

**UNIVERSIDADE BANDEIRANTE ANHANGUERA
THAIS SISTI DE VINCENZO SCHULTHEISZ**

**CONSTRUÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOESTIMA
EM VESTIBULOPATAS**

SÃO PAULO
2013

THAIS SISTI DE VINCENZO SCHULTHEISZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL
E INCLUSÃO SOCIAL

CONSTRUÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOESTIMA
EM VESTIBULOPATAS

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Banca Examinadora da Universidade Bandeirante Anhanguera para obtenção do título de Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Aprile
Co-orientadora: Profa. Dra. Célia Aparecida Paulino

SÃO PAULO

2013

S417c Schultheisz, Thais Sisti De Vincenzo
Construção de escala de avaliação de autoestima em vestibulopatas. / Thais Sisti De Vincenzo Schultheisz. -- São Paulo: Universidade Bandeirante Anhanguera, 2013.
ix, 82 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (MESTRADO) – Universidade Bandeirante Anhanguera, 2013.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Rita Aprile

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Aparecida Paulino

Referências bibliográficas: f. 54 - 61.

1. Autoestima - autoimagem. 2. Qualidade de vida. 3. Doenças vestibulares. I. Schultheisz, Thais Sisti De Vincenzo. II. Universidade Bandeirante Anhanguera. IV. Título.

CDD 152.41

THAIS SISTI DE VINCENZO SCHULTHEISZ

**CONSTRUÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOESTIMA
EM VESTIBULOPATAS**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Banca Examinadora da Universidade Bandeirante Anhanguera para obtenção do título de Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

BANCA EXAMINADORA

.....
Profa. Dra. Maria Rita Aprile (Presidente) – UNIBAN Anhanguera

.....
Profa. Dra. Patrícia Unger Raphael Bataglia - UNESP (Marília)

.....
Profa. Dra. Fátima Cristina Alves Branco-Barreiro - UNIBAN Anhanguera

.....
Profa. Dra. Cecília Carmen Pontes Rodrigues - USP / CERU - Suplente

.....
Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso – UNIBAN Anhanguera - Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em primeiro lugar a minha mãe, Yara Sisti De Vincenzo, que me deu vida e possibilitou a realização de mais este desafio e a minha filha, Marianna Schultheisz, que motiva minha existência.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de muito estudo, empenho e esforço, gostaria de agradecer as pessoas que foram fundamentais para realização desse sonho. Poucas palavras não poderiam descrever a real importância delas em minha vida, porém elas sabem a eterna gratidão, sob mais esta conquista pessoal e profissional. Primeiramente, gostaria de agradecer minha mãe, que me proporcionou e me deu forças para ingressar no Curso de Mestrado e seguir em frente com os estudos, à minha filha que me apoiou e compreendeu em todos os momentos, tanto felizes, quanto conturbados, aos meus professores que me transmitiram seu conhecimento. À minha Orientadora: - Muito obrigada, pelo apoio, competência, paciência, amizade, confiança, não somente neste trabalho, mas em todo caminho percorrido até aqui, não seria possível completar esse “caminho” sem a sua extrema dedicação no sentido exato da palavra, dentro do que as palavras podem transmitir em relação ao carinho, admiração e respeito que sinto por ela. Um agradecimento especial à minha querida amiga Elaine Filomena Franciscato Avezani, que esteve sempre junto comigo, (minha irmã de alma) ajudando, me apoiando em decisões e, em momentos difíceis, desejando sempre o melhor para mim. Agradeço também ao Gyorgy pelas idas e vindas, na intenção de dar “força” no cumprimento das tarefas a serem realizadas, tanto dentro, como fora de casa.

Agradeço, acima de tudo, a Deus por tudo de maravilhoso que tem ocorrido em minha vida.

RESUMO

SCHULTHEISZ, T. S. DE V. **Construção de escala de avaliação de autoestima em vestibulopatas.** 2013. 77p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social. Universidade Bandeirante Anhanguera. UNIBAN, São Paulo, 2013.

Tonturas e vertigens constituem os sintomas incapacitantes mais referidos por pacientes com distúrbios vestibulares. Independente da faixa etária, a ocorrência desses sintomas poderá levar os pacientes a apresentar insegurança física e/ou desequilíbrio corporal, dificuldades de concentração, perda de memória e fadiga. Os problemas físicos gerados poderão conduzir os pacientes a manifestar irritabilidade, perda de autoconfiança, medo de sair sozinho, além de isolamento, ansiedade, depressão e pânico, o que interfere em sua qualidade de vida e autoestima. Os instrumentos convencionais que avaliam o sistema vestibular e a qualidade de vida dos pacientes não são apropriados para avaliar a autopercepção dos efeitos provocados pelos sintomas sobre sua autoestima. Também não existe em língua estrangeira um instrumento que possa ser adaptado com esse propósito. Nesse sentido, este estudo teve o objetivo de construir uma escala de avaliação de autoestima em vestibulopatas. A partir de um levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais sobre o construto e os principais instrumentos para sua avaliação, foram realizadas as seguintes etapas: entrevistas orientadas por roteiro semiaberto - com amostra de conveniência constituída por 6 (seis) participantes, de ambos os gêneros, com diagnóstico de tontura de origem vestibular, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - com o propósito de clarificar o conceito junto a população alvo (vestibulopatas); análise da equivalências semântica dos itens dos instrumentos de Rosenberg, Coopersmith, específicos para avaliação de autoestima e Whoqol-Bref, que inclui o construto, no domínio psicológico; elaboração de escala com 33 (trinta e três) assertivas, sendo: 17 (dezesete) positivamente orientadas e (dezesesseis) negativamente orientadas, que deverão ser respondidas por meio da escala Likert de 5 (cinco) itens. A escala proposta necessita de validação estatística para seu aprimoramento quanto à consistência interna, valores de fidedignidade e confiabilidade dos resultados.

Palavras chaves: autoestima - autoimagem – qualidade de vida - doenças vestibulares

ABSTRACT

SCHULTHEISZ, T. S. DE V. **The construction of rating scale for measuring self-esteem in patients with vestibular disorders.** 2013. 77p. Dissertation. Master's Degree Program on Rehabilitation of Body Balance and Social Inclusion. Universidade Bandeirante Anhanguera. UNIBAN, São Paulo, 2013.

Dizziness and body balance disorder are the most disabling symptoms reported by patients with vestibular disorders. Regardless of age, the occurrence of these symptoms can lead patients to present physical insecurity and / or bodily imbalance, difficulty concentrating, memory loss and fatigue. Physical problems generated may lead patients to manifest irritability, loss of confidence, fear of going out alone, in addition to isolation, depression, anxiety and panic, which interfere with their quality of life and self-esteem. Conventional instruments that assess the vestibular system and the quality of life of patients are not suitable to evaluate the perception of the impact of the symptoms on their self-esteem. Neither is there in foreign language an instrument that can be adapted for this purpose. Thus, this study aimed at constructing a rating scale for measuring self-esteem in patients with vestibular disorders. From literature research carried out in national and international databases on the construct and the main instruments for its evaluation, the following steps were taken: interviews guided by a semi-structured script - with a convenience sample consisting of six (6) participants, of both genders, with a diagnosis of vestibular dizziness, who signed the Free, Prior and Informed Consent - in order to clarify the concept with the target population (patients with vestibular disorders); semantic analysis of the items of Rosenberg's and Coopersmith's instruments, specific for the evaluation of self-esteem and WHOQOL-Bref, which includes the construct in the psychological domain; development of scale with 33 (thirty three) assertions, as follows: 17 (seventeen) positively oriented and 16 (sixteen) negatively oriented, which should be answered by means of the Likert scale of five (5) items. The proposed scale requires statistical validation for its improvement regarding internal consistency, reliability and reliability values of the results.

Keywords: self-esteem - self-image - quality of life - vestibular diseases.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Equivalência de Itens – Análise semântica.....	33
Quadro 2 –	Valores das Assertivas	50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	09
2.1. AUTOESTIMA.....	09
2.1.1. AUTOCONCEITO.....	14
2.1.2. AUTOIMAGEM.....	15
2.2. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA.....	17
2.2.1. INVENTÁRIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.....	18
2.2.2. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	21
2.2.3. WHOQOL.....	22
2.2.3.1. WHOQOL 100.....	24
2.2.3.2. WHOQOL BREF.....	25
2.2.4. OUTROS INSTRUMENTOS.....	25
3. MÉTODO.....	27
3.1. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	30
3.2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	30
4. ENTREVISTAS.....	31
4.1. EQUIVALÊNCIA DE ITENS.....	32
4.2. ESTRUTURA DE ITENS DA ESCALA.....	43
4.3. ASSERTIVAS.....	44
4.3.1. NEGATIVAMENTE ORIENTADAS - BAIXA AUTOESTIMA.....	44
4.3.2. POSITIVAMENTE ORIENTADAS - ALTA AUTOESTIMA.....	45
4.4. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOESTIMA EM VESTIBULOPATAS.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	62
APÊNDICE A ENTREVISTA / ROTEIRO.....	65
ANEXO A TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO.....	66
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	67
ANEXO C– COOPERSMITH <i>SELFSTEEM INVENTORY</i>	69
ANEXO D – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (E.A.R.).....	72
ANEXO E – WHOQOL BREF.....	73

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, vários estudos e pesquisas tratam da avaliação da autoestima em pacientes portadores de diferentes doenças, como neoplasia mamária (OLIVEIRA *et al.*, 2011); carcinomas de pele (CARVALHO *et al.* 2006); crônico-degenerativas (VITORELLI; PESSINI; SILVA, 2005); patologias oncológicas e onco-hematológicas (RIBEIRO; SILVA, 2003), entre outras.

A autoestima reflete respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou eventos da vida (HARTER; WHITESELL, 2003), motivadas pela forma como aceitam a si mesmo, valorizam o outro e projetam suas expectativas (BEDNAR; PETERSON, 1995). Para uma vida satisfatória, é indispensável a presença de uma autoestima positiva que permita ao individuo se sentir confiante, adequado à vida, competente e possuidor de valor pessoal (BRANDEN, 1995). É considerada, um importante indicador de saúde mental (MRUK, 1995), posto que se relaciona a construtos psicológicos (SÁNCHEZ; BARRON, 2003).

Um instrumento específico para avaliação da autoestima, bastante difundido na literatura acadêmica, é a Escala de Rosenberg (ROSENBERG, 1965) com 10 (dez) assertivas, cuja adaptação transcultural para o Brasil foi feita por Dini e Quaresma (2004). A Escala é baseada no Inventário de Autoestima de Coopersmith, que inclui 58 (cinquenta e oito) questões. Sua adaptação transcultural foi feita por Hutz (2000). Avanci e colaboradores (2006) realizaram a adaptação transcultural da Escala de Rosenberg para avaliação da autoestima em adolescentes.

Alguns instrumentos não específicos para avaliação de autoestima incluem o construto em alguns de seus itens, como é o caso do Inventário Clínico de Autoconceito (VAZ SERRA, 1985), constituído de 20 (vinte) questões, que avaliam aspectos sociais e emocionais do autoconceito. Alguns instrumentos para avaliação da qualidade de vida, como o clássico WHOQOL, de abrangência mundial, organizado em 6 (seis) domínios, inclui o item autoestima no domínio psicológico (FLECK *et al.*, 2008).

Há outros instrumentos direcionados a avaliar a autopercepção de efeitos incapacitantes sobre os indivíduos provocados por determinadas doenças e/ou comorbidades. Entre esses instrumentos, se destacam: *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) para pacientes com tontura, de Jacobson e Newman (1990), com

adaptação brasileira por Castro *et al.* (2003); *Tinnitus Handicap Inventory* (THI), destinado a pacientes com zumbidos, de autoria de Newman *et al.* (1996) e adaptação cultural para o português brasileiro por Ferreira *et al.* (2005); o *Fibromyalgia Impact Questionary* (FIQ), para pessoas que desenvolveram o “quadro” de fibromialgia (MARQUES *et al.*, 2006); *Scale of the diagnosis of diabetic distal polyneuropathy* (PND), para diabéticos (NOVATO, 2004); *Assessment of Quality of life and related events* (AQUAREL), voltado para pacientes com marcapasso cardíaco (OLIVEIRA *et al.*, 2006); *Social Phobia inventory* (SPIN), para adolescentes com fobia social (VILETE, 2002) .

Não há na literatura acadêmica um instrumento específico para avaliação da autoestima em indivíduos acometidos por vestibulopatia - alterações que ocorrem no sistema vestibular, sendo periféricas, quando acometem o labirinto e/ou o oitavo nervo craniano e, centrais, quando lesam as estruturas vestibulares do sistema nervoso central (núcleos, vias e inter-relações). É uma doença crônica, com alta prevalência na população idosa, cujos sintomas interferem nos componentes do controle postural e sensorial (visual, somatossensorial e vestibular) e no ejetor (força, amplitude de movimento, alinhamento biomecânico, flexibilidade), fundamentais para o controle do equilíbrio corporal.

Há vários tipos de vestibulopatias, entre elas, as de origem vascular, caracterizadas por vertigens ou tonturas com ou sem perda auditiva, em pacientes com hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, arteriosclerose ou hipotensão ortostática; as de origem metabólica, que apresentam “quadros” de vertigem ou tontura acompanhados de sintomas neurovegetativos, às vezes com perda de audição ou zumbido em pacientes com distúrbios endocrinológicos, como hiperglicemia, hipoglicemia, deficiência de lactose, sacaríase, hipo ou hipertireoidismo e distúrbio supra-renal (GASPAR *et al.*, 2011).

A síndrome de Menière consiste no aumento da pressão e do líquido endolinfático, com o abaulamento do ducto coclear, utrículo e sáculo. Como em outros distúrbios, caracterizados pelo aumento do volume de líquido extracelular, os sintomas se agravam com excesso de sal e podem ser diminuídos pela redução de sua ingestão ou pela administração de diuréticos. Caracteriza-se por ataques recorrentes de zumbido, perda auditiva e vertigem, acompanhados por uma sensação de pressão no ouvido, distorção de sons e sensibilidade ao ruído. Esses

sintomas poderão não surgir ao mesmo tempo, no mesmo ataque. A surdez ou vertigem pode até ficar ausente, por vários anos (GASPAR *et al.*, 2011).

A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) é causada por alteração na orelha interna. Existem otólitos de carbonato de cálcio localizadas dentro dos canais auditivos interiores que ajudam a manter o equilíbrio. Quando o indivíduo se levanta ou gira a cabeça ou se move, os otólitos se movimentam. Alguns fatores, como inflamação, podem impedir que estas se movam como deveriam, enviando uma falsa mensagem ao cérebro, e provocando tontura. É a sensação que o ambiente gira quando o indivíduo se move ou se deita. (GASPAR *et al.*, 2011).

Os sintomas das vestibulopatias, em especial, a tontura crônica e o desequilíbrio corporal, poderão provocar nos indivíduos incapacitação parcial ou total em relação ao desempenho de atividades físicas, profissionais e sociais. A insegurança física gerada pelos sintomas pode levá-los à irritabilidade, perda da autoconfiança, medo de sair sozinho, sensação de estar fora da realidade, insegurança, ansiedade e depressão (GANANÇA *et. al.*, 2000), interferindo em sua qualidade de vida e, principalmente, em sua autoestima.

Em face do exposto, e considerando que os testes convencionais destinados à avaliação do sistema vestibular não são adequados para avaliar a autopercepção dos efeitos provocados pelos sintomas sobre a autoestima dos indivíduos acometidos e considerando ainda a inexistência de um instrumento disponível em língua estrangeira para adaptação cultural, este estudo teve o objetivo de construir uma escala de avaliação da autoestima em vestibulopatas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AUTOESTIMA

Na literatura acadêmica, verifica-se a inexistência de clareza conceitual em relação às expressões: autoestima, autoconceito e autoimagem. Vários autores definiram tais conceitos, utilizando-se de diferentes abordagens. Isso significa que - dependendo da linha teórica utilizada - os autores poderão privilegiar um ou outro aspecto, conforme pode se evidenciar nesta revisão de conteúdo. Diversas expressões também são utilizadas para definir: autoestima, autoconceito e autoimagem (NERI, 2011).

Os primeiros estudos realizados em relação ao tema partiram das pesquisas de William James, psicólogo de pensamento funcionalista, que estudava o quanto o organismo se utilizava das funções da mente para adaptar-se ao meio ambiente (JAMES, 2012).

Segundo Noller (1994), o relacionamento familiar tem um papel fundamental para a visão de si mesmo e dos sentimentos autonutridos. Se uma criança é “fruto” de uma mãe superprotetora - não tem permissão para sair, brincar com os amigos, frequentar ambientes em que possa observar costumes diferentes e ter outros referenciais de relacionamento, ou se é criticada por tudo o que realiza, como alguém que não faz nada de forma correta, considerada desajeitada e incapaz - é bem provável que não acreditará em seu potencial e não se sentirá segura para executar quaisquer atividades, longe da aprovação da mãe. Com base nessa experiência ou vivência, o autoconceito possivelmente será baixo (GOBBITA, 2002).

Ao contrário, uma criança que é elogiada em seu desempenho escolar e social, provavelmente se sentirá segura para realizar o que lhe for solicitado ou o que tiver iniciativa para executar. Nesse caso, desenvolverá uma alta autoestima, segundo Silva e Marinho (2003), quando lembram que a autoestima se refere ao ato de estimar a si próprio. Em ambos os casos, o juízo de valor decorre do quanto este indivíduo expõe socialmente o que pensa e sente em relação a si próprio, tanto aparentando um ser fracassado, incompetente em relação à vida, como alguém autoconfiante e competente (GOBBITA, 2002).

Autores de base psicanalista, como Charles H. Cooley, Alfred Adler e George Herber Mead, também seguidores do pensamento humanista, tiveram como ponto

inicial para a construção do conceito de autoestima seus estudos sobre o significado do *self*. Para esses autores, é possível encontrar indícios da autoestima no *self*. Adler chama a atenção para a importância que o “outro” exerce quando atribui significado para as ações do indivíduo, valorizando-as ou não. O *self* se faz presente na constituição da autoestima como um “eu” individual diferente de outros “eus”, o que exige do indivíduo a aceitação de si, segundo seus próprios valores (GOBBITA, 2002).

Ao nascer, as necessidades dos indivíduos são satisfeitas sem que haja por parte deles a percepção da mãe. A sensação de conforto e de bem estar parecem vir de si ou serem uma continuidade deles mesmos (ERBOLATO, 2000). Segundo o médico de base psicanalista Wallon, conforme o indivíduo cresce e adquire maturação física e emocional, o mundo vai se tornando distinguível: começa a diferenciar o seu “eu” do “outro” (WALLON, 1994). O indivíduo começa a ter percepção da necessidade de algum tipo de esforço para a obtenção do bem estar sentido, no início da vida. Cada vez mais, mesmo que de forma lenta, passa a ter clareza de que dentro de um espaço físico existe o seu “eu” e os outros, ou seja, o mundo externo começa a adquirir identidade. Percebe que habita um corpo situado em um espaço e se relaciona com seres e objetos presentes no contexto ao qual pertence e, ao mesmo tempo, lhe dá identificação. Essa identificação concorre para a formação de sua autoestima (ERBOLATO, 2000).

Para Wallon (1994), o meio é fundamental para a constituição da formação do indivíduo e, em decorrência, da autoestima. A pessoa deve ser analisada em relação ao meio do qual faz parte. As condições em que vive, o seu meio social e cultural possibilita e estabelece limites para que se desenvolva e se “torne pessoa”. Nas diferentes etapas de desenvolvimento, essa formação não se dá apenas no contato com o outro. O processo de individuação e de constituição do “eu” também sofre a influência das “produções” dos “outros”, tais como, música, livros, pinturas, filmes, textos, entre outras.

Segundo a Psicologia Social, o contato ou treinamento social constitui um elemento importante para a construção do “eu”. Entender que esse “eu” é independente da existência de tudo que lhe rodeia não diz respeito apenas à percepção de seu físico, mas também de sua constituição identitária, a qual decorre da influência, primeiro da educação informal e, depois, da educação formal (ERBOLATO, 2000).

É, pois, por meio dos processos educativos formais e não formais que o indivíduo assimila valores, regras morais e religiosas que começam a fazer parte de si e identificam o seu “eu” como um ser único e individual que se diferencia dos outros. Esse processo requer anos de vivência e de experiência, pois a partir dos conceitos introduzidos, em especial, durante a adolescência, o indivíduo começa a introjetar o que está mais de acordo com o que pensa e sente e, descartando o que não acredita, chega à vida adulta com os seus próprios conceitos (CROCKER; MAJOR, 1989).

Portanto, como o ser humano é biopsicossocial, não existe somente a vontade, mas a necessidade de fazer parte de um meio social e de viver em grupo. Os contatos mantidos pelo indivíduo são determinantes para a sua formação, enquanto ser biopsicossocial. O indivíduo busca seus semelhantes, isto é, aqueles que compartilham de suas crenças, valores e estilos de vida. O grupo social também influencia o indivíduo, que elege ou não algumas pessoas como modelos, ou seja, algumas referências “boas” ou “más” para o seu comportamento, estabelecendo com elas uma identificação positiva ou negativa. Em geral, “copia” pessoas que se comportam de acordo com o socialmente aceito para os gêneros masculino e feminino (ERBOLATO, 2000).

Na medida em que o meio social é um forte constituinte da formação do sujeito, somado ao seu biopsicológico, este meio influencia o indivíduo de forma tanto benéfica, como prejudicial, no desempenho de suas atividades profissionais, familiares e sociais. Também são fortes marcadores culturais: a idade, o sexo, o estado civil e as condições orgânicas em que o ser humano se encontra, que poderão influenciá-lo de forma positiva ou negativa no desempenho de seus afazeres. Erthal (1989) lembra que a autoestima é uma atitude afetiva em relação ao *self* e considera que toda atitude incorpora três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental. Esses componentes deverão manter coerência entre si para que essa direção ou atitude afetiva (autoestima) seja mantida. Um abalo em um desses componentes provoca a alteração dos demais, já que a congruência deve ser mantida.

Considerando, pois, que o homem é um ser basicamente social, sua relação com os “outros” se baseia em normas e regras. Seu comportamento ocorre a partir das interações estabelecidas com os grupos ou de suas expectativas em relação às pessoas (RODRIGUES, 1978, apud VARGAS, 2005, p.35).

Também em relação ao conceito de autoestima, Dini, Quaresma e Ferreira (2004) se referem a ele como o que indivíduo sente em relação a gostar de si e o quanto gosta, o que vê e pensa sobre si próprio. Segundo Hutz e Zanon (2011), a autoestima diz respeito ao quanto o sujeito está satisfeito ou insatisfeito em relação às situações vividas, destacando que a baixa autoestima pode permanecer sem ser alterada durante muito tempo e, em diversas situações, de sua fase adulta de vida, indicando se o indivíduo está bem adaptado ou não à sociedade. Assim, dependendo de como o indivíduo “se vê” no mundo, tem-se a explicação para várias atitudes, projeções ou decadências sociais e outras situações presentes na sociedade ocidental.

Segundo Sbicigo, Bandera e Dell'aglio (2010), a autoestima se refere a um somatório de valorações que o indivíduo atribui ao que sente e pensa, podendo fazer com que seus comportamentos sejam bons ou maus em relação a esse quadro de valores. Rosenberg (1985) e Coopersmith (1967) reforçam o fator da valoração, dizendo que indivíduo conduz sua vida no sentido de projetar em seus ideais como o “outro” pode demandar maior ou menor poder sobre si próprio.

Vaz-Serra (1988) diz que a autoestima é uma forma de medir o autoconhecimento e a autoavaliação. O autoconceito diz respeito às diversas faces da imagem do indivíduo; já a autoestima como este indivíduo se coloca frente ao mundo e os sentimentos como se vê. Portanto, a autoestima corresponde à autoavaliação, além de provocar uma “troca de idéias” sobre o *self*, em suas várias dimensões. O indivíduo se autoavalia de acordo com os sentimentos e pensamentos introjetados durante o processo de formação de sua identidade, fazendo sentido o fato de alguns psicólogos durante muito tempo entrarem em contato com autoestima e autoconceito como dimensões únicas de uma entidade.

O crescimento social e, conseqüentemente, as questões nessa área aparecem cada vez mais para as ciências sociais como temas diretamente relacionados à autoestima populacional (WELLS; MARWELL, 1976). De acordo com Mruck (1998, p.15), “pesquisadores, especialmente aqueles com uma perspectiva sociológica, centram-se agora na compreensão do papel que desempenha a atitude de autoestima no desenvolvimento social”. O uso de drogas, a não frequência às escolas, adolescentes engravidando e o chamado comportamento “desviante social”, ou seja, o transgressor das regras sociais e a marginalidade cada vez mais

alta têm sido objeto de pesquisas devido à sua relação com a construção do processo de identidade.

Embora as atitudes constituam um tema bastante estudado pela Psicologia Social e por autores de outras áreas da Psicologia, desde os anos de 1920, ainda, hoje, existem discordâncias sobre sua definição. Rodrigues (1978) se refere ao conceito como uma organização de crenças e cognições carregada de afetos positivos ou negativos. Segundo Baker (2005), atitude é a reação do indivíduo em contato com uma estimulação externa baseada em valores e crenças aprendidas e, a partir das quais, constrói sua percepção de mundo. As atitudes correspondem, pois, a um estado mental de prontidão aprendido, a maneira pela qual os indivíduos constroem seus próprios mundos que, confrontados com um determinado estímulo, os leva a agir de certa maneira (BAKER, 2005).

Esta maneira de atuar se relaciona ao tipo de afeto provocado pelo objeto em questão, que pode ser tanto positivo, quanto negativo. O objeto corresponde ao “instrumento” ao qual são direcionados os afetos, que podem ser internos, isto é, cognitivos e psicológicos. Diehl; Hastings e Stanton (2001) referem se às pesquisas cujos resultados finais indicam que quanto menos desestruturações, transformações negativas durante o transcorrer da vida, maior será o sentimento positivo de bem estar interno.

Behavioristas, como Skinner (1995), consideram a autoestima como o constituinte interno do sujeito que é modificado por meio de ocorrências ambientais:

A cultura louva e recompensa os seus membros que fazem coisas úteis ou interessantes. No processo, o comportamento é positivamente reforçado e são geradas condições corporais que são observadas pela pessoa cujo “eu” é observado e valorizado (SKINNER, 1995, p.47).

Skinner (1995) utilizava em seus experimentos reforços positivos e extinção, que eram equivalentes a elogios e punições. Quando utilizados, os reforços positivos proporcionavam ao indivíduo um sentimento de competência, que o fazia se sentir valorizado. Ao contrário, a extinção fazia com que se sentisse incompetente. Com o passar dos anos, a influência do referencial externo (reforços) na construção de si mesmo, levaria o indivíduo a se tornar bom ou mau, positivo ou negativo, principalmente quando os referenciais eram obtidos em seu meio familiar (SILVA; MARINHO, 2003).

As reações ou expressões comportamentais que interferem na formação identitária são denominadas atitudes e correspondem a:

Cognições, sentimentos e tendências de ações que estão inter-relacionadas [...] e formam sistemas duradouros de avaliações positivas ou negativas, sentimentos emocionais e tendências de ações, favoráveis ou desfavoráveis em relação aos objetos sociais. Estes sistemas específicos são denominados atitudes (KRECH, CRUTCHFIELD, BALLLACHEY, 1975, p. 161).

Na perspectiva behaviorista, a baixa autoestima tem origem no controle aversivo do comportamento, quando todas ou a maior parte das atitudes do indivíduo são criticadas, desencadeando inibição do comportamento apresentado e o medo de se expor (comportamento de fuga e esquivas). O sujeito passa a se ver como alguém inferior e despreparado para a competitividade existente no mundo, desenvolvendo sentimentos negativos em relação a sua própria pessoa, a partir do momento em que é observado e alvo de julgamento por parte de grupos sociais a que pertence (SILVA; MARINHO, 2003).

Essa avaliação vinda de fora enfatiza as diferenças entre os indivíduos e as rotula de boas ou más, adequadas ou inadequadas, desenvolvendo processos de rejeição ou de aceitação. O indivíduo pode apresentar comportamentos agressivos e de defesa ou afastar-se do meio por sentir-se posto de lado na medida em que não percebe nada de bom e produtivo que venha de si (SILVA; MARINHO, 2003).

Por fim, a definição de autoestima é altamente complexa uma vez que envolve valoração de crenças, percepção do “mundo interno” e do mundo externo. Trata-se de um constructo interno e pessoal fortemente influenciado pelo contexto social e cultural em que se insere o indivíduo.

2.1.1 AUTOCONCEITO

O autoconceito constitui um conceito diretamente relacionado à autoestima. Na Psicologia Social, Bernardo e Matos (2003) relacionam o autoconceito à autodescrição, à percepção pessoal ou autopercepção, ou seja, como o sujeito percebe a si mesmo. Silva e Vendramini (2005) referem-se a aspectos do comportamento, tais como: o sentir, o fazer e o falar em relação a si mesmo.

Uma abrangente pesquisa em Psicologia da Personalidade, realizada por Brown e colaboradores (2009), relaciona o autoconceito à condição do indivíduo de estar bem consigo e em relação ao meio social mais amplo.

Neri (2011) refere-se ao autoconceito, autoconhecimento, autodescrição e autodefinição com o mesmo significado, pois estão ligados ao *self*, que filtra os dados recebidos e permite à pessoa estabelecer prioridades em sua vida e atuar de acordo com elas em seu meio social e segundo as possibilidades referentes ao sexo e à idade. A autora lembra que as pesquisas sobre o autoconceito em pessoas do sexo feminino são mais difíceis de serem encontradas do que em pessoas do sexo masculino. Para tanto, concorrem vários fatores: o fator beleza, ao considerar-se que o corpo da mulher, em função da gravidez ou da menopausa, tem um envelhecimento mais rápido, o que faz com que as mulheres não se sintam mais atraentes. Por ocuparem o lugar de “esteio da casa”, devendo ser as mantenedoras do equilíbrio familiar, além da realização das tarefas domésticas e da maternidade, acabam apresentando um desgaste físico e emocional muito maior que os homens. Como a vida se limita, muitas vezes (dependendo da classe social a que pertencem e da educação recebida), aos filhos e marido, quando esses “trilham seus caminhos” e saem de casa, ou quando a viuvez ocorre, a solidão acaba por tomar conta das mulheres que - em função do estado de dependência criado e da solidão estabelecida - acabam por ficar sem perspectivas futuras.

Altafi e Troccoli (2011) utilizam o conceito de “*self* – estendido” como uma extensão do autoconceito. Segundo os autores, o que faz com que o indivíduo tenha um autoconceito maior ou menor está relacionado à posse de bens materiais. O sujeito se define a partir do que possui materialmente, como se suas aquisições expressassem parte de sua personalidade ou de sua autoidentidade. Essa abordagem vinda da Psicologia Organizacional tem sido muito utilizada na área de *marketing* e em estudos de mercado.

Cavalett-Mengarelli (2008) afirma que o autoconceito e o *self* se mesclam em alguns estudos, embora considere que o *self* apresente uma estrutura mais ampla e abrangente que o autoconceito. O *self* define o indivíduo como um todo, enquanto o autoconceito corresponde à forma como o indivíduo pensa e se sente em relação à sua própria pessoa.

2.1.2 AUTOIMAGEM

A autoimagem também constitui uma atitude diretamente relacionada à autoestima. Em artigo recente, Meurer, Benedetti e Mazo (2009) resgatam estudos

sobre a autoimagem, lembrando que a autoimagem está relacionada à imagem que o indivíduo tem sobre a aparência e o funcionamento de seu próprio corpo.

Para Altafi e Troccoli (2011), a autoimagem constitui um produto do *self* na medida em que o ser humano passa, ao longo da vida, por experiências tidas como boas ou más. Os autores utilizam a expressão "experiências tidas" para indicar que a mesma situação vivida pode ser agradável para um indivíduo e desagradável para outro. Essas experiências dependem da maneira como a estrutura do *self* de cada um recebe e processa as informações que lhe são passadas, no desenrolar dos anos.

Anteriormente, estudo clássico de Erthal (1989) considera o conceito do *self* importante para a compreensão da autoimagem. A maneira do indivíduo se ver em relação ao mundo servirá de "bússola" para todos os seus comportamentos, durante a vida. Dessa forma, uma ansiedade pode decorrer da divergência entre a imagem que o indivíduo tem de si e aquela que na realidade ele expressa. Segundo o autor, pode se negar a realidade externa a título de manutenção da autoimagem, saída mais fácil, ou aceitar as evidências e reformular tal percepção. Daí utilizar o chamado "*self* – fenomenal" como sinônimo de autoimagem. A autoimagem acaba por ser uma forma do indivíduo se ver, posto que apreende as informações que lhe são fornecidas e, muitas vezes, impostas ao seu comportamento, à sua aparência física e à sua produção cognitiva.

Estudos realizados pelo psicanalista Carl Rogers (2009) com o objetivo de esclarecer a compreensão do "ser" e do "eu mesmo" indicam que o corpo é uma das partes constituintes do *self* e, como tal, apresenta características herdadas que proporcionam ao indivíduo o sentimento de pertencimento a um grupo social e culturalmente definido. O sujeito se percebe frente ao universo que o rodeia como se fosse uma "rocha incrustada de corais".

A utilização da figura de Narciso, vinda da mitologia, traz elementos para a explicação da autoimagem. O narcisismo diz respeito ao apaixonar-se por si mesmo. Uma paixão não egocêntrica em que o importante é a autovalorização, já que a autoimagem implica em juízos de valores, presentes no meio ambiente social e cultural em que o indivíduo habita e convive. O narcisismo corresponde à maneira como o sujeito se percebe e se relaciona, isto é, ao ato de estimar-se.

Considerado "Pai" da psicanálise, Freud constrói a teoria do "ideal do eu", apoiando-se em sua "teoria do narcisismo", que considera um processo permanente,

que se estrutura e se reestrutura, no decorrer do tempo e das vivências, permitindo ao indivíduo se relacionar com o meio externo e tomar consciência de seu “existir” no mundo. Freud considera narcisismo primário aquele que é herdado dos pais. Às crianças lhes caberia refazer o “caminho” que seus pais, por motivos próprios, não percorreram. Os filhos retomariam o elo que se perdeu quando seus pais “abriram mão” de seus sonhos e realizações, fazendo com que esses sonhos fossem, agora, realizados (DRUBSCKY, 2008).

Ainda, segundo Freud, no início da vida psíquica, o “eu” é investido por pulsões ou cargas de energia que deverão ser satisfeitas para o indivíduo se manter vivo. A esse “eu”, cabe introjetar o que é agradável e prazeroso (narcisismo) e expulsar o desagradável e penoso (DRUBSCKY, 2008). Freud considera que o narcisismo primário poderá eventualmente expressar as escolhas de objetos narcísicos pelos indivíduos (CROCKER; MAJOR, 1989). Lembra que a mãe corresponde ao objeto primário (narcísico) de amor do indivíduo e enfatiza que, com o passar dos anos, o sujeito elege em sua vida amorosa alguém merecedor de seu afeto, não tendo necessariamente a figura materna como modelo. O narcisismo se desloca para este novo “eu” ideal sobre o qual recai, agora, o amor de “si mesmo.” Esse processo continua durante a fase adulta e está vinculado aos valores da sociedade em geral (DRUBSCKY, 2008).

A autoimagem tem função adaptativa e reguladora uma vez que incorpora memórias episódicas e semânticas, traços e valores que concorrem para a manutenção e estabilidade do *self*, permitindo às pessoas fazerem projeções para suas vidas e se autoavaliarem, planejando e avaliando o desempenho de seus papéis, entre outros (PINQUART; SORENSEN, 2001).

2.2 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA

Durante algum tempo, a avaliação da autoestima enfrentou sérias críticas em função da inexistência de instrumentos específicos para sua medição (WYLLIE, 1974). No decorrer dos anos de 1990, uma nova geração de psicólogos foram modificando e refinando a instrumentação para avaliação da autoestima (MRUCK, 1998).

De acordo com Moreira (1986), pode-se medir as atitudes por meio de escalas, as chamadas “Escala de Atitudes”. Dillman (1978) considera que as

atitudes e crenças não são fáceis de medir, pois são de propriedades intrínsecas ao ser humano, ou seja, referem-se às características cognitivas e psicológicas e, não, aos fatos concretos.

Por outro lado, as atitudes não são estáveis. Podem sofrer variação durante a vida dos indivíduos, dependendo de seu grau de conhecimento e compreensão dos fenômenos. As respostas às questões das escalas também dependem do entendimento do respondente a seu respeito, isto é, a forma como a questão é feita pode influenciar as respostas dos indivíduos. Esse é o motivo pelo qual as escalas de atitudes frequentemente incluem questões semelhantes.

2.2.1 INVENTÁRIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Em meados da década de 1960, Stanley Coopersmith realizou estudos relevantes para a discussão e o aprofundamento de questões referentes à autoestima. Seus estudos foram desenvolvidos à partir das pesquisas de Thurstone, psicólogo norte-americano, que dirigiu o Laboratório de Psicometria de Ciências Sociais, na Universidade de Chicago, em 1938, realizou estudos e pesquisas sobre o tema atitude, que resultaram em contribuições importantes para o estudo da autoestima. Mowen e Minor (2003) consideram Thurstone um dos responsáveis pela teoria de medição da atitude moderna. O autor considerava atitude o *quantum* de afeto (positivo ou negativo) direcionado a um estímulo externo.

Segundo Mattar (2001), em 1928, Thurstone, baseando-se na teoria psicofísica, sugeriu as Escalas de Intervalos Aparentemente Iguais que consistem em um conjunto de afirmações em que cada uma delas possuiu um valor predeterminado. Essas afirmações são apresentadas aos respondentes para sua concordância ou discordância. Por meio deste instrumento, o autor buscava informações que lhe permitissem distinguir em que grau e profundidade as pessoas divergem sobre uma determinada questão. A posição dos respondentes em sua escala corresponde à média aritmética dos valores obtidos em suas respostas concordantes.

Selltiz e colaboradores (1987) criticam a escala de Thurstone por considerarem que respostas divergentes podem conduzir aos mesmos resultados na escala, levando-os a duvidar dos resultados das aferições. Também consideram que este tipo de escala demanda muito tempo para ser elaborada e deve ser revista com

frequência. Assim, o esforço exigido em sua elaboração e as informações limitadas que possibilita tem restringido seu uso na avaliação de atitudes.

Conforme seus estudos, crianças que sofrem rejeições, punições e são rigidamente criadas sob as “rédeas” de seus pais, apresentam uma baixa autoestima, podendo, no futuro, ser mais carentes de afeto e apresentar dificuldades de relacionamentos sociais. Assim, os indivíduos que não se sentem incluídos no contexto familiar, não acreditam em si mesmos e precisam de auxílio psicológico para estruturar sua vida, além de apresentarem um alto nível de ansiedade, “fugindo” do chamado “nível ótimo” em psicologia. Esses indivíduos vivem com a sensação de ameaça constante ao seu “eu” (COOPERSMITH, 1967).

Segundo Coopersmith (1967), os indivíduos que procuram ajuda psicológica, apresentam frequentemente queixas em relação a não se sentirem adequados em sua postura frente à vida, bem como apresentam sentimentos de menos valia e comportamentos ansiógenos associados a uma baixa autoestima.

Para Coopersmith (1967, p. 4-5) a avaliação que o indivíduo faz e, em geral, mantém sobre si mesmo expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação que inclui:

1. o quanto o indivíduo é valorizado pelos outros, o que se expressa em sua aceitação;
2. as atitudes em relação ao outro, entre elas, doar-se, ser acolhedor e empático e, ao mesmo tempo, fortalecer as atitudes positivas do outro em relação a si mesmo e ao meio do qual participa, sendo continente, sem ser crítico, em relação aos seus fracassos;
3. respeito ao juízo de valor que a criança impõe sobre si mesma e o quanto se “cobra” frente às situações vividas;
4. a reação do indivíduo frente ao *feedback* do meio externo.

A partir desses estudos, Coopersmith (1967) define autoestima como:

[...] a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação, e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a autoestima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo. É uma experiência subjetiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos (COOPERSMITH, 1967, p. 4-5).

O autor também considera que:

Uma pessoa com auto-estima alta mantém uma imagem bastante constante das suas capacidades e da sua distinção como pessoa, e que pessoas criativas têm alto grau de auto-estima. Estas pessoas com auto-estima alta também têm maior probabilidade para assumir papéis ativos em grupos sociais e efetivamente expressam as suas visões. Menos preocupados por medos e ambivalências, aparentemente se orientam mais diretamente e realisticamente às suas metas pessoais (COOPERSMITH 1967, p.4).

A partir de estudos da Psicologia, Coopersmith desenvolveu, em 1967, um Inventário de Autoestima. Em sua obra “Os antecedentes da Autoestima”, buscou – por meio da observação controlada - os fatores que influenciam a autoestima tanto positivamente, quanto negativamente. Sua dúvida se apresentava da seguinte forma: - Além da formação da identidade do indivíduo, que outros fatores alimentam a baixa ou a autoestima? O autor separou os conteúdos do Inventário em quatro áreas subjetivas:

1. pais;
2. amigos;
3. escola;
4. si mesmo ou o “eu” como um todo.

Todas essas áreas apresentam variações quanto ao sexo, idade e desenvolvimento de papéis sociais. O autor realizou um estudo abrangendo classe social, condição econômica familiar, local geográfico habitado, nível de instrução, presença ou ausência dos pais em casa. Concluiu que estes fatores não estão correlacionados, mas, sim, a relação mantida pelos indivíduos com as pessoas mais valoradas por eles, em sua vida. Para Coopersmith (1967), é importante que a criança seja aceita e respeitada em sua individualidade, respeitando os “limites” impostos pelos pais que, por seu lado, devem ser firmes, ter autoridade sem serem autoritários.

Então conforme Coopersmith (1967), avaliar a si mesmo implica:

1. no quanto esse indivíduo é valorado pelo meio social restrito e amplo.
2. na experiência pessoal relacionada ao ser bem sucedido ou não.
3. no conceito pessoal em relação ao ser bem ou mal sucedido.
4. em como a criança elabora seus sucessos e fracassos.

Seu teste é composto de 58 questões com abordagem qualitativa e é utilizado até os dias atuais. Está estruturado em indicadores, utilizando a escala Likert de

medida, apresentando boas propriedades psicométricas. Os itens apresentam valoração e são somados de acordo com a conceituação.

Originalmente, o Inventário de Autoestima de Coopersmith foi elaborado para medir autoestima em crianças, mas foi modificado por Ryden (1978) para ser utilizado em adultos. Contendo linguagem apropriada para a faixa etária, conta apenas com 17 (dezesete itens).

2.2.2 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

De acordo com Rosenberg (1965), a autoestima é um componente fundamental da saúde mental e social do ser humano e diz respeito ao ajuste do indivíduo a sociedade em que vive.

A Escala de Auto Estima de Rosenberg foi escrita por Morris Rosenberg, com o objetivo da avaliação da autoestima, no sentido global. Segundo o autor, a autoestima refere-se a relação positiva ou negativa que o indivíduo tem com um “objeto”, o próprio “*self*”, o que fez com que sua Escala de Auto Estima tenha sido e esteja sendo utilizada, há tantas décadas, na prevenção de depressões, no “trabalho” executado com pacientes valvulopatas, jovens, considerados em estado de risco para entrada na delinquência, em função de uma exacerbada baixa estima.

