

EDUARDO RODRIGUES SUCUPIRA PINTO

***SHORT MOOD AND FEELINGS
QUESTIONNAIRE - TRADUÇÃO PARA A
LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO
CULTURAL E VALIDAÇÃO***

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.**

SÃO PAULO

2014

EDUARDO RODRIGUES SUCUPIRA PINTO

***SHORT MOOD AND FEELINGS
QUESTIONNAIRE - TRADUÇÃO PARA A
LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO
CULTURAL E VALIDAÇÃO***

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.**

ORIENTADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

COORIENTADORES: PROF^a. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

PROF. GAL MOREIRA DINI

SÃO PAULO

2014

Sucupira Pinto, Eduardo Rodrigues

Short Mood and Feelings Questionnaire: tradução para língua portuguesa, adaptação cultural e validação / Eduardo Rodrigues Sucupira Pinto. – São Paulo, 2012.

xxii, 132f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: Short Mood and Feelings Questionnaire: translation, cultural adaptation and validation into brazilian portuguese: SMFQ-EPM/Unifesp.

1. Adolescente 2. Autoimagem. 3. Cirurgia Plástica. 4. Depressão. 5. Estudos de Validação. 6. Imagem Corporal. 7. Saúde Mental. 8. Tradução. 9. Questionário.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA TRANSACIONAL**

COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, **LUIZA** e **VALDIR** (in memorian), por todo o seu amor, segurança e dedicação sem limites, meu verdadeiro esteio.

Ao meu mais que amado filho, **PEDRO**, por me oferecer a lição mais importante da vida, o amor incondicional.

Ao meu sogro e amigo, **DR. PAULO MIKI** (in memorian), pelo exemplo e inspiração de uma vida.

Aos meus irmãos **RICARDO** e **ROBERTO**, por sempre acreditarem em mim

Às minhas tias **DIVINA** (in memorian), **IVALDA** (in memorian), **LACI** (in memorian), **LU** (in memorian), **MARIA** e **MARTA**, eternas em mim.

Aos meus tios **MÁRIO** e **VIRGÍLIO**, que sempre me inspiraram com a sua simplicidade.

AGRADECIMENTOS

À PROFESSORA DOUTORA **LYDIA MASAKO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP/EPM), pela oportunidade e confiança, pelo estímulo à formação científica e pesquisa, pelos exemplo de ética e profissionalismo.

Ao PROFESSOR DOUTOR **MIGUEL SABINO NETO**, PROFESSOR ADJUNTO LIVRE-DOCENTE DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA, RESPONSÁVEL PELO SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA (UNIFESP/EPM), meu orientador, toda a minha enorme admiração e gratidão pelas horas a mim dispensadas, por toda a sua orientação, disponibilidade, e acima de tudo, por sua confiança, em todos os estudos realizados nesse Programa.

À PROFESSORA **MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO**, PROFESSORA COLABORADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP/EPM), minha coorientadora neste estudo, a minha profunda admiração e gratidão eterna, pelo carinho e amizade, paciência, confiança e ainda pelos conhecimentos compartilhados.

Ao PROFESSOR **GAL MOREIRA DINI**, PROFESSOR COORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP/EPM), meu coorientador neste estudo, transmitindo seus conhecimentos com muita clareza, lógica, tranquilidade e amizade.

Ao PROFESSOR **LUIS EDUARDO FELIPE ABLA**, PROFESSOR COLABORADOR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP/EPM), pela atenção e disponibilidade, por contribuir com minha formação acadêmica.

À PROFESSORA **ALESSANDRA HADDAD**, PROFESSORA COLABORADORA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E CHEFE DO SETOR DE COSMIATRIA, pelo seu auxílio e incentivo e apoio, me fazendo sentir em casa.

Ao PROFESSOR **BERNARDO HOCHMANN** (in memoriam), por sua dedicação à pesquisa e à ciência, pelo auxílio, presteza, despojamento e desapego.

Aos PROFESSORES da Disciplina de Cirurgia Plástica e do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM), por todos os seus ensinamentos.

À querida e diletta amiga **MONICA PICCOLO**, cirurgiã plástica e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM), pelas ideias, suporte, incentivo e solidariedade na realização deste estudo.

Aos demais **AMIGOS E COLEGAS DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA** da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP/EPM), pelas dicas, comentários, sugestões e críticas.

Aos professores **YARA JULIANO** e **NEIL FERREIRA NOVO**, ESTATÍSTICOS do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM), pela disponibilidade e orientação estatística.

Ao AMIGO **VIDAL GUERREIRO**, cirurgião plástico e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM), por toda a amizade, apoio e incentivo.

Ao PROFESSOR E AMIGO **HENRIQUE PESSOA LADVOCAT CINTRA**, CHEFE DO SETOR DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS, por toda a amizade, apoio, colaboração e incentivo, tanto durante o desenvolvimento deste estudo, como na minha formação acadêmica.

Ao CIRURGIÃO PLÁSTICO **MARCELO SIQUEIRA**, médico assistente do Hospital Municipal Jesus, por todo o apoio e auxílio no processo de coleta de dados para a realização deste trabalho.

Ao CIRURGIÃO PLÁSTICO **MARCELO SOUZA DE ASSIS**, por todo o apoio e auxílio no processo de coleta de dados para a realização deste trabalho.

Ao CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO **RAFAEL ZDANOWSKI**, diretor médico do Barra Day Hospital por todo o apoio e auxílio no processo de coleta de dados para a realização deste trabalho.

À AMIGA **ISABEL VIEIRA FIGUEIREDO E SILVA**, cirurgiã plástica, por todo o carinho, apoio e auxílio no processo de coleta de dados para a realização deste estudo.

À AMIGA **VALDECI DE FIGUEIREDO**, por todo o carinho, apoio e auxílio no processo de coleta de dados para a realização deste estudo.

À equipe multidisciplinar constituída por **LUIZA CARVALHO, NATHÁLIA CÓCARO E PATRICIA ZUKER**, pela colaboração, profissionalismo, empolgação e disposição em aprimorar a adaptação cultural do questionário deste estudo.

À AMIGA **ANDREIA DO CARMO**, bibliotecária da BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIFESP/EPM, por todo o seu profissionalismo, paciência, interesse, gentileza, responsabilidade, disponibilidade, carinho, e insubstituível colaboração durante todo o estudo.

À AMIGA **ROSELY DE FÁTIMA PELLIZZON**, bibliotecária da BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIFESP/EPM, por todo o auxílio e carinho prestados durante o estudo.

À **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE DOS REIS DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS**, secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica (UNIFESP/EPM), pela gentileza no atendimento, presteza nas comunicações importantes e pelo carinho que sempre dispensaram a mim.

À DOUTORA **ARIANE MOLINARO VAZ DE SOUZA**, coordenadora médica do HOSPITAL MUNICIPAL JESUS, por nos acolher durante grande parte deste estudo.

AOS RESIDENTES **LARRISSA BONILLA, MANUEL PERALTA E MARCELO PASTOR**, da SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO, por toda sua dedicação, disponibilidade e auxílio durante todas as fases desse trabalho.

A ANDREA MUNOZ, ANDRES CANCHICA, GIAN VIGO, GIORGIO DE ROSA, JORGE MATTA, KELLY CARRION, LOURDES MICHELLE RODRIGUEZ, RESIDENTES DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO, pela confiança, disposição e participação em vários momentos.

AO AMIGO **ABRAHAM ABRAMOVITZ**, cirurgião plástico e ex-residente da SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO, pela dedicação, disponibilidade e disposição sempre que necessitei.

ÀS AMIGAS E COLABORADORAS **CARLA ARRUDA DO NASCIMENTO E VANEZA ARRUDA DO NASCIMENTO**, por toda a paciência, dedicação e incentivo.

ÀS SECRETÁRIAS **ANA MARIA VAZ E SUELY DURÃES**, DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO, pela organização das salas de ambulatório e por todo o carinho.

AOS FUNCIONÁRIOS DOS AMBULATÓRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS, DO HOSPITAL BARRA DAY E DO SETOR DE RINOPLASTIA EPM/UNIFESP, pela receptividade e colaboração.

AOS PACIENTES DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS, do HOSPITAL BARRA DAY E DA EPM/UNIFESP pela disponibilidade e gentileza em responder os questionários e sempre impulsionar-nos com suas dúvidas a oferecer um tratamento global e aprimorado e, sobretudo, pela confiança em sua entrega.

A **ADRIAN ANGOLD**, AUTOR DO QUESTIONÁRIO *SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE* (SMFQ), por permitir a sua tradução para o português e realização deste estudo.

A **STEPHEN MESSER**, CO-AUTOR DO QUESTIONÁRIO *SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE* (SMFQ), por permitir a sua tradução para o português e realização deste estudo.

Aos MEUS GRANDES AMIGOS, **RODRIGO SIMONETTI** E **MÁRCIO BENONI** pelo apoio moral e logístico em São Paulo.

Aos MEUS COMPANHEIROS do **NÚCLEO DE COMUNICAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** por todo o compartilhamento de ideias e pelos ