, a frase negativa originou confusão, por exemplo, nunca não se incomoda significa que sempre se incomoda. Ademais, a sentença é ambígua e tem dupla interpretação, por exemplo, um dos participantes mostrou querer responder que sempre se incomoda, mas nunca se lembra de todas suas qualidades. Considerando esses problemas, o item foi reformulado para "*Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?".*

Após esse primeiro pré-teste, foram realizadas adaptações na Escala, tornando necessário um segundo pré-teste. Nesse segundo procedimento, todos os sete participantes relataram sentir preconceitos sociais pelo menos uma vez em suas vidas, sendo que um deles relatou sentir "frequentemente"; cinco relataram sentir "às vezes", um revelou sentir "raramente".

A respeito do quanto cansativa a escala parecia, todos apontaram ser essa nada cansativa. A respeito do nível de dificuldade, seis participantes consideraram o instrumento com nenhum nível de dificuldade, enquanto uma participante considerou a escala um pouco difícil. Quando questionada qual seria a dificuldade, ela relatou que no início foi um pouco difícil entender a escala *Likert*, que varia de (1) nunca até (5) sempre, mas que depois ficou mais fácil.

A respeito da compreensão da escala, os sete participantes demonstraram compreender todos os aspectos da escala. Até o momento desse segundo pré-teste, todos os itens da escala apresentaram qualidade na avaliação dos participantes. Em seguida ao segundo pré-teste, este estudo passou pelo procedimento de qualificação e novas sugestões a respeito da escala foram realizadas pela banca de professores e especialistas na área de construção de escalas e de cegueira. A principal delas era que a escala deveria ser reproduzida em áudio para que as condições de aplicação da mesma fossem as mais homogêneas possíveis. Um terceiro pré-teste foi realizado. Todos os oito participantes apresentaram, pelo menos, seis questões com respostas iguais quando a pergunta foi feita em áudio ou com a voz da própria pesquisadora.

Ao serem questionados qual dos meios os deixaram mais confortável em responder, quatro participantes relataram que não havia diferença entre as formas de aplicação da escala,

pois, em seu cotidiano, era comum usar tecnologias que se reproduziam em áudio, sendo esse meio familiar a eles. Dois participantes relataram preferir a aplicação da escala com a voz da própria pesquisadora, era-lhes mais familiar, entretanto, não apresentaram dificuldades aparentes ao responder o meio em áudio. Dois participantes preferiram a reprodução em áudio, por considerá-la mais instigante, com maior poder de prender a atenção. Considerando essas constatações, bem como o fato de que mais da metade dos dez itens avaliados apresentaram semelhanças nas respostas dos sujeitos quando aplicado pelos dois métodos, a forma em áudio foi escolhida para ser aplicada nos estudos subsequentes desta pesquisa.

Outra questão avaliada no terceiro pré-teste referiu-se ao item 27, até então: "*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem, depilar perna/braço, combinar roupas?*" (para mulheres) e o 28, "*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer barba, cortar unhas, combinar roupas?", (*para os homens). Foi sugerido pela banca não separar esses itens por gênero. A banca questionou a possibilidade de os participantes homossexuais não serem atendidos por nenhuma das duas sentenças. Desse modo, os dois itens foram unidos formando uma só sentença: 27 "*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem ou barba, depilar braço ou perna, combinar roupas?"*, testadas no pré-teste quanto a sua compreensão, não apresentando problemas.

Tendo sido completadas a análise dos peritos e o pré-teste, a nova versão da escala constou de 27 itens, disponibilizados em quatro fatores, assim configurados e detalhados na tabela 12:

a) FATOR 1: GOSTAR DO CORPO– composto por 7 itens;
b) FATOR 2: CUIDAR DO CORPO – composto por 5 itens;
c) FATOR 3: PROTEGER-SE DE ESTIGMAS SOCIAIS – composto por 4 itens;
d) FATOR 4: SENTIR-SE CAPAZ – composto por 11 itens.

Tabela 12: Classificação secundária dos itens por fatores

Itens	Síntese teórica dos Fatores
1. Você gosta de seu corpo como ele é? 3. Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir? 14. Você gosta do jeito que você é? 17.Você reconhece suas qualidades? 19.Você se considera fisicamente atraente? 25.Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?	**FATOR 1: Gostar do corpo** Engloba a expressão de amor e admiração com o próprio corpo. Ou seja, o indivíduo se aprecia genuinamente e se sente feliz e confortável com suas características, mesmo aquelas que ele considera negativa (WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010).
2. Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos? 8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável? 15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário? 18. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia? 4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?	**FATOR 2: Cuidar do corpo** Inclui a adoção de comportamentos saudáveis baseados nas necessidades corporais (TYLKA, 2011, WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010), na aparência, nas atividades do dia-a-dia e da locomoção (GF).
22.Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas? 20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira? 13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego? 26. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?	**FATOR 3: Proteger-se de estigmas sociais** Envolve proteção de reações desfavoráveis ou julgamentos negativos de outras pessoas a respeito de si mesmo. As pessoas que se aceitam são capazes de agir de acordo com sua avaliação de diferentes situações, sem se incomodarem com a aprovação ou o julgamento dos outros, ou seja, elas vivem seu dia a dia sem se incomodarem com que os outros pensam a respeito delas mesmas (BRILLHART, 1986; CARSON, LANGER, 2006; SHEERER, 1949).
5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você? 7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras? 11.Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos? 12. Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia? 21. Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros? 23. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola,	**FATOR 4: Sentir-se capaz** Envolve o reconhecimento das próprias capacidades e realizações (APA, 2010; GHAHRAMANI, BESHARAT, NAGHIPOUR, 2011; SNYDER, LOPEZ, 2007)

lar? 24. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer? 6. Você é muito positivo (a) em relação a sua vida? 10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta? 16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso? 9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas? 27. Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem ou barba, depilar braço ou perna, combinar roupas?	

Fonte: o autor (2011).
Nota: GF=Grupo focal

4.2.3 Conclusão

A análise do conteúdo da EAC e do nível de compreensão realizada por peritos e por pessoas da população alvo revelou a necessidade de uma ampla reformulação na maioria dos 33 itens iniciais da escala. A EAC, incluindo suas instruções, foi alterada com o intuito de tornar-se mais sensível à avaliação da autoaceitação em pessoas com cegueira congênita ou precoce, sendo necessária a exclusão de sete itens, a inclusão de um item e a reformulação de outros 22 itens. Com essa reformulação, a nova escala apresentou validade de conteúdo. Uma vez constatada esse tipo de validade, tornou-se necessária a realização de estudos futuros que abordassem a análise empírica e psicométrica da nova escala. Esses foram nossos próximos procedimentos em relação a EAC.

4.3 Estudo 3: análise empírica e investigação psicométrica

Uma vez que a nova escala tenha sido submetida à análise dos peritos e ao pré-teste, ela deve ser aplicada em uma amostra grande e representativa da população alvo, visando iniciar a análise empírica e a investigação psicométrica dos itens. Ambas análises utilizam operações

estatísticas pertinentes em Psicometria, visando estimar a qualidade de cada item e do conjunto de itens como um todo, bem como obter informações sobre a validade e a confiabilidade do novo instrumento (DeVellis, 2003).

O objetivo deste estudo foi investigar as qualidades psicométricas da EAC, aplicável em uma amostra grande e representativa de pessoas com cegueira congênita ou precoce.

4.3.1 Métodos

Este estudo foi do tipo quantitativo, abordagem que tem por finalidade prover dados indicadores e tendências observáveis, por meio de procedimentos estatísticos multivariados para atender ao objetivo proposto.

4.3.1.1 Participantes

Foram seguidas as recomendações de Nunnally (1967), as quais preconizam a necessidade de, pelo menos, 10 participantes para cada item da escala. Considerando que a escala desenvolvida neste estudo possui 27 itens, tornou-se necessário, no mínimo, 270 participantes para a efetiva realização da análise empírica e da investigação psicométrica.

A amostra inicial foi composta por 334 participantes adultos que se autodeclararam com cegueira congênita ou precoce. De igual modo aos estudos 1 e 2, foram consideradas pessoas com cegueira congênita aqueles indivíduos que nasceram cegos ou manifestaram a cegueira antes de um ano de idade; foram consideradas pessoas com cegueira precoce os indivíduos que adquiriram a cegueira no período estabelecido entre um ano até antes dos nove anos de idade. A presente definição de cegueira é consistente com um número de estudos prévios (BEDNY, et al., 2010; BEDNY et al., 2012; RUOTOLO, et al., 2012) que comumente utilizam a idade de 9 anos para definir a cegueira adquirida. O número de recusas foi de 21 participantes, 12 homens e 9 mulheres, entre 25 e 35 anos de idade.

Foram incluídos os indivíduos entre 18 e 60 anos, que não apresentavam nenhum tipo de deficiência mental, física ou sensorial associada à cegueira e que aceitaram participar livremente da pesquisa. Seis critérios de exclusão foram adotados: a) os sujeitos que não puderam declarar precisamente a idade em que adquiriram a cegueira; b) aqueles que não puderam declarar precisamente sua condição visual; c) que reportaram ter adquirido a cegueira após os 8 anos de idade; d) que se autodeclararam com baixa visão; e) que demonstraram incompreensão da escala, por solicitar ao pesquisador para repetir o conteúdo da mesma por inúmeras vezes e, mesmo diante das repetições, não apresentaram qualquer indício de compreensão do instrumento; ou f) que reportaram a mesma opção de resposta para todos os itens da escala. Após a aplicação desses critérios, 16 participantes foram excluídos.

A amostra final foi composta por 318 participantes, 141 mulheres e 177 homens, com média de idade de 37,74 anos (desvio padrão=12,37 anos, mínimo=18 e máximo=60); massa corporal média de 69,14 kg (desvio padrão=13,80 kg, mínimo=40, máximo=112); estatura média de 1,62 m (desvio padrão=9,49 m, mínimo=1,40, máximo=1,88). Dados adicionais a respeito da amostra estão descritos na sessão de resultados.

Visando abranger uma maior heterogeneidade da amostra, os participantes foram selecionados em três regiões distintas do Brasil: Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste. A seleção dos participantes foi realizada tanto em Centros especializados no atendimento de pessoas com deficiência visual, incluindo Instituições de Ensino público e Instituições Filantrópicas, quanto em eventos nos quais o público principal era composto por pessoas com deficiência visual – Encontro *Blind* Brasil (Rio de Janeiro e Fortaleza) e XV Encontro Brasileiro dos usuários de DOSVOX (Rio de Janeiro).

Os Centros de atendimento no qual a coleta de dados foi realizada foram: no Centro-Oeste – Brasília – Centro de Ensino Especial de Deficientes visuais; no Nordeste – Fortaleza – Sociedade de Assistência aos Cegos, Associação de Cegos do Estado do Ceará e Centro de Referência em Educação e Atendimento Especializado do Ceará – Salvador – Associação Baiana de Cegos, Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual e Sociedade da Aliança dos Cegos da Bahia – Camaçari – Centro de Apoio e Educação Inclusiva; no Sudeste – Rio de Janeiro – Instituto Benjamin Constant – Campinas – Centro Cultural Louis Braille e Instituto dos Cegos Trabalhadores – Itu – Escola de cegos Santa Luzia/Associação Ituana de Assistência ao Deficiente Visual – Jundiaí – Instituto Jundiaiense Luiz Braille – Ribeirão Preto – Associação

dos Deficientes Visuais de Ribeirão Preto e Associação dos Cegos de Ribeirão Preto – Belo Horizonte – Instituto São Rafael – Juiz de Fora – Associação de Cegos de Juiz de Fora.

O Encontro *Blind* Brasil configura-se por encontros presenciais entre usuários do Bate-Papo Telefônico *Blind* Brasil (telefone: 4003-0104), criado especialmente para deficientes visuais de todo país. Nesse Bate-Papo, é possível encontrar murais de anúncios, mensagens, músicas, salas de bate-papo, salas reservadas e inúmeras outras atividades interativas. O Encontro do *Blind* realizado no Clube Social Marabu, na cidade do Rio de Janeiro, no dia 24 de março de 2012 e o encontro realizado na cidade de Fortaleza, nos dias 4, 5 e 6 de maio de 2012, foram selecionados para coleta de dados, por reunir, cada um deles, aproximadamente, 150 pessoas com deficiência visual de diferentes cidades brasileiras. O outro evento selecionado para coleta, o XV Encontro Brasileiro dos usuários de DOSVOX, foi uma realização do Núcleo de Computação Eletrônica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NCE/UFRJ) em parceria com o Instituto Benjamin Constant e com a Associação dos Ex-Alunos do Instituto Benjamin Constant. O encontro foi realizado nos dias 07 e 08 de setembro de 2012, no Instituto Benjamin Constant, reunindo pesquisadores, professores e usuários de DOSVOX para discutir e refletir sobre temas históricos e atuais a respeito dessa tecnologia, bem como de outras, como NVDA, *Virtual Vision* e JAWS. O evento reuniu, aproximadamente, 312 participantes entre deficientes visuais e videntes de diferentes cidades do Brasil.

A tabela 13 sintetiza os pontos de coleta de dados, bem como a frequência de participantes por cada cidade brasileira.

Tabela 13: Distribuição de participantes por locais de coleta de dados

Região	Estado/ Destrito Federal	Cidade	Instituições/Evento	Frequência	%
Centro Oeste	Destrito Federal	Brasília	Centro de Ensino Especial de Deficientes visuais	21	6,6
	Ceará	Fortaleza	Sociedade de Assistência aos Cegos Associação de Cegos do Estado do Ceará Centro de Referência em Educação e Atendimento Especializado do Ceará	23	7,2
Nordeste			Encontro Blind Brasil	21	6,6
	Bahia	Salvador	Associação Baiana de Cegos Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual Sociedade da Aliança dos Cegos da Bahia	25	7,9
		Camaçari	Centro de Apoio e Educação Inclusiva	5	1,6
	São Paulo	Campinas	Centro Cultural Louis Braille Instituto dos Cegos Trabalhadores	12	3,7
		Itu	Escola de cegos Santa Luzia: Associação Ituana de Assistência ao Deficiente Visual	11	3,5
		Jundiaí	Instituto Jundiaiense Luiz Braille	6	1,9
Sudeste		Ribeirão Preto	Associação dos Deficientes Visuais de Ribeirão Preto Associação dos Cegos de Ribeirão Preto	8	2,5
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Instituto Benjamin Constant Encontro Blind Brasil Encontro DOSVOX	75 30 46	23,6 9,4 14,5
	Minas Gerais	Belo Horizonte	Instituto São Rafael	29	9,1
		Juiz de Fora	Associação de Cegos de Juiz de Fora	6	1,9
TOTAL				318	100

Fonte: o autor (2012)

A tabela 14 sintetiza a representatividade de participantes por regiões, estados e cidades brasileiras.

Tabela 14: Representatividade da amostra de acordo com regiões, estados e cidades brasileiras.

N = 318	**Locais**	**Frequência**	**%**
Regiões	Sudeste	223	70,1
	Nordeste	74	23,3
	Centro Oeste	21	6,6
Estados/Distrito Federal	Rio de Janeiro	151	47,5
	Ceará	44	13,8
	São Paulo	37	11,6
	Minas Gerais	35	11
	Bahia	30	9,5
	Distrito Federal	21	6,6
Cidades	Rio de Janeiro	151	47,5
	Fortaleza	44	13,8
	Belo Horizonte	29	9,1
	Salvador	25	7,9
	Brasília	21	6,6
	Campinas	12	3,7
	Itu	11	3,5
	Ribeirão Preto	8	2,5
	Jundiaí	6	1,9
	Juiz de Fora	6	1,9
	Camaçari	5	1,6

Fonte: o autor 2012

Vale destacar que, embora tanto o sudeste, como o Rio de Janeiro apareceram como maior centro de coleta de dados, os Eventos *Blind* Brasil e DOSVOX, ambos realizados no Rio de Janeiro, nos quais foram coletados 24% dos dados, reuniram pessoas de diferentes estados e cidades brasileiras.

4.3.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Duas técnicas de amostragem foram utilizadas neste estudo: amostragem por julgamento, na qual os elementos da população são selecionados com base no julgamento do pesquisador, permitindo-lhe escolher os locais para coleta de dados; e amostragem bola-de-neve, na qual um grupo inicial de entrevistados é selecionado, em seguida, cada elemento desse grupo identifica outros possíveis participantes (MALHOTRA, 2004).

Pela técnica de amostragem por julgamento, selecionamos instituições distintas em diferentes regiões do país, as quais pudessem assegurar heterogeneidade amostral. Após a seleção, convidamos os coordenadores das instituições por telefone e/ou e-mail. A esses, foram oferecidas informações pertinentes à pesquisa, seguidas do convite para a participação na mesma. Caso o convite fosse aceito[11], avaliamos, junto ao responsável por cada instituição, o número de potenciais participantes do estabelecimento. Se esse número fosse significativo, ou seja, pelo menos, próximo de 10, decidíamos ir pessoalmente à instituição para efetiva realização da pesquisa. A seleção dos participantes, por meio dessa técnica de amostragem, foi realizada, principalmente, pelos coordenadores responsáveis por cada instituição. Essa seleção foi baseada, inicialmente, nos prontuários dos sujeitos e, em seguida, o próprio participante era consultado a respeito de sua condição visual e da idade em que tinha adquirido a cegueira.

A técnica de amostragem bola-de-neve se configurou nas situações em que estávamos em lócus na instituição selecionada. Os participantes da primeira técnica de julgamento, previamente selecionados pelos coordenadores de cada instituição, indicavam outros possíveis potenciais participantes que, mesmo não tendo qualquer tipo de vínculo com a instituição, se prontificavam a visitá-la somente para participação no estudo. Nesses casos, bem como nos eventos *Blind* Brasil e DOSVOX, nós fomos as principais responsáveis por selecionar os participantes. Os mesmos eram cuidadosamente questionados sobre sua condição visual e em que idade tinham adquirido a deficiência visual. Em caso de dúvidas sobre a condição de cego ou baixa visão, desenvolvíamos um diálogo adicional para nos assegurarmos da condição visual dos

[11] Somente duas instituições convidadas se recusaram a participar do estudo. Uma delas alegou que a quantidade de pesquisas autorizadas naquele período já havia se exaurido, não havendo assim a possibilidade de novas pesquisas na instituição. A outra alegou que somente seria possível disponibilizar a participação de seus alunos durante 15 minutos do intervalo das aulas, não sendo, portanto, viável, a realização da pesquisa nesta instituição. Por motivos éticos, os nomes das instituições não serão relatados.

participantes. Perguntávamos se, no período em que a deficiência visual se estabeleceu, eles eram capazes de reconhecer formas, cores ou objetos pelo uso da visão simplesmente, por exemplo, se eles reconheciam a imagem visual do próprio rosto ou do rosto de um familiar próximo ou se lembravam de sua imagem refletida no espelho. Em caso positivo de qualquer um desses aspectos, o sujeito era considerado baixa visão e, pelos critérios de exclusão, era excluído do estudo. Em caso da persistência da dúvida a respeito da condição visual ou mesmo da idade da deficiência visual, o sujeito era excluído do estudo.

A EAC foi aplicada em áudio, reproduzido em *laptop* da marca HP Compaq. Um formulário de coleta foi utilizado nessa etapa (Apêndice F). A pesquisa foi conduzida individualmente, pela mesma pesquisadora, visando reduzir ou anular o viés do pesquisador. Antes de iniciá-la, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G) em Braille[12]. As informações contidas nesse Termo foram também lidas aos participantes que desejaram. A assinatura do TCLE que ficou de nossa posse pode ser feita tanto em tinta quanto em digital, de acordo com a opção de cada participante. Dos 318 participantes, 107 optaram pela impressão digital, o que equivale a 34% da amostra. Nos eventos *Blind* Brasil e DOSVOX, contamos com o apoio de mais dois pesquisadores, que assumiram o papel de convidar os participantes, explicar-lhes a pesquisa, fornecer-lhes o TCLE e recolher suas assinaturas no referido termo.

Em média, o tempo gasto por cada participante para responder as perguntas da EAC foi de 20 minutos.

4.3.1.3 Análise dos dados

As características biosociodemográficas da amostra foram analisadas com estatística descritiva. Adicionalmente, dois momentos complementares fizeram parte da análise dos dados, análise empírica e investigação psicométrica.

[12] Todas as cópias em Braille do TCLE utilizadas neste estudo foram disponibilizadas gratuitamente pela Divisão de Imprensa Braille do Instituto Benjamin Constant.

4.3.1.3.1 Análise empírica

Momento no qual investigamos a distribuição de resposta individual, média de escores de cada item, variância, correlação item-total, correlação interitem e confiabilidade com o alfa de Cronbach. Para essa finalidade, utilizamos, além de estatística descritiva como média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo, frequência e percentagem, outros procedimentos estatísticos para verificação das correlações e do alfa, sendo todos esses realizados com o suporte do SPSS versão 15.0.

Como critério de qualidade dos itens, utilizamos os seguintes parâmetros: variância – idealmente acima de 0,70; média de escore do item – abaixo de 4,5 e acima de 1,5; correlação item-total – entre 0,30 e 0,70 (MUNRO, 2001); média de correlação interitem – mínimo de 0,20 (NUNNALLY, 1969); homogeneidade – medida pela média de correlação interitem, idealmente, acima de 0,20; alfa de Cronbach - 0,60 (MALHOTRA, 2004). Os itens que não atingiram os critérios de qualidade expostos foram reservados e considerados candidatos a eliminação nos procedimentos subsequentes.

Há de se esclarecer que, para análise das correlações (item-total e interitem) e do alfa de Cronbach, os itens 9, 10, 13, 16, 20, 22, 24 e 26 tiveram seus escores reversos pela ferramenta "*recode*" e "*into same variable"* do SPSS. Para os demais critérios, não houve reversão dos itens.

4.3.1.3.2 Investigação psicométrica

Para investigação das qualidades psicométricas da EAC, testamos a normalidade dos dados com o teste de *Kolmogorov-Smirnov,* que apontou para aderência à distribuição normal. Em seguida, a planilha do SPSS com os itens reversos foi importada para o sistema LISREL®, onde recebeu tratamento específico em seu módulo PRELIS™2. Após a geração do arquivo PRELIS, utilizamos o modelo SIMPLIS, inserido no sistema LISREL®.

Na investigação psicométrica, utilizamos a análise fatorial. Dentre as duas técnicas de análise fatorial mais empregadas para esse tipo de investigação, exploratória e confirmatória, essa

última foi escolhida para este estudo por apresentar algumas vantagens sobre a primeira. Hair et al. (2009) considera que uma das maiores vantagens da análise fatorial confirmatória sobre a exploratória é que, além de ser considerada mais consistente e robusta, possui habilidade de avaliar a validade de constructo de uma teoria proposta.

Para os autores, a análise fatorial confirmatória é a primeira parte de um teste completo de um modelo estrutural, podendo ser considerada uma ferramenta que permite confirmar ou rejeitar teoria previamente concebida, também chamada de teoria de mensuração. Essa teoria especifica como cada variável medida representa, de maneira lógica e sistemática, os constructos envolvidos em um modelo teórico. Quando o pesquisador já possui uma teoria de mensuração formulada, com o número de fatores e itens por fator previamente definidos, como no caso deste estudo, a análise fatorial confirmatória é recomendada.

Na análise fatorial confirmatória, especificamos um modelo para a EAC (representação e operacionalização da teoria – modelo resultante do estudo 2), e utilizamos um modelo de mensuração (representado pelas variáveis medidas que se unem para representar constructos) e um modelo estrutural (representa como os constructos estão associados entre si) para avaliar o quão bem o modelo se ajustou aos dados.

Após a especificação do modelo, foi necessário definir como o mesmo deveria ser estimado. Dentre alguns métodos de estimação de modelos disponíveis - *Unweighted Least Squares* (ULS), *Generalized Least Squares* (GLS), *Maximum Likelihood* (ML) e *Weighted Least Squares* (WLS) - conforme aponta Hair et al. (2009), os métodos ULS e GLS foram utilizados buscando os melhores ajustes, considerando que nossos dados foram aderentes à distribuição normal.

O próximo passo da análise fatorial foi avaliar o ajuste geral do modelo. De acordo com Hair et al. (2009), o ajuste do modelo compara a teoria formulada pelo pesquisador com a realidade representada pelos dados, portanto, quanto mais próximo estiver a teoria da realidade, melhor é o ajuste geral do modelo. Neste estudo, avaliamos as medidas centrais reportadas pelos autores para ajuste do modelo, a tabela 15 demonstra as referidas medidas, bem como os valores de referência utilizados.

Tabela 15: Valores de referência para ajuste geral do modelo da EAC

Índices de ajuste absoluto ou incremental	**Descrição**	**Valores referência**
X^2/GL – Qui-quadrado normado	Proporção simples de qui-quadrado com o grau de liberdade para o modelo	< 3
RMSEA - Raiz do erro quadrático médio de aproximação	Representa o quão bem o modelo se ajusta a população.	< 0,08
GFI – Índice de qualidade de ajuste	Comparação dos resíduos das matrizes de dados observadas e estimadas.	> 0,90
AGFI – Índice ajustado de qualidade do ajuste	Extensão do GFI que considera diferentes graus de complexidade do modelo	> 0,90
NFI – Índice de ajuste normado	É a proporção da diferença entre o modelo ajustado e o modelo nulo	> 0,90
NNFI – Índice de ajuste não normado	A comparação entre os modelos proposto e nulo considera a ponderação pelos graus de liberdade	> 0,90
CFI – Índice de ajuste comparativo	Versão melhorada do NFI, com insensibilidade relativa à complexidade do modelo.	> 0,90

Fonte: Hair et al. (2009)

Na medida em que o ajuste geral apontou para resultados satisfatórios, verificamos a validade do **modelo de mensuração** e do **modelo estrutural**.

No **modelo de mensuração**, responsável por testar a qualidade com que as variáveis indicadoras de constructos teóricos se relacionam entre si, foram avaliadas a unidimensionalidade, confiabilidade e validade de constructo.

Para medida da unidimensionalidade, momento no qual foi verificado se os indicadores estabelecidos representam um só fator, enfocamos os resíduos normalizados dos constructos. Resíduos baixos, com valores abaixo de 2,58, indicaram parâmetros adequados dessa medida.

Na investigação da confiabilidade, que verifica a consistência interna dos itens por fator, utilizamos tanto o alfa de Cronbach, quanto a confiabilidade composta (ou confiabilidade de constructo). Essa última, de acordo com Hair et al. (2009), deve ser medida a partir do quadrado da soma de cargas fatoriais $(\sum\lambda_j)^2$ para cada constructo e a partir da soma dos termos de variância de erro para um constructo ($\sum_j^E$), conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Confiabilidade de constructo (ou composta)} = \frac{(\sum\lambda_j)^2}{(\sum\lambda_j)^2 + \sum E_j}$$

O valor adotado para o alfa e para a confiabilidade composta foi de 0,60, conforme estabelecido por Hair et al. (2009) e Nunnally (1969) como minimamente aceitável.

Para validade de constructo, investigação do nível em que um conjunto de itens medidos realmente reflete o constructo teórico que desejam medir, foram investigadas a validade convergente e discriminante. Na validade convergente, utilizamos como parâmetro as cargas fatoriais. Hair et al. (2009) considera que cargas altas sobre um fator indicam que as mesmas convergem para um ponto comum, confirmando, de fato, que o itens são indicadores de um constructo específico. Cargas fatoriais altas confirmam, portanto, que os itens compartilham uma elevada proporção de variância em comum, o que define a validade convergente. Como valor ideal de validade convergente, os autores apontam o mínimo de carga fatorial no valor de 0,5. Entretanto, cargas fatoriais entre 0,3 e 0,5 são minimamente aceitáveis se a amostra for grande e representativa, maior do que 250 casos. Logo, a carga fatorial mínima aceita neste estudo para validade convergente foi de 0,3.

Outro método adicional para mensurar validade convergente foi verificar se os fatores da EAC apresentaram correlações significantes com outras variáveis com as quais eles deveriam se correlacionar (PASQUALI, 2009). Desse modo, incluímos duas questões no questionário sociodemográfico: a) *A respeito de seu corpo, você está*: (1) insatisfeito; (2) pouco satisfeito; (3) indiferente; (4) muito satisfeito; (5) completamente satisfeito; e b) *Você aceita sua condição de cego?* As opções de respostas foram: (1) nunca; (2) raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente; (5) sempre. Esperamos correlação significante e positiva entre os escores das perguntas e aqueles da EAC.

Buscando maiores indícios de validade convergente, investigamos ainda correlações entre autoaceitação e outras quatro variáveis: nível de escolaridade, frequência semanal de exercício físico, intensidade de discriminação social percebida e IMC. Para essa finalidade, no questionário sociodemográfico, investigamos o nível de escolaridade dos participantes, cuja classificação atendeu aos seguintes critérios: 1) Ensino Fundamental Completo; 2) Ensino Fundamental Incompleto; 3) Ensino Médio Completo; 4) Ensino Médio Incompleto; 5) Ensino Superior Incompleto; 6) Ensino Superior Completo; 7) Pós Graduação *Lato Sensu* e 8) Pós Graduação (Mestrado ou Doutorado). Analisamos também a frequência de realização da atividade física semanal, que poderia ser: 1) 1x por semana; 2) 2 a 3 x por semana; 3) 4 a 6 x por

semana; 4) todos os dias. Investigamos a intensidade de discriminação social percebida com a seguinte pergunta: *Quando você sai à rua, ao trabalho, à escola ou em sua família, você já passou por algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira*? As opções de resposta foram organizadas em escala *Likert* de 5 pontos variando de 1=nunca até 5=sempre. Verificamos ainda o IMC, dado pela seguinte fórmula: peso/(altura)^2, sendo o peso medido em kg e altura em metros. Tanto o peso quanto a altura foram autorreportados

A respeito da validade discriminante, considerada o grau em que o constructo é verdadeiramente diferente dos demais os quais ele deveria se diferenciar (HAIR, et al., 2009), investigamos se a EAC foi capaz de discriminar claramente grupos-critério distintos (PASQUALI, 2009). Os grupos critérios analisados foram: ocupação principal (1=inseridos no mercado de trabalho; e 2=fora do mercado de trabalho); estado marital (1=com parceiro; 2=sem parceiro); sexo (1=feminino; 2=masculino); idade (1=entre 18 e 39 anos; 2=entre 40 e 60 anos); e IMC (1=eutróficos; 2=abaixo ou acima do peso).

Para essa finalidade, inserimos no questionário sociodemográfico as seguintes questões: uma a respeito da ocupação principal, cuja opções de respostas foram: 1) estudante, 2) trabalhando, 3) desempregado, 4) pensionista. As opções 1, 3 e 4 foram agrupadas e formaram o grupo "fora do mercado de trabalho" e a opção 2 formou o grupo "inserido no mercado de trabalho". Outra a respeito do estado civil, cuja opções foram: 1) solteiro- sem parceiro; 2) solteiro- namorando; 3) casado; 4) divorciado; 5) viúvo. As opções 1, 4 e 5 formaram o grupo "sem parceiro" e as opções 2 e 3 formaram o grupo "com parceiro". Mais uma a respeito do sexo com opções de 1) feminino e 2) masculino. Outra a respeito da idade, que foi dividida em dois grupos: adultos mais jovens, que formaram o grupo "entre 18 e 39 anos" e adultos com mais idade, que formaram o grupo "entre 40 e 60 anos". E finalmente a respeito do IMC, na qual foram colhidas informações autorreportadas sobre peso e altura. A partir dessas, dois grupos foram formados: 1) eutróficos e 2) abaixo ou acima do peso. As diferenças significantes entre os grupos critérios descritos poderia confirmar a validade discriminante do novo instrumento, última etapa do modelo de mensuração.

Em seguida ao modelo de mensuração, investigamos o **modelo estrutural**. Esse modelo é considerado a representação conceitual das relações entre constructos (HAIR et al., 2009). O modelo estrutural representa a teoria com um conjunto de equações estruturais e é geralmente descrito com um diagrama visual. A transição de um modelo de mensuração para um

estrutural significa, em termos práticos, a aplicação da teoria estrutural em termos de relações entre constructos. Em síntese, o modelo estrutural aplica a teoria estrutural pela especificação de quais constructos são relacionados entre si e da natureza de cada relação (HAIR et al., 2009).

Neste estudo, após a estimação do modelo de mensuração, avaliamos um modelo de caminhos (*path analysis*) para avaliação das relações causais entre os constructos. Como resultado, estimamos o diagrama visual a partir do programa LISREL®.

4.3.2 Resultados

Participaram deste estudo 318 sujeitos com cegueira congênita ou precoce de três regiões distintas do Brasil – Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste. A maioria dos participantes, representada por 55,7% (n=177), era do sexo masculino. A média de idade foi de 37,74 anos (desvio padrão=12,37, mínimo=18 e máximo=60) (tabela 16). A maioria, 37,1%, declarou possuir estado civil de solteiro, sem parceiro. Uma minoria, 2,8%, declarou-se viúvo. Apenas 3,8% dos participantes declararam residir em Instituição de acolhimento. A maioria, 53,5%, reportou trabalhar em ocupação remunerada, sendo a ocupação de professor a mais representativa – 16%. A maior parte de nossa amostra, representada por 32,7%, possui Ensino Médio completo. A menor parte, 36,2%, declarou praticar atividade física regularmente, havendo um equilíbrio de adesão entre as diferentes atividades reportadas, com uma discreta prevalência da caminhada, declarada por 6,9% dos participantes, sobre as demais atividades. Quanto a satisfação com o corpo, a maior parte, 39%, declarou-se pouco satisfeito. A maioria, 67%, declarou sempre aceitar sua condição de cego. Finalmente, a maior parte dos participantes, 43,4%, declarou que às vezes passa por preconceitos sociais em relação à cegueira. Uma síntese desses resultados pode ser visualizada na tabela 17.

Tabela 16: Características da amostra quanto à idade, massa corporal e estatura

N=318	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	18	60	37,74	12,37
Massa Corporal	40	112	69,14	13,80
Estatura	140	188	162,76	9,49

Fonte: SPSS versão 15.0

Tabela 17: Características da amostra: parâmetros adicionais.

		Frequência	%
Sexo (N=318)	Masculino	177	55,7
	Feminino	141	44,3
Causa da cegueira (N=318)	Glaucoma congênito	99	31,1
	Desconhecida/Indeterminada	46	14,5
	Retinose pigmentar	27	8,5
	Retinopatia da prematuridade	26	8,2
	Atrofia do Nervo óptico	23	7,2
	Catarata congênita	17	5,3
	Descolamento de retina	15	4,7
	Síndrome da Rubéola Congênita	10	3,1
	Sarampo	10	3,1
	Trauma/Acidente	8	2,5
	Anoftalmia	9	2,8
	Pais consanguíneos	8	2,5
	Microftalmia	5	1,6
	Retinoblastoma	6	1,9
	Meningite	3	0,9
	Síndrome de Stevens Johnson	2	0,6
	Toxoplasmose	2	0,6
	Amaurose Congênita de Leber	2	0,6
Estado civil (N=318)	Solteiro - sem parceiro	118	37,1
	Casado	88	27,7
	Solteiro - com parceiro	76	23,9
	Divorciado	27	8,5
	Viúvo	9	2,8
Agregado familiar (N=318)	Família – pais, cônjuges, filhos	251	78,9
	Sozinho	55	17,3
	Instituição de acolhimento	12	3,8
Ocupação principal (N=318)	Ocupação remunerada	170	53,5
	Estudante	88	27,7
	Aposentado/Pensionista	51	16,0
	Desempregado	9	2,8
	Professor	51	30,0
	Revisor Braille	25	14,7

Tipo de ocupação/profissão (N=170)	Técnico/Assistente Administrativo	25	14,7
	Radiologista	13	7,6
	Telefonista	12	7,0
	Vendedor	11	6,4
	Massoterapeuta	9	5,2
	Músico	9	5,2
	Atleta	7	4,1
	Bibliotecário	2	1,1
	Analista Judiciário	2	1,1
	Fisioterapeuta/ Advogado	2	1
	Coordenador Educação Inclusiva	1	0,5
	Digitador	1	0,5
Nível de escolaridade (N=318)	Ensino Médio Completo	104	32,7
	Ensino Fundamental Incompleto	74	23,3
	Ensino Superior Incompleto	39	12,3
	Ensino Superior Completo	36	11,3
	Ensino Médio Incompleto	32	10,1
	Pós Graduação Lato Sensu	24	7,5
	Ensino Fundamental Completo	6	1,9
	Pós Graduação (Mestrado/Doutorado)	3	0,9
Pratica exercícios físicos? (N=318)	não	203	63,8
	sim	115	36,2
Tipo de exercício físico (N=115)	Caminhada	22	19,1
	Natação	17	14,8
	Futebol/Futsal	13	11,3
	Musculação	11	9,6
	Alongamento	9	7,8
	Golbol	7	6,1
	Ginástica	7	6,1
	Hidroginástica	7	6,1
	Corrida	6	5,2
	Educação Física Escolar	5	4,3
	Judo	5	4,3
	Ciclismo	4	3,5
	Pilates	1	,9
	Dança	1	,9
Frequência do exercício físico (N=115)	2 a 3 x por semana	63	54,8
	1 x por semana	18	15,7
	4 a 6 x por semana	17	14,8
	Todos os dias	17	14,8
Intensidade do exercício físico (N=115)	Moderada	74	64,3
	Leve	17	14,8
	Pesada	24	20,9
	Mais de 30 minutos	101	87,8

Duração do exercício físico (N=115)	Entre 20 a 30 minutos	10	8,7
	Abaixo de 20 minutos	4	3,5
A respeito de seu corpo, você está: (N=318)	Completamente insatisfeito	11	3,5
	Pouco satisfeito	124	39,0
	Indiferente	37	11,6
	Muito satisfeito	108	34,0
	Completamente satisfeito	38	11,9
Você aceita sua condição de cego?	Nunca	15	4,7
	Raramente	10	3,1
	Às vezes	40	12,6
	Frequentemente	40	12,6
	Sempre	213	67,0
Quando você sai à rua, ao trabalho, à escola ou em sua família, você já passou algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira?	Nunca	14	4,7
	Raramente	64	20,1
	Às vezes	138	43,4
	Frequentemente	62	19,5
	Sempre	40	12,3

Fonte: SPSS versão 15.0

4.3.2.1 Análise empírica

Para investigação empírica, mensuramos a distribuição de resposta individual, incluindo o cálculo do percentual de cada opção de resposta, variância, mediana, média e desvio padrão (tabela 18). Como parâmetro para verificar a qualidade do item, o mesmo deveria apresentar variedade de distribuição de respostas, englobando variância relativamente alta (>0,70) e média de escores próxima ao centro (abaixo de 4,5 ou acima de 1,5).

Tabela 18: Análise descritiva das respostas dos participantes

N=318	Respostas (%)[1]								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Variância**	**Mediana**	**Média**	**DP**
1. Você gosta de seu corpo como ele é?	4,1	4,4	24,8	14,2	52,5	1,31	5	4,06	1,14
2. Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?	17	21,4	27,4	13,8	20,4	1,85	3	2,99	1,36
3. Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?	0,9	3,1	21,4	20,1	54,4	0,91	5	4,23	0,95
4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?	0,9	1,6	9,1	16,4	72	**0,64**	5	**4,56**	0,79
5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?	0	1,3	12,6	21,1	65,1	**0,58**	5	**4,50**	0,76
6. Você é muito positivo (a) em relação a sua vida?	0	4,1	15,4	25,5	55	0,77	5	4,31	0,87
7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?	5,0	4,7	24,5	26,7	39	1,27	4	3,89	1,12
8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?	5	8,2	36,8	22	28	1,27	3	3,59	1,12
9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?	35,8	12,3	39	6,6	6,3	1,46	3	2,35	1,20
10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	31,4	15,1	45	5	3,5	1,17	3	2,33	1,07
11. Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?	9,4	16	43,1	16	15,4	1,30	3	3,11	1,14
12. Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?	0,3	1,3	18,2	25,8	54,4	0,7	5	4,32	0,83
13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?	13,2	7,9	37,4	14,2	27,4	1,72	3	3,34	1,31
14. Você gosta do jeito que você é?	0,9	3,1	17,6	20,1	58,2	0,87	5	4,31	0,93
15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?	0,3	2,2	11,9	23,3	62,3	0,66	5	4,44	0,81
16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso	52,5	8,5	26,4	6,3	6,3	1,60	1	2,05	1,26
17. Você reconhece suas qualidades?	0,9	2,5	21,7	25,5	49,4	0,86	4	4,19	0,92
18. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?	0,6	1,9	10,4	17,6	69,5	**0,65**	5	**4,53**	0,80
19. Você se considera fisicamente atraente?	8,5	7,5	48,7	16	19,2	1,25	3	3,29	1,12
20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?	26,1	12,9	33,6	4,7	22,6	2,11	3	2,84	1,45
21. Você fica ligado(a) em tudo que									

acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?	0	1,9	9,1	18,2	70,8	**0,54**	5	**4,57**	0,73
22. Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?	50,9	13,5	23,9	5,3	6,3	1,53	1	2,02	1,23
23. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?	1,6	6,0	44,3	25,8	22,3	0,9	3	3,61	0,94
24. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?	23,6	14,8	54,1	4,7	2,8	0,99	3	2,48	0,99
25. Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?	0,3	2,5	5,3	12,9	78,9	**0,51**	5	**4,67**	0,71
26. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?	45,6	12,6	27	3,1	11,6	1,85	2	2,22	1,36
27. Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem ou barba, depilar braço ou perna, combinar roupas?	3,1	5,3	22	25,5	44	1,16	4	4,01	1,07

Nota: [1]Repostas: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre. DP = Desvio padrão. **Fonte:** o autor (2012)

Como se pode observar, os itens que não apresentaram índices adequados foram: 4, 5, 18, 21 e 25, com respectivos valores de variância de 0,64; 0,58; 0,65; 0,54; 0,51 e de média de 4,56; 4,50; 4,53; 4,57; 4,67. Por esse motivo, eles foram reservados e considerados candidatos a eliminação nos próximos procedimentos do desenvolvimento da escala. Esses itens podem ser suscetíveis a fraca correlação com outros itens e produzir resultados correlacionais instáveis.

Em complemento, investigamos ainda a correlação item- total (deveria variar entre 0,30 e 0,70), correlação interitem (deveria ter valor mínimo de 0,20) e a confiabilidade medida com o alfa de Cronbach (mínimo de 0,60). Para mensuração desses indicadores, o modelo da EAC resultante do estudo 2 foi explorado. Os resultados podem ser visualizados na tabela 19.

Tabela 19: Análise empírica dos itens

Fator	Item	Correlação item-total	Correlação interitem média	Alfa de Cronbach (se o item for eliminado)	Alfa de Cronbach
Gostar do corpo	EAC1	0,520	0,29	0,650	0,71
	EAC3	0,512		0,654	
	EAC14	0,595		0,629	
	EAC17	0,337		0,705	
	EAC19	0,446		0,677	
	EAC25	0,**276**		0,717	
Cuidar do corpo	EAC2	0,**285**	0,20	0,512	**0,53**
	EAC4	0,346		0,461	
	EAC8	0,333		0,456	
	EAC15	0,**236**		0,512	
	EAC18	0,363		0,452	
Proteger-se de estigmas sociais	EAC13	0,518	0,36	0,597	0,69
	EAC20	0,543		0,577	
	EAC22	0,416		0,660	
	EAC26	0,422		0,658	
Sentir-se capaz	EAC5	0,358	**0,19**	0,724	0,74
	EAC6	0,443		0,714	
	EAC7	0,327		0,728	
	EAC9	0,393		0,719	
	EAC10	0,470		0,708	
	EAC11	**0,237**		0,740	
	EAC12	0,499		0,709	
	EAC16	0,494		0,703	
	EAC21	**0,132**		0,744	
	EAC23	0,371		0,721	
	EAC24	0,441		0,713	
	EAC27	0,330		0,727	

Fonte: SPSS versão 15.0
N=318

De acordo com os dados apresentados na tabela, observa-se que o item 25 do fator gostar, 2 e 15 do fator cuidar e 11 e 21 do fator sentir-se capaz apresentaram correlação item-total insatisfatória. Há de se destacar que os itens 21 e 25 também não apresentaram parâmetros satisfatórios de variância e média, como já observado na análise prévia. Adicionalmente, o fator sentir-se capaz apresentou inadequada média de correlação interitem e o fator cuidar apresentou parâmetro inadequado de confiabilidade, aferida com o valor do alfa. Somente o fator proteger

apresentou adequados parâmetros de correlação item-total, média de correlação interitem e confiabilidade.

Em suma, a análise empírica investigou a qualidade empírica dos itens a partir das respostas da população alvo para o qual a EAC foi criada. Foram analisadas a variância, média, correlação item-total, correlação interitem e confiabilidade. Esses critérios não eliminaram itens, mas serviram como base para transformá-los em candidatos à eliminação em etapas futuras. Oito itens foram considerados problemáticos e, portanto, reservados como candidatos a eliminação, quais sejam: **21 e 25** (valores inadequados de média, variância e correlação item-total); **4, 5 e 18** (valores inadequados de média e variância) **2, 11, e 15** (inadequada correlação item-total). Em seguida, a escala foi submetida a análise fatorial confirmatória e os itens considerados problemáticos na fase empírica tiveram prioridade na eliminação.

4.3.2.2 Investigação psicométrica

Dando prosseguimento a análise empírica, a investigação psicométrica incluiu a mensuração da confiabilidade e validade da EAC. A técnica para essa finalidade foi a análise fatorial confirmatória, realizada em três etapas: ajuste geral do modelo, modelo de mensuração e modelo estrutural.

4.3.2.2.1 Ajuste geral do modelo

O modelo da EAC resultante do estudo 2 foi submetido à análise fatorial confirmatória. Para essa finalidade, o programa LISREL® foi utilizado. Considerando que os dados não são aderentes à distribuição normal, dois métodos foram escolhidos para uma primeira mensuração do ajuste geral do modelo: *Unweighted Least Squares* (ULS) e *Generalized Least Squares* (GLS). Os resultados dos ajustes de ambos métodos podem ser visualizados na tabela 20:

Tabela 20: Métodos iniciais de estimação do ajuste geral EAC

Métodos de estimação	Parâmetros						
	X^2/GL	**RMSEA**	**NFI**	**NNFI**	**CFI**	**GFI**	**AGFI**
ULS	2,21	0,062	0,89	0,96	0,96	0,94	0,93
GLS	4,44	0,104	0,30	0,44	0,49	0,88	0,86

Fonte: LISREL® 8.51

Como pode ser observado, dentre os métodos ULS e GLS, o primeiro apresentou índices de ajuste mais adequados do que o segundo e por esse motivo foi utilizado neste estudo. Pode-se observar ainda que o parâmetro inicial de ajuste do modelo da EAC com o ULS apresentou resultados satisfatórios para todos os índices, exceto paro o NFI, que apresentou valor inferior ao mínimo aceito de 0,90. Esses resultados apontaram para os primeiros indícios de que a teoria desenvolvida neste estudo poderia guardar relação com a realidade dos dados. Entretanto, foi necessário avaliar outros parâmetros para constatar essa premissa.

4.3.2.2.2 Modelo de mensuração

Para investigar a qualidade do modelo de mensuração, avaliamos, inicialmente, a unidimensionalidade e confiabilidade. Para análise da unidimensionalidade, analisamos a matriz de resíduos dos itens e constatamos altos resíduos positivos, sobretudo, entre os itens 18 e 4, com valor de 6,805; entre os itens 18 e 7, com valor de 4,017; e entre os itens 20 e 13, com valor de 4,558. Para análise de confiabilidade, mensuramos a confiabilidade composta e o alfa de Cronbach. Em conjunto com a unidimensionalidade, o resultado para confiabilidade do fator cuidar apontou para índices insatisfatórios (tabela 21).

Tabela 21: Parâmetros iniciais de confiabilidade

Fatores	Confiabilidade composta	Alfa de Cronbach
Gostar do corpo	0,70	0,71
Cuidar do corpo	**0,57**	**0,53**
Proteger-se de estigmas	0,67	0,69
Sentir-se capaz	0,74	0,74

Fonte: SPSS versão 15.0 e LISREL® 8.51

Considerando esses resultados, alteramos o modelo da EAC. Inicialmente, eliminamos os itens 11 e 21, os quais, além de não terem apresentado bons resultados na análise empírica, tiveram carga fatorial abaixo da mínima estabelecida (λ=0,240 e λ=0,215, respectivamente). Em seguida, eliminamos os itens 2, 7 e 25, pelas cargas fatoriais mais baixas (λ=0,346, λ=0,317 e λ=0,363, respectivamente) associadas a altos erros (0,880; 0,899; 0,868, respectivamente). Há de se destacar que os itens 2 e 25 também não tinham apresentado resultados satisfatórios na análise empírica, contribuindo para sua eliminação. Em adição, aceitamos covariância entre os itens 20 e 13 e entre os itens 1 e 15.

Após esses procedimentos, os ajustes gerais do modelo foram adequados (X^2/GL=2,13; RMSEA=0,060; NFI=0,92; NNFI=0,97; CFI=0,98; GFI=0,96; AGFI=0,95). Entretanto, os resíduos positivos entre os itens 18 e 4 aumentaram de 6,805 do início de ajuste do modelo para 7,409. Considerando que esses itens apresentaram resultados inadequados na análise empírica, optamos pela eliminação dos mesmos. Desse modo, o fator cuidar ficou apenas com dois itens: 8 e 15, inviabilizando sua existência. De acordo com Hair et. al (2009), é prudente considerar a existência de, pelo menos, três itens por fator. Logo, o fator cuidar deveria ser eliminado. Entretanto, com base em fundamentos teóricos, optamos por uma mudança no modelo da EAC, unindo os itens remanescentes do fator cuidar com aqueles do fator gostar, formando um só fator, denominado aceitação corporal.

Aceitação corporal é a expressão de amor, cuidado e admiração pelo próprio corpo (TYLKA, 2011; WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010). Wilson (1996) considera a aceitação corporal uma marcante característica da autoaceitação. Para os autores, a aceitação do corpo é um processo dinâmico, que envolve pensamentos, crenças e comportamentos de autoafirmação, contribuindo, desse modo para o desenvolvimento de

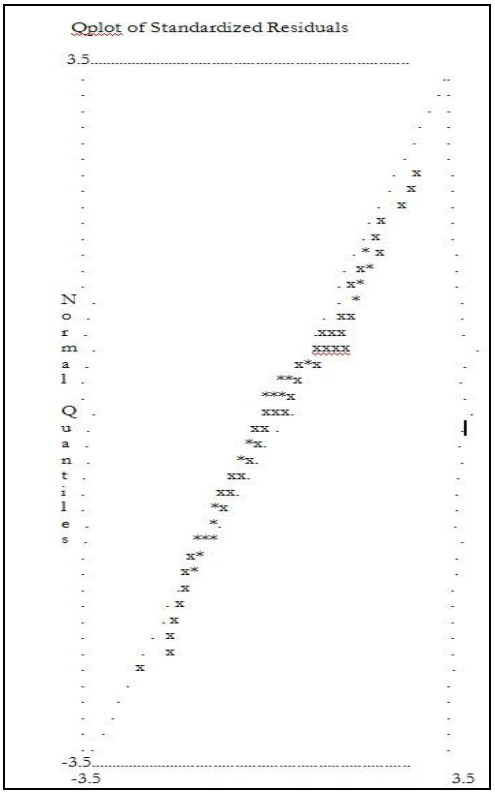
autoaceitação. De igual modo, Smith-Jackson, Reel e Thackeray (2011) concordam que a autoaceitação inclui aceitação corporal. Considerando a base da literatura, os fatores gostar e cuidar foram agrupados formando o fator aceitação corporal.

Testamos, em seguida, o novo modelo com a nova classificação de aceitação corporal que englobava, além de seus itens originais (1, 3, 14, 17 e 19), os itens 8 e 15. Em adição, alteramos somente o nome do fator "proteger-se de estigmas sociais" para "proteção de estigmas sociais" e do fator "sentir-se capaz" para "sentimentos e crenças de capacidade" Os ajustes gerais foram mais adequados do que aqueles anteriores (X^2/GL=1,98; RMSEA=0,056; NFI=0,92; NNFI=0,98; CFI=0,99; GFI=0,96; AGFI=0,95). Todavia, eliminamos o item 8 pela mais baixa carga fatorial (0,350) associada a alto erro (0,872) e, em seguida, o item 27, pela mais baixa carga (0,360) associada a alto erro (0,848).

Desse modo, atingimos o modelo de mensuração mais adequado, com valores de ajuste geral de X^2/GL=1,86; RMSEA=0,052; NFI=0,94; NNFI=0,98; CFI=0,99; GFI=0,97; AGFI=0,96 (Apêndice H). Em adição, com exceção dos itens 15, 17 e 23, com respectivas cargas fatoriais de 0,393; 0,389 e 0,351, todos os itens apresentam valores de carga fatorial superiores a 0,40, um parâmetro considerado satisfatório. Os itens com valores abaixo, também são aceitáveis, considerando tanto o tamanho de nossa amostra (>250 casos), quanto a qualidade dos índices de mensuração. Há de se destacar que os itens 5 e 15 foram os únicos que, embora tenham apresentado problema na análise empírica, não foram eliminados na análise fatorial. Isso porque o item 5 apresentou carga fatorial adequada (0,432) e, por esse motivo, resolvemos mantê-lo na escala. Já o 15 mudou o fator de origem e em seu novo fator – aceitação corporal – apresentou carga fatorial aceitável, muito próxima de 0,40.

Com o modelo de mensuração ajustado, avaliamos novamente a unidimensionalidade e confiabilidade. Para análise da unidimensionalidade, observamos que o resíduo negativo mais alto (-2,39) foi inferior ao valor máximo considerado neste estudo ($<\pm$2,58). O resíduo positivo mais alto (2,78) ultrapassou minimamente o parâmetro adotado, o que permite estabelecer a unidimensionalidade do constructo. O mínimo desvio da reta demonstrada na figura 1 comprova os baixos resíduos, indicando que a realidade dos dados tiveram grande aderência ao modelo teórico ajustado.

Figura 1: resíduos padronizados do modelo ajustado



Fonte: : LISREL® 8,51

Em relação a confiabilidade, encontramos resultados satisfatórios para confiabilidade composta e aferida com o alfa de Cronbach. Finalmente, avaliamos novamente a correlação item-total e interitem do novo modelo proposto e os resultados foram satisfatórios (tabela 22).

Tabela 22: Análise empírica dos itens - ajustada

Fator	Item	Correlação item-total	Correlação interitem média	Confiabilidade composta	Alfa de Cronbach
Aceitação corporal	EAC1	0,487	0,28	0,71	0,70
	EAC3	0,520			
	EAC14	0,621			
	EAC15	0,315			
	EAC17	0,341			
	EAC19	0,421			
Proteção de estigmas sociais	EAC13	0,518	0,36	0,62	0,69
	EAC20	0,543			
	EAC22	0,416			
	EAC26	0,422			
Sentimentos e crenças de capacidade	EAC5	0,342	0,27	0,74	0,74
	EAC6	0,428			
	EAC9	0,424			
	EAC10	0,508			
	EAC12	0,471			
	EAC16	0,541			
	EAC23	0,325			
	EAC24	0,475			

Fonte: SPSS versão 15.0
N=318

Uma vez constatadas a unidimensionalidade e confiabilidade, investigamos a validade de constructo da EAC. Considerando que todas as cargas fatoriais do novo instrumento foram superiores a 0,35, constatamos sua validade convergente.

Para obtermos maiores indícios desse tipo de validade, analisamos correlações entre a EAC e outras seis variáveis com as quais a escala deveria se correlacionar. Os resultados encontrados podem ser visualizados na tabela 23.

Tabela 23: Correlações (Spearman) para análise de validade convergente

N=318	Escore fator aceitação corporal	Escore fator proteção de estigmas sociais	Escore fator sentimentos e crenças de capacidade
Nível de satisfação com o corpo (n=318)	0,522**	0,215**	0,321**
Nível de aceitação da condição de cego (n=318)	0,335**	0,250**	0,453**
Nível de escolaridade (n=318)	-0,007	0,060	0,127*
Frequência semanal de exercício físico (n=115)	0,183	0,179	0,245**
Intensidade de discriminação social percebida (n=318)	-0,63	-0,152**	-0,136*
Índice de Massa Corporal (IMC) (n=318)	-0,027	-0,022	0,007

** Correlação é significante no nível de 0,01 (2-tailed)
* Correlação é significante no nível de 0,05 (2-tailed)
P<0,001
Fonte: SPSS versão 15.0

Nota-se que a primeira variável analisada foi satisfação corporal. Alguns estudiosos (PEARSON, FOLLETTE, HAYES, 2011; TAGER, GOOD, MORRINSON, 2006) apontam que a satisfação tem sido positivamente relacionada com autoaceitação. De igual modo, neste estudo, houve correlação significante e positiva entre autoaceitação e todos os fatores da EAC, o que confirma a validade convergente da nova escala.

A segunda variável analisada foi aceitação da condição de cego. Há registro na literatura de que o conhecimento e a aceitação da condição de deficiência predizem altos níveis de autoceitação (BRILLHART, 1986). Em adição, pessoas que aceitam a condição de deficiente visual tendem a representar uma imagem corporal integrada e positiva, característica marcante da autoaceitação (RESNICK, 1983). Logo, hipotetizamos que as pessoas que mais aceitam a condição de cego são aquelas que apresentam maiores níveis de autoaceitação. Confirmando nossa hipótese, todos os fatores da nova escala apresentaram correlações positivas e significantes com o constructo aceitação da condição de cego, o que sugere mais um indício de validade convergente da EAC.

O nível de escolaridade foi a terceira variável investigada. Algumas pesquisas destacam que o maior nível educacional significa o maior nível de autoaceitação (BALON, et al., 2008; CEYHAN, CEYHAN, 2011). Corroborando pesquisas prévias, o fator “sentimentos e

crenças de capacidade" apresentou maiores indícios de validade convergente, por sua correlação significante e positiva com nível de escolaridade. De igual modo, a quarta variável investigada - frequência semanal de exercício físico - também apresentou correlação significante e positiva com o fator "sentimentos e crenças de capacidade". Considerando os indícios na literatura que sugerem que as pessoas que se exercitam com maior frequência semanal tendem a apresentar maiores níveis de autoaceitação do que aquelas que realizam a atividade com menor frequência (CRONE, SMITH, GOUGH, 2005), esse achado é mais um suporte para a validade convergente do fator "sentimentos e crenças de capacidade".

A quinta variável investigada foi a intensidade de discriminação social percebida. Carr e Friedman (2005) explicam que pessoas que possuem atributos desvalorizados socialmente podem ser sujeitos a tratamento discriminatório e sua reação para esse tratamento pode ter implicação importante para sua vida, incluindo aspectos econômicos, físico e psicossocial. Na pesquisa realizada pelos autores, encontrou-se que a discriminação percebida possui efeito significante e negativo sobre a autoaceitação. Em complemento, Brillhart (1986) afirma que as atitudes dos outros que refletem exclusão social podem impactar negativamente a autoaceitação de pessoas com deficiência. Nesse sentido, esperamos que quanto maior fosse a intensidade de discriminação social percebida, menores seriam os índices de autoaceitação. Nossa hipótese foi confirmada. A discriminação social percebida apresentou correlação negativa e significantemente com os fatores "proteção de estigmas sociais" e "sentimentos e crenças de capacidade", o que suporta maiores indícios de validade convergente para os dois fatores.

Finalmente, a última variável observada foi o IMC. Carr e Friedman (2005) revelam que diferentes níveis de IMC diferem em termos de autoaceitação. Pessoas obesas com IMC maior que 35 apresentam menores níveis de autoaceitação quando comparadas aquelas de peso normal. Nesse sentido, esperávamos correlação negativa e significante entre o IMC e a autoaceitação. Entretanto, ao contrário do que esperávamos, o IMC não apresentou qualquer relação significante com os fatores da EAC.

Para validade discriminante, analisamos se a EAC foi capaz de discriminar claramente grupos-critério distintos, que eram relacionados a: a) ocupação principal (1=inseridos no mercado de trabalho; e 2=fora do mercado de trabalho); b) estado civil (1=com parceiro; 2=sem parceiro); c) sexo (1=feminino; 2=masculino); d) idade (1=entre 18 e 39 anos; 2=entre 40 e 60 anos); e e) IMC (1= eutróficos; 2=abaixo ou acima do peso). Ao constatarmos a distribuição

não-paramétrica dos dados, aferida com o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*, escolhemos o *Mann-Whitney test* para mensurar a validade discriminante.

O fator "sentimentos e crenças de capacidade" foi capaz de discriminar significantemente (p<0,05) os grupos "inseridos no mercado de trabalho (n=170)" e "fora do mercado de trabalho (n=146)". Os sujeitos que estão inseridos no mercado apresentaram maiores níveis de sentimentos e crenças de capacidade do que aqueles que estão fora do mercado. Resultados semelhantes foram encontrados por Balon et al. (2008) e Strauser, Lustig e Ciftci (2008), os quais destacam que a autoaceitação tem relação com o status profissional, sendo que os indivíduos que possuem emprego apresentam significantemente níveis mais altos de autoaceitação. A convergência de nossos achados com aqueles de estudos prévios sugere indícios de validade discriminante para o fator "sentimentos e crenças de capacidade". Os outros fatores da EAC não apresentaram diferenças entre os dois grupos analisados (tabela 24).

Tabela 24: Validade discriminante em relação à ocupação principal

N=318	**Escore fator aceitação corporal**	**Escore fator proteção de estigmas sociais**	**Escore fator sentimentos e crenças de capacidade**
Mann-Whitney U	11765,500	11043,000	10761,000
Wilcoxon W	22496,500	21774,000	21492,000
Z	-,800	-1,695	-2,042
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,424	0,090	0,041

Nota: Variável comparada –ocupação principal (1=inserido no mercado de trabalho; 2=fora do mercado de trabalho).
Fonte: SPSS versão 15.0

O fator "sentimentos e crenças de capacidade" também foi capaz de diferenciar grupo critério relacionado a idade - "entre 18 e 39 anos (n=176)" e "entre 40 e 60 anos (n=142)". Ambos os grupos apresentaram diferenças significantes (p=0,05). Os indivíduos mais jovens apresentaram maiores sentimentos e crenças de capacidade quando comparados aqueles com mais idade. De modo semelhante, Ceyhan e Ceyhan (2011) encontraram que o nível de autoaceitação difere em relação a idade. Todavia, ao contrário de nossos achados, os autores identificaram que pessoas com mais idade possuem nível de autoaceitação mais elevado do que aquelas com menos idade. Considerando que a diferença significante encontrado neste estudo foi em relação aos sentimentos e crenças de capacidade, justifica-se o achado de que quanto menor a idade, maiores são esses sentimentos. Logo, esse resultado sugere mais um indício de validade

discriminante para o fator. Os outros fatores não foram capazes de discriminar os grupos (tabela 25).

Tabela 25: Validade discriminante em relação à idade

N=318	**Escore fator aceitação corporal**	**Escore fator proteção de estigmas sociais**	**Escore fator sentimentos e crenças de capacidade**
Mann-Whitney U	11740,000	11892,500	10903,000
Wilcoxon W	27316,000	27468,500	21056,000
Z	-,932	-,743	-1,959
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,352	0,457	0,050

Nota: Variável comparada –idade (1=entre 18 e 39 anos; 2=entre 40 e 60 anos).
Fonte: SPSS versão 15.0

O fator "proteção de estigmas sociais" foi capaz de diferenciar significantemente ($p<0,05$) os grupos "com parceiro (n=164)" e "sem parceiro (n=154)", ambos relacionados ao estado civil. Os indivíduos que relataram estar namorando ou casados se protegem mais de estigmas sociais do que aqueles que não possuem parceiro. Esse achado vai ao encontro da teoria de Eastman (1958), que considera que a felicidade marital possui relação significante e positiva com autoaceitação. A congruência de nossos achados com a literatura prévia confirma a validade discriminante do fator. Os outros fatores não apresentaram diferenças entre os dois grupos (tabela 26).

Tabela 26: Validade discriminante em relação ao estado civil

N=318	**Escore fator aceitação corporal**	**Escore fator proteção de estigmas sociais**	**Escore fator sentimentos e crenças de capacidade**
Mann-Whitney U	12141,000	10868,000	11436,500
Wilcoxon W	24076,000	22803,000	23371,500
Z	-,597	-2,157	-1,458
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,551	0,031	0,145

Nota: Variável comparada –estado civil (1=com parceiro; 2=sem parceiro).
Fonte: SPSS versão 15.0

O fator "proteção de estigmas sociais" foi ainda capaz de discriminar significantemente ($p<0,05$) os grupos "homens (n=177)" e "mulheres (n=141)". De igual modo, Ahrens e Ryff (2006) e Ceyhan e Ceyhan (2011) encontraram que o nível de autoaceitação difere entre gêneros. Neste estudo, encontramos que os homens se protegem mais do que as mulheres.

Essa constatação foi, portanto, mais um indício de validade discriminante para o fator. Os outros fatores não apresentaram diferenças entre os dois grupos (tabela 27).

Tabela 27: Validade discriminante em relação ao sexo

N=318	**Escore fator aceitação corporal**	**Escore fator proteção de estigmas sociais**	**Escore fator sentimentos e crenças de capacidade**
Mann-Whitney U	11736,000	9693,500	10986,500
Wilcoxon W	21747,000	19704,500	20997,500
Z	-,916	-3,433	-1,836
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,360	0,001	0,066

Nota: Variável comparada –sexo (1=feminino; 2=masculino).
Fonte: SPSS versão 15.0

Nenhum fator da EAC foi capaz de discriminar significantemente (p>0,05) grupos critérios relacionados ao IMC - "eutróficos (n=126)" e "abaixo ou acima do peso (n=192)" (tabela 28). Carr e Friedman (2005) consideram que pessoas obesas (IMC≥35), quando comparadas com aquelas de peso normal, reportam menores níveis de autoaceitação. Ao contrário desse estudo prévio, não foi possível constatarmos validade discriminante para a EAC a partir da medida de IMC.

Tabela 28: Análise em relação ao IMC

N=318	**Escore fator aceitação corporal**	**Escore fator proteção de estigmas sociais**	**Escore fator sentimentos e crenças de capacidade**
Mann-Whitney U	11688,500	11411,500	11072,500
Wilcoxon W	30216,500	19412,500	19073,500
Z	-,510	-,857	-1,280
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,610	0,391	0,201

Nota: Variável comparada –IMC (1=eutrófico; 2=abaixo ou acima do peso).
Fonte: SPSS versão 15.0

Uma síntese dos resultados encontrados relacionados ao ajuste geral e ao ajuste do modelo de mensuração, pode ser visualizada na tabela 29.

Tabela 29: Síntese do ajuste geral e do ajuste do modelo de mensuração

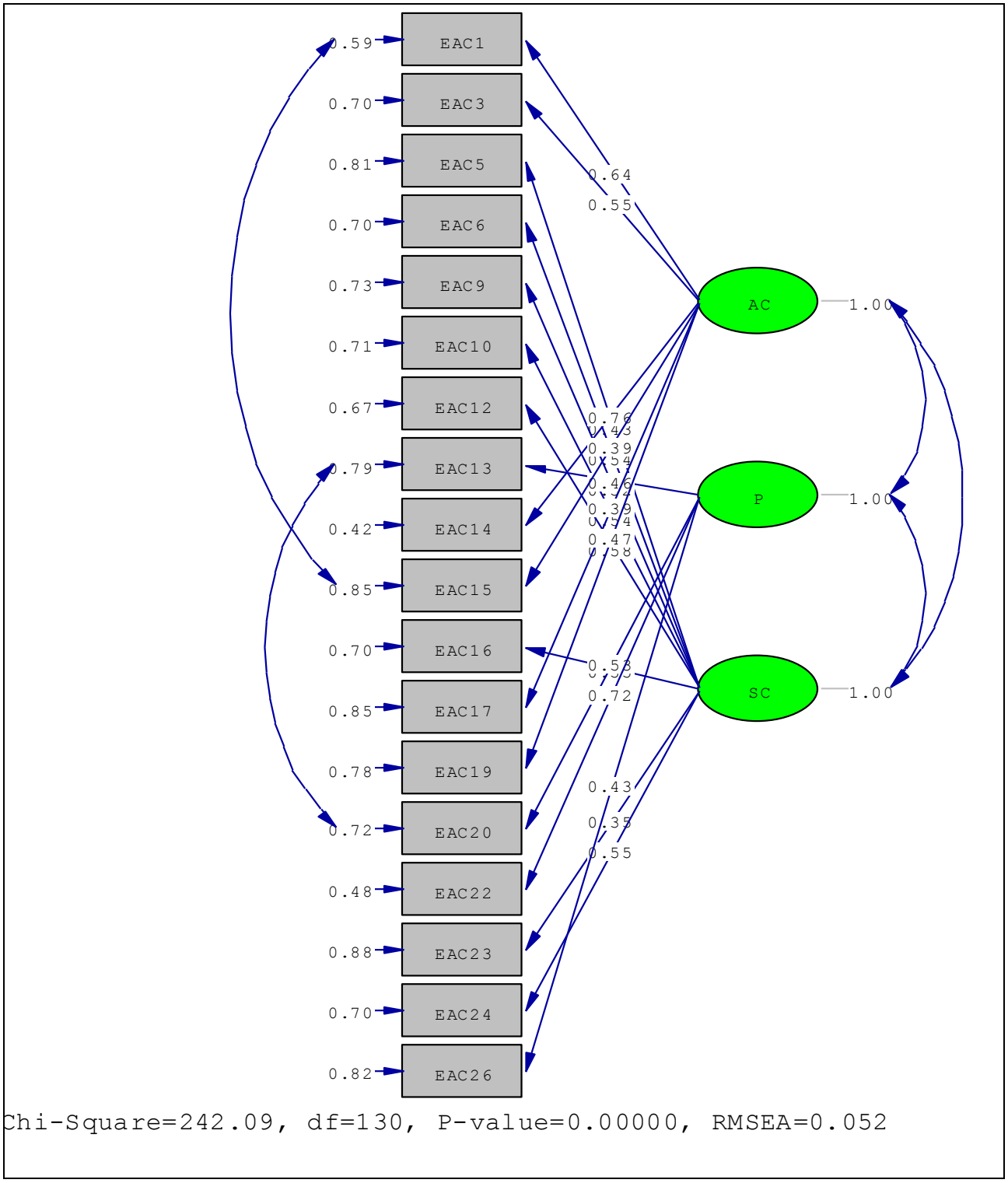
Fator	Item	Validade convergente		Validade discriminante	Confiabilidade	U	Medidas ajustamento
		Carga fatorial	Correlações	*Mann Whitney test*			
AC	EAC1 EAC3 EAC14 EAC15 EAC17 EAC19	0,637 0,547 0,763 0,393 0,389 0,466	•Correlação significante e positiva com satisfação corporal e aceitação da condição de deficiente visual.	•Não apresentou capacidade de discriminar grupo critério	cc=0,71 α=0,7		X^2/GL: 1,86
P	EAC13 EAC20 EAC22 EAC26	0,462 0,527 0,721 0,429	•Correlação significante e positiva com satisfação corporal e aceitação da condição de deficiente visual. •Correlação significante e negativa com percepção de estigmas sociais.	•Capacidade de discriminar grupos critério relacionados ao estado civil (com parceiro e sem parceiro) e sexo (homens e mulheres).	cc=0,62 α=0,69	Maior resíduo negativo: -2,39 Maior resíduo positivo: 2,78	RMSEA: 0,052 NFI=0,94 NNFI=0,98 CFI=0,99 GFI=0,97 AGFI=0,96
SC	EAC5 EAC6 EAC9 EAC10 EAC12 EAC16 EAC23 EAC24	0,432 0,544 0,518 0,539 0,577 0,549 0,351 0,551	•Correlação significante e positiva com satisfação corporal e aceitação da condição de deficiente visual. •Correlação significante e positiva com nível de escolaridade •Correlação significante e positiva com frequência semanal de exercício físico •Correlação significante e negativa com intensidade de discriminação social percebida	•Capacidade de discriminar grupos critério relacionados a ocupação principal (inseridos no mercado e fora do mercado) e idade (entre 18 e 39 anos e entre 40 e 60 anos).	cc=0,74 α=0,74		

Nota: AC=Aceitação Corporal; P=Proteção de estigmas sociais; SC=Sentimentos e crenças de capacidade; U=unidimensionalidade; cc=confiabilidade conposta; α=alfa de Cronbach.

4.3.2.2.3 Modelo estrutural

Após confirmadas a unidimensionalidade, confiabilidade e validade de constructo do modelo ajustado da EAC, avaliamos um modelo de caminhos (*path analysis*) para avaliação das relações causais entre os constructos. Como resultado, estimamos o seguinte diagrama visual da EAC (figura 2).

Figura 2 – Modelo da Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce



Fonte: LISREL® 8,51

4.3.2.2.4 Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce (EAC)

A versão da EAC resultante deste estudo, com adequados parâmetros de confiabilidade interna e validade de constructo, está representada no quadro 2. A numeração dos itens foi mantida conforme a original para facilitar a localização dos mesmos dentro dos fatores.

Quadro 2 - Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce - EAC

Instruções ao pesquisador[13]:

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:

a) Você assiste televisão até tarde? Você poderá responder:

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

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

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

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

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

[13] As instruções ao pesquisador e aos participantes foram ajustadas a nova forma de aplicação da escala, em áudio.

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

5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

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

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

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

9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?

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

10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

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

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

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

13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?

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

14. Você gosta do jeito que você é?

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

15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?

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

16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?

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

17. Você reconhece suas qualidades?

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

19. Você se considera fisicamente atraente?

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

20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?

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

24. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?

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

26. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?

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

Fonte: o autor (2012).

4.3.3 Discussão

Este estudo teve por objetivo investigar os parâmetros de validade e confiabilidade da EAC. Para essa finalidade, foi utilizada tanto a análise empírica, na qual avaliou-se a variância, média, correlação item-total, correlação interitem e confiabilidade, quanto a análise psicométrica, cuja investigação foi dada com análise fatorial confirmatória.

Na análise empírica, não houve eliminação de itens, todavia, aqueles considerados problemáticos foram reservados e considerados a eliminação na análise fatorial. Como resultado, oito itens foram reservados, quais sejam: 2 (*Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?*), 4 (*Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?*), 5 (*Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?*), 11 (*Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?*), 15 (*Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?*), 18 (*Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?*), 21 (*Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?*), 25 (*Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?*). Em adição, o fator sentir-se capaz apresentou inadequada média de correlação interitem (0,19) e o fator cuidar apresentou inadequada confiabilidade ($\alpha = 0,53$).

Na análise psicométrica, com o método de mensuração ULS, constatamos que os parâmetros iniciais de ajuste geral do modelo apresentavam valores adequados, entretanto, os

parâmetros do modelo de mensuração (unidimensionalidade e confiabilidade) foram insatisfatórios. Tornou-se, então, necessário eliminar itens que apresentavam problemas. Dois itens foram eliminados em primeira instância: 11 (*Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?*) e 21 (*Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?*), ambos, além de apontados como problemáticos na fase empírica, apresentaram baixas cargas fatorias (<0,3). Uma possível explicação para eliminação do item 11 residi no fato de que as habilidades ou dificuldades de locomoção em lugares novos pode estar relacionada às oportunidades de experiências prévias de orientação e mobilidade, sem que isso tenha interferência direta nos sentimentos/crenças de capacidade. Já o item 21 aborda uma característica que é inerente a maioria das pessoas que não enxergam - 70,8% dos participantes relataram que sempre ficam ligados em tudo que acontece a sua volta. Conforme esclarecem Gougoux et al. (2005), estar atento às pistas sensórias do ambiente é uma atividade de suma importância para o cego por possibilitá-lo integrar informações que favoreçam orientação espacial. Logo, essa característica pode ser uma habilidade desenvolvida naturalmente durante a vida da maioria das pessoas com cegueira, não apresentando relação evidente com sentimentos/crenças de capacidade.

Os próximos itens a serem eliminados pelas cargas fatoriais mais baixas associados a altos erros foram os 2 (*Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?*), 7 (*Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?*), 25 (*Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?*), sendo que o 2 e 25 também apresentaram problemas na análise empírica. Uma possível explicação para a eliminação do item 2 pode ser focalizada no fato de que somente uma minoria dos participantes, representada por 36,2%, relatou praticar regularmente exercícios físicos. Ou seja, a diminuta prática de exercícios pode estar relacionada com outros fatores, tais como ausência de tempo ou de oportunidade para a prática física, e não com a autoaceitação. A respeito do item 7, pode ser que o sujeito com cegueira apresente, reconheça e aceite algumas limitações inerentes da falta da visão, como exemplo, identificar preços em etiquetas de produtos e escolher e combinar roupas. Entretanto, conforme aponta Sheerer (1949), os sujeitos que se aceitam não tentam distorcer ou esconder a existência de suas limitações, mas as aceita da maneira que são, portanto, esse item não teria relação com sentimentos/crenças de capacidade, consequentemente, com autoaceitação.

Já o item 25 apresentou-se autoevidente, na medida em que 78,9% dos participantes relataram dá valor as atividades que exerce, logo, o item não contribui para distinção dos sujeitos e por esse motivo ele apresentou-se inadequado para a EAC.

Em seguida, foram eliminados os itens 18 (*Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?*) e 4 (*Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?*) pelos valores aumentados de resíduos positivos entre eles, além dos valores insatisfatórios na análise empírica. Ambos os itens, de igual modo aos itens 21 e 25, apresentaram-se autoevidentes. Quase 70% dos participantes relataram que sempre se empenham para serem independentes no dia-a-dia e 72% declararam-se sempre independentes na locomoção. Desse modo, o cuidado com a independência nos aspectos analisados – atividades do dia-a-dia e locomoção – parece ser uma característica comum a maioria das pessoas com cegueira congênita ou precoce, desse modo, esses itens não contribuem para diferenciar sujeitos a partir da medida de autoaceitação.

Dando prosseguimento, realizamos a mais importante mudança na escala. Considerando que o fator cuidar permaneceu com apenas dois itens (8 e 15), seus itens remanescentes foram reunidos com aqueles do fator gostar, formando um só fator, por nós denominado de "aceitação corporal". De acordo com o modelo teórico proposto por Tylka (2011) e Wood-Barcalow, Tylka, Augustus-Horvath (2010), a aceitação corporal envolve atitudes de cuidado e amor/admiração com o próprio corpo. Em complemento, o modelo teórico de Wilson (1996), Smith-Jackson, Reel, Thackeray (2011) e Kristeller e Wolever (2011) aponta que a aceitação corporal é uma característica marcante da autoaceitação. Ambos modelos teóricos sustentaram teoricamente nossa decisão em alterar o modelo inicial da EAC, por criar o fator aceitação corporal (cuidar + gostar) em conjunto com a manutenção dos outros dois fatores iniciais – proteção de estigmas sociais e sentimentos/crenças de capacidade.

O novo modelo foi testado e, embora os adequados parâmetros de ajustes gerais, foi necessária a eliminação dos itens 8 (*Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?*) e 27 (*Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem ou barba, depilar braço ou perna, combinar roupas?*), pelas mais baixas cargas associadas a altos erros. Talvez, uma explicação oferecida para a eliminação do item 8 é que a alimentação saudável normalmente depende de um enumerado de fatores que, possivelmente, não sejam facilmente administrados pelos participantes, como exemplo, investimento financeiro,

possibilidade de preparar a própria alimentação ou trabalhar/residir em locais em que a alimentação não seja por eles controlada, o que nos faz entender que o cuidado na alimentação pode estar associado a outras variáveis diferentes da autoaceitação. Já o item 27 aborda uma questão que, em seus exemplos, enfatizam a sensibilidade visual e isso pode ter interferido na qualidade do item. O cuidado da aparência nos aspectos avaliados pode não ser possível para nossos participantes com cegueira, entretanto, essa limitação pode ser reconhecida por eles sem que isso interfera no amor que sentem por si próprios.

Após a eliminação do total de 9 itens, atingimos o modelo de mensuração satisfatório, com adequados valores de ajuste geral, unidimensionalidade, confiabilidade, correlação item-total e correlação interitem. A validade convergente apresentou-se satisfatória a respeito das cargas fatoriais e correlação significante de todos os fatores da EAC com satisfação corporal e aceitação da condição de deficiente visual. Alguns fatores apresentaram parâmetros adicionais de validade convergente por correlacionarem com outros constructos os quais deveriam teoricamente se correlacionar ("sentimentos e crenças de capacidade" apresentou correlação significante com nível de escolaridade, frequência semanal de exercício físico e intensidade de discriminação social percebida; "proteção de estigmas sociais" apresentou correlação significante com intensidade de discriminação social percebida).

A validade discriminante somente não foi confirmada para o fator "aceitação corporal". Os outros fatores foram capazes de discriminar grupos critérios distintos, os quais deveriam ser teoricamente discriminados ("sentimentos e crenças de capacidade" discriminou grupos relacionados ao status profissional e idade; "proteção de estigmas sociais" discriminou grupos relacionados a estado civil e sexo). Uma explicação possível para o fator "aceitação corporal" não ter apresentado validade discriminante pode residir no fato de que os grupos critérios analisados não apresentem qualquer relação com o fator. Talvez, se tivéssemos avaliado outras variáveis que têm apresentado relação com aceitação corporal, tais como consciência e internalização do ideal de magreza e autoestima (FORBES et al., 2004), fosse possível confirmar a validade discriminante para o fator.

Vale destacar que a EAC não apresentou validade convergente e discriminante em relação a medida de IMC, contrapondo-se a estudos prévios que consideram que o maior IMC significa menor autoaceitação (CARR, FRIEDMAN, 2005). Duas possíveis explicações podem ser elaboradas para esse achado. A primeira é de que a medida de IMC foi autorreportada e isso

pode ter interferido na qualidade das medidas de peso e estatura coletadas. Talvez, se essas medidas fossem adquiridas com balança de precisão e estadiômetro ou trena métrica, os resultados poderiam ser diferentes. A segunda e mais provável explicação vai ao encontro do conceito de autoaceitação, ou seja, aceitar-se a si mesmo da maneira que se é. Nesse sentido, independente da dimensão e peso corporal, é possível que o sujeito com cegueira apresente amor e admiração pelo próprio corpo, característica específica de autoaceitação.

4.3.4 Conclusão

A EAC é uma nova medida de autoaceitação específica para adultos com cegueira congênita ou precoce. Composta de 18 itens distribuídos em três fatores - aceitação corporal, proteção de estigmas sociais e sentimentos e crenças de capacidade - a nova escala apresentou adequados índices de validade convergente e confiabilidade interna. A respeito da validade discriminante, a EAC apresentou índices satisfatórios para dois - proteção de estigmas sociais e sentimentos e crenças de capacidade - de seus três fatores.

Estudos futuros poderiam utilizar a EAC para avaliar a autoaceitação em adultos que não enxergam desde idades precoces, com o intuito de ampliar o entendimento da natureza, extensão e de determinantes de diferenças individuais no quadro de autoaceitação. Desse modo, seria possível intervenções mais adequadas e consistentes com o intuito de evitar o desenvolvimento e manutenção do quadro de autoaceitação.

5 DISCUSSÃO GERAL

Devido ao fato de que a autoaceitação é um elemento essencial para o desenvolvimento integrado e positivo da identidade, é imprescindível que investigações nessa área sejam realizadas com pessoas com deficiência visual, sobretudo, com o uso de instrumentos acurados, que apresentem adequados índices psicométricos. Tendo em visto essa constatação, nosso objetivo com esta tese foi ampliar as possibilidades de avaliação da autoaceitação em pessoas com cegueira congênita ou precoce, por meio do desenvolvimento e investigação das qualidades psicométricas de uma escala específica para essa finalidade, a qual foi denominada de Escala de Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce (EAC).

Ao considerar tanto a complexidade do conceito de autoaceitação, que envolve características abrangentes e multifacetadas, por vezes, consideradas de difícil avaliação (W WILLIANM; LYNN, 2011), quanto a heterogeneidade da população com deficiência visual, cuja idade de manifestação, causa e tipo de deficiência contribuem profundamente para que esse grupo seja considerado diversificado (MONEGATO, et al., 2007; NUNES, LOMÔNACO, 2010; SCHINAZI, 2007), nosso objetivo apresentava-se, de fato, como um grande desafio. Por esse motivo, durante todo processo de desenvolvimento desta pesquisa, ficamos atentos às peculiaridades teóricas em torno do constructo autoaceitação e da cegueira congênita ou precoce, bem como as principais nuances do rigoroso processo metodológico e sistemático de criação de escalas de medida. Teoria e prática, nesse contexto, caminharam simultaneamente conectados, visando trazer ao nosso instrumento maior qualidade teórica, empírica e psicométrica.

Do ponto de vista metodológico, as orientações de DeVellis (2003) e Pasquali (2010) guiaram os principais procedimentos adotados nesta pesquisa. As teorias desses autores foram cuidadosamente analisadas de modo a fornecerem suporte para os três estudos realizados.

No estudo 1, operacionalizamos teoricamente o conceito de autoaceitação de pessoas com cegueira congênita ou precoce, com a finalidade de criar os itens iniciais da escala. Para essa finalidade, realizamos uma extensa revisão de literatura e ouvimos a opinião genuína de representantes da própria população para a qual a escala foi criada. Nesse último caso, os grupos focais realizados neste estudo tiveram especial importância por nos possibilitar repensar hipóteses prévias, bem como formular novas e importantes abordagens, todas tendo como suporte principal

a opinião de representantes da própria população de estudo. Como uma maior vantagem do grupo focal, ressaltamos a possibilidade de considerar a singularidade do indivíduo, com um olhar mais fenomenológico e individual, atento aos seus anseios, expectativas e julgamentos sobre uma variedade de questões de cunho biológico, psicológico e social. Em consequência, essa técnica qualitativa nos possibilitou um importante momento no qual enfocamos, prioritariamente, a compreensão do sujeito com cegueira, não do grupo, o que é considerado de suma importância nos primeiros passos da criação de uma escala de medida. Por conseguinte, em conjunto com a revisão de literatura, as informações obtidas nos grupos focais realizados tiveram contribuição central na criação de 4 fatores iniciais da EAC - (1) gostar do corpo, (2) cuidar do corpo, (3) proteger-se de estigmas sociais e (4) sentir-se capaz -, bem como na elaboração de um conjunto inicial de 33 itens e sua distribuição nos fatores.

No estudo 2, investigamos a validade de conteúdo dos itens gerados no primeiro estudo. Para essa finalidade, utilizamos a opinião tanto de peritos especializados na criação de escalas, na temática da cegueira e na temática da imagem corporal, quanto de pessoas representantes da população alvo para a qual a escala foi criada. A avaliação rigorosa pela qual todos os itens foram submetidos originaram uma versão da escala amplamente modificada, sobretudo, no que diz respeito a redação dos itens. Em geral, as sugestões priorizaram que os mesmos fossem mais específicos, inclusive com a adição de exemplos, e que tivessem uma escrita mais dura, comum em escala de atitude. Após reformulações, a escala apresentou indícios de validade de conteúdo – qualidade teórica fundamental para os procedimentos subsequentes.

No estudo 3, avaliamos a qualidade empírica e psicométrica da nova escala. Sobre essa questão, abrimos um parênteses para explicar que essa foi, indubitavelmente, a fase da pesquisa que exigiu maior investimento e dedicação. Isso porque, em uma incansável investida, visitamos diferentes regiões do país no intuito de encontrar uma população numerosa de pessoas com cegueira congênita ou precoce, que fosse a mais heterogênea possível. Instituições de atendimento ao deficiente visual, escolas especializadas, reuniões festivas e sociais, eventos científicos, residências particulares, residências públicas ou filantrópicas, enfim, foram inúmeros os lugares de coleta de dados. Em todos eles, quase sempre fomos recebidas com muito entusiasmos pelos dirigentes, os quais, na maioria das vezes, também se tornavam participantes desta pesquisa. Entretanto, se, por um lado, consideramos que essa fase foi, certamente, aquela de maior investimento em todos aspectos, por outro, foi também a mais prazerosa. No encontro com

mais de 300 pessoas com as características exigidas nesta pesquisa, foi possível entender questões ainda obscuras, ampliar algumas concepções prévias e, sobretudo, certificarmo-nos de que o caminho que estávamos trilhando poderia contribuir não somente para estudos futuros de autoaceitação nessa população, mas também para chamar atenção de outros pesquisadores sobre a importância de incluir, expressivamente, a população com cegueira nos estudos sobre imagem corporal.

Foram 318 os participantes do estudo 3, uma quantidade suficiente para nosso intuito de investigação psicométrica. Além de algumas análises empíricas, tais como média, variância, desvio padrão, correlação interitem e correlação item-total, a análise principal que deu suporte a nossa investigação foi a análise fatorial confirmatória. De acordo com Hair et al. (2009), esse tipo de análise viabiliza a confirmação sobre a validade de um modelo teórico proposto, sendo indicada em casos em que já existe uma teoria prévia, como neste estudo. Como resultado, alterações adicionais foram realizadas na escala, incluindo a exclusão de itens, a exclusão do fator "cuidar do corpo", e a junção dos itens remanescentes do referido fator com aqueles do fator "gostar do corpo", formando um só fator denominado "aceitação corporal". Essas alterações possibilitaram adequados índices de ajuste geral do modelo de mensuração, de unidimensionalidade, de confiabilidade composta e aquela medida com o alfa. Em adição, foi possível constatar a validade convergente pelas adequadas cargas fatoriais dos itens. Esse tipo de validade foi também constatada na medida em que todos os fatores da EAC apresentaram correlação com constructos teóricos com os quais eles deveriam teoricamente se correlacionar. A nova escala apresentou ainda validade discriminante em dois de seus três fatores. Somente o fator aceitação corporal não apresentou esse tipo de validade, talvez, porque não avaliamos um constructo teórico específico que pudesse apresentar validade discriminante a respeito desse fator.

Há de se destacar que a rigorosidade metodológica pela qual a EAC foi submetida é uma avanço em relação a inúmeras escalas que avaliam autoaceitação na população geral. Crowne e Stephens (1961) investigaram os procedimentos metodológicos utilizados por pesquisadores na criação de medidas de autoaceitação e encontraram diferentes falhas nessas medidas. De acordo com eles, a maioria das escalas existentes não foram criadas a partir de princípios metodológicos coerentes, em consequência, apresentavam ausência de qualidades psicométricas e não consideravam uma clara definição do constructo para sua criação. As poucas

escalas criadas a partir do estudo realizado pelos autores tiveram maior atenção para as qualidades psicométricas, entretanto, nenhuma delas enfocou a população com cegueira congênita ou precoce, o que traz para a escala criada neste estudo relevância central nas investigações a respeito da autoaceitação com essa população.

Outro avanço em relação às escalas existentes diz respeito a nossa preocupação na forma de aplicação da EAC. Procuramos manter esse momento o mais homogênio possível, visando reduzir ou até mesmo anular o viés do pesquisador. Assim, a mesma pesquisadora aplicou a EAC para os 318 participantes, com o auxílio tecnológico de sua voz gravada e reproduzida em áudio. Nossa experiência durante a coleta de dados aponta que esse tipo de recurso pode apresentar resultados positivos. Ele possibilita ao sujeito maior privacidade durante a aplicação da escala, na medida em que, por alguns momentos, a voz gravada pode minimizar a presença do pesquisador. Esse fato é especialmente importante para amenizar uma questão considerada relevante em escalas de atitude, a desejabilidade social, ou seja, a tendência para responder aos itens da forma que se considera mais aceitável em termos sociais. Estudos futuros com o uso da EAC deveriam considerar essa questão, por meio da aplicação da escala em áudio, prioritariamente, o mesmo que foi utilizado neste estudo.

Em complemento, cumpre destacar que a EAC foi criada considerando, sobretudo, a especificidade da população com cegueira. Não somente no detalhe da forma de aplicação da escala, mas também na redação dos itens, ficamos atentos a essa questão. A maioria dos itens existentes em escalas de atitudes são comumente escritos em primeira pessoa e em forma de afirmativa. Considerando que a EAC não seria autoaplicável, pois nem todos participantes poderiam fazer uso do Braille ou de tecnologias com ledores de voz, os itens dessa escala foram cuidadosamente redigidos em terceira pessoa gramatical e em forma de pergunta. Conforme reportado no pré-teste do estudo 2 e considerando nossas experiências no momento de coleta de dados, inferimos que em escalas de atitude para pessoas com cegueira os itens escritos em terceira pessoa gramatical na interrogativa podem ser mais adequados. Todavia, sugerimos estudos futuros que confirmem essa hipótese, investigando se a forma de redação dos itens – primeira ou terceira pessoa gramatical - causa viés na resposta do participante com deficiência visual.

Investigações futuras poderiam ainda investigar a autoaceitação em pessoas com cegueira adquirida, visto que, como já reportado neste estudo, ao contrário da cegueira

estabelecida nos primeiros anos do desenvolvimento, a cegueira adquirida pode ser traumática, resultando em manifestações afetivas graves (BLANK, 1973; KEEGAN, ASH, GREENOUGH, 1976; SCHINAZI, 2007). Essa constatação coloca esse grupo como de risco para um quadro de não aceitação (SCHINAZI, 2007). Três possibilidades para esse tipo de investigação podem ser consideradas: (1) verificação das qualidades psicométricas da escala criada neste estudo com a população específica de pessoas com cegueira adquirida, (2) validação de escala já existente para essa finalidade (ZHANG, WANG, 2011) no contexto nacional, ou (3) criação de uma nova medida para essa finalidade. De fato, urge destacar a necessidade de que instrumentos específicos de avaliação de dimensões da imagem corporal, como a autoaceitação, sejam providenciados para população com deficiência visual, visando fomentar o conhecimento nessa área, privilegiando, sobretudo, um atendimento terapêutico ou de prevenção de melhor qualidade para essa população.

Pelo menos duas limitações deste estudo devem ser destacadas. A primeira foi que as medidas de peso e estatura foram autorreportadas. Esse fator pode ter interferido nos resultados de validade de constructo do estudo 3, na medida em que o IMC não apresentou correlações significantes com nenhum dos três fatores da EAC (aceitação corporal, proteção de estigmas, sentimentos e crenças de capacidade) e, ainda, a escala não foi capaz de diferenciar grupos critérios distintos a partir da medida de IMC, contrapondo-se a resultados prévios (CARR; FRIEDMAN, 2005). De fato, Gardner, Jappe e Gardner (2009) destacam que o autorreporte de peso e estatura pode ser um problema. Isso porque, de acordo com os autores, os indivíduos comumente superestimam a altura e subestimam o peso, tornando essa medida pouco acurada. Em adição, numerosas variáveis, tais como sexo, idade, raça, estado marital, renda, nível de atividade, entre outras, frequentemente afetam a estimativa de homens e mulheres. Embora esse destaque, os autores consideram que a discrepância na estimativa de peso e estatura tem sido considerada pequena e por isso, eles fizeram uso dessas medidas autorreportadas em sua investigação psicométrica de uma *Figural Drawing Scale*, o que suportou nossa decisão em utilizar tais medidas. No entanto, sugerimos estudos futuros com medidas precisas de peso e estatura com a finalidade de investigar se o IMC é, realmente, um fator preponderante no quadro de autoaceitação.

A segunda limitação diz respeito a perda de dados sobre características que poderiam fornecer validade discriminante para o fator "aceitação corporal". Se fosse possível investigar

nível de consciência e internalização do ideal de magreza ou autoestima (FORBES et al., 2004), por exemplo, talvez, o fator fosse capaz de discriminar grupos critérios distintos a partir desses referenciais, apresentando indícios de validade discriminante. Entretanto, considerando a limitação de instrumentos de medida específicos para a população com cegueira, foi inviável ter acesso a essas informações.

6 CONCLUSÃO

A EAC é uma medida válida e precisa para avaliar autoaceitação em indivíduos com cegueira congênita ou precoce. Seu uso pode ser importante para profissionais da área da saúde, sobretudo, o profissional de Educação Física, no momento de acompanhar o impacto de suas intervenções e propor estratégias que contribuam efetivamente para o desenvolvimento e manutenção de atitudes positivas do sujeito em relação a si mesmo. Esperamos que essa escala contribua para ampliar o acervo de conhecimento a respeito da autoaceitação de indivíduos que não enxergam desde idades precoces, de modo a incluir, expressivamente, esse grupo nos estudos da área da imagem corporal.

Referências

ADELSON, E.; FRAIBERG, S. Gross Motor Development in Infants Blind from Birth. *Child Development., v.* 45, p. 114-126, 1974.

AHRENS, C. J., C.; RYFF, C. D. Multiple Roles and Well-being: Sociodemographic and Psychological Moderators. *Sex Roles,* v. 55, p. 801–815, 2006.

ANATCHKOVA, M. D.; BJORNER J. B. Health and role functioning: the use of focus groups in the development of an item bank. *Qual Life Res*, v.19, p. 111–123, 2010.

APA, American Psychological Association. *Dictionary of Psychology por American Psychological Association*. São Paulo: Artmed Editora, 2010.

ARRUDA S. M. C. P. *Percepções da auto-eficácia nas atividades de vida diária e qualidade de vida de estudantes com baixa visão ou cegueira.* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

ASHIKALI, E. M.; DITTMAR, H. Body image and restrained eating in blind and sighted women: a preliminary study. *Body Image*, v. 7, p. 172-175, 2010.

AVALOS, L.; TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, v. 2, p. 285–297, 2005.

BAILES, S. M.; LAMBERT, R. M. Cognitive aspects of haptic form recognition by blind and sighted subjects. *British Journal of Psychology*, v. 77, p. 451-458, 1986.

BAIRD, S.M.; MAYFIELD, P.; BAKER, P. Mothers' interpretations of the behavior of their infants with visual and other impairments during interactions. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 91, p. 467-83, 1997.

BAKER, D.; SIVYER, R.; TOWELL, T. Body image dissatisfaction and eating attitudes in visually impaired women. *International Journal of Eating Disorders*, v. 24, n.3, p. 319-322, 1998.

BALON, et al. Looking beyond the biophysical realm to optimize health: results of a survey of psychological well-being in adults with congenital cardiac disease. *Cardiol Young*, v. 18, p. 494–501, 2008.

BAMPI, L. N. S.; GUILLHEM D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 1-9, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARNETT, D. et al. Building new dreams supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants and Young Childre,* v. 16, n. 3, p. 184–200, 2003.

BATISTA, C. G.; NUNES, S. S.; HORINO, L. E. Avaliação assistida de habilidades cognitivas em crianças com deficiência visual e com dificuldades de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p.381-393, 2004.

BAZON, F. V. M.; MASINI, E. F. S. A relação fraterna de crianças com cegueira congênita: estudo de três casos. *Ciências & Cognição*, v. 13, n. 2, p. 160-178, 2008.

BEDNY M. et al. A sensitive period for language in the visual cortex: Distinct patterns of plasticity in congenitally versus late blind adults. *Brain & Language, v.* 122, p. 162–170, 2012.

BEDNY M. et al. Sensitive period for a multimodal response in human visual motion area MT/MST. *Current Biology, v.* 20, p. 1900–1906, 2010.

BEHL, D.D., et al. Do mothers interact differently with children who are visually impaired? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 90, p. 501-11, 1996.

BERGER. E.M. The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, v.47, p. 778-782, 1952.

BERNEY, T. P. Autism - an evolving concept. *The British Journal of Psychiatry,* v. 176, p. 20-25, 2000.

BÉRTOLO, H.; et al. Visual dream content, graphical representation and EEG alpha activity in congenitally blind subjects. *Cognitive Brain Research* , v. 15, p. 277–284, 2003.

BESTEIRO et al. La razón y la emoción: integración de las intervenciones cognitivoconductuales y experenciales en el tratamiento de los trastornos de alimentación de larga evolución. *Nutr Hosp,* v. 24, n. 5, p. 614-617, 2009.

BICKENBACH, J. E. et al. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, v. 48, p. 1173-1187, 1999.

BIGELOW A. E. Blind and sighted children's spatial knowledge of their home Environments. *International Journal of Behavioral Development*, v. 19, n. 4, p. 797-816, 1996.

BIGELOW, A. Spatial mapping of familiar locations in blind children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, v. 85, n. 3, p. 113-117, 1991.

BILLS, R. E. A validation of changes in scores on the Index of Adjustment and Values as measures of changes of emotionality. *J. consult. Psychol*., v. 17, p. 135-138, 1953.

BILLS, R. E.; VANCE, E. L.; MCLEAN, O. S. An Index of Adjustment and Values. *Journal of Consulting Psychology,* v. 15, n. 3, p. 257-261, 1951.

BISHOP, M; HOBSON, R. P.; LEE, A. Symbolic play in congenitally blind children. *Development and Psychopathology,* v. 17, p. 447–465, 2005.

BLANK, H. R. Reflections on the special senses in relation to the development of affect with special emphasis on blindness. *Journal of the American Psychoanalytic Association, v.* 23, n. 1, p. 32-50, 1973.

BOVEN, R. W.; et al. Tactile spatial resolution in blind Braille readers. *Neurology,* v. 54, n. 12, p. 2230-2236, 2000.

BRAMBRING, M. Divergent development of gross motor skills in children who are blind or sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 100, n. 10, p. 620-634, 2006.

BRILLHART, B. Predictors of self-acceptance. *Rehabilitation Nursing*, v. 11, n. 2, p. 8-12, 1986.

BRITTAIN, I. Perceptions of disability and their impact upon involvement in sport for people with disabilities at all levels. *Journal of Sport and Social Issues,* v. 28, p. 429-452, 2004.

BROWN, R.; HOBSON R. P.; LEE A. Are there "Autistic-like" features in congenitally blind children? *J. Child Psycho. Psychiat.,* v. 38, n. 6, p. 693-703, 1997.

BRUCE, P. Relationship of self-acceptance to other variables with sixth grade children oriented in self-understanding. *The Journal of Educational Psychology,* v. 49, n. 5, p. 229-238, 1958.

BULLINGTON, J.; KARLSSON, G. Body experiences of persons who are congenitally blind: a phenomenological-psychological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, v. 91, n. 2, p. 151-162, 1997.

BURTON, H., et al. Adaptive changes in early and late blind: A fMRI study of Braille reading. *Journal of Neurophysiology*, v. 87, n. 1, 589–607, 2002b.

BURTON, H., et al. Adaptive changes in early and late blind: A FMRI study of verb generation to heard nouns. *Journal of Neurophysiology*, v. 88, n. 6, p. 3359–3371, 2002a.

CAMARGO, E. P. A comunicação como barreira à inclusão de alunos com deficiência visual em aulas de mecânica. *Ciência & Educação*, v. 16, n. 1, p. 259-275, 2010.

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

CAMPBELL, J. Maternal directives to young children who are blind. *Journal of Visual Impairnent & Blindness*, v. 97, n. 6, p. 355 – 365, 2003.

CAMPBELL, J.; JOHNSTON, C. Emotional availability in parent–child dyads where children are blind. *Parenting: Science and Practice*, v. 9, p. 216–227, 2009.

CARIGNAN, M. et al. Content validity of a home-based person-environment interaction assessment tool for visually impaired adults. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 45, n. 7, p. 1037–1052, 2008.

CARMELI, A.; YITZHAK-HALEVY, M.; WEISBERG, J. The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology,* v. 24, n. 1, p. 66-78, 2009.

CARR, D.; FRIEDMAN, M. A. Is obesity stigmatizing? body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 46, p. 244–259, 2005.

CARSON S. H.; LANGER, E. J. Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, v. 24, n. 1, p. 29-43, 2006.

CASH et al. Measuring "negative body image": Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image, v.* 1, n. 4, p. 363-372, 2004.

CASH, T. F. Crucial considerations in the assessment of body image. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. *Body image*: a handbook of science, practice, and prevention. 2ª edition. New York: Guilford press, 2011.

CASH, T. F. The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and images. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. *Body images*: development, deviance and change. New York: Guilford press, 1990.

CELESTE, M. Play behaviors and social interactions of a child who is blind: in theory and practice. *Journal of Visual Impairment & Blindness, v.* 100, n. 2, p. 75 – 90, 2006.

CEYHAN, A.; CEYHAN E. Investigation of university students' self-acceptance and learned resourcefulness: a longitudinal study. *Higher Education*, v. 61, n. 6, p. 649-661, 2011.

CHAMBERLAIN, J. M.; HAAGA, D. A. F. Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy,* v. 19, n. 3, p. 163-176, 2001.

CLARK L. A.; WATSON, D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, v. 7, n. 3, p. 309-319, 1995.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnóstcos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista de Psiquiatria Clínica,* v. *24*;(supl III), p. 7-12, 2002.

COLE, N. J.; TABOROFF L. H. The psychological problems of the congenitally blind child. *The American Journal of Orthopsychiatry*, v. 25, n. 3, p. 627- 643, 1954.

COLLIER, M. J.; SCOTT, M. Focus group discourses in a mined landscape. *Land Use Policy,* v. 27, p. 304–312, 2010.

CONGDON N.G.; FRIEDMAN D.S.; LIETMAN T. Important causes of visual impairment in the world today. *JAMA*, v. 290, n. 15, p. 2057-2060, 2003.

CONTI-RAMSDEN, G. PÉREZ-PEREIRA, M. Conversational interactions between mothers and their infants who are congenitally blind, have low vision, or are sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 93, n. 11, p. 691-703, 1999.

COOPER, P.J., et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, v. 6, 485–494, 1987.

COYNE et al. The impact of diabetic retinopathy: perspectives from patient focus groups. *Family Practice,* v. 21, n. 4, p. 447–453, 2004.

CRATTY, B. J; SAMS, T. A. *The body image of blind children*. New York: The American Foundation for the Blind, 1968.

CRONE D.; SMITH A.; GOUGH B. 'I feel totally at one, totally alive and totally happy': a psycho-social explanation of the physical activity and mental health relationship. Health Education Research, v. 20, n. 5, p. 600-611, 2005.

CROWNE, D. P.; STEPHENS M. W. Self-acceptance and self-evaluative behavior: a critique of methodology. *Psychological Bulletin,* v. 58, n. 2, p. 104-121, 1961.

CUMBIE, B. A.; SANKAR C. A. The need for effective network interconnectivity among multiple partners in a disaster-embattled region: a content analysis of an exploratory Focus Group. *Study Journal of contingencies and Crisis Management,* v. 18, n. 3, p. 155-164, September 2010.

DAMÁSIO, A. R. *O mistério da consciência*: do corpo e das emoções ao conhecimento em si. Trad. Laura Teixeira Motta. 7ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DAVIES, M. F. Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, v. 24, n. 2, p. 113-124, 2006.

DAVIES, M. F. Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. III. The relative importance of different types of irrational belief. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, v. 26, n. 2, p. 102-118, 2007.

DELINSKY, S. S. Body image and anorexia nervosa. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. *Body image*: a handbook of science, practice, and prevention. 2ª edition. New York: Guilford press, 2011.

DETMAR, S. B. et al. The use of focus groups in the development of the Kidscreen HRQL questionnaire. *Quality of Life Research*, v. 15, p.1345–1353, 2006.

DeVELLIS, R. F. *Scale development*: theory and applications. 2 ed. Newbury Park CA: Sage Publications, 2003.

DOTE-KWAN, J. Impact of mothers' interactions on the development of their young visually impaired children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*; v. 89, n. 1, p. 46, 1995.

DOTE-KWAN, J.; HUGHES, M.; TAYLOR, S. L. Impact of early experiences on the development of young children with visual impairments: revisited. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 91, p. 131-44, 1997.

DUFF, A.; FERGUSON, J.; GILMORE, K. Issues concerning the employment and employability of disabled people in UK accounting firms: an analysis of the views of human resource managers as employment gatekeepers. *The British Accounting Review,* v. 39, p. 15–38, 2007.

EASTMAN, D. Self acceptance and marital happiness. *Journal at Consulting Psychology, v.* 22, n. 2, p. 95-99, 1958.

ELISA, F. et al. Gross motor development and reach on sound as critical tools for the development of the blind child. *Brain & Development*, v. 24, p. 269–275, 2002.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: A metasynthesis of qualitative studies. *Annals of Clinica l Psychiatry,* v. 21, n. 1, p. 38-48, 2009.

FARBER, R. S. Mothers with disabilities: in their own voice. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 54, n. 3, p. 260–268, 2000.

FAVA, G. A.; RUINI, C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* v. 34, p. 45–63, 2003.

FAZZI, E. et al. Stereotyped behaviours in blind children. *Brain & Development*, v. 21, p. 522-528, 1999.

FERNÁNDEZ, P. S. et al. Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la salud. *Enfermería Clínica*, v.15, n. 4, p. 227-36, 2005.

FERNÁNDEZ-ARANDA F. et. al. Blindness and bulimia nervosa: a description of a case report and its treatment. *International Journal of Eating Disorders*, v. 39, n. 263, 2006.

FEY, W. F. Accepance of self and others, and its relation to therapy-readiness. *Journal of clinical psychology*, v. 10, n. 3, p. 269-271, 1954.

FICHTEN, C. S. et al. Reactions toward dating peers with visual impairments. *Rehabilitation Psychology*, v. 36, n. 3, p. 163-178, 1991.

FIEHLER, K.; REUSCHEL, J; RÖSLER, F. Early non-visual experience influences proprioceptive-spatial discrimination acuity in adulthood. *Neuropsychologia*, v. 47, p. 897–906, 2009.

FLECK, M. P. A et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FOLEY, D.; CHOWDHURY, J. Poverty, social exclusion and the politics of disability: care as a social good and the expenditure of social capital in Chuadanga, Bangladesh. *Social Policy & Administration*, v. 41, n. 4, p. 372–385, 2007.

FORBES, et. al. Association of the thin body ideal, ambivalent sexism, and self-esteem with body acceptance and the preferred body size of college women in Poland and the United States. *Sex Roles,* v. 50, n, 5/6, p. 331-345, 2004.

FOSTER A, RESNIKOFF S. The impact of Vision 2020 on global blindness. *Eye* (Lond), v. 19, n. 10, p. 1133-1135, 2005.

FRIES, E. The social psychology of blindness. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, v. 25, n. 1, p. 14-25, 1930.

GALACZI, et al. Developing assessment scales for large-scale speaking tests: a multiple-method approach. *Assessment in education: principles, policy and practice*, v. 18, n. 3, p. 217-237, 2011.

GALVIN, R. D. Researching the disabled identity: contextualizing the identity transformations which accompany the onset of impairment. *Sociology of Health & Illness, v*. 27, n. 3, p. 393–413, 2005.

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.

GARDNER, R. M.; JAPPE, L. M.; Gardner L. Development and Validation of a New Figural Drawing Scale for Body-Image Assessment: The BIAS-BD. *Journal of Clinical Psychology*, v. 65, n. 1, p. 113-122, 2009.

GATTI, B. A. Grupo *focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

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.

GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.

GORODZEISKY, A. Focus groups as a tool in the construction of questionnaires: the case of discriminatory attitudes. *Quantity and Quality*, Published Online: 07 January 2010.

GOUGOUX F, et al. A functional neuroimaging study of sound localization: visual cortex activity predicts performance in early-blind individuals. *PLoS Biol*, v. 3, n. 2, p. 324-333, 2005.

GRAYSON, M. The concept of acceptance in physical rehabilitation. The Military Surgeon. 107, 221-226, 1950.

GREENBAUM, T. L. *The handbook for focus group research*. 2 ed. United States of America: Sage Publications, 1998.

GUSZKOWSKA, M; PATER, B. Body self-esteem, self-acceptance and mental health status in physically disabled athletes and nonathletes. *Postepy Rehabilitacji*, v. 24, n. 2, p. 37-43, 2010.

GZIL, F.; et al. Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability and Rehabilitation*, v. 29, n. (20 – 21), p. 1616 – 1624, 2007.

HAIR J. F Jr, et al. Análise Multivariada de Dados, 6ª ed., S.Paulo: Bookman, 2009.

HALL, A. Mental images and the cognitive development of the congenitally blind. Journal of Visual Impairment and Blindness, v. 75, n. 7, p. 281-284, 1981.

HALL, E. C.; et al. Childhood visual experience affects adult voluntary ocular motor control. *Optometry and Vision Science*, v. 77, n. 10, p. 511-523, 2000.

HAPPÉ, F.; RONALD, A. The 'Fractionable Autism Triad': a review of evidence from behavioural, genetic, cognitive and neural research. *Neuropsychol Rev*, v. 18, p. 287–304, 2008.

HERBOZO S., THOMPSON J. K. Development and validation of the verbal commentary on physical appearance scale: Considering both positive and negative commentary. *Body Image*, v. 3, p. 335–344, 2006.

HINKIN, T. R. A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. *Journal of Management,* v. 21, n. 5, p.967*-988,* 1995.

HOBSON, P. R.; BISHOP, M. The pathogenesis of autism: insights from congenital blindness. *Phil. Trans. R. Soc*., v. 358, n. 1430, p. 335-344, 2003.

HOBSON, R. P.; LEE, A ; BROWN, R. Autism and congenital blindness. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* v. 29, n. I, 1999.

HUEARA, L. et al. O faz-de-conta em crianças com deficiência visual: identificando habilidades. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 12, n. 3, p. 351-368, 2006.

HUGHES, B. The constitution of impairment: modernity and the aesthetic of oppression. *Disability & Society,* v. 14, n. 2, pp. 155- 172, 1999.

IBGE. Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. ISSN 0104-3145, Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.

JACOBI, L; CASH, T. F. In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self-ideal percepts of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 24, n. 5, p. 379-396, 1994.

JAMES, D. M.; STOJANOVIK, V. Communication skills in blind children: a preliminary investigation. *Child: care, health and development, v.* 33, n. 1, p. 4–10, 2006.

JENKS, E. B. Explaining disability: parents' stories of raising children with visual impairments in a sighted world. *Journal of Contemporary Ethnography,* v. 34, p. 143 - 169, 2005.

JIANG, J.; et al. Thick visual cortex in the early blind. *The Journal of Neuroscience*, v. 29, n. 7, p. 2205–2211, 2009.

JIMENEZ S. S.; NILES B. L.; PARK C. L. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences,* v. 49, p. 645–650, 2010.

KAPLAN-MYRTH N. Alice without a looking glass: blind people and body image. *Anthropology & Medicine*, v. 7, n. 3, p. 277-299, 2000.

KARREMANS, J, C.; FRANKENHUIS W. E.; ARONS, S. Blind men prefer a low waist-to-hip ratio. *Evolution and Human Behaviour*, v. 31, p. 182-186, 2010.

KEEGAN, D. L.; ASH, D. D. G.; GREENOUGH, T. Blindness: some psychological and social implications. *Canadian Psychiatric Association Journal*, v. 21, n. 5, p. 333-340, 1976.

KIND L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KINSBOURNE, M.; LEMPERT, H. Human figure representation by blind children. *The Journal of General Psychology*, v. 102, p. 33-37, 1980.

KITCHIN et al., Belfast without sight: exploring geographies of blindness. *Irish Geography*, v. 31, n. 1, p. 34-46, 1998.

KRISTELEER, J. L.; WOLEVER, R. Q. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, v. 19, p. 49–61, 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.

LAMBERT, R.; WEST, M. Parenting styles and the depressive syndrome in congenitally blind individuals. *Journal of Visual Impairment & Blindness,* v. 74, n. 9, p. 333 – 337, 1980.

LAPLANE, A. L. F.; BATISTA, C. G. Ver, não ver e aprender: a participação de crianças com baixa visão e cegueira na escola. *Cad. Cedes*, v. 28, n. 75, p. 209-227, 2008.

LATHAM K., USHERWOOD C. Assessing visual activities of daily living in the visually impaired. *Ophthalmic and Physiological Optics*, v. 30, p. 55-65, 2010.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [online]., v.35, n.2, pp. 115-121, 2001.

LEV-WIESEL R.; AHARONI S.; BAR-DAVID K. Self-figure drawings of born- blind adults: stages of artistic development and the expression. *The Arts in Psychotherapy*, v. 29, p. 253-259, 2002.

LIU, Y.; et al. Whole brain functional connectivity in the early blind. *Brain*, v. 130, p. 2085-2096, 2007.

LOBIANCO, A. F.; SHEPPARD-JONES, K. Perceptions of disability as related to medical and social factors. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 37, n. 1, p. 1–13, 2007.

LONG, R.G. Housing design and persons with visual impairment: Report of focus-group discussions. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 89, n.1, Jan/Feb 1995.

LOOTS, G., DEVISE, I., SERMIJN, J. The interaction between mothers and their visually impaired infants, an intersubjective developmental perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness,* v. 97, n.7, p. 403 – 417, 2003.

MA, Y.; HAN, S. Neural representation of self-concept in sighted and congenitally blind adults. *Brain: a Journal of Neurology*, v. 134, p. 235-246, 2011.

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.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de Marketing*: uma orientação aplicada. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MASINI,E.F. *A educação do portador de deficiência visual* - as perspectivas do vidente e do não vidente. Tendências e Desafios da Educação Especial. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto-MEC /Secretaria da Educação Especial -SEESP, 1993.

McClintock, J. M.; Evans. I. M. The underlying psychopathology of eating disorders and social phobia: a structural equation analysis. *Eating Behaviors,* v. 2, p. 247–261, 2001.

McCREARY, D. R. Body Image and Muscularity. In: : CASH, T. F.; SMOLAK, L. *Body image*: a handbook of science, practice, and prevention. 2ª edition. New York: Guilford press, 2011.

McCREARY, D. R.; SASSE, D. K. An exploration of the drive for muscularity in adolescent and girls. *Journal of American College Health*, v. 48, n.6, p. 297-304, 2000.

McFARLANE, A. C. Blindness and anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 34, n. 5, p. 431-433, 1989.

McINTYRE, C. J. Acceptance by others and its relation to acceptance of self and others. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* v. 47, p. 624-625, 1952.

MENZEL, J. E.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Attitudinal assessment 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.

MONEGATO, et al. Comparing the effects of congenital and late visual impairments on visuospatial mental abilities. *Journal of visual impairment & Blindness*, v.101, n.5, p. 278-295, 2007.

MORGADO, et al. Initial evidence of the reliability and validity of a Three-dimensional Body Rating Scale for the congenitally blind. *Perceptual & Motor Skills,* v. 116, n. 1, p. 1-15, 2013.

MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M . E. C. Análise exploratória das Escalas de Silhuetas Bidimensionais e Tridimensionais adaptadas para a pessoa com cegueira. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.16, n.1, p.47-64, 2010b.

MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C. Adaptação de Escalas de Silhuetas Bidimensionais e Tridimensionais para o deficiente visual. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.17, n.1, p.21-36, 2011.

MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C. Escala de Silhuetas bidimensionais: uma investigação acerca de sua aplicabilidade ao cego congênito. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte,* v.31, n.2, p.61-73, 2010a.

MORGADO, F.F.R; CAMPANA, A.N.N.B; TAVARES M.C.G.C.F. Aplicabilidade do grupo focal com pessoas cegas. *Revista Benjamin Constant*, n. 52, agosto, 2012.

MORGAN, D.L. Focus groups. *Annu. Rev. Sociol*. n. 22, p. 129-152, 1996.

MORRONGIELLO, B. A. et al. Spatial knowledge in blind and sighted children. *Journal of Experimental Child Psychology*, v. 59, n. 2, p. 211-233, 1995.

MUNRO, B. H. Statistical methods for health care research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 2001. Chap 10, p. 245-5.

MURPHY, F.M., O'DRISCOLL, M. Observations on the motor development of visually impaired children: Interpretations from video recordings. *Physiotherapy*, v. 75, n. 9, p. 505-508, 1989.

NEGY, C.; WINTON, S. A comparison of pro- and anti-nudity college students on acceptance of self and of culturally diverse others. *Journal of Sex Research*, v. 45, n. 3, p. 287-294, 2008.

NEUMARK-SZTAINER et al. Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. v. 157, p. 803-810, 2003.

NOORDZIJ, M. L., ZUIDHOEK, S., POSTMA, A. The influence of visual experience on visual and spatial imagery. *Perception*, v. 36, p. 101–112, 2007.

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*. New York: McGraw Hill, 1967.

O'DAY B. L; KILLEEN M.; IEZZONI L. I. Improving health care experiences of persons who are blind or have low vision: suggestions from Focus Groups. *American Journal of Medical Quality,* v. 19, n. 193, 2004.

O'DEA, J. A. Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders*, v. 12, p. 225–239, 2004.

OCHAITA, E.; ROSA, A. Percepção, ação e conhecimento nas crianças cegas. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, v. 3.

OMWAKE, K. T. The relation between acceptance of self and acceptance of others shown by three personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, v. 18, n. 6, p. 443-446, 1954.

PASQUALI, L. *Instrumentação psicológica:* fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. *Psicometria:* teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

PEARSON, A., FOLLETTE, V. HAYES, S.C. A pilot study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a workshop intervention for body image, *Cognitive and Behavioral Practice*. (in press), 2011.

PHILLIPS, E. L. Attitudes toward self and others: a brief questionnaire report. *Journal of Consulting Psychology, v.* 15, n. 1, p. 79-81, 1951.

PIERCE, J. W.; WARDLE, J. Body size, parental appraisal, and self-esteem in blind children. *J. Child Psychiat*., v. 37, n. 2, p. 205-212, 1996.

POTOCKA, A.; TURCZYN-JABŁOŃSKA, K.; KIEĆ-ŚWIERCZYŃSKA, M. Self-image and quality of life of dermatology patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health,* v. 21, n. 4, p. 309 – 317, 2008.

RECCHIA, S.L. Social communication and response to ambiguous stimuli in toddlers with visual impairments. *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. 18, n. 3, p. 297-316 , 1997.

RESNICK, R. An exploratory study of the lifestyles of congenitally blind adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 77, n. 10, p. 476-481, 1983.

RESNIKOFF et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 82, n. 11, p. 844-851, 2002.

ROBEL, L. Evolution of the concept of autism. *Revue du Praticien*, v. 60, n. 3, p. 376-378, 2010.

ROGERS, C. R., DYMOND, R. F. (Eds.) *Psychotherapy and personality change.* Chicago: Univer. Chicago Press, 1954.

RUMSEY, N. Optimizing body image in disfiguring congenital conditions: surgical and psychosocial interventions. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image*: a handbook of theory, research & clinical practice. Nova Iorque: Guilford Press, 2004. p. 431-439.

RUOTOLO, F.; et al. Sequential vs simultaneous encoding of spatial information: a comparison between the blind and the sighted. *Acta Psychologica*, v. 139, p. 382–389, 2012.

RYFF C. D.; SINGER B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, v. 9, p.13–39, 2008.

RYFF C. D.; SINGER B. H. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*, v. 65, p. 14-23, 1996.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology,* v. *57,* p. 1069-1081, 1989.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The Structure of Psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 69, n. 4, p. 719-727, 1995.

SAHIN, H; AKYOL, A. D. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, v. 19, p. 2271–2279, 2010.

SAIKALI, C. J.; et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin*., v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SÁNCHEZ J.; TORRE, N. Autonomous navigation through the city for the blind. *ASSETS'10 - Proceedings of the 12th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility*, p. 195-202, 2010.

SANDLER, A. M.; HOBSON, R. P. On engaging with people in early childhood: the case of congenital blindness. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, v*. 6, n. 2, p. 205 – 222, 2001.

SANTIN, S., SIMMONS, J. N. Problems in the construction of reality in congenitally blind children. *Journal of Visual Impairment & Blindness,* v. 71, n. 10, p. 425 – 429, 1977.

SCAMBLER, G. Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness,* v. 31, n. 3, p. 441–455, 2009.

SCHILDER P. *A imagem do corpo*: as energias construtivas da psique. 3th ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHINAZI, V. R. Psychosocial implications of blindness and low-vision. *Centre for advanced Spatial Analysis*. Paper Series 114-Feb 2007.

SCOTT, J. The effect of perfectionism and unconditional self-acceptance on depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, v. 25, n. 1, p. 35-64, 2007.

SHARP, C. W. Anorexia nervosa and depression in a woman blind since the age of nine months. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 38, n. 7, p. 469-471, 1993.

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. *Journal of Consulting Psychology*, v. 13, n. 3, p. 169-175, 1949.

SHONTZ, F. C. Body image and physical disability. CASH,T.; PRUZINSKY,T. *Body Images*: development, deviance and change. New York: The Guilford Press, 1990.

SHULMAN, D. G. Considerations in the treatment of the adult blind patient. *Journal of Clinical Psychology*, v. 42, n. 2, p. 297-302, 1986.

SINGH, S.; TANU. Personal Influences in Depression among Female Adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology,* v. 37, Special Issue, p. 40-46, 2011.

SMITH-JACKSON, T.; REEL, J. J.; THACKERAY, R. Coping with "Bad Body Image Days": Strategies from first-year young adult college women. *Body Image*, v. 8, p. 335– 342, 2011.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. São Paulo: Artmed Editora, 2007.

SOUZA, C. M. L.; BATISTA, C. G. Interação entre crianças com necessidades especiais em contexto lúdico: possibilidades de desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 3, p. 383-391, 2008.

STANFORD, J. N.; McCABE, M. P. Body image ideal among males and females: sociocultural influences and focus on different body parts. *Journal of Health Psychology*, v. 7, n. 6, p. 675-684, 2002.

STEYAERT, J. G.; MARCHE, W. What's new in autism? *Eur J Pediatr,* v. 167, p. 1091–1101, 2008.

STRAUSER, D. R.; LUSTIG, D. C.; CIFTCI, A. Psychological well-being: its relation to work personality, vocational identity, and career thoughts. *The Journal of Psychology*, v. 142, n. 1, p. 21-35, 2008.

SWAMI, V., TOVÉE, M. J. Male physical attractiveness in Britain and Malaysia: A cross-cultural study. *Body Image*, v. *2*, p. 383–393, 2005.

TAGER, D.; GOOD, G. E.; MORRINSON, J. B. Our bodies, ourselves revisited: male body image and psychological well-Being. *International Journal of Men's Health,* v. 5, n. 3, p. 228-237, 2006.

TALARCZYK, M. Reflections on patients diagnosed with anorexia and bulimia nervosa in the context of subjectivity, self-acceptance and freedom as sources of dignity. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, v. 4 , p. 73–84, 2011.

TAVARES M. C. G. C. *Imagem Corporal*: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole, 2003.

THINUS-BLANC, C.; GAUNET, F. Representation of space in blind persons: vision as a spatial sense? *Psychological Bulletin*, v. 121, n. 1, p. 20-42, 1997.

TIGGEMANN, M.; MARTINS, Y.; CHURCHETT, L. Beyond muscles: unexplored parts of men's Body Image. *Journal of Health Psychology*, v. 13, p. 1163-1172, 2008.

TOUYZ, et al. Anorexia nervosa in a woman totally blind since birth. *British Journal of Psychiatry*, v. 153, p. 248-250, 1988.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p.777-796, 2009.

TRIPP, S. What contribution, if any, can social construction theories make to understanding the experience of disabling conditions? *Journal of Orthopaedic Nursing,* v. 1, p. 17-20, 1997.

TUNDE-AYINMODE M. F., AKANDE T. M., ADEMOLA-POPOOLA D. S. Psychological and social adjustment to blindness: Understanding from two groups of blind people in Ilorin, Nigeria. Ann Afr Med, v. 10, n. 155-64, 2011.

TYLKA, T. L. Positive Psychology perspectives on body image. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. *Body image*: a handbook of science, practice, and prevention. 2ª edition. New York: Guilford press, 2011.

UNGAR, S. Cognitive mapping without visual experience. In: Kitchin, R. & Freundschuh, S. (eds) *Cognitive Mapping: Past Present and Future*.London: Routledge, 2000.

UNGAR, S.; BLADES, M.; SPENCER, C. The construction of cognitive maps by children with visual impairments, In: J. Portugali (Ed.). *The Consruction of Cognitive Maps* (pp.247-273). Netherlands, Kluwer Academic Publishers, 1996.

VANDEREYCKEN, W. Anorexia nervosa and visual impairment. *Comprehensive Psychiatry*, v. 27, n. 6, p. 545-548, 1986.

VECCHI, T. Visuo-spatial imagery in congenitally totally blind people. *Memory*, v. 6, n. 1, p. 91–102, 1998.

VOSS, P.; et al. Differential occipital responses in early- and late-blind individuals during a sound-source discrimination task. *NeuroImage*, v. 40, p. 746–758, 2008.

WALSH, W. B; et al. Consistent occupational preferences and satisfaction, self concept, self acceptance and vocational maturity. *Journal of Vocational Behavior*, v. 3, p. 453-463, 1973.

WAN, C. Y.; et al. Congenital blindness leads to enhanced vibrotactile perception. *Neuropsychologia, v.* 48, p. 631–635, 2010.

WATSON, N. Well, I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: identity and disability. *Disability & Society,* v. 17, n. 5, p. 509–527, 2002.

WHO, World Health Organization. Change the Definition of Blindness. Disponível em: http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf acesso em: 20/10/2011a.

WHO, World Health Organization. Global data on visual impairments 2010. Disponível em [http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf]. Acesso em 26/11/2012.

WHO, World Health Organization. WHO releases the new global estimates on visual impairment. Disponível em: http://www.who.int/blindness/en/, acesso em: 18 de outubro de 2011b.

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, G. T. Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders and Obesity. *Behavior Therapy*, v. 27, p, 417-439, 1996.

WINLDER, R. C.; MYERS, R. A. Some concomitants of self-ideal discrepancy measures of self-acceptance. *Journal of Counseling Psychology, v.* 10, n. 1, p. 83-86, 1963.

WITTENBERG, G. F. et al. Functional connectivity between somatosensory and visual cortex in early blind humans. *European Journal of Neuroscience*, v. 20, p. 1923–1927, 2004.

WOOD, A. M.; JOSEPH, S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders,* v. 122, p. 213–217, 2010.

WOOD, N.; WARD, S. Stigma, secrets, and the human condition: seeking to remedy alienation in postsecret's digitally mediated environment. *Symbolic Interaction*, v. 33, n.4, p. 578–602, 2010.

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*, v. 7, p. 106-116, 2010.

YAGER, J.; HATTON, C. A.; MA, L. Anorexia nervosa in a woman totally blind since the age of two. British Journal of Psychiatry, v. 149, p. 506-509, 1986.

ZHANG, X.; WANG A. Development of a psychosocial adaptation questionnaire for Chinese patients with visual impairments. *Journal of Clinical Nursing*, v. 20, p. 2822–2829, 2011.

ANEXO

Anexo A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 15/04/10
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 187/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0147.0.146.146-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DE UM QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM CEGUEIRA".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fabiane Frota de Rocha Morgado
INSTITUIÇÃO: Centro de Estudos do Instituto Benjamin Constant, RJ.
APRESENTAÇÃO AO CEP: 15/03/2010
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/04/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Construir, validar e testar a confiabilidade de um questionário de avaliação dos afetos, crenças e comportamentos relacionados ao próprio corpo dos sujeitos com cegueira congênita.

III - SUMÁRIO

Tratá-se de uma pesquisa quali-quantitativa, na qual será criado um questionário de avaliação do componente atitudinal da imagem corporal do sujeito com cegueira chamado de "Questionário multidimensionalde avaliação atitudinal - Cegueira congênita (QMAA-CC), que avalia as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental". A pesquisa será dividida em quatro fases: 1) construção semântica do QMAA-CC; 2) validação do conteúdo, 3) validação de constructo e 4) confiabilidade (cada uma dessas fases está descrita no projeto). A população do estudo será composta por seis sujeitos da pesquisa descritos no projeto na sua primeira fase. Na fase 2 (validação) participarão peritos, sendo 4 revisores Braille do IBC, três doutores em imagem corporal e três doutores em deficiência visual deverão ocorrer um pré-teste para assegurar a clareza das questões. Na fase três há o constructo é desenvolvido para organizar e explicar consistências de respostas observadas, o número de sujeitos não está definido e deve ser entre 5 e 10 para cada item do questionário. Na fase 4 também participarão sujeitos cegos, entretanto o número de indivíduos será o dobro do item anterior. Há um cronograma e um orçamento, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um documento de anuência do Instituto Benjamin Constant.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de março de 2010.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

APÊNDICES

Apêndice A

TCLE GRUPO FOCAL

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
Departamento de Educação Física Adaptada

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Construção, validação e confiabilidade de um questionário de avaliação da imagem corporal de pessoas com cegueira

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO
ENDEREÇO: Av. Oscar Pedroso Horta, 121, AP. 01, Cidade Universitária. Campinas, SP CEP: 13083-510.
FONE: (32) 3231-4765 ou (32) 9987-9962 – E-MAIL: FABI.FRM@HOTMAIL.COM

JUSTIFICATIVA: Atualmente, há uma escassez de medidas para avaliar a imagem corporal do sujeito com cegueira congênita, especialmente, os afetos, as crenças e os comportamentos relacionados ao próprio corpo. Este estudo pretende criar um instrumento útil de avaliação da imagem corporal deste grupo, o que poderá aumentar os estudos nesta área, os quais se encontram limitados até este momento.

OBJETIVOS: Construir, validar e testar a confiabilidade de um questionário de avaliação dos afetos, das crenças e dos comportamentos relacionados ao próprio corpo dos sujeitos com cegueira congênita.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, caso aceite nosso convite, irá participar de um Grupo Focal, com a duração aproximada de uma hora e meia. Neste, você e outros participantes poderão conversar com o pesquisador, respondendo a um roteiro de perguntas que abrange seus pensamentos, afetos e comportamentos relacionados a seu corpo. Esta conversa será filmada e gravada. Sua opinião será a base para a construção de itens de um Questionário.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: A sua participação nesta pesquisa não acarretará em riscos previsíveis, pois este estudo não apresenta riscos mensuráveis, isto é, não haverá danos significativos a sua integridade.

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 uma medida válida e precisa para diagnosticar alterações nesta imagem. 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 e 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 e pesquisa da UNICAMP, no número (19) 3521-8936, ou no endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, cp 611113083-887, Campinas-SP.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: 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.

ORIENTADOR: PROF. DR. MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES

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 expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu 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
_____	_____
Assinatura da Testemunha	Data
_____	_____
Assinatura do Pesquisador Responsável	Data

Apêndice B

FORMULÁRIO DE JULGAMENTO DOS PERITOS

Prezado pesquisador,

Sou aluna de doutorado da Faculdade de Educação Física da Unicamp, orientada pela professora Maria da Consolação G. C. F. Tavares. Em nossa pesquisa, estamos desenvolvendo uma Escala que objetiva avaliar a "autoaceitação" de pessoas com cegueira congênita ou precoce.

A autoaceitação é um elemento da imagem corporal positiva. O conceito de autaoceitação diz respeito às atitudes positivas das pessoas em relação ao próprio corpo, ou seja, é a aceitação do indivíduo, tanto de suas características positivas quanto negativas (Aykut Ceyhan; Esra Ceyhan, 2011)[14]. Desse modo, o indivíduo que apresenta autoaceitação demonstra amor e admiração pelo seu corpo e sente-se confortável com suas características (Wood-Barcalow, Tylka, Augustus-Horvath, 2010)[15].

Um dos primeiros procedimentos no processo de criação de escalas é a construção dos itens. Nesta pesquisa, os itens foram criados a partir de informações disponíveis na literatura e de informações colhidas em dois grupos focais realizados com 11 pessoas com cegueira congênita (6 em um grupo e 5 em outro) do Instituto Benjamin Constant – Rio de Janeiro/RJ. O passo seguinte à criação dos itens é o seu julgamento por diferentes peritos na área em questão. Considerando a importância desse procedimento, lhe convido para ser perito desta Escala e conto com sua valorosa contribuição para avaliar diferentes aspectos inerentes à Escala.

Este relatório está dividido em quatro partes, sendo a primeira delas composta apenas da apresentação da Escala, a segunda consta do julgamento das instruções da escala e a terceira e quarta partes constam do julgamento dos itens.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção e empenho e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente, Fabiane Morgado.

---

[14] AYKUT CEYHAN, A.; ESRA CEYHAN. Investigation of university students' self-acceptance and learned resourcefulness: a longitudinal study. *High Educ,* v. 61, p. 649–661, 2011.

[15] 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,* v. 7, p. 106–116, 2010.

PARTE I: APRESENTAÇÃO DA ESCALA

Nesta etapa, haverá somente a apresentação geral da Escala.

Escala de Avaliação da Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce

Instruções ao pesquisador (ou ledor):

Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com cegueira congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações:

j) O pesquisador deve ler as informações contidas na Escala a cada participante, individualmente;
k) A leitura deve ser feita em um ritmo pausado e compreensível pelo participante;
l) O pesquisador deve se preocupar em utilizar o mesmo tom de voz, de modo a não enfatizar um aspecto da Escala em detrimento de outro;
m) O pesquisador deve ser imparcial em sua leitura, abstendo-se de qualquer palpite na resposta do entrevistado;
n) Se necessário, cada conteúdo da Escala deverá ser repetido até que seja totalmente compreendido pelo participante;
o) 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) 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 *6, 10, 15, 19, 26 e 32* 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 33 perguntas. Eu vou ler para você cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea, pensando nestas últimas quatro semanas. 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. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

b) Você assiste televisão até tarde?

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

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

1. Você pratica atividade física?

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

2. Você se considera fisicamente atraente?

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

3. Você evita pessoas que te julgam pela sua cegueira?

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

4. Você possui boa orientação espacial?

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

5. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?

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

6. Você se sente triste com algumas atitudes negativas da sociedade a seu respeito?

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

7. Você cuida de sua aparência?

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

8. Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta?

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

9. Você acredita que seu trabalho tem valor?

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

10. Você se preocupa com opiniões preconceituosas a seu respeito?

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

11. Você gosta de seu corpo como ele é?

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

12. Você busca ter uma alimentação saudável?

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

13. Você se considera capaz de cuidar de você?

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

14. Você acredita que tem condições de alcançar seus objetivos?

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

15. Você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

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

16. Você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?

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

17. Você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?

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

18. Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?

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

19. Você acha que sua cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?

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

20. Você sente que tem valor, mesmo se sofre algum tipo de preconceito?

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

21. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

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

22. Você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?

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

23. Você gosta do jeito que é?

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

24. Você reconhece suas qualidades?

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

25. Você tem uma postura positiva em relação a sua vida?

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

26. Você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?

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

27. Você procura ser independente?

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

28. Você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?

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

29. Você gosta de sua aparência?

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

30. Você busca ter independência financeira?

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

31. Você consegue desviar de obstáculos na rua?

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

32. Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?

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

33. Você gosta de cuidar de você?

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

PARTE II: AVALIAÇÃO DAS INSTRUÇÕES

Por favor, avalie as instruções ao pesquisador e ao participante, oferecendo uma das seguintes notas: -1 (inadequado), 0 (refazer), 1 (adequado). Se a nota for -1 ou 0, solicito que o sr(a) realize sugestões.

Instruções ao pesquisador (ou ledor)	Nota	Sugestão
Esta Escala objetiva avaliar a autoaceitação de adultos com cegueira congênita ou precoce e deve ser aplicada mediante as seguintes recomendações: q) O pesquisador deve ler as informações contidas na Escala a cada participante, individualmente; r) A leitura deve ser feita em um ritmo pausado e compreensível pelo participante; s) O pesquisador deve se preocupar em utilizar o mesmo tom de voz, de modo a não enfatizar um aspecto da Escala em detrimento de outro; t) O pesquisador deve ser imparcial em sua leitura, abstendo-se de		

<table>
<tr><td>qualquer palpite na resposta do entrevistado;
u) Se necessário, cada conteúdo da Escala deverá ser repetido até que seja totalmente compreendido pelo participante;
v) 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;
w) 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 6, 10, 15, 19, 26 e 32 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.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Instruções ao participante</td><td>Nota</td><td>Sugestão</td></tr>
<tr><td>Esta Escala contém 33 perguntas. Eu vou ler para você cada uma delas e gostaria que você as respondesse de forma espontânea, pensando nestas últimas quatro semanas. 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. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:
a) Você assiste televisão até tarde?
<table>
<tr><td>(1)
Nunca</td><td>(2)
Raramente</td><td>(3)
Às vezes</td><td>(4)
Frequentemente</td><td>(5)
Sempre</td></tr>
</table>
Então, eu marcarei no formulário a sua indicação. Vamos começar?</td><td></td><td></td></tr>
</table>

PARTE III: ANÁLISE DOS ITENS

- **Julgamento do conteúdo**

Considerando que autoaceitação diz respeito às atitudes positivas das pessoas em relação à própria identidade corporal, incluindo aceitação tanto de suas características positivas quanto negativas, solicito-lhe que julgue se cada item da Escala tem seu conteúdo relacionado à "autoaceitação". O julgamento deve ser feito na tabela abaixo, da seguinte forma:

a) **-1** = Não, o item não se refere à autoaceitação;

b) **0** = Duvidoso, não tenho certeza se o item se refere à autoaceitação;

c) **1** = Sim, o item se refere à autoaceitação.

ITENS	**Julgamento do conteúdo**
1. Você pratica atividade física?	
2. Você se considera fisicamente atraente?	
3. Você evita pessoas que te julgam pela sua cegueira?	
4. Você possui boa orientação espacial?	
5. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?	
6. Você se sente triste com algumas atitudes negativas da sociedade a seu respeito?	
7. Você cuida de sua aparência?	
8. Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta?	
9. Você acredita que seu trabalho tem valor?	
10. Você se preocupa com opiniões preconceituosas a seu respeito?	
11. Você gosta de seu corpo como ele é?	
12. Você busca ter uma alimentação saudável?	
13. Você se considera capaz de cuidar de você?	
14. Você acredita que tem condições de alcançar seus objetivos?	
15. Você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	
16. Você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?	
17. Você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?	
18. Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?	
19. Você acha que sua cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?	
20. Você sente que tem valor, mesmo se sofre algum tipo de preconceito?	
21. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?	
22. Você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?	
23. Você gosta do jeito que é?	
24. Você reconhece suas qualidades?	
25. Você tem uma postura positiva em relação a sua vida?	
26. Você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?	
27. Você procura ser independente?	
28. Você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?	
29. Você gosta de sua aparência?	
30. Você busca ter independência financeira?	
31. Você consegue desviar de obstáculos na rua?	
32. Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?	
33. Você gosta de cuidar de você?	

❖ **Agrupamento dos itens por fatores**

De acordo com informações disponíveis na literatura e com a análise do resultado dos grupos focais realizados, hipotetizamos que a autoaceitação para a população cega gira em torno de quatro fatores: Cuidar do corpo, Proteger-se de estigmas sociais, Gostar do corpo e Sentir-se capaz. Por favor, julgue quais dos itens da tabela seguinte **estão mais relacionados a cada um desses fatores**, classificando-os com as letras C, P, G, S ou N, conforme indicação abaixo. Cada item só poderá ser classificado **em apenas um** dos fatores abaixo.

a) **C** = Cuidar do corpo (atitudes relacionadas ao cuidado do próprio corpo, que englobam o cuidado com a aparência, alimentação, com a funcionalidade do corpo, com a vida, entre outros);
b) **P** = Proteger-se de estigmas sociais (atitudes relacionadas à autoproteção do sujeito contra estigmas sociais e atitudes que reforçam o reconhecimento de valores positivos);
c) **G =** Gostar do corpo (atitudes que demonstram que o sujeito gosta de si mesmo, sentindo-se confortável com suas características);
d) **S =** Sentir-se capaz (atitudes que demonstram sensação de potência pelo sujeito, incluindo capacidade de realizar diferentes coisas e de superar desafios);
e) **N =** Nenhuma das opções anteriores.

a) **C** = *Cuidar* (atitudes relacionadas ao cuidado do próprio corpo, que englobam o cuidado com a aparência, alimentação, com a funcionalidade do corpo, com a vida, entre outros); **b)** **P** = *Proteger* (atitudes relacionadas à autoproteção do sujeito contra estigmas sociais e atitudes que reforçam o reconhecimento de valores positivos); **c)** **G =** *Gostar* (atitudes que demonstram que o sujeito gosta de si mesmo, sentindo-se confortável com suas características); **d)** **S =** *Sentir-se potente* (atitudes que demonstram sensação de potência pelo sujeito, incluindo capacidade de realizar diferentes coisas e de superar desafios); **e)** **N =** Nenhuma das opções anteriores.	
ITENS	**Agrupamento dos itens por fatores**
1. Você pratica atividade física?	
2. Você se considera fisicamente atraente?	
3. Você evita pessoas que te julgam pela sua cegueira?	
4. Você possui boa orientação espacial?	

5. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?	
6. Você se sente triste com algumas atitudes negativas da sociedade a seu respeito?	
7. Você cuida de sua aparência?	
8. Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta?	
9. Você acredita que seu trabalho tem valor?	
10. Você se preocupa com opiniões preconceituosas a seu respeito?	
11. Você gosta de seu corpo como ele é?	
12. Você busca ter uma alimentação saudável?	
13. Você se considera capaz de cuidar de você?	
14. Você acredita que tem condições de alcançar seus objetivos?	
15. Você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?	
16. Você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?	
17. Você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?	
18. Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?	
19. Você acha que sua cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?	
20. Você sente que tem valor, mesmo se sofre algum tipo de preconceito?	
21. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?	
22. Você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?	
23. Você gosta do jeito que é?	
24. Você reconhece suas qualidades?	
25. Você tem uma postura positiva em relação a sua vida?	
26. Você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?	
27. Você procura ser independente?	
28. Você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?	
29. Você gosta de sua aparência?	
30. Você busca ter independência financeira?	
31. Você consegue desviar de obstáculos na rua?	
32. Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?	
33. Você gosta de cuidar de você?	

PARTE IV: ANÁLISE DOS ITENS – outros requisitos necessários

Por favor, solicito que os próximos julgamentos sejam referentes à:

e) Simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;

f) Clareza: o item deve estar redigido de forma clara, podendo ser compreendido por todos os estratos da população cega;

g) Relevância: o item deve ser *pertinente* ao constructo da "autoaceitação";

h) Coesão: o item deve estar sucinto, usando apenas um número adequado de palavras para ser claro.

As notas devem ser: -1 = inadequado - retirar 0 = inadequado - refazer 1 = adequado	Simplicidade	Clareza	Relevância	Coesão
1. Você pratica atividade física?				
2. Você se considera fisicamente atraente?				
3. Você evita pessoas que te julgam pela sua cegueira?				
4. Você possui boa orientação espacial?				
5. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente?				
6. Você se sente triste com algumas atitudes negativas da sociedade a seu respeito?				
7. Você cuida de sua aparência?				
8. Você fica atento a diferentes coisas que acontecem a sua volta?				
9. Você acredita que seu trabalho tem valor?				
10. Você se preocupa com opiniões preconceituosas a seu respeito?				
11. Você gosta de seu corpo como ele é?				
12. Você busca ter uma alimentação saudável?				
13. Você se considera capaz de cuidar de você?				
14. Você acredita que tem condições de alcançar seus objetivos?				
15. Você acha que sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?				
16. Você procura desenvolver sua orientação e mobilidade?				
17. Você acredita que suas opiniões têm valor nos lugares que você frequenta (trabalho, escola, lar...)?				
18. Você fica atento a postura de seu corpo quando está com outras pessoas?				
As notas devem ser: -1 = inadequado - retirar 0 = inadequado - refazer 1 = adequado	Simplicidade	Clareza	Relevância	Coesão
19. Você acha que sua cegueira lhe dificulta se deslocar para lugares novos e desconhecidos?				
20. Você sente que tem valor, mesmo se sofre algum tipo de preconceito?				

21. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?				
22. Você tem facilidades para se relacionar com outras pessoas?				
23. Você gosta do jeito que é?				
24. Você reconhece suas qualidades?				
25. Você tem uma postura positiva em relação a sua vida?				
26. Você acha que ser cego lhe dificulta encontrar um par para se relacionar amorosamente?				
27. Você procura ser independente?				
28. Você supera desafios que possam existir no seu dia-a-dia?				
29. Você gosta de sua aparência?				
30. Você busca ter independência financeira?				
31. Você consegue desviar de obstáculos na rua?				
32. Você se incomoda com perguntas inadequadas a seu respeito?				
33. Você gosta de cuidar de você?				

Por favor, caso tenha julgado algum ítem com -1 ou 0, solicito sugestões para aperfeiçoar o item ou indicações para inclusão de novos itens. O espaço abaixo está reservado para este procedimento.

Número do item	Sugestão de alteração	Sugestão de novos itens
Número do item	Sugestão de alteração	Sugestão de novos itens

Caso considere necessário, comentários adicionais sobre a escala poderão ser realizados no espaço abaixo:

Muito obrigada por sua colaboração e por ter compreendido nosso empenho em construir esta escala para fomentar as pesquisas na área da cegueira congênita ou precoce e propiciar a esta população um melhor atendimento por parte de diferentes profissionais da área da saúde. Sua participação será muito importante para esta finalidade!

Com estimas,

Fabiane Morgado.

Apêndice C

TCLE PRÉ-TESTE

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
Departamento de Educação Física Adaptada

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Construção, validação e confiabilidade de um questionário de avaliação da imagem corporal de pessoas com cegueira

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO
ENDEREÇO: Av. Oscar Pedroso Horta, 121, AP. 01, Cidade Universitária. Campinas, SP CEP: 13083-510.
FONE: (32) 3231-4765 ou (32) 9987-9962 – E-MAIL: FABI.FRM@HOTMAIL.COM

JUSTIFICATIVA: Atualmente, há uma pobreza de medidas para avaliar a imagem corporal do sujeito com cegueira congênita, especialmente, os afetos, as crenças e os comportamentos relacionados ao próprio corpo. Este estudo pretende criar um instrumento útil de avaliação da imagem corporal deste grupo, o que poderá aumentar os estudos nesta área, os quais se encontram limitados até este momento.

OBJETIVOS: Construir, validar e testar a confiabilidade de um questionário de avaliação dos afetos, das crenças e dos comportamentos relacionados ao próprio corpo dos sujeitos com cegueira congênita.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, caso aceite nosso convite, lhe farei algumas perguntas e solicitarei sua opinião em alguns momentos durante realização do procedimento chamado pré-tese.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: A sua participação nesta pesquisa não acarretará em riscos previsíveis, pois este estudo não apresenta riscos mensuráveis, isto é, não haverá danos significativos a sua integridade.

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 uma medida válida e precisa para diagnosticar alterações nesta imagem. 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 e pesquisa da UNICAMP, no número (19) 3521-8936, ou no endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, cp 611113083-887, Campinas-SP.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: 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.

ORIENTADOR: PROF. DR. MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES

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 expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu 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

_____	_____
Assinatura da Testemunha	Data
_____	_____
Assinatura do Pesquisador Responsável	Data

Apêndice D

FORMULÁRIO DO PRIMEIRO PRÉ-TESTE

Escala da Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Causa da Cegueira: _____

Quando você sai à rua, ao trabalho, à escola ou em sua família, você já passou por algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira?

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

PARTE I – Análise protocolar – Esta parte tem por finalidade investigar as reações dos participantes frente às dificuldades da escala. Para sua aplicação, o pesquisador deverá solicitar ao participante que responda as perguntas da escala "pensando" em voz alta. As questões que gerarem dúvidas serão marcadas e as dúvidas registradas para posterior análise.

Instruções ao participante:

Esta Escala contém 27 perguntas. Eu vou ler para você 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. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

c) Você assiste televisão até tarde?

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

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

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

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

2. Você cuida de seu corpo praticando exercícios físicos?

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

3. Você gosta de sua aparência?

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

4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?

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

5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

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

6. Você é otimista em relação a sua vida?

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

7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?

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

8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?

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

9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?

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

10. Você se considera capaz de cuidar de sua aparência?

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

11. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

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

12. Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?

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

13. Você se sente capaz de superar os desafios que possam existir no seu dia-a-dia?

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

14. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?

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

15. Você gosta do jeito que você é?

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

16. Você cuida de sua aparência?

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

17. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?

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

18. Você reconhece suas qualidades?

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

19. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?

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

20. Você se considera fisicamente atraente?

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

21. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?

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

22. Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?

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

23. Em situações em que você presencia preconceitos sociais, você não se incomoda, pois se lembra de todas suas qualidades?

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

24. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?

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

25. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?

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

26. Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?

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

27. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?

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

---

a) Em uma escala de 0 a 2, qual foi seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0) Nenhuma	(1) Um pouco	(2) Muita

b) Em uma escala de 0 a 2, o quanto foi cansativo responder a estas perguntas?

(0) Nada cansativo	(1) Um pouco cansativo	(2) Muito cansativo

---

Análise protocolar	
nº Item	Dúvida

Parte II – Análise do formato da redação dos itens. Esta fase busca verificar qual dos formatos de redação dos itens é considerado mais apropriado para o entendimento dos participantes: 3ª pessoa em forma de pergunta ou 1ª pessoa em forma de afirmação. Alguns itens foram selecionados aleatoriamente e serão apresentados na segunda opção apresentada. Será solicitado ao participante que responda. Em seguida, o pesquisador deverá comparar a resposta do participante quando os itens estavam em 3ª pessoa e em 1ª pessoa.

1. Gosto do meu corpo como ele é.

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

5. Sou capaz de decidir o que é melhor para mim.

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

9. Ser cego me dificulta me relacionar com outras pessoas.

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

13. Sinto que sou capaz de superar os desafios que possam existir no meu dia-a-dia.

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

17. Ser cego me dificulta ter um relacionamento amoroso.

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

20. Me considero fisicamente atraente.

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

24. Minhas opiniões são muito respeitadas nos lugares que eu frequento, por exemplo, trabalho, escola, lar.

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

27. Me incomodo com perguntas inadequadas sobre minha cegueira.

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

Se houver diferença na resposta do participante quando os itens 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25 e 29 estavam escritos na 3ª e na 1ª pessoa, o pesquisador deverá perguntar ao respondente o motivo da divergência e marcar no formulário. Deve ainda perguntar ao participante qual das duas formas de redação dos itens o deixou mais confortável para responder.			
Questão	Divergência?		Se sim, motivo relatado
1	( ) sim	( ) não	
5	( ) sim	( ) não	
9	( ) sim	( ) não	
13	( ) sim	( ) não	
17	( ) sim	( ) não	
20	( ) sim	( ) não	
24	( ) sim	( ) não	
27	( ) sim	( ) não	

Qual dos formatos de redação dos itens você se sentiu mais confortável em responder?

( ) 3ª pessoa em forma de pergunta. Por exemplo, "Você gosta de seu corpo como ele é?"

( ) 1ª pessoa em forma afirmativa. Por exemplo, "Gosto do meu corpo como ele é."

( ) Tanto faz, as duas formas são compreensíveis.

PARTE III – Interrogatório – Esta parte objetiva avaliar se o conteúdo de cada item da escala é compreendido pelos participantes. O pesquisador fará a pergunta e solicitará ao respondente que reproduza, com suas palavras, aquilo que ele entendeu de cada item. Os itens que não ficarem claros aos participantes ou que forem reproduzidos em um caminho diferente da intenção do pesquisador serão registrados pelo mesmo para posterior análise.
1. Você gosta de seu corpo como ele é?
Reprodução:
2. Você cuida de seu corpo praticando exercícios físicos?
Reprodução:
3. Você gosta de sua aparência?
Reprodução:
4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?
Reprodução:
5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?
Reprodução:
6. Você é otimista em relação a sua vida?
Reprodução:
7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?
Reprodução:
8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?
Reprodução:

9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?
Reprodução:
10. Você se considera capaz de cuidar de sua aparência?
Reprodução:
11. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?
Reprodução:
12. Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?
Reprodução:
13. Você se sente capaz de superar os desafios que possam existir no seu dia-a-dia?
Reprodução:
14. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?
Reprodução:
15. Você gosta do jeito que você é?
Reprodução:
16. Você cuida de sua aparência?
Reprodução:
17. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?

Reprodução:
18. Você reconhece suas qualidades?
Reprodução:
19. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?
Reprodução:
20. Você se considera fisicamente atraente?
Reprodução:
21. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?
Reprodução:
22. Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?
Reprodução:
23. Em situações em que você presencia preconceitos sociais, você não se incomoda, pois se lembra de todas suas qualidades?
Reprodução:
24. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?
Reprodução:
25. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?
Reprodução:
26. Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho,

estudo, artesanato, entre outras?
Reprodução:
27. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?
Reprodução:

Apêndice E

FORMULÁRIO DO SEGUNDO PRÉ-TESTE

Escala da Autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Causa da Cegueira: _____

Quando você sai à rua, ao trabalho, à escola ou em sua família, você já passou por algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira?

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

PARTE I – Análise protocolar – Esta parte tem por finalidade investigar as reações dos participantes frente às dificuldades da escala. Para sua aplicação, o pesquisador deverá solicitar ao participante que responda as perguntas da escala "pensando" em voz alta. As questões que gerarem dúvidas serão marcadas e as dúvidas registradas para posterior análise.

Instruções ao participante:

Esta Escala contém 27 perguntas. Eu vou ler para você 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, eu poderei repetir qualquer questão, quantas vezes forem necessárias, até que seja compreendida por você. Por exemplo, eu te faço a seguinte pergunta e te dou as seguintes opções de resposta:

d) Você assiste televisão até tarde?

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

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

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

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

2. Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?

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

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

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

4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?

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

5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

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

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

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

7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?

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

8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?

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

9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?

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

10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

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

11. Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?

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

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

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

13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?

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

14. Você gosta do jeito que você é?

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

15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?

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

16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?

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

17. Você reconhece suas qualidades?

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

18. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?

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

19. Você se considera fisicamente atraente?

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

20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?

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

21. Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?

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

22. Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?

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

23. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?

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

24. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?

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

25. Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?

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

26. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?

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

27. **PARA MULHERES:** Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem, depilar braço/perna, combinar roupas?

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

28. **PARA HOMENS:** Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer barba, cortar unhas, combinar roupas?

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

---

c) Em uma escala de 0 a 2, qual foi seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0) Nenhuma	(1) Um pouco	(2) Muita

d) Em uma escala de 0 a 2, o quanto foi cansativo responder a estas perguntas?

(0) Nada cansativo	(1) Um pouco	(2) Muito

	cansativo	cansativo

Análise protocolar	
nº Item	Dúvida

PARTE II – Interrogatório – Esta parte objetiva avaliar se o conteúdo de cada item da escala é compreendido pelos participantes. O pesquisador fará a pergunta e solicitará ao respondente que reproduza, com suas palavras, aquilo que ele entendeu de cada item. Os itens que não ficarem claros aos participantes ou que forem reproduzidos em um caminho diferente da intenção do pesquisador serão registrados pelo mesmo para posterior análise.

1. Você gosta de seu corpo como ele é?
Reprodução:
2. Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?
Reprodução:
3. Você gosta de sua aparência, por exemplo, seu cabelo, seu rosto, seu modo de vestir?

Reprodução:
4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?
Reprodução:
5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?
Reprodução:
6. Você é muito positivo (a) em relação a sua vida?
Reprodução:
7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?
Reprodução:
8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?
Reprodução:
9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?
Reprodução:
10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?
Reprodução:
11. Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?
Reprodução:

12. Você se sente capaz de superar as dificuldades que possam existir no seu dia-a-dia?
Reprodução:
13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?
Reprodução:
14. Você gosta do jeito que você é?
Reprodução:
15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?
Reprodução:
16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?
Reprodução:
17. Você reconhece suas qualidades?
Reprodução:
18. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?
Reprodução:
19. Você se considera fisicamente atraente?
Reprodução:
20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?
Reprodução:

21. Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?
Reprodução:
29. Quando você observa algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira, você se sente inferior às outras pessoas?
Reprodução:
22. Suas opiniões são muito respeitadas nos lugares que você frequenta, por exemplo, trabalho, escola, lar?
Reprodução:
23. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?
Reprodução:
24. Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?
Reprodução:
25. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?
Reprodução:
27. **PARA MULHERES:** Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem, depilar perna/braço, combinar roupas?
Reprodução:
28. **PARA HOMENS:** Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer barba, cortar unhas, combinar roupas?
Reprodução:

Apêndice F

FORMULÁRIO COLETA DE DADOS ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA

Escala da Aceitação Corporal para Cegos Congênitos

Instruções ao participante:

Esta Escala contém 27 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:

Você assiste televisão até tarde? Você poderá responder:

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

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

1. Você gosta de seu corpo como ele é?

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

2. Você cuida de sua saúde praticando exercícios físicos?

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

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

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

4. Você se empenha para ser totalmente independente na sua locomoção?

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

5. Você se considera capaz de decidir o que é melhor para você?

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

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

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

7. Você se considera capaz de realizar tarefas de seu dia-a-dia de forma independente, por exemplo, cozinhar, fazer compras, escolher roupas, entre outras?

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

8. Você cuida de seu corpo buscando ter uma alimentação saudável?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

9. Ser cego lhe dificulta se relacionar com outras pessoas?

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

10. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você gosta?

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

11. Você tem facilidade para se deslocar em ambientes novos e desconhecidos?

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

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

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

13. Você se incomoda com algumas atitudes negativas da sociedade a respeito de sua condição de cego?

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

14. Você gosta do jeito que você é?

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

15. Você cuida de sua aparência, por exemplo, de seu cabelo, sua pele, seu vestuário?

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

16. Ser cego lhe dificulta ter um relacionamento amoroso?

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

17. Você reconhece suas qualidades?

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

18. Você se empenha para ser totalmente independente no seu dia-a-dia?

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

19. Você se considera fisicamente atraente?

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

20. Você se incomoda com opiniões preconceituosas a respeito de sua cegueira?

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

21. Você fica ligado(a) em tudo que acontece a sua volta, por exemplo, ruídos, sons, cheiros?

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

24. Sua cegueira lhe atrapalha a fazer coisas que você necessita fazer?

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

25. Você dá muito valor às atividades que você exerce atualmente, por exemplo, trabalho, estudo, artesanato, entre outras?

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

26. Você se incomoda com perguntas inadequadas sobre sua cegueira?

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

27. Você se considera capaz de cuidar de sua aparência, por exemplo, fazer maquiagem ou barba, depilar braço ou perna, combinar roupas?

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

Idade: ___ **Seu peso é: _____ Sua altura é: _____ Causa da cegueira**: _____

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Estado Civil:

(1) solteiro - sem parceiro (2) solteiro - namorando (3) casado (4) divorciado (5) viúvo

Agregado Familiar:

(1) sozinho (2) família - pais (3) família – cônjuge/filhos (4) instituição de acolhimento

Residente na Instituição há quanto tempo?

(1) menos de um ano (2) entre um e dois anos (3) entre três e cinco anos (4) entre cinco e sete anos (5) entre sete e dez anos (6) mais de dez anos

Ocupação principal:

(1) estudante (2) trabalhando em _____ (3) desempregado (4) pensionista

Nível de escolaridade

(1) Ensino Fundamental Completo (5) Ensino Superior Incompleto
(2) Ensino Fundamental Incompleto (6) Ensino Superior Completo
(3) Ensino Médio Completo (7) Pós Graduação *Lato Sensu*
(4) Ensino Médio Incompleto (8) Pós Graduação (Mestrado ou Doutorado)

Pratica atividade física? (1) sim (2) não
Se pratica, qual? _____
Com que frequência: (1) 1 x por semana (2) 2 a 3 x por semana
(3) 4 a 6 x por semana (4) todos os dias

Qual intensidade: (1) leve (2) moderada (3) pesada

Qual duração: (1) abaixo de 20 minutos (2) 20 a 30 minutos (3) mais de 30 minutos

A respeito de seu corpo, você está:

(1) Completamente Insatisfeito	(2) Pouco satisfeito	(3) Indiferente	(4) Muito satisfeito	(5) Completamente satisfeito

Você aceita sua condição de cego?

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

Quando você sai à rua, ao trabalho, à escola ou em sua família, você já passou por algum tipo de preconceito social em relação a sua cegueira?

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

Apêndice G

TCLE ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
Departamento de Educação Física Adaptada

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Construção, validação e confiabilidade de um questionário de avaliação da imagem corporal de pessoas com cegueira

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FABIANE FROTA DA ROCHA MORGADO
ENDEREÇO: Rua Umberto Nery, 95, Aeroporto. Juiz de Fora, MG CEP: 36038-290.
FONE: (32) 3231-4765 ou (32) 9987-9962 – E-MAIL: FABI.FRM@HOTMAIL.COM

JUSTIFICATIVA: Atualmente, existem poucas medidas para avaliar a imagem corporal do sujeito com cegueira congênita, especialmente, os afetos, as crenças e os comportamentos relacionados ao próprio corpo. Este estudo pretende criar um instrumento útil de avaliação da imagem corporal deste grupo, o que poderá aumentar os estudos nesta área, os quais se encontram limitados até este momento.

OBJETIVOS: Construir, validar e testar a confiabilidade de um questionário de avaliação dos afetos, das crenças e dos comportamentos relacionados ao próprio corpo dos sujeitos com cegueira congênita.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, caso aceite nosso convite, irá responder a um questionário que avalia seus afetos, suas crenças e seus comportamentos em relação ao seu corpo. Além disto, serão solicitadas ainda algumas informações referentes às suas impressões em relação ao questionário, referentes ao seu peso, sua altura, idade e escolaridade

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: A sua participação nesta pesquisa não acarretará em riscos previsíveis, pois este estudo não apresenta riscos mensuráveis, isto é, não haverá danos significativos a sua integridade.

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 uma medida válida e precisa para diagnosticar alterações nesta imagem. 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 e pesquisa da UNICAMP, no número (19) 3521-8936, ou no endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, cp 611113083-887, Campinas-SP.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: 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.

ORIENTADOR: PROF. DR. MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES

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 expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu 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

_____ _____

Assinatura da Testemunha Data

_____ _____

Assinatura do Pesquisador Responsável Data

Apêndice H

SAÍDA DO LISREL PARA MODELO DE MENSURAÇÃO DA EAC

DATE: 10/16/2012
TIME: 9:25

L I S R E L 8.51

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2001
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Users\jairoefabi\Desktop\Morgado\EAC 318.spj:

! EAC
Observed variables: EAC1 - EAC27
Correlation matrix from file Morgado
Sample size: 318
Latent Variables: AC P SC
Relationships:
EAC1 EAC3 EAC14 EAC17 EAC19 EAC15=AC
EAC22 EAC20 EAC13 EAC26=P
EAC5 EAC6 EAC9 EAC10 EAC12 EAC16 EAC23 EAC24 =SC

SET ERROR COVARIANCE BETWEEN EAC20 AND EAC13
SET ERROR COVARIANCE BETWEEN EAC1 AND EAC15

Options: ND=3 RS ME=UL IT=500 MI
path diagram
End of problem

Sample Size = 318

! EAC

Correlation Matrix

	EAC1	EAC3	EAC5	EAC6	EAC9	EAC10
EAC1	1.000					
EAC3	0.431	1.000				
EAC5	0.164	0.144	1.000			
EAC6	0.343	0.289	0.223	1.000		
EAC9	0.296	0.208	0.166	0.219	1.000	
EAC10	0.205	0.235	0.223	0.225	0.350	1.000
EAC12	0.242	0.257	0.320	0.406	0.227	0.239
EAC13	0.168	0.118	0.143	0.179	0.104	0.247
EAC14	0.471	0.423	0.336	0.396	0.329	0.273
EAC15	0.057	0.233	0.197	0.212	0.102	0.204
EAC16	0.215	0.145	0.197	0.247	0.422	0.355
EAC17	0.174	0.182	0.206	0.259	0.127	0.066
EAC19	0.326	0.285	0.207	0.183	0.139	0.143
EAC20	0.212	0.186	0.142	0.209	0.204	0.260
EAC22	0.310	0.291	0.259	0.284	0.400	0.286
EAC23	0.134	0.083	0.222	0.188	0.108	0.211
EAC24	0.257	0.103	0.183	0.205	0.264	0.425
EAC26	0.087	0.052	0.044	0.128	0.188	0.152

Correlation Matrix

	EAC12	EAC13	EAC14	EAC15	EAC16	EAC17
EAC12	1.000					
EAC13	0.185	1.000				
EAC14	0.369	0.231	1.000			
EAC15	0.273	0.046	0.290	1.000		
EAC16	0.277	0.182	0.300	0.096	1.000	
EAC17	0.319	0.088	0.262	0.174	0.129	1.000
EAC19	0.231	0.185	0.324	0.105	0.153	0.280

EAC20	0.163	0.518	0.268	0.024	0.209	0.085
EAC22	0.277	0.261	0.293	0.119	0.379	0.113
EAC23	0.208	0.121	0.190	0.152	0.212	0.124
EAC24	0.330	0.279	0.265	0.219	0.377	0.134
EAC26	0.157	0.305	0.091	0.035	0.209	0.091

Correlation Matrix

	EAC19	EAC20	EAC22	EAC23	EAC24	EAC26
EAC19	1.000					
EAC20	0.163	1.000				
EAC22	0.155	0.335	1.000			
EAC23	0.120	0.112	0.240	1.000		
EAC24	0.185	0.285	0.297	0.153	1.000	
EAC26	0.120	0.327	0.301	0.220	0.267	1.000

! EAC

Number of Iterations = 7

LISREL Estimates (Unweighted Least Squares)

Measurement Equations

EAC1 = 0.637*AC, Errorvar.= 0.594 , R^2 = 0.406
(0.0363) (0.0926)
17.534 6.419

EAC3 = 0.547*AC, Errorvar.= 0.700 , R^2 = 0.300
(0.0338) (0.0880)
16.210 7.960

EAC5 = 0.432*SC, Errorvar.= 0.814 , R^2 = 0.186
(0.0302) (0.0842)
14.287 9.658

EAC6 = 0.544*SC, Errorvar.= 0.704 , R^2 = 0.296
(0.0311) (0.0865)
17.500 8.133

EAC9 = 0.518*SC, Errorvar.= 0.731 , R^2 = 0.269
(0.0308) (0.0853)
16.823 8.580

EAC10 = 0.539*SC, Errorvar.= 0.710 , R^2 = 0.290
(0.0309) (0.0856)
17.409 8.290

EAC12 = 0.577*SC, Errorvar.= 0.667 , R^2 = 0.333
(0.0317) (0.0883)
18.196 7.552

EAC13 = 0.462*P, Errorvar.= 0.787 , R^2 = 0.213
(0.0395) (0.0891)
11.684 8.832

EAC14 = 0.763*AC, Errorvar.= 0.418 , R^2 = 0.582
(0.0368) (0.0967)
20.747 4.319

EAC15 = 0.393*AC, Errorvar.= 0.845 , R^2 = 0.155
(0.0346) (0.0837)
11.359 10.100

EAC16 = 0.549*SC, Errorvar.= 0.699 , R^2 = 0.301
(0.0311) (0.0861)
17.625 8.116

EAC17 = 0.389*AC, Errorvar.= 0.848 , R^2 = 0.152
(0.0322) (0.0834)
12.092 10.177

EAC19 = 0.466*AC, Errorvar.= 0.782 , R^2 = 0.218
(0.0325) (0.0847)
14.357 9.234

EAC20 = 0.527*P, Errorvar.= 0.722 , R^2 = 0.278
(0.0406) (0.0914)
12.972 7.905

EAC22 = 0.721*P, Errorvar.= 0.480 , R^2 = 0.520
(0.0425) (0.0997)
16.962 4.811

EAC23 = 0.351*SC, Errorvar.= 0.877 , R^2 = 0.123
(0.0295) (0.0821)
11.904 10.678

EAC24 = 0.551*SC, Errorvar.= 0.696 , R^2 = 0.304
(0.0309) (0.0858)
17.850 8.110

EAC26 = 0.429*P, Errorvar.= 0.816 , R^2 = 0.184
(0.0362) (0.0854)
11.847 9.550

Error Covariance for EAC15 and EAC1 = -0.193
(0.0625)
-3.091

Error Covariance for EAC20 and EAC13 = 0.275
(0.0638)
4.311

Correlation Matrix of Independent Variables

	AC	P	SC
AC	1.000		
P	0.539	1.000	
	(0.046)		
	11.821		
SC	0.761	0.786	1.000
	(0.039)	(0.051)	
	19.508	15.367	

Goodness of Fit Statistics

W_A_R_N_I_N_G: Chi-square, standard errors, t-values and standardized residuals are calculated under the assumption of multi-

variate normality.

Degrees of Freedom = 130
Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 242.093 (P = 0.00)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 112.093
90 Percent Confidence Interval for NCP = (72.177 ; 159.832)

Minimum Fit Function Value = 0.485
Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.354
90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.228 ; 0.504)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0522
90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0419 ; 0.0623)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.352

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 1.022
90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.896 ; 1.173)
ECVI for Saturated Model = 1.079
ECVI for Independence Model = 8.854

Chi-Square for Independence Model with 153 Degrees of Freedom = 2770.638
Independence AIC = 2806.638
Model AIC = 324.093
Saturated AIC = 342.000
Independence CAIC = 2892.355
Model CAIC = 519.337
Saturated CAIC = 1156.311

Normed Fit Index (NFI) = 0.944
Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.989
Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.803
Comparative Fit Index (CFI) = 0.991
Incremental Fit Index (IFI) = 0.991
Relative Fit Index (RFI) = 0.935

Critical N (CN) = 352.294

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0533
Standardized RMR = 0.0533
Goodness of Fit Index (GFI) = 0.973
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.964
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.739

! EAC

Fitted Covariance Matrix

	EAC1	EAC3	EAC5	EAC6	EAC9	EAC10
EAC1	1.000					
EAC3	0.349	1.000				
EAC5	0.209	0.180	1.000			
EAC6	0.264	0.227	0.235	1.000		
EAC9	0.251	0.216	0.224	0.282	1.000	
EAC10	0.261	0.224	0.233	0.293	0.279	1.000
EAC12	0.280	0.240	0.249	0.314	0.299	0.311
EAC13	0.159	0.136	0.157	0.198	0.188	0.196
EAC14	0.486	0.418	0.251	0.316	0.301	0.313
EAC15	0.057	0.215	0.129	0.163	0.155	0.161
EAC16	0.266	0.229	0.237	0.299	0.284	0.296
EAC17	0.248	0.213	0.128	0.161	0.154	0.160
EAC19	0.297	0.255	0.153	0.193	0.184	0.191
EAC20	0.181	0.155	0.179	0.226	0.215	0.223
EAC22	0.248	0.213	0.245	0.309	0.294	0.306
EAC23	0.170	0.146	0.152	0.191	0.182	0.189
EAC24	0.267	0.230	0.238	0.300	0.286	0.297
EAC26	0.147	0.127	0.146	0.184	0.175	0.182

Fitted Covariance Matrix

	EAC12	EAC13	EAC14	EAC15	EAC16	EAC17
EAC12	1.000					
EAC13	0.210	1.000				
EAC14	0.335	0.190	1.000			
EAC15	0.173	0.098	0.300	1.000		
EAC16	0.317	0.199	0.319	0.164	1.000	
EAC17	0.171	0.097	0.297	0.153	0.163	1.000
EAC19	0.205	0.116	0.356	0.183	0.195	0.182
EAC20	0.239	0.518	0.217	0.112	0.227	0.111
EAC22	0.328	0.333	0.296	0.153	0.311	0.151
EAC23	0.203	0.128	0.204	0.105	0.193	0.104
EAC24	0.318	0.200	0.320	0.165	0.302	0.163
EAC26	0.195	0.198	0.176	0.091	0.185	0.090

Fitted Covariance Matrix

	EAC19	EAC20	EAC22	EAC23	EAC24	EAC26
EAC19	1.000					
EAC20	0.132	1.000				
EAC22	0.181	0.380	1.000			
EAC23	0.125	0.145	0.199	1.000		
EAC24	0.196	0.228	0.313	0.193	1.000	
EAC26	0.108	0.226	0.310	0.119	0.186	1.000

Fitted Residuals

	EAC1	EAC3	EAC5	EAC6	EAC9	EAC10
EAC1	0.000					
EAC3	0.082	0.000				
EAC5	-0.045	-0.036	0.000			
EAC6	0.079	0.062	-0.012	0.000		
EAC9	0.044	-0.007	-0.057	-0.063	0.000	
EAC10	-0.056	0.010	-0.009	-0.068	0.071	0.000
EAC12	-0.038	0.016	0.071	0.092	-0.072	-0.072
EAC13	0.009	-0.018	-0.014	-0.019	-0.084	0.052
EAC14	-0.015	0.005	0.085	0.079	0.028	-0.039
EAC15	0.000	0.017	0.068	0.049	-0.053	0.042
EAC16	-0.051	-0.083	-0.040	-0.051	0.138	0.059
EAC17	-0.074	-0.031	0.078	0.097	-0.026	-0.094
EAC19	0.029	0.029	0.054	-0.010	-0.045	-0.048
EAC20	0.031	0.031	-0.037	-0.016	-0.011	0.037
EAC22	0.062	0.078	0.014	-0.025	0.106	-0.019
EAC23	-0.036	-0.063	0.070	-0.003	-0.074	0.022
EAC24	-0.010	-0.126	-0.056	-0.095	-0.022	0.128
EAC26	-0.060	-0.075	-0.102	-0.056	0.013	-0.029

Fitted Residuals

	EAC12	EAC13	EAC14	EAC15	EAC16	EAC17
EAC12	0.000					
EAC13	-0.025	0.000				
EAC14	0.034	0.041	0.000			
EAC15	0.100	-0.052	-0.010	0.000		

EAC16	-0.040	-0.018	-0.019	-0.068	0.000	
EAC17	0.148	-0.009	-0.036	0.021	-0.034	0.000
EAC19	0.026	0.069	-0.032	-0.078	-0.042	0.098
EAC20	-0.076	0.000	0.051	-0.088	-0.018	-0.025
EAC22	-0.051	-0.073	-0.003	-0.034	0.068	-0.038
EAC23	0.005	-0.007	-0.014	0.047	0.019	0.020
EAC24	0.012	0.079	-0.056	0.054	0.075	-0.029
EAC26	-0.038	0.106	-0.085	-0.056	0.023	0.001

Fitted Residuals

	EAC19	EAC20	EAC22	EAC23	EAC24	EAC26
EAC19	0.000					
EAC20	0.030	0.000				
EAC22	-0.026	-0.045	0.000			
EAC23	-0.005	-0.034	0.041	0.000		
EAC24	-0.011	0.057	-0.016	-0.041	0.000	
EAC26	0.012	0.101	-0.008	0.102	0.080	0.000

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.126
Median Fitted Residual = -0.003
Largest Fitted Residual = 0.148

Stemleaf Plot

```
-12|6
-10|2
- 8|548543
- 6|8654432288330
- 4|7666663211185552100
- 2|988876664442199665552
- 0|99988866544211000998775330000000000000000000000
  0|155902234679
  2|0123689901147
  4|112479124479
  6|22889011588999
  8|025278
 10|01266
 12|88
```

14|8

Standardized Residuals

	EAC1	EAC3	EAC5	EAC6	EAC9	EAC10
EAC1	- -					
EAC3	1.715	- -				
EAC5	-0.853	-0.667	- -			
EAC6	1.534	1.176	-0.234	- -		
EAC9	0.852	-0.140	-1.098	-1.227	- -	
EAC10	-1.081	0.196	-0.178	-1.341	1.395	- -
EAC12	-0.736	0.312	1.371	1.832	-1.410	-1.431
EAC13	0.170	-0.335	-0.269	-0.365	-1.595	0.985
EAC14	-0.354	0.111	1.654	1.573	0.541	-0.776
EAC15	- -	0.341	1.253	0.913	-0.991	0.794
EAC16	-0.981	-1.580	-0.770	-1.008	2.706	1.167
EAC17	-1.469	-0.605	1.444	1.820	-0.485	-1.746
EAC19	0.587	0.579	1.001	-0.196	-0.838	-0.897
EAC20	0.586	0.578	-0.697	-0.311	-0.201	0.702
EAC22	1.227	1.505	0.267	-0.500	2.110	-0.384
EAC23	-0.681	-1.174	1.310	-0.063	-1.402	0.413
EAC24	-0.201	-2.397	-1.067	-1.873	-0.425	2.524
EAC26	-1.127	-1.380	-1.887	-1.053	0.236	-0.553

Standardized Residuals

	EAC12	EAC13	EAC14	EAC15	EAC16	EAC17
EAC12	- -					
EAC13	-0.474	- -				
EAC14	0.681	0.784	0.000			
EAC15	1.887	-0.948	-0.204	- -		
EAC16	-0.792	-0.340	-0.367	-1.273	- -	
EAC17	2.783	-0.166	-0.733	0.396	-0.631	- -
EAC19	0.484	1.268	-0.677	-1.490	-0.788	1.862
EAC20	-1.465	0.000	0.998	-1.620	-0.350	-0.463
EAC22	-1.023	-1.671	-0.069	-0.632	1.361	-0.716
EAC23	0.096	-0.129	-0.268	0.859	0.363	0.367
EAC24	0.238	1.502	-1.096	1.019	1.473	-0.540
EAC26	-0.718	2.116	-1.608	-1.011	0.439	0.024

Standardized Residuals

	EAC19	EAC20	EAC22	EAC23	EAC24	EAC26
EAC19	- -					
EAC20	0.563	0.000				
EAC22	-0.500	-1.097	0.000			
EAC23	-0.086	-0.624	0.780	- -		
EAC24	-0.200	1.094	-0.316	-0.771	- -	
EAC26	0.215	2.060	-0.184	1.871	1.520	0.000

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -2.397
Median Standardized Residual = -0.063
Largest Standardized Residual = 2.783

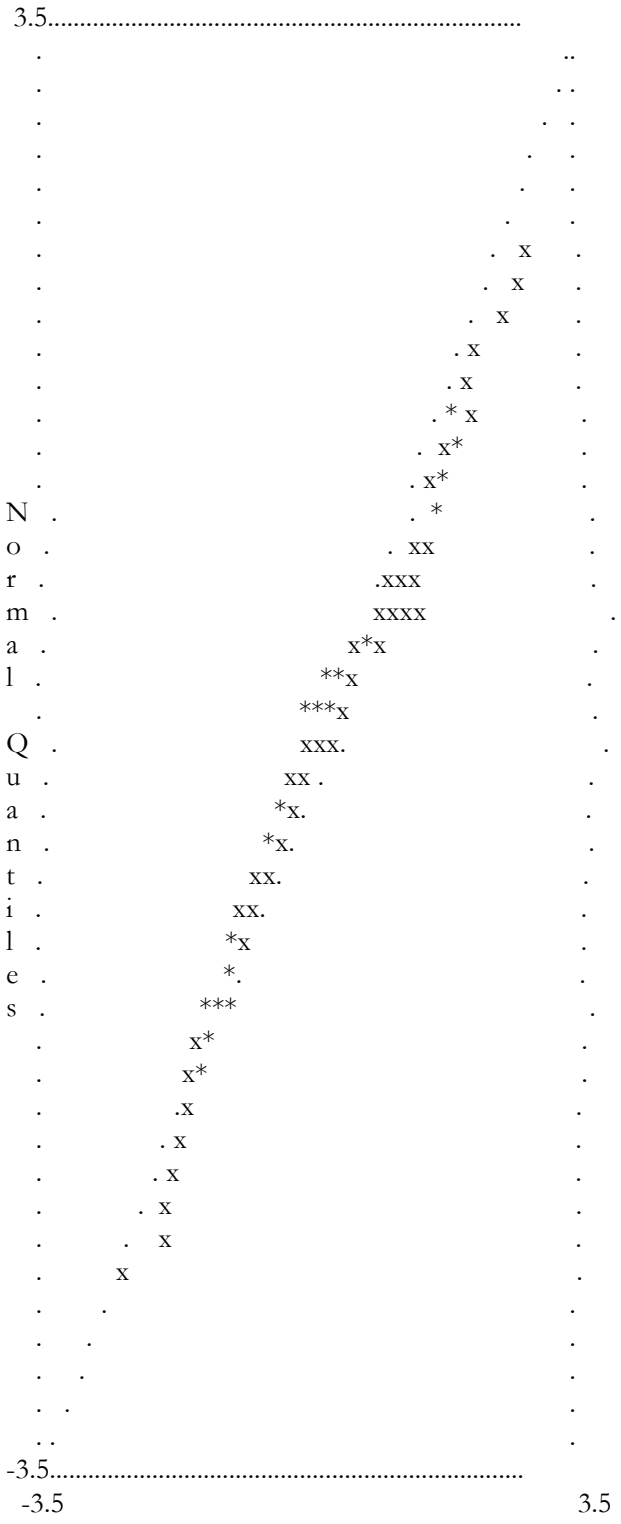
Stemleaf Plot

```
- 2|4
- 1|99776666555
- 1|44443322111111100000
- 0|99988888777777776666655555
- 0|444443333333222222222111110000000000000000000000
  0|112222233344444
  0|556666677888999
  1|000012223334444
  1|5555567788999
  2|111
  2|578
```

Largest Positive Standardized Residuals
Residual for EAC16 and EAC9 2.706
Residual for EAC17 and EAC12 2.783

! EAC

Qplot of Standardized Residuals



! EAC

Modification Indices and Expected Change

The Modification Indices Suggest to Add the

Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
EAC6	AC	19.7	0.72
EAC12	AC	9.0	0.50
EAC16	AC	10.2	-0.48
EAC24	P	7.9	0.61
EAC26	AC	8.3	-0.22

Modification Indices for LAMBDA-X

	AC	P	SC
EAC1	- -	0.065	0.084
EAC3	- -	0.238	1.637
EAC5	3.838	2.255	- -
EAC6	19.738	4.593	- -
EAC9	0.056	1.177	- -
EAC10	4.024	0.768	- -
EAC12	9.047	7.123	- -
EAC13	0.406	- -	0.532
EAC14	- -	0.551	1.277
EAC15	- -	1.253	0.061
EAC16	10.153	3.843	- -
EAC17	- -	0.001	0.617
EAC19	- -	0.028	0.071
EAC20	0.295	- -	0.013
EAC22	7.641	- -	- -
EAC23	0.780	1.395	- -
EAC24	5.666	7.917	- -
EAC26	8.346	- -	6.134

Expected Change for LAMBDA-X

	AC	P	SC
EAC1	- -	0.024	-0.039
EAC3	- -	-0.042	-0.155
EAC5	0.267	-0.247	- -
EAC6	0.719	-0.420	- -
EAC9	-0.035	0.253	- -

EAC10	-0.288	0.194	- -
EAC12	0.504	-0.478	- -
EAC13	0.065	- -	0.282
EAC14	- -	0.076	0.179
EAC15	- -	-0.100	0.038
EAC16	-0.484	0.490	- -
EAC17	- -	-0.003	0.113
EAC19	- -	0.014	-0.032
EAC20	0.054	- -	-0.023
EAC22	0.536	- -	- -
EAC23	-0.113	0.195	- -
EAC24	-0.338	0.611	- -
EAC26	-0.223	- -	-0.329

No Non-Zero Modification Indices for PHI

Modification Indices for THETA-DELTA

	EAC1	EAC3	EAC5	EAC6	EAC9	EAC10
EAC1	- -					
EAC3	2.940	- -				
EAC5	0.728	0.445	- -			
EAC6	2.355	1.384	0.055	- -		
EAC9	0.726	0.020	1.206	1.505	- -	
EAC10	1.169	0.039	0.032	1.799	1.946	- -
EAC12	0.542	0.097	1.880	3.356	1.989	2.048
EAC13	0.029	0.112	0.072	0.133	2.545	0.969
EAC14	0.125	0.012	2.735	2.475	0.293	0.602
EAC15	- -	0.116	1.571	0.833	0.983	0.631
EAC16	0.961	2.496	0.593	1.017	7.321	1.361
EAC17	2.158	0.366	2.086	3.313	0.236	3.048
EAC19	0.344	0.335	1.003	0.038	0.702	0.805
EAC20	0.343	0.335	0.486	0.096	0.040	0.492
EAC22	1.506	2.264	0.071	0.250	4.452	0.147
EAC23	0.464	1.379	1.715	0.004	1.966	0.171
EAC24	0.040	5.747	1.138	3.509	0.181	6.369
EAC26	1.270	1.905	3.562	1.108	0.056	0.305

Modification Indices for THETA-DELTA

	EAC12	EAC13	EAC14	EAC15	EAC16	EAC17

EAC12	- -					
EAC13	0.225	- -				
EAC14	0.464	0.615	- -			
EAC15	3.562	0.899	0.042	- -		
EAC16	0.628	0.115	0.134	1.619	- -	
EAC17	7.743	0.028	0.537	0.157	0.399	- -
EAC19	0.234	1.607	0.459	2.221	0.621	3.468
EAC20	2.145	- -	0.996	2.623	0.122	0.215
EAC22	1.047	2.793	0.005	0.399	1.853	0.512
EAC23	0.009	0.017	0.072	0.739	0.132	0.135
EAC24	0.057	2.255	1.201	1.039	2.169	0.291
EAC26	0.515	4.477	2.586	1.023	0.193	0.001

Modification Indices for THETA-DELTA

	EAC19	EAC20	EAC22	EAC23	EAC24	EAC26
EAC19	- -					
EAC20	0.317	- -				
EAC22	0.250	1.204	- -			
EAC23	0.007	0.389	0.609	- -		
EAC24	0.040	1.196	0.100	0.595	- -	
EAC26	0.046	4.245	0.034	3.500	2.309	- -

Expected Change for THETA-DELTA

	EAC1	EAC3	EAC5	EAC6	EAC9	EAC10
EAC1	- -					
EAC3	0.113	- -				
EAC5	-0.051	-0.039	- -			
EAC6	0.093	0.071	-0.014	- -		
EAC9	0.052	-0.008	-0.066	-0.075	- -	
EAC10	-0.066	0.012	-0.011	-0.083	0.086	- -
EAC12	-0.045	0.019	0.084	0.115	-0.087	-0.089
EAC13	0.010	-0.020	-0.016	-0.022	-0.095	0.059
EAC14	-0.026	0.008	0.101	0.098	0.033	-0.048
EAC15	- -	0.021	0.073	0.054	-0.058	0.047
EAC16	-0.060	-0.095	-0.047	-0.062	0.167	0.072
EAC17	-0.092	-0.037	0.084	0.107	-0.028	-0.103
EAC19	0.037	0.036	0.059	-0.012	-0.050	-0.053

EAC20	0.035	0.034	-0.041	-0.019	-0.012	0.042
EAC22	0.076	0.091	0.016	-0.031	0.132	-0.024
EAC23	-0.040	-0.069	0.077	-0.004	-0.083	0.025
EAC24	-0.012	-0.144	-0.065	-0.116	-0.026	0.157
EAC26	-0.066	-0.080	-0.110	-0.063	0.014	-0.033

Expected Change for THETA-DELTA

	EAC12	EAC13	EAC14	EAC15	EAC16	EAC17
EAC12	- -					
EAC13	-0.029	- -				
EAC14	0.043	0.047	- -			
EAC15	0.112	-0.055	-0.014	- -		
EAC16	-0.049	-0.020	-0.023	-0.075	- -	
EAC17	0.165	-0.010	-0.048	0.024	-0.037	- -
EAC19	0.029	0.074	-0.045	-0.090	-0.047	0.112
EAC20	-0.089	- -	0.061	-0.094	-0.021	-0.027
EAC22	-0.065	-0.121	-0.004	-0.037	0.086	-0.042
EAC23	0.006	-0.008	-0.016	0.050	0.022	0.021
EAC24	0.015	0.091	-0.068	0.060	0.092	-0.032
EAC26	-0.043	0.133	-0.096	-0.058	0.026	0.001

Expected Change for THETA-DELTA

	EAC19	EAC20	EAC22	EAC23	EAC24	EAC26
EAC19	- -					
EAC20	0.033	- -				
EAC22	-0.030	-0.084	- -			
EAC23	-0.005	-0.037	0.047	- -		
EAC24	-0.012	0.066	-0.020	-0.046	- -	
EAC26	0.012	0.133	-0.013	0.109	0.091	- -

Maximum Modification Index is 19.74 for Element (4, 1) of LAMBDA-X

Time used: 0.499 Seconds