Para o autor, a autoestima se divide em baixa autoestima, média autoestima e alta autoestima. A baixa autoestima se refere ao quanto o indivíduo apresenta dificuldades que o incapacitam a enfrentar problemas; a média autoestima diz respeito ao alternar-se entre sentimentos de autoaprovação e autorejeição; a alta autoestima diz respeito ao autojulgamento que o sujeito faz de si, valorizando-se, apresentando sentimentos de competência e autoconfiança (ROSENBERG, 1965).

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) original é constituída por dez sentenças fechadas: 5 (cinco) se referem à autoimagem ou ao autovalor positivos e 5 (cinco) à autoimagem negativa ou autodepreciação. As sentenças são preparadas no formato Likert de quatro pontos, alterando entre "concordo totalmente" e "discordo totalmente".

A EAR foi transcrita para 28 idiomas e divulgada em 53 países. Contudo, alguns autores consideram que a escala vem apresentando problemas em relação a sua estrutura unidimensional (SBICIGO *et al.*, 2005). Ao realizar a análise fatorial dos itens da escala, diferentes pesquisadores encontraram uma construção

bidimensional, que influencia na maneira em que o indivíduo se vê, tanto de forma positiva quanto negativa (SBICIGO *et al.* 2010).

Mesmo existindo divergências em relação ao conceito de autoestima, a estrutura fatorial da EAR apresenta indícios de boa consistência interna em pesquisas feitas em nível internacional para amostras de adolescentes e adultos (DONNELLAN *et al.*, 2007). A adolescência constitui a faixa etária em que o indivíduo apresenta modificações físicas, emocionais, cognitivas, estando diretamente voltadas à construção de características pessoais, que interferem na construção da autoestima (ROBINS; ORTH; TRZESNIEWSKI, 2010).

Pesquisas indicam que autoestima e gênero se relacionam, na adolescência, e que os escores maiores são evidenciados em rapazes (ROMANO, NEGREIROS, MARTINS, 2007; SANTOS, MAIA, 2003). Entretanto, a construção da autoestima na adolescência, ainda é pouco estudada especialmente no que se refere a grandes amostras, dificultando assim, um melhor e maior conhecimento do processo nessa faixa populacional (AVANCI *et al.*, 2007; FLEITH; SORIANO, 2012)

2.2.3 WHOQOL

Como a construção da autoestima se dá por meio da interação do “eu” com o meio social, este constructo está intimamente ligado à qualidade de vida na medida em que essa é influenciada pelas condições de vida às quais o indivíduo está submetido socialmente e que, por sua vez, produz efeitos psicológicos e orgânicos.

Segundo Fleck (1999 *et al.*), o termo “qualidade de vida”, foi usado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América Lyndon Johnson, quando se referia à economia do país, em 1964, dizendo: “os resultados da economia não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que proporciona às pessoas”. Iniciou-se, então, a preocupação com a qualidade de vida, tanto por parte de cientistas, políticos e filósofos, quanto por parte de profissionais da saúde, visando minimizar sintomas, melhorar o “quadro” da saúde e, portanto, aumentar o número de anos vividos pela população de forma melhor e com mais qualidade.

No caso específico da área médica, durante certo período de tempo, médicos tradicionais tinham a morte como finalização dos quadros de comorbidades graves. Havia muitas críticas em relação à essa visão restrita, que não redirecionava a atitude dos profissionais em relação a outros tipos de resultados. Contrapondo-se a

essa visão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (FLECK *et al.*, 2008). Assim definida, a OMS deu prioridade ao “sentir-se bem” em nível psicológico, após incorporar o conceito de “bem-estar”, levando alguns pesquisadores a estudarem mais profundamente o “estar bem” psicologicamente, apesar deste não ser o único aspecto a ser levado em conta para se ter uma boa saúde e qualidade de vida.

Além do bem estar físico, a OMS considera também aspectos sociais, mentais, espirituais e religiosos na qualidade de vida e saúde (POWER; BULLINGER; HARPER; WHOQOL GROUP, 1995; 1999; SPILKER, 1990;).

De acordo com a OMS, qualidade de vida é:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1404).

Trata-se de um conceito bem abrangente, influenciado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas do ambiente.

Na elaboração do Whoqol, foram realizados grupos focais, com participantes diversos, possibilitando uma variedade de aspetos que enfocam a qualidade de vida. Estes aspectos foram vistos e revistos várias vezes em cada país onde se desenvolveu o projeto, dando origem ao WHOQOL PILOTO que inclui um conjunto de itens referentes a 6 (seis) domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Em seguida, desenvolveu-se 236 (duzentas e trinta e seis) questões que discutem os 29 (vinte e nove) itens ou facetas da qualidade de vida, facilitando a tradução em locais cuja língua não era a de origem.

Os objetivos do Whoqol Piloto foram: aprimorar e reduzir a validade da construção da estrutura de domínio e faceta por meio do exame da validade; verificar questões pertinentes a cada faceta, produção para uso em campo e estabelecimento de propriedades psicométricas.

Nesse estudo, feito em 15 (quinze) locais diferenciados, no mundo todo, cuidou-se para que existissem escalas que pudessem ser comparáveis nas diferentes culturas, baseadas em Likert, com 5 (cinco) pontos.

2.2.3.1 WHOQOL- 100

A partir do Whoqol Piloto, foi desenvolvido o Whoqol 100, resultado de trabalhos realizados com grupos focais, envolvendo profissionais da área da saúde, médicos e pacientes de várias partes do mundo, sob sua supervisão (WHOQOL GROUP,1994).

O Whoqol-100 foi difundido para todos os continentes, sendo extremamente utilizado, nos dias de hoje. A sua variante para o português foi desenvolvida na cidade de Porto Alegre, localizada no sul do Brasil, por Fleck e seus colaboradores (FLECK et al.,1999).

Foi feita uma retradução do original, que envolveu várias etapas, sendo a nova versão discutida por grupos focais realizados *in loco*. Durante a formulação das questões, surgiram alguns problemas semânticos, inclusive em relação ao vocabulário utilizado no sul do país. O ajuste do vocabulário foi feito por Fleck e colaboradores (1999) de forma que as pessoas de diferentes níveis sociais e culturais conseguissem compreender o que estava sendo solicitado.

O Whoqol-100 compreende seis domínios:

1. Domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso.
2. Domínio Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração.
3. Nível de independência: mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.
4. Relações sociais: relações pessoais; apoio social e atividade sexual.
5. Ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em/ e oportunidades de recreação, lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.
6. Aspectos espirituais: religião, crenças pessoais e espiritualidade.

2.2.3.2 WHOQOL – BREF

A partir de limitações existentes do Whoqol -100, em especial, ser muito longo em aplicações de carácter individual, a OMS começou a se interessar na criação de uma forma abreviada do instrumento, que pudesse abranger um número maior de indivíduos e de aplicação mais rápida. Surgiu, então, o Whoqol - Bref, internacionalmente utilizado, respeitando a cultura do país ou região de aplicação, que tem a finalidade de avaliar qualidade de vida em pessoas sadias e doentes.

É composto por 4 (quatro) domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, tendo como objetivo final a análise da qualidade de vida, em geral. Possui 26 (vinte e seis) questões, com amplitude de avaliação e abrangência de um item para cada uma das 24 (vinte e quatro) facetas do Whoqol-100. Foram inseridos mais dois itens de qualidade de vida global e a faceta de estado de saúde geral.

O instrumento pode ser aplicado por um entrevistador, caso o entrevistado seja analfabeto ou não possua condições físicas (em caso de doenças) para autoaplicação. Se o sujeito não necessitar de ajuda, poderá respondê-lo sozinho.

2.2.4 OUTROS INSTRUMENTOS

Além desses instrumentos, existem outros que, mesmo não sendo específicos para avaliação de autoestima, fornecem importantes subsídios para sua mensuração.

O Inventário de Depressão de Beck é constituído por grupos com 21 (vinte e uma) afirmações que se referem implicitamente à autoestima, pois foi elaborado com o objetivo de avaliar “quadros” de Depressão.

O Whoqol HIV é um teste composto por 120 (cento e vinte questões) e baseado no Whoqol-100, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores do vírus HIV.

O MTA-SNAP IV - Escala de Pontuação para Pais e Professores foi desenvolvido para avaliar sintomas referentes a déficit de atenção em adolescentes e adultos. É constituído por 18 (dezoito) assertivas, cujas respostas variam entre nem um pouco, só um pouco, bastante e demais, com base na Escala Likert de medida.

O CGI-1 é um teste para avaliação da gravidade de sintomas em pacientes psiquiátricos desde a ausência de sintomas até a presença. Variando de ausência

até presença e frequência. Compõe-se de 7(sete itens) e não pode ser autoaplicado.

3 MÉTODO

O desenvolvimento da escala de avaliação da autoestima em vestibulopatas, objeto deste estudo, envolveu três etapas de trabalho, em que diferentes procedimentos metodológicos foram utilizados:

1. **A primeira etapa** teve como ponto de partida a realização de um levantamento bibliográfico nas bases de dados BVS, LILACS e MEDLINE sobre o descritor *autoestima* e conceitos correlatos, (autoconceito e autoimagem), bem como sobre os principais instrumentos utilizados para sua avaliação, em especial, na área de saúde. Esse levantamento teve como finalidade identificar referências que pudessem servir de aporte teórico para a realização do trabalho.

Com o objetivo de refinar esse primeiro levantamento, foi realizada uma segunda busca em que foram priorizados os artigos referentes ao conceito de autoestima e aos instrumentos utilizados em investigações realizadas sobre sua manifestação em pacientes diversos. Essa fase da pesquisa exigiu uma análise comparativa e crítica do conteúdo do material coletado.

2. **Na segunda etapa**, foram realizadas entrevistas abertas individualizadas, orientadas por um roteiro de 8 (oito) questões (APÊNDICE 1) com indivíduos com características representativas da população alvo (vestibulopatas). As entrevistas tiveram o objetivo de obter informações sobre o conceito de autoestima, segundo a ótica dos entrevistados, além de sua autopercepção em relação aos efeitos provocados pelos sintomas das vestibulopatias em sua autoestima.

Herdman e colaboradores (1998) lembram que é importante considerar as características da população à qual o instrumento vai ser aplicado. Esse procedimento deve orientar tanto a tradução, quanto a construção de instrumentos, especialmente, em relação ao conteúdo a ser priorizado na confecção dos itens, o que deverá evitar leituras equivocadas por parte dos respondentes, viés nos resultados e falta de rigor científico.

As entrevistas foram realizadas com amostra de conveniência, recrutada entre pacientes de ambos os gêneros, com diagnóstico de tontura de origem vestibular, atendidos no Laboratório de Estudos e Pesquisas do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Uniban - Anhanguera.

Foram considerados critérios de inclusão: apresentar diagnóstico de vestibulopatia; apresentar capacidade de compreensão de comandos verbais e assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). Foi considerado critério de exclusão apresentar alterações oculares e locomotoras que impedissem a participação nas entrevistas.

3. **A terceira etapa** constou da elaboração da escala propriamente dita, que compreendeu os seguintes procedimentos:

a - estudo comparativo sobre a equivalência semântica entre os itens do Inventário de auto-estima de Coopersmith; da Escala de auto-estima de Rosenberg e do Inventário para avaliação de qualidade de vida Whoqol-Bref.

A seleção desses três instrumentos se justifica pelas constatações feitas, quando da realização do levantamento bibliográfico: os instrumentos de Rosenberg e Coopersmith são específicos para autoestima; o Whoqol-Bref, embora destinado à avaliação da qualidade de vida, inclui o construto em sua dimensão psicológica. Além disso, a Escala de Rosenberg é uma das mais utilizadas, na área da saúde, quando se trata de analisar a autoestima em pacientes portadores de diferentes morbidades ou comorbidades.

Também, foram consultados o Inventário de depressão de Beck (BECK, 1997) em função da vestibulopatia ocasionar “quadros” de depressão; o WHOQOL OLD em razão das pessoas entrevistadas fazerem parte de um grupo de idosos; o WHOQOL e o WHOQOL HIV que, apesar de avaliarem qualidade de vida, incluem a autoestima no domínio psicológico; a Escala de Pontuação para Pais e Professores (CONNERS, 1969), por esta escala conter questões gerais referentes à autoestima e CGI1 (GUY,W.1976) devido avaliar a evolução do quadro clínico do paciente, o que afeta sua autoestima.

Embora não exista concordância entre os pesquisadores quanto aos procedimentos a serem seguidos na elaboração de uma escala, o que resulta em diferentes abordagens, Herdman e colaboradores (1998) reforçam a necessidade de realização do estudo semântico, cujas evidências identificadas permitem aos pesquisadores tomarem um conjunto de decisões, entre elas, decidir sobre a pertinência do conteúdo dos itens em relação ao que se quer investigar.

B – Definição das assertivas a partir da bibliografia consultada, bem como das entrevistas realizadas e do estudo sobre a equivalência dos itens dos instrumentos de Coopersmith e Rosenberg e do Whoqol – Bref.

C – Estruturação do instrumento com inclusão de assertivas positivamente e negativamente orientadas.

D – Utilização da Escala de Likert para pontuação das respostas e definição de valores para classificação do escore.

A escala *Likert*, construída, em 1932, pelo educador e psicólogo social americano *Rensis Likert*, é utilizada, até hoje, em várias áreas do conhecimento por ser de fácil elaboração e aplicação, além de objetiva, quanto aos resultados que são facilmente quantificados e padronizados. É formada por sentenças em que a resposta é dada, segundo o grau de concordância do entrevistado em relação aos valores apresentados, por exemplo: (1) discordo inteiramente, (2) discordo, (3) nem concordo, nem discordo, (4) concordo e (5) concordo inteiramente. Os entrevistados devem explicitar, por meio dos valores numéricos atribuídos, o seu grau de concordância ou discordância sobre o que está sendo avaliado (BRANDALISE, 2005).

3.1 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Durante as entrevistas, foram adotados os seguintes procedimentos:

1. Os participantes receberam informações sobre a proposta e seus objetivos e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).
2. Os participantes foram lembrados da possibilidade de desistência, durante a entrevista, se assim o desejassem.
3. Os participantes foram avisados que, em caso de desconforto, tontura, mal estar, dor, entre outros sintomas, deveriam imediatamente comunicar a pesquisadora e interromper a atividade.
4. As entrevistas foram realizadas em espaço reservado e previamente organizado no Laboratório de Estudos e Pesquisas do Programa de Mestrado Profissional e Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Bandeirante Anhanguera.

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve origem no Projeto "Construção da Escala de avaliação de autoestima em vestibulopatas", submetido à Coordenadoria da Pesquisa e à Comissão de Ética da Uniban, tendo sido aprovado (ANEXO B).

4 ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas individualmente e previamente agendadas. As questões abertas (APÊNDICE 1) versaram sobre o que os entrevistados entendiam por autoestima e sua autopercepção sobre os aspectos que devido à doença interferem nela tanto positiva, quanto negativamente.

A amostra de conveniência foi constituída de 04 (quatro) mulheres e 02 (dois) homens; com idade entre 64 e 73 anos; sendo 3 (três) casados; 2 (dois) viúvos e 1 (um) solteiro; 4 (quatro) deles tinham frequentado o ensino fundamental (antigo de quatro anos) e 2 (dois) deles, o ensino médio. Todos eram aposentados, não exercendo nenhuma outra atividade remunerada.

Segundo os depoimentos obtidos, verificou-se que a autoestima é um sentimento "conhecido" e primordial para os entrevistados. Analisando suas falas, pode-se perceber unanimidade em considerar que a autoestima se traduz por sentimentos de valoração pessoal, respeito do "outro" em relação a sua pessoa, além de autoconfiança. Pode-se também perceber que se sentiam valorizados, após um elogio ou uma palavra de reconhecimento, mesmo consciente de suas limitações. Esses aspectos - na opinião deles - contribuem para que o indivíduo se sinta participante e inserido em sua família e na comunidade, em geral.

Na opinião de 5 (cinco) deles, a ocorrência de tonturas e vertigens interfere em sua autoestima porque se sentem limitados para a execução de determinadas atividades físicas do dia a dia, valendo-se de um "cuidado redobrado" ao desempenhá-las. Essa limitação, na opinião de 5 (cinco) deles, interfere em suas atividades sociais, em seus relacionamentos, posto que, muitas vezes, preferem se isolar, "ficar em casa" por medo de cair e "dar um vexame" e "incomodar a família" ou "desagradar os amigos".

As respostas dadas pelos entrevistados foram consideradas bastante relevantes para a construção do instrumento. Mesmo exigindo maior tempo para a sua execução e análise, as entrevistas permitem a captação imediata de dados de natureza complexa e subjetiva, entre eles, sentimentos e opiniões mediante a interação direta e efetiva entre pesquisador e entrevistado (LUNDKE, ANDRE, 1986).

4.1 EQUIVALÊNCIA DE ITENS

Foi realizado um estudo de equivalência dos itens do Inventário de Autoestima de Coopersmith (ANEXO C); da Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO D) e o Questionário Whoqol-Bref (ANEXO E). Os dois primeiros foram selecionados por se tratarem de instrumentos específicos para avaliação de autoestima e, o Whoqol-Bref, mesmo destinado à avaliação de qualidade de vida, constitui um instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e de reconhecimento mundial, amplamente utilizado no Brasil, e inclui a autoestima em seu domínio psicológico.

O estudo da equivalência dos itens é considerado um dos procedimentos para garantia do rigor científico que deve orientar a tradução e o desenvolvimento de um instrumento, evitando que tanto a tradução, quanto a elaboração, ocorra de maneira informal, sem considerar as características da população à qual vai ser aplicado e o conteúdo a ser priorizado na confecção dos itens. Trata-se de cumprir um procedimento que colabore para evitar viés nos resultados que deverão ser obtidos pelo instrumento.

No estudo da equivalência dos itens, é necessário também verificar se os instrumentos foram adaptados transculturalmente: ATC (Adaptação Transcultural). Dentro de um mesmo país, como é o caso do Brasil, que é constituído por diversas culturas, é preciso considerar as diferenças regionais. Existem termos, formas de expressão aceitas e entendidas por uma determinada população e não entendidas por outras. Daí, a necessidade de se fazer ajustes nos instrumentos para que possam ser utilizados e verificar se, mesmo adaptando-os, quais serão as perdas e ganhos obtidos nessa adaptação. Em alguns casos, é importante que os instrumentos sejam periodicamente revistos, pois, com o tempo, a linguagem vai se modificando, inclusive, no mesmo espaço geográfico.

Por essa razão, pesquisadores recomendam que se avalie semanticamente a adaptação transcultural, pois comportamentos diversos, valores morais e éticos, expressões e palavras que não possuem tradução, impedem, muitas vezes, que um teste possa ser utilizado na medida em que não exista equivalência à cultura em que se pretende utilizá-lo.

O quadro 1 a seguir sistematiza a equivalência dos itens dos instrumentos analisados, indicando em cada coluna os números das questões relacionadas.

Rosenberg	Coopersmith	Whoqol-bref
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	Não tem equivalência	Tem equivalência: 1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? 5. O quanto você aproveita a vida?
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	Tem equivalência: 2. Eu sou muito seguro de mim mesmo. 4. Eu sou fácil de gostar. 5. Minha família e eu nos divertimos muito juntos. 11. Eu sou uma companhia divertida. 21. Eu faço o melhor que posso. 22. Eu me socializo facilmente. 23. Eu geralmente posso cuidar de mim mesmo. 24. Eu sou muito feliz. 29. Eu entendo a mim mesmo. 30. É bom ser eu. 36. Quando me decido persisto em minha decisão. 45. Se eu tenho algo a dizer, eu costumo dizer. 48. Eu sempre digo a verdade. 55. Eu sempre sei o que dizer para as pessoas. 58. Eu não posso ser dependente.	Não tem equivalência
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.	Tem equivalência: 3. Eu muitas vezes gostaria de ser outra pessoa 7. Eu tenho dificuldade de falar em público. 9. Há muitas coisas em mim que eu mudaria se pudesse.	Tem equivalência: 6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? 10. Você tem energia suficiente para seu dia-

	<p>10. Eu consigo mudar de ideia facilmente.</p> <p>12. Eu fico transtornado facilmente em casa.</p> <p>15. Alguém sempre tem que me dizer o que fazer.</p> <p>16. Eu levo muito tempo para me acostumar com algo novo.</p> <p>17. Eu frequentemente me desculpo pelas coisas que faço.</p> <p>20. Eu nunca estou feliz.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>26. Minha família espera muito de mim.</p> <p>31. As coisas estão todas “bagunçadas” na minha vida.</p> <p>33. Ninguém presta muita atenção em mim em casa.</p> <p>35. Eu não estou satisfeito com meu desempenho no trabalho.</p> <p>37. Eu realmente não gosto de ser um homem / mulher.</p> <p>38. Eu tenho uma opinião ruim de mim mesmo.</p> <p>39. Eu não gosto de estar com outras pessoas.</p> <p>40. Há muitos momentos em que eu gostaria de sair de casa.</p> <p>42. Muitas vezes eu fico chateado</p> <p>43. Muitas vezes eu sinto vergonha de mim mesmo.</p> <p>44. Eu não tenho uma boa aparência como a maioria das pessoas.</p> <p>46. Frequentemente as pessoas implicam comigo.</p> <p>49. Meu patrão ou meu chefe me faz sentir que eu não sou bom o suficiente.</p> <p>51. Eu sou um fracasso.</p>	<p>a- dia?</p> <p>17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p> <p>23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?</p> <p>24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,</p>
--	---	--

	<p>52. Eu fico chateado facilmente quando me chamam a atenção.</p> <p>53. A maioria das pessoas são mais queridas do que eu.</p> <p>54. Eu geralmente me sinto como se minha família me cobrasse o tempo todo.</p> <p>56. Costumo ficar desanimado.</p>	ansiedade, depressão?
<p>4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto à maioria das pessoas.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>2. Eu sou muito seguro de mim mesmo.</p> <p>4. Eu sou fácil de gostar.</p> <p>11. Eu sou uma companhia divertida.</p> <p>14. Tenho muito orgulho do meu trabalho.</p> <p>18. Eu sou popular com as pessoas da minha idade</p> <p>19. Minha família geralmente entende os meus sentimentos.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>22. Eu me socializo facilmente.</p> <p>23. Eu geralmente posso cuidar de mim mesmo.</p> <p>24. Eu sou muito feliz.</p> <p>29. Eu entendo a mim mesmo.</p> <p>30. É bom ser eu.</p> <p>32. As pessoas costumam seguir minhas ideias.</p> <p>36. Quando me decido persisto em minha decisão.</p> <p>45. Se eu tenho algo a dizer, eu costumo dizer.</p> <p>47. Minha família me entende.</p> <p>48. Eu sempre digo a verdade.</p> <p>55. Eu sempre sei o que dizer para as pessoas.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p>

	58. Eu não posso ser dependente.	
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.	<p>Tem equivalência:</p> <p>3. Eu muitas vezes gostaria de ser outra pessoa.</p> <p>7. Eu tenho dificuldade de falar em público.</p> <p>8. Eu gostaria de ser mais jovem.</p> <p>9. Há muitas coisas em mim que eu mudaria se pudesse.</p> <p>10. Eu consigo mudar de ideia facilmente.</p> <p>12. Eu fico transtornado facilmente em casa.</p> <p>15. Alguém sempre tem que me dizer o que fazer.</p> <p>16. Eu levo muito tempo para me acostumar com algo novo.</p> <p>17. Eu frequentemente me desculpo pelas coisas que faço.</p> <p>20. Eu nunca estou feliz.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>26. Minha família espera muito de mim.</p> <p>31. As coisas estão todas “bagunçadas” na minha vida.</p> <p>33. Ninguém presta muita atenção em mim em casa.</p> <p>35. Eu não estou satisfeito com meu desempenho no trabalho.</p> <p>37. Eu realmente não gosto de ser um homem / mulher.</p> <p>38. Eu tenho uma opinião ruim de mim mesmo.</p> <p>39. Eu não gosto de estar com outras pessoas.</p> <p>40. Há muitos momentos em que eu gostaria de sair de casa.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</p> <p>10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</p> <p>17. Quanto satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quanto satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quanto satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quanto satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p> <p>23. Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?</p> <p>24. Quanto satisfeito (a)</p>

	<p>42. Muitas vezes eu fico chateado</p> <p>43. Muitas vezes eu sinto vergonha de mim mesmo.</p> <p>44. Eu não tenho uma boa aparência como a maioria das pessoas.</p> <p>46. Frequentemente as pessoas implicam comigo.</p> <p>49. Meu patrão ou meu chefe me faz sentir que eu não sou bom o suficiente.</p> <p>51. Eu sou um fracasso.</p> <p>52. Eu fico chateado facilmente quando me chamam a atenção.</p> <p>53. A maioria das pessoas são mais queridas do que eu.</p> <p>54. Eu geralmente me sinto como se minha família me cobrasse o tempo todo.</p> <p>56. Costumo ficar desanimado.</p>	<p> você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p>
<p>6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>2. Eu sou muito seguro de mim mesmo.</p> <p>4. Eu sou fácil de gostar.</p> <p>11. Eu sou uma companhia divertida.</p> <p>14. Tenho muito orgulho do meu trabalho.</p> <p>18. Eu sou popular com as pessoas da minha idade</p> <p>19. Minha família geralmente entende os meus sentimentos.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>22. Eu me socializo facilmente.</p> <p>23. Eu geralmente posso cuidar de mim mesmo.</p> <p>24. Eu sou muito feliz.</p> <p>29. Eu entendo a mim mesmo.</p> <p>30. É bom ser eu.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quão satisfeito (a)</p>

	<p>32. As pessoas costumam seguir minhas ideias.</p> <p>36. Quando me decido persisto em minha decisão.</p> <p>45. Se eu tenho algo a dizer, eu costumo dizer.</p> <p>47. Minha família me entende.</p> <p>48. Eu sempre digo a verdade.</p> <p>55. Eu sempre sei o que dizer para as pessoas.</p> <p>58. Eu não posso ser dependente.</p>	<p> você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p>
<p>7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>2. Eu sou muito seguro de mim mesmo.</p> <p>4. Eu sou fácil de gostar.</p> <p>11. Eu sou uma companhia divertida.</p> <p>14. Tenho muito orgulho do meu trabalho.</p> <p>18. Eu sou popular com as pessoas da minha idade.</p> <p>19. Minha família geralmente entende os meus sentimentos.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>22. Eu me socializo facilmente.</p> <p>23. Eu geralmente posso cuidar de mim mesmo.</p> <p>24. Eu sou muito feliz.</p> <p>29. Eu entendo a mim mesmo.</p> <p>30. É bom ser eu.</p> <p>32. As pessoas costumam seguir minhas ideias.</p> <p>36. Quando me decido persisto em minha decisão.</p> <p>45. Se eu tenho algo a dizer, eu costumo dizer.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? 20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p>

	<p>47. Minha família me entende.</p> <p>48. Eu sempre digo a verdade.</p> <p>55. Eu sempre sei o que dizer para as pessoas.</p> <p>58. Eu não posso ser dependente.</p>	
<p>8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>3. Eu muitas vezes gostaria de ser outra pessoa</p> <p>7. Eu tenho dificuldade de falar em público.</p> <p>8. Eu gostaria de ser mais jovem.</p> <p>9. Há muitas coisas em mim que eu mudaria se pudesse.</p> <p>10. Eu consigo mudar de ideia facilmente.</p> <p>12. Eu fico transtornado facilmente em casa.</p> <p>15. Alguém sempre tem que me dizer o que fazer.</p> <p>16. Eu levo muito tempo para me acostumar com algo novo.</p> <p>17. Eu frequentemente me desculpo pelas coisas que faço.</p> <p>20. Eu nunca estou feliz.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>26. Minha família espera muito de mim.</p> <p>31. As coisas estão todas “bagunçadas” na minha vida.</p> <p>33. Ninguém presta muita atenção em mim em casa.</p> <p>35. Eu não estou satisfeito com meu desempenho no trabalho.</p> <p>37. Eu realmente não gosto de ser um homem / mulher.</p> <p>38. Eu tenho uma opinião ruim de mim mesmo.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</p> <p>10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</p> <p>17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p>

	<p>39. Eu não gosto de estar com outras pessoas.</p> <p>40. Há muitos momentos em que eu gostaria de sair de casa.</p> <p>42. Muitas vezes eu fico chateado</p> <p>43. Muitas vezes eu sinto vergonha de mim mesmo.</p> <p>44. Eu não tenho uma boa aparência como a maioria das pessoas.</p> <p>46. Frequentemente as pessoas implicam comigo.</p> <p>49. Meu patrão ou meu chefe me faz sentir que eu não sou bom o suficiente.</p> <p>51. Eu sou um fracasso.</p> <p>52. Eu fico chateado facilmente quando me chamam a atenção.</p> <p>53. A maioria das pessoas são mais queridas do que eu.</p> <p>54. Eu geralmente me sinto como se minha família me cobrasse o tempo todo.</p> <p>56. Costumo ficar desanimado.</p>	<p>23. Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?</p> <p>24. Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p>
<p>9. Às vezes eu me sinto inútil.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>3. Eu muitas vezes gostaria de ser outra pessoa</p> <p>7. Eu tenho dificuldade de falar em público.</p> <p>8. Eu gostaria de ser mais jovem.</p> <p>9. Há muitas coisas em mim que eu mudaria se pudesse.</p> <p>10. Eu consigo mudar de ideia facilmente.</p> <p>12. Eu fico transtornado facilmente em casa.</p> <p>15. Alguém sempre tem que me dizer o que fazer.</p> <p>16. Eu levo muito tempo para me acostumar com algo novo.</p> <p>17. Eu frequentemente me desculpo pelas</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</p> <p>10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</p> <p>17. Quanto satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quanto satisfeito (a) você está com sua capacidade para o</p>

	<p>coisas que faço.</p> <p>20. Eu nunca estou feliz.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>26. Minha família espera muito de mim.</p> <p>31. As coisas estão todas “bagunçadas” na minha vida.</p> <p>33. Ninguém presta muita atenção em mim em casa.</p> <p>35. Eu não estou satisfeito com meu desempenho no trabalho.</p> <p>37. Eu realmente não gosto de ser um homem / mulher.</p> <p>38. Eu tenho uma opinião ruim de mim mesmo.</p> <p>39. Eu não gosto de estar com outras pessoas.</p> <p>40. Há muitos momentos em que eu gostaria de sair de casa.</p> <p>42. Muitas vezes eu fico chateado</p> <p>43. Muitas vezes eu sinto vergonha de mim mesmo.</p> <p>44. Eu não tenho uma boa aparência como a maioria das pessoas.</p> <p>46. Frequentemente as pessoas implicam comigo.</p> <p>49. Meu patrão ou meu chefe me faz sentir que eu não sou bom o suficiente.</p> <p>51. Eu sou um fracasso.</p> <p>52. Eu fico chateado facilmente quando me chamam a atenção.</p> <p>53. A maioria das pessoas são mais queridas do que eu.</p> <p>54. Eu geralmente me sinto como se minha família me cobrasse o tempo todo.</p> <p>56. Costumo ficar desanimado.</p>	<p>trabalho?</p> <p>19. Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quanto satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quanto satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p> <p>23. Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?</p> <p>24. Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p>
--	---	--

<p>10. Às vezes eu acho que não presto para nada.</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>3. Eu muitas vezes gostaria de ser outra pessoa</p> <p>7. Eu tenho dificuldade de falar em público.</p> <p>8. Eu gostaria de ser mais jovem.</p> <p>9. Há muitas coisas em mim que eu mudaria se pudesse.</p> <p>10. Eu consigo mudar de ideia facilmente.</p> <p>12. Eu fico transtornado facilmente em casa.</p> <p>15. Alguém sempre tem que me dizer o que fazer.</p> <p>16. Eu levo muito tempo para me acostumar com algo novo.</p> <p>17. Eu frequentemente me desculpo pelas coisas que faço.</p> <p>20. Eu nunca estou feliz.</p> <p>21. Eu faço o melhor que posso.</p> <p>26. Minha família espera muito de mim.</p> <p>31. As coisas estão todas “bagunçadas” na minha vida.</p> <p>33. Ninguém presta muita atenção em mim em casa.</p> <p>35. Eu não estou satisfeito com meu desempenho no trabalho.</p> <p>37. Eu realmente não gosto de ser um homem / mulher.</p> <p>38. Eu tenho uma opinião ruim de mim mesmo.</p> <p>39. Eu não gosto de estar com outras pessoas.</p> <p>40. Há muitos momentos em que eu gostaria de sair de casa.</p> <p>42. Muitas vezes eu fico chateado</p> <p>43. Muitas vezes eu sinto vergonha de</p>	<p>Tem equivalência:</p> <p>6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</p> <p>10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</p> <p>17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?</p> <p>20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?</p> <p>22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p> <p>23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?</p> <p>24. Quão satisfeito (a) você está com o seu</p>
---	---	--

	<p>mim mesmo.</p> <p>44. Eu não tenho uma boa aparência como a maioria das pessoas.</p> <p>46. Frequentemente as pessoas implicam comigo.</p> <p>49. Meu patrão ou meu chefe me faz sentir que eu não sou bom o suficiente.</p> <p>51. Eu sou um fracasso.</p> <p>52. Eu fico chateado facilmente quando me chamam a atenção.</p> <p>53. A maioria das pessoas são mais queridas do que eu.</p> <p>54. Eu geralmente me sinto como se minha família me cobrasse o tempo todo.</p> <p>56. Costumo ficar desanimado.</p>	<p>acesso aos serviços de saúde?</p> <p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p>
--	--	---

4.2 ESTRUTURA DE ITENS DA ESCALA.

Na confecção das assertivas da escala, aqui proposta, foram adotados os seguintes critérios:

- usar linguagem clara e objetiva, evitando ambiguidades;
- redigir de preferência frases curtas;
- incluir frases positivamente orientadas e negativamente orientadas, mantendo equilíbrio entre o número delas;
- incluir na construção das frases, sempre que possível, as opiniões dos pacientes entrevistados;
- explorar apenas um tema em cada assertiva;
- evitar construção de assertivas que induzam às respostas;
- construir assertivas que possam ser respondidas por pacientes de várias faixas etárias (adolescentes, adultos e idosos).
- propor assertivas que possam ser respondidas por pacientes vestibulopatas, em geral.

4.3 ASSERTIVAS

Para construção das assertivas, como já dito, foram consideradas a literatura consultada e os depoimentos obtidos durante as entrevistas. Das 33 (trinta e três) assertivas que compõem a escala, 16 (dezesesseis) são negativamente orientadas e 17 (dezesete) são positivamente orientadas.

4.3.1 NEGATIVAMENTE ORIENTADAS - BAIXA AUTOESTIMA

- 2- Sinto-me mais dependente hoje em função das limitações que a tontura me traz.
- 4- Quando sinto tontura, sinto-me imprestável.
- 5- Quando sinto tontura ou vertigem, sinto-me inferior as outras pessoas.
- 6- Minha vida tornou-se uma “bagunça” depois dessa tontura que sinto.
- 7- Sinto-me desanimado (a), quanto ao futuro devido às tonturas que sinto.
- 8- Perdi o controle de minha vida, depois que passei a sentir tontura.
- 11- Meus problemas de tontura e/ou vertigem interferem em minhas relações pessoais.
- 13- Sinto-me incomodado (a) por sentir tontura.
- 14- Quando sinto tontura ou vertigem, sinto-me inseguro (a).
- 17- Devido à tontura e/ou vertigem, tenho dificuldade para organizar tarefas e atividades.
- 18- Eu me irrito facilmente quando os outros apontam o meu desequilíbrio ao andar em função da tontura.
- 19- Meu desempenho físico está completamente comprometido em função da tontura.
- 24- Quando sinto tonturas e outros sintomas, escondo de meus familiares.
- 31- Não viajo porque tenho medo de me sentir mal por causa do enjoo que a tontura me causa.
- 32- Quando me queixo de tontura, sinto que as pessoas me tratam como alguém diferente, me sinto mal.
- 33- Quando ouço comentários sobre minha tontura e zumbido, sinto-me pressionado.

4.3.2 POSITIVAMENTE ORIENTADAS - ALTA AUTOESTIMA

- 1- Apesar da tontura, minhas qualidades superam meus defeitos.
- 3- Nada me “derruba”. Por pior que seja a tontura, sinto que vou melhorar.
- 9- Não me sinto triste apesar de tonturas e/ou vertigens.
- 10- Sinto-me satisfeito (a) pela maneira como uso meu tempo, mesmo sentindo tontura.
- 12- Estou de bem com a minha aparência, pois me cuido apesar da tontura.
- 15- A tontura não me impede de realizar nenhuma atividade diária.
- 16- Mantenho contato com muitos amigos, apesar da tontura.
- 20- Sinto muito apoio de meus familiares, quando me sinto mal.
- 21- A tontura que sinto, não interfere na satisfação com minha aparência.
- 22- Participo frequentemente de atividades de lazer, mesmo sabendo que posso ter tonturas e/ou vertigens.
- 23- Procuro seguir os conselhos médicos em relação à manifestação da tontura, no dia a dia.
- 25- Quando penso em minha vida atual, sinto-me seguro (a), apesar da tontura.
- 26- Não posso me sentir dependente em função de minha tontura.
- 27- Tenho uma atitude positiva em relação a minha tontura.
- 28- Me preocupo com uma alimentação saudável para que minha tontura melhore.
- 29- Me sinto feliz no dia a dia apesar do da tontura.
- 30- Não sinto vergonha de mim quando ando “cambaleando”.

4.4 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOESTIMA EM VESTIBULOPATAS

ESCALA DE AUTOESTIMA					FONTE
1) Apesar da tontura, minhas qualidades superam meus defeitos.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas
2) Sinto-me mais dependente hoje em função das limitações que a tontura me traz.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

e	ente	nem discordo	ente	te
3) Nada me "derruba". Por pior que a tontura, sinto que vou melhorar.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
4) Quando sinto tontura, sinto-me imprestável.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
5) Quando sinto tontura ou vertigem, sinto-me inferior as outras pessoas.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
6) Minha vida tornou-se uma "bagunça" depois dessa tontura que sinto.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
7) Sinto-me desanimado quanto ao futuro, devido a tontura que sinto.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
8) Perdi o controle de minha vida, depois que passei a sentir tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
9) Não me sinto triste, apesar das tonturas e/ou vertigens.				

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BD PG.46)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BD PG.46)

INVENTÁRIO DE

<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
10) Sinto-me satisfeito com a maneira pela qual uso meu tempo, mesmo sentindo tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
11) Meus problemas de tontura e/ou vertigem interferem em minhas relações pessoais.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
12) Estou de bem com a minha aparência, pois me cuido apesar da tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
13) Sinto-me incomodado por sentir tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
14) Quando sinto tontura e/ou vertigem, sinto-me inseguro (a).				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
15) A tontura não me impede de realizar nenhuma atividade diária.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente

DEPRESSÃO DE BECK (BD PG.46)

WHOQOL OL

WHOQOL OL

WHOQOL - HI

WHOQOL - HI

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

16) Mantenho contato com muitos amigos, apesar da tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
17) Devido a tontura e/ou vertigem, tenho dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
18) Eu me irrito facilmente quando os outros apontam o meu desequilíbrio ao andar em função da tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
19) Meu desempenho físico está completamente comprometido em função da tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
20) Sinto muito apoio de meus familiares quando me sinto mal.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
21) A tontura que sinto não interfere na minha satisfação com minha aparência.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
22) Participo frequentemente de atividades de lazer, mesmo sabendo que posso ter tonturas e/ou vertigens.				

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

MTA - SNAP - I - ESCALA DE PONTUAÇÃO PARA PAIS E PROFESSORES

MTA - SNAP - I - ESCALA DE PONTUAÇÃO PARA PAIS E PROFESSORES

CGI - 1

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

WHOQOL

<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
23) Procuo seguir os conselhos médicos no dia a dia.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
24) Quando sinto tonturas ou outros sintomas, escondo de meus familiares.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
25) Quando penso em minha vida atual, sinto-me seguro (a), apesar da tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
26) Não posso me sentir dependente em função da minha tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
27) Tenho uma atitude positiva em relação a minha tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
28) Me preocupo com uma alimentação saudável para que minha tontura melhore.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente

Levantamento da Pesquisador com vestibulopatas

WHOQOL

Levantamento da Pesquisador com vestibulopatas

Inventário de autoestima de Coopersmith.

Escala de autoestima de Rosenberg

Inventário de autoestima de Coopersmith.

		discordo		
29) Me sinto feliz no dia a dia apesar da tontura.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
30) Não sinto vergonha de mim quando ando “cambaleando”.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
31) Não viajo porque tenho medo de me sentir mal, por causa do enjoo que a tontura me causa.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
32) Quando me queixo de tontura, sinto que as pessoas me tratam como alguém diferente, me sinto mal.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente
33) Quando ouço comentários sobre minha tontura e zumbido, sinto-me pressionado.				
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente

Inventário de autoestima de Coopersmith.

Inventário de autoestima de Coopersmith.

Inventário de autoestima de Coopersmith.

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

Levantamento da Pesquisadora com vestibulopatas

PONTUAÇÃO ASSERTIVAS

Negativamente orientadas

Positivamente orientadas

Concordo totalmente	- 5 pontos	Concordo totalmente	5 pontos
Concordo parcialmente	- 4 pontos	Concordo parcialmente	4 pontos
Não concordo, nem discordo	- 3 pontos	Não concordo, nem discordo	3 pontos
Discordo parcialmente	- 2 pontos	Discordo parcialmente	2 pontos
Discordo totalmente	- 1 ponto	Discordo totalmente	1 ponto

Quadro 2 – Valores das Assertivas

Número	Resposta	Valor	
		Negativamente orientada	Positivamente orientada
01, 03, 06, 09, 10, 12, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30.	Concordo totalmente Concordo parcialmente Não concordo, nem discordo Discordo parcialmente Discordo totalmente		+5 +4 +3 +2 +1
02, 04, 05, 07, 08, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 24, 31, 32, 33.	Concordo totalmente Concordo parcialmente Não concordo, nem discordo Discordo parcialmente Discordo totalmente	-5 -4 -3 -2 -1	

A partir da escala Likert de 5 (cinco) pontos, foi utilizada a estatística paramétrica e feito cálculo probabilístico de respostas que poderiam ser obtidas de um extremo ao outro. Esse exercício permitiu identificar valores correspondentes à

baixa, média para baixa, média, média para alta e alta autoestima, mantendo-se um valor constante de 33 (trinta e três) entre cada graduação:

0-33 baixa autoestima

34-66 média para baixa autoestima

67-99 média autoestima

100-132 média para alta autoestima

133- 165 alta autoestima

Assim concebida a escala, quanto maior o valor obtido, maior a autoestima e, vice-versa, quanto menor os valores registrados, menor a autoestima. Esses valores poderão ser alterados, quando da aplicação da escala para fins de validação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar este trabalho cujo objetivo era elaborar uma escala para avaliação de autoestima em vestibulopatas, é possível afirmar que – mesmo tendo atingido o seu propósito - ainda é necessário superar alguns desafios e limitações que permearam a confecção da escala, quais sejam: sua singularidade em relação à população alvo (vestibulopatas); a inexistência de instrumentos correlatos e, em especial, a indisponibilidade de tempo para aplicação em uma amostra significativa (validação estatística). Esses aspectos indicam a necessidade da continuidade deste trabalho, privilegiando a sua aplicação em uma amostra maior de participantes, uma vez que o ineditismo do instrumento poderá subsidiar futuros trabalhos relacionados ao tema.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Universidade Federal do Paraná, v. 13, n. 29, abr./jun. 2009.
- ALTAFI, J. G.; TROCCOLI, I. R. Essa roupa é a minha cara: a contribuição do vestuário de luxo à construção da autoimagem dos homossexuais masculinos. **Organizações & Sociedade**, Salvador (BA), v. 18, n. 58, p. 513-532, 2011.
- ALMEIDA, L. S; AZEVEDO, M. M.; PASQUALI, L. & VEIGA, H. M. S. Utilização dos testes psicológicos no Brasil: Dados de estudo preliminar em Brasília. 1996.
- ALMEIDA, S. ARAÚJO, M. M. GONÇALVES, C. MACHADO & M. R. SIMÕES (Orgs.) **Avaliação psicológica: Formas e contextos**. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, v. 4, p 213-219. (s/d)
- AVANCI, Q.J.; ASSIS, G.S.; SANTOS, C.N.; OLIVEIRA, C.V.R. Adaptação Transcultural da escala de autoestima para adolescentes. **Psicologia, reflexão e crítica**. São Paulo (SP), v.20, n.3, p.397-405, dez.2006.
- BACKER, P. **Gestão ambiental: A administração verde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.
- BARBOUR, R. 2009. In: Pope, C.; Mays, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à Saúde**. 3 ed., Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BASSIT, A. Z.; WITTER, C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In: WITTER, G. P. (Org.). **Envelhecimento: Referenciais Teóricos e Pesquisas**. Campinas, SP: Alínea, 2006. p.15-31.
- BEDNAR, R.; PETERSON, S. *Self-esteem: paradoxes and innovation in clinical theory and practice*. Washington, D. C., EUA: **American Psychological Association**, 2nd ed., 1995. 433 p.
- BERNARDO, S. P. R.; MATOS, G.M. *Adaptação portuguesa do physical self perception profile for children and youth e do perceived importance profile for children and youth*. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.2, n.XXI, p. 127-144, abr. 2003.
- BITTAR, R. S. M. *et al.* Repercussão das medidas de correção das comorbidades no resultados da reabilitação vestibular de idosos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.73, n.3, p. 295-298, mai./jun. 2007.
- BRANDEN, N. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 40 ed. São Paulo: Saraiva, 2003. 142p.

BROWN, D.J. *Cultural similarities in self-esteem functioning: east is east and west is west, but sometimes the twain do meet*. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, EUA, v. 40, n. 1, p.140-157, jan. 2009.

CARVALHO, M. P.; OLIVEIRA FILHO, R. S.; GOMES, H. C.; VEIGA, D. F.; JULIANO, Y.; FERREIRA, L. M. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro (RJ), v.34, n. 6, 2007.

CASTRO, A. S. O.; GAZZOLA, J. M.; NATOUR, J.; GANANÇA, F.F. Versão brasileira do *Dizziness Handicap Inventory*. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 19, n. 1, p. 96-104, jan./abr. 2007.

CASTRO, A. S. O. *et al.* Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v.19, n.1, p.97-104, jan./abr. 2007.

CAVALETT-MENGARELLI. **Interações entre autoconceito e personalidade de marca nas representações de consumo de adolescentes**. 2008. 171p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A *et al.* **Desenvolvimento psicológico, educação e psicologia evolutiva**, v. 1, 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 356p.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. In: COOPERSMITH, S. Principles of Psychology. The University of Adelaide Library eBooks@Adelaide, 2012.

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

CONNERS, C.K. – *A Teacher Rating Scale For Use In Drug Studies With Children*. **Am, J. Psychiatry**, 126;884-888,1969.

CROCKER, J. ; MAJOR, B. *Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma*. **Psychological Review**, EUA, v.96, p.608-630, 1989.

CUNHA, J.A. Manual de versões em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DIEHL, M. HASTINGS, C.T. E STANTON, J.M. *Self-concept differentiation across the adult life span*. **Psychology and Aging**, EUA, v.16, n.4, p. 643-654, 2001.

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

DILLMAN, DON, A. **Mail and Telephone surveys: Total design method**. New York: Willey, p 80-86, 1978.

DONNELLAN, M.B.; CONGER, R.D. & BURZETTE, R. *Personality development from late adolescence to young adulthood: Differential stability normative maturity and evidence for the maturity – stability hypothesis. Journal of personality.* EUA, v.75, n.2, p.237-263, 2007.

DRUBSCKY, C. A. **Até que ponto o narcisismo pode ser datado? Uma reflexão à luz das contribuições de Piera Aulagnier.** 2008, 146p. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

EDWARDS, A. L. **Techniques of Attitude Scale Construction.** EUA: reprinted by Irvington Publishers, Inc, 1994.

ERBOLATO, R. M. P. L. Gostando de si mesmo: A autoestima. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice.** Campinas, SP: Papyrus, 2000.

ERTHAL, T. C. S. **Terapia vivencial.** Petrópolis: Vozes, 1989. 183p.

FERREIRA, P. E. A.; CUNHA, F.; ONISHI, E. T.; BRANCO-BARREIRO, F. C. A.; GANANÇA, F. F. *Tinnitus handicap inventory: adaptação cultural para o português brasileiro. Pró-Fono Revista de Atualização Científica,* Barueri (SP), v. 17, n. 3, p. 303-310, set./dez. 2005.

FLECK, A. P.N.; BORGES, N. Z.; BOLOGNESE, G.; ROCHA, S. N. Desenvolvimento do Whoqol. Módulo: espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública.** Porto Alegre, v.37, n.4, p.446-55, 2003.

FLECK A.P.M., e col. **Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

FLECK A.P.M.; LEAL F.O.; LOUZADA S.; XAVIER M.; CHACHAMOVICH E.; VIEIRA G.; SANTOS L.; PINZON V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL 100) **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo (SP), v.21, n.1, jan/ mar. 1999.

FLEITH, S.D.; ALENCAR, S.L.M.E. Autoconceito e Clima criativo em sala de aula na percepção de alunos do ensino fundamental. **Psico-usf,** Itatiba (SP), v.17, n.2, may/aug 2012.

GANANÇA, M.M.; CAOVIALLA, H.H.; MUNHOZ, M. S. L.; SILVA, M. L. G. ; KUHN, A. M. B. ; GANANÇA, C. F. Vertigem psicossomática. In: SILVA, M. L. G. ; MUNHOZ, M. S. L.; GANANÇA, M.M.; CAOVIALLA, H.H. **Quadros clínicos otoneurológicos mais comuns.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 145-151. (Série otoneurológica, v. 3)

GANANÇA, F. F. *et al.* Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia,** São Paulo, v.70, n.1, p. 94-101, jan./fev. 2004.

GANANÇA, M. M. *et al.* Como diagnosticar e tratar a vertigem. **Revista Brasileira de Medicina,** São Paulo, v.65, n.12, p.6-14, dez. 2008. Edição especial.

GAZZOLA, J. M. *et al.* Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.72, n.4, p. 515-522, jul./agos. 2006.

GOBITTA, M., GUZZO L.S.R. Estudo Inicial do inventário de autoestima (SEI) - Forma A. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre (RS), v.15, n.1, p.143-150, 2002

GORENSTEIN, C.; MORENO, R. A. **Escalas de Avaliação de Depressão**. 1 ed., São Paulo: Casa Leitura Médica, 2011.

GUY, W. *Clinical global impression*. In *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health. **Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch**. Rockville, MD: National Institute of Mental Health 1976.

GRAZIELA, G. S.; DONÁ, F.; GANAÇA, M.M.; KASSI, A.C. Vestibulopatia no idoso. **Saúde coletiva**. São Paulo (SP), Bolina, v.48, n.8, p.52-56, 2011.

HARTER, S.; WHITESELL, N. R. *Beyond the debate: why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in self-worth*. **Journal Personality**, EUA, v.71, n.6, p.1027-1058, 2003.

HERDMAN, M. FOX-RUSHBY, J. BADIA, X. *A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach*. **Qual Life Res**. 1998;7(4):323-35

HUTZ, S. C.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre (RS), v. 10, n.1, p.41-49, abr. 2011.

IRIGARAY Q. T., SCHNEIDER H. R. Participação de idosos em uma universidade da terceira idade: Motivos e mudanças ocorridas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [on line], v.24, n.2, p. 211-216, 2008.

JAMES, W. *The consciousness of self*. In: JAMES, W. **Principles of Psychology**. The University of Adelaide Library. eBooks@Adelaide, 2012.

KRAWCZYNSKI, M.; OLSZEWSKI, H. Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. **Psychology of Sport and Exercise**, Leipzig, Germany, v.1, n.1, p. 57-63, 2000.

KRECH, D., CRUTCHFIELD, R.S., BALLACHEY, E.L. **O Indivíduo na Sociedade: Um Manual de Psicologia Social**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1975.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARQUES, A.P.; SANTOS, A.M.B.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L.A.; LAGE, L.V.; PEREIRA, C.A.B. Validação da versão brasileira do *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ). **Rev. Bras. Reumatol.**; v.46, n.1; p. 24-31, jan/fev. 2006.

MARTINS, G. A.;ARRUDA, L.; MUGNAINI A.S.B. Validação de questionários de avaliação de qualidade de vida em pacientes de psoríase. **An bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, 79(5): 521-535, set/out. 2004

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. Edição Compacta. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MOWEN, J. C.; MINOR, M. S. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Aspectos da autoimagem e da autoestimada idosos ativos. **Motriz**, Rio Claro (SP), v.15, n. 4, p.788-796, out./dez. 2009.

MOSQUERA, J. J. M; STOBÄUS, C. D. O envelhecimento saudável: educação, saúde e psicologia positiva. In: FERREIRA, A. J. *et al.* (Orgs.). **Educação & envelhecimento** [recurso eletrônico]. EdiPUCRS, 2012. 14-22p.

MOREIRA, D. A. **Medidas de atitudes através de escalas**. Disponível em: <http://www.recap.br/amoreira/textos-metodologia_04.htm> Acesso em: 16/abr/2013.

MOTA, J. Envelhecimento e exercícios - atividade física e qualidade de vida na população idosa. In: BARBANTI, V. J. *et al.* **Esporte e atividade física**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002. p.183-193.

MURIEL, B; RYDEN *An adult version of the Coopersmith Self Esteem Inventory: Test-Retest Reliability and social Desirability Psychological Reports*. **Issue**, v.43 p.1189-1190, 1978.

MRUK, C. **Self-esteem: research, theory, and practice**. New York: Springer, 1995. 285p.

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

NERI, L. A. (Org.). **Qualidade de vida na velhice - Enfoque multidisciplinar**. 2ed.revisada. Campinas, SP: Alínea, 2011.

NOLLER, P. **Relationships with parents in adolescence: Process and outcome**. In R., 1994. Disponível em: <<http://education.stateuniversity.com/pages/1737>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

NOVATO, T.S. Adaptação transcultural e validação do *Diabetes Quality of Life for Youths de Ingersoll e Marrero*. São Paulo; s.n; 127. 2004.

OLIVEIRA, M. C. M.; GUIMARÃES, I. A.; NOVO, N. F.; SCHNAIDER, T. B. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de neoplasia mamária. **Revista do Médico Residente**, Curitiba (PR), v. 13, n. 4, p. 261-269, 2011.

OLIVEIRA, B.G.;MELENDEZ, J.G.V.; CICONELLI, R.M.;RINCÓN, L.G.;TORRES, A.A.S.; SOUSA, L.A.P.;RIBEIRO, A.L.P. Versão em português, adaptação transcultural e validação de questionário para avaliação de qualidade de vida para pacientes portadores de marcapasso: AUREL. **Arq. Brás. Cardiol.** ; v.87,n.2. p. 75-83,ago.2006.

PINQUART, M.; SORENSEN,S. 2001. *Gender differences in self-concept and psychological well-being: A meta-analysis.* **Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences**, EUA, v.56B, n.4, p.195-213, 2001.

POWER, M.J.; BULLINGER, M.; HARPER. *The World Health Organization Whoqol-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups world wide.* **Health Psychology**, v.18, p.495-505, 1999.

RIBEIRO, M. C. P.; SILVA, M, J. P. Avaliação do sentimento de auto-estima em pacientes portadores de patologias oncológicas e onco-hematológicas que utilizam as terapias complementares. **Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 63, p.20-23, ago. 2003.

ROBERT, J.S. *Comparative validity of the Likert and Thurstone approaches to attitudes measurement. Paper presented at the annual meeting of the American Educacional Research Association*, 1997.

ROBINS, W.R.; ORTH, U.; TRZESNIEWSKI, H.K. *Selfsteem development from young adulthood to old age. A cohort-sequential longitudinal study.* **Journal of personality and social psychology.** EUA, v.98, n.4, p.645-658, 2010.

RODRIGUES, A. **Psicologia Social**, 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1978

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2009. 490p.

ROMANO, A.; NEGREIROS, J. & MARTINS, T. Contributos para validação da Escala de autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. **Psicologia, Saúde & Doenças**. São Paulo (SP) v.8, n.1; p.109-116, 2007.

ROSENBERG, M. *Self-concept and psychological well-being in adolescence.* In: LEACH, R. (Ed.). **The development of self**. Orlando: Academic Press, 1985. p. 205-246.

SÁNCHEZ, E.; BARRÓN, A. *Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective.* **The Spanish Journal of Psychology**, Madrid, n.6, p.3-11, 2003.

SANTANA, G. G. *et al.* Vestibulopatia no Idoso. **Saúde Coletiva**, Barueri (SP), v.8, n. 48, p.52-56, mar. 2011. Edição especial: Vestibulopatia no Idoso.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá (PR), v.14, n.1, p.3-10, jan./mar. 2009.

SANTOS, J.P.; MAIA, J. Análise Factorial Confirmatória e Validação Preliminar de uma Versão Portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. **Teoria Investigação e prática psicológica**, São Paulo (SP), p.253-261, jul.2003.

SBICIGO, B. J.; BANDEIRA, R. D.; DELL'AGLIO, D. B. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. **Psico – USF**, Itatiba (SP), v.15, n.3, p.395-403, set. /dez. 2010.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S.; KIDDER, L. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2.ed. São Paulo: EPU, Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1987.

SILVA, I. A.; MARINHO, I. G. A autoestima e relações afetivas. **Universitas Ciências da Saúde**, Brasília, v.1, n.2, p. 229-237, 2003.

SILVA, R. C. M.; VENDRAMINI, M. M. C. Autoconceito e desempenho de universitários na disciplina estatística. **Psicologia Escolar e Educacional [on line]**, Campinas, v.9, n.2, p.261-268, dez. 2005.

SKINNER, B. F. Questões recentes na análise comportamental. 2 ed. Campinas: Papyrus, 1995. 193p.

SPIPKER, B. *Introduction*. In: SPIPKER; B. **Quality of life assessments in clinical trials**. New York: Haven Press, 1990.

SWANSON, J.M.; SANDMAN, C.A.; DEUTSCH, C., BAREN, M. *Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive, and electrophysiological effects*. **Pediatrics**. 1983; 72(1):49-55.

THURSTONE, L.L. *The victors of mind*. In: THURSTONE,L.L. **Principles of Psychology**. The University of Adelaide Library. eBooks@Adelaide, 2012.

THURSTONE, L.L. *A law of comparative judgment*. **Psychological Review**. Chicago v. 101, n.2, p. 266-210, 1996.

The Whoqol Group. **The World Health Organization Quality of Life assessment (Whoqol): Position paper from the world health organization**. *Social Science and Medicine*, v.41, p.1403-1409, 1995.

The Whoqol Group. **The World Health Organization Quality Of Life Assessment (Whoqol): development and general psychometrical properties**. *Social Science and medicine*, v.46, p.1569-1585, 1998a.

The Whoqol Group. **Development of The World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of life assessment. Psychological medicine**, v.28, p.551-558., 1998b.

VARGAS, D. A **Construção de uma Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e o Alcoolista: um Estudo Psicométrico**. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

VAZ-SERRA, A. O inventário clínico de auto-conceito. **Psiquiatria Clínica**, Coimbra, Portugal v.7, n.2, p.67-84, out. 1986.

VILETE, L.M.P. Tradução, adaptação para o português e estudo da qualidade de uma escala para identificação da fobia social em uma população de adolescentes. Rio de Janeiro, s.n.;60 p.2002.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; M. J. P. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo (RS), p.102-114, jan./jun. 2005.

WALLON H. - *Psicologia e educação da criança*. Lisboa: Vega. 1994.

WELLS, E. L. & MARWELL, G. **Self-esteem: Its conceptualization and measurement**. California: Sage, 1976.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M. ; FARIA, M. M. Grupo focal - Experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, EUA, v. 120, n.4, p. 472-482, 1996.

WYLLIE, R. C. **The self-concept: A review of methodological considerations and measuring instruments**. University of Nebraska, Lincoln, 1974.

ZANARDINI, F. H. *et al.* Reabilitação vestibular em idosos com tontura. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v.19, n.2, p.177- 184, abr./jun. 2007.

ZANI, R. **Beleza & auto-estima**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. 182p.

BIBLIOGRAFIA

APRILE, M. R; BATAGLIA P. U. R. **Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de distúrbios do equilíbrio corporal**. In: III Congresso Ibero-Americano de Psicogerontologia, I Congresso Brasileiro de Psicogerontologia, I Encontro Ibero-Americano de Idosos, XII Semana de Gerontologia, São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.gerações.org.br/nova/biblioteca>>. Acesso em: 06 set. 2011.

APRILE, M.R.; BATAGLIA, P. U. R. Qualidade de vida de pacientes com distúrbios do equilíbrio corporal. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 8, n. 48, p. 46-51, mar. 2011. Edição especial Vestibulopatia no Idoso.

AVANCI, Q. J.; ASSIS, G. S.; SANTOS, C. N.; OLIVEIRA, C. V. R. Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.20, n.3, p.397-405, 2007.

BATTINI, E.; MACIEL, M. E.; FINATO, S. S. M. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: Análise comportamental de um caso clínico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n.4, p.455-462, out./dez. 2006.

BARROSO M. L. C.; BARRETO S. S. E. O vestibular e a autoestima do jovem. **Cadernos de Pesquisa**. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, v.16, p. 48-62, jul. 1975.

BONAVIDES S. M. P. B. **A auto-estima da criança que sofre violência física pela família**. 2005. 268P. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

BRANDALISE, T.L., **Modelos de medição de percepção e comportamento** – Uma revisão. Unioeste, 2005 <<http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf>>. Acesso em: 14/abr/2013.

BRINKMANN, H.; SEGURE, T.; SOLAR, M. I. *Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith*. **Revista Chilena de Psicología**, Universidad de Concepción, Chile, v. 10, n.1, p.63-71, 1989.

CHAIM, J.; IZZO, H.; SERA, N. T. C.. Cuidar em Saúde: Satisfação com a imagem corporal e autoestima de idosos. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p. 175-181, 2009.

FRANCO F. A. O mito da autoestima na aprendizagem escolar. **Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** – ABRAPEE. Campinas, v.13, n.2, p.325-332, jul./dez. 2009.

GOUVEIA, L. M. L. **A Autoestima em alunos com dificuldades de aprendizagem**, 2003. 124p. Tese de Mestrado (Ciência do Desporto) - Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2003.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2009.** Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br>>. Acesso em 5 de junho de 2012.

NASCIMENTO, R. D.; SILVA, O. A. J.; RINALDI, R. S. B. M. *et al.* Um olhar sobre a autoestima de mulheres com sintomas depressivos na vivência de conflitos na relação conjugal. **Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social - ENABRAPSO**, Maceió - Alagoas, 2009.

NERI, L. A.; FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice.** Campinas, SP: Papirus. 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Caderno do Envelhecimento Ativo**, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 06 de junho de 2012.

PEIXOTO, F. Qualidade das relações familiares, autoestima, autoconceito e rendimento acadêmico. **Análise Psicológica**, Lisboa, Pt, v.1, n.XXIII, p.235-244, 2004.

POPE, C.; MAYS N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

ROGÉRIO S. R. **Qualidade de vida em uma população de idosos com vestibulopatias.** 2010. 65p. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social)- UNIBAN Brasil, São Paulo, 2010.

SANTOS, J. P.; MAIA, J. análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática.** Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal, v.2, p.253-268, 2003.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para integração – Escola de Saúde Pública do Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, Fortaleza (CE), v. 5, n.1, p.187-192, 2000.

SILVA, M. M. E.; GOIATO, C. M.; SANTOS, M. D.; BARÃO, R. A. V.; GALLO, G. K. A. Psicologia aplicada ao paciente idoso. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife (PE), v.6, n.3, p. 223-227, jul. /set., 2007.

STEVANATO, S. I.; LOUREIRO, R. S.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, M. E. Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. **Psicologia em estudo**, Maringá (PR), v.8, n.1, p.67-76, jan./jun. 2003.

TEIXEIRA, R. A.; NUNES, P. G. M.; FREITAS, R. L. C. *et al.* Análise da qualidade de vida de idosos com sintoma de zumbido. **International Archives of Otorhinolaryngology.** Porto Alegre (RS), v.1, n.14, p.44-59, 2010.

TORRES, C. H.; SOUZA, R E.; LIMA, M. H. M. *et al.* Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n.4, p. 514-9, 2011.

VARGAS, P. V. T.; DANTAS, S. A. R.; GOIS, L. F. C. A Autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo (SP), v.39, n.1, p. 20-27, 2005.

VAZ-SERRA, A. O inventário clínico de auto-conceito. **Psiquiatria Clínica**, Coimbra, Portugal v.7, n.2, p.67-84, out. 1986.

WALLON H. - **Psicologia e educação da criança**. Lisboa: Vega. 1994.

APÊNDICE A – ENTREVISTA / ROTEIRO

1. Já ouviu falar em autoestima?
 - Se já ouviu, o que significa ela?
 - Se não ouviu, o que acredita que ela significa?

2. Pensando nas pessoas de um modo geral, você acredita que a autoestima interfere em:
 - no humor?
 - no relacionamento com as outras pessoas?
 - na maneira de encarar a vida?
 - na saúde?

3. A maneira como você se percebe interfere em:
 - seu humor?
 - seu relacionamento com as outras pessoas?
 - sua maneira de encarar a vida?
 - sua saúde?

4. A maneira como as pessoas lhe percebem ou o que pensam sobre você interfere em:
 - seu humor?
 - seu relacionamento com as outras pessoas?
 - sua maneira de encarar a vida?
 - sua saúde?

5. Quando sente tonturas, vertigens ou outros sintomas de sua doença (vestibulopatias), sente que elas interferem em:
 - seu humor?
 - seu relacionamento com as outras pessoas?
 - sua maneira de encarar a vida?
 - sua saúde?
 - em seus planos de vida?

6. Já vivenciou alguma situação em que se sentiu constrangido (a) devido à manifestação de tonturas e/ou vertigens? Quando? Por que?

7. Em sua opinião, a realização de tratamento das vestibulopatias interfere em sua autoestima? Em caso positivo, de que maneira? Em caso negativo, por que?

8. Encontrar-se com pessoas que também estão em tratamento (vestibulopatias) interfere em sua autoestima? Em caso positivo, de que maneira? Em caso negativo, por que?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Construção de escala de avaliação de autoestima em vestibulopatas

Nome da Pesquisadora: Thais Sisti De Vincenzo Schultheisz.

Nome da Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Aprile

A sra. (o sr.) está sendo convidada (o) a participar deste estudo que tem a finalidade de construir uma escala de avaliação de autoestima com distúrbios de equilíbrio corporal de origem no sistema vestibular.

Durante este estudo, a sra. (o sr.) será convidado a participar de atividades, sob a responsabilidade da pesquisadora Thais Sisti De Vincenzo Schultheisz, que serão realizadas em datas agendadas no Laboratório de Estudos e Pesquisas do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da UNIBAN Anhanguera.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e não envolve riscos e desconfortos durante a sua realização. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e as professoras: orientadora e coorientadora terão conhecimento dos dados.

A sra. (o sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo pessoal. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre este estudo pelo telefone da pesquisadora e, se necessário, também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Ao participar desta pesquisa, a sra. (o sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esta pesquisa possa contribuir para os estudos sobre a qualidade de vida e inclusão social de vestibulopatas, cujos resultados serão divulgados, mantendo-se sigilo sobre os nomes dos participantes.

A sra (o sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar deste estudo, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confirmo que recebi cópia deste Termo de Consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos resultados obtidos neste estudo, mantendo a confidencialidade quanto à identidade dos participantes.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

São Paulo, _____

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Thais Sisti De Vincenzo Schultheisz

Profa. Dra Maria Rita Aprile

Pesquisadora: Thais Sisti De Vincenzo Schultheisz.

RG: 7.747.774-1 - Fone: (11) 2528-1257.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Aprile

RG: 4.169.176 - Fone: (11) 99187-6748

Telefone da Comitê de Ética: (11) 2967- 9015.

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO C – COOPERSMITH SELF-ESTEEM INVENTORY

Description of Measure:

A 50-item measure of attitudes toward oneself. The inventory was originally designed to measure children's self-esteem. However, it was modified by Ryden (1978) for use on adults.

For each item, participants answer whether the statement provided is "like me" or "not like me".

Like me Unlike me

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. I spend a lot of time daydreaming. |
| _____ | _____ | 2. I'm pretty sure of myself. |
| _____ | _____ | 3. I often wish I were someone else. |
| _____ | _____ | 4. I'm easy to like. |
| _____ | _____ | 5. My family and I have a lot of fun together. |
| _____ | _____ | 6. I never worry about anything. |
| _____ | _____ | 7. I find it very hard to talk in front of a group. |
| _____ | _____ | 8. I wish I were younger. |
| _____ | _____ | 9. There are lots of things about myself I'd change if I could. |
| _____ | _____ | 10. I can make up my mind without too much trouble. |
| _____ | _____ | 11. I'm a lot of fun to be with. |
| _____ | _____ | 12. I get upset easily at home. |
| _____ | _____ | 13. I always do the right thing. |
| _____ | _____ | 14. I'm proud of my work. |
| _____ | _____ | 15. Someone always has to tell me what to do. |
| _____ | _____ | 16. It takes me a long time to get used to anything new. |
| _____ | _____ | 17. I'm often sorry for the things I do. |
| _____ | _____ | 18. I'm popular with people my own age. |
| _____ | _____ | 19. My family usually considers my feelings. |
| _____ | _____ | 20. I'm never happy. |
| _____ | _____ | 21. I'm doing the best work that I can. |
| _____ | _____ | 22. I give in very easily. |
| _____ | _____ | 23. I can usually take care of myself. |
| _____ | _____ | 24. I'm pretty happy. |
| _____ | _____ | 25. I would rather associate with people younger than me. |

- _____ 26. *My family expects too much of me.*
- _____ 27. *I like everyone I know.*
- _____ 28. *I like to be called on when I am in a group.*
- _____ 29. *I understand myself.*
- _____ 30. *It's pretty tough to be me.*
- _____ 31. *Things are all mixed up in my life.*
- _____ 32. *People usually follow my ideas.*
- _____ 33. *No one pays much attention to me at home.*
- _____ 34. *I never get scolded.*
- _____ 35. *I'm not doing as well at work as I'd like to.*
- _____ 36. *I can make up my mind and stick to it.*
- _____ 37. *I really don't like being a man/woman.*
- _____ 38. *I have a low opinion of myself.*
- _____ 39. *I don't like to be with other people.*
- _____ 40. *There are many times when I'd like to leave home.*
- _____ 41. *I'm never shy.*
- _____ 42. *I often feel upset.*
- _____ 43. *I often feel ashamed of myself.*
- _____ 44. *I'm not as nice-looking as most people.*
- _____ 45. *If I have something to say, I usually say it.*
- _____ 46. *People pick on me very often.*
- _____ 47. *My family understands me.*
- _____ 48. *I always tell the truth.*

Self Report Measures for Love and Compassion Research: Self-Esteem

- _____ 49. *My employer or supervisor makes me feel I'm not good enough.*
- _____ 50. *I don't care what happens to me.*
- _____ 51. *I'm a failure.*
- _____ 52. *I get upset easily when I am scolded.*
- _____ 53. *Most people are better liked than I am.*
- _____ 54. *I usually feel as if my family is pushing me.*
- _____ 55. *I always know what to say to people.*
- _____ 56. *I often get discouraged.*
- _____ 57. *Things usually don't bother me.*
- _____ 58. *I can't be depended on.*

Scoring:

Lie Scale items: 1, 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48. If a participant answered “like me” for 3 or more of these items, it suggests that he or she is trying too hard to present him or herself in a positive light. These participants should not be included in the analyses.

High Self Esteem Items were:

“Like Me” on 2, 4, 5, 10, 11, 14, 18, 19, 21, 23, 24, 28, 29, 32, 36, 45, 47, 55, 57

“Unlike Me” on 3, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 58

Sum up all the times a participant answered in this fashion. There are no cut-off points – keep the scale continuous.

ANEXO D – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (E.A.R.)

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

ANEXO E – WHOQOL BREF

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	–	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve

Data	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente

Resultados em % de 0 a 100

Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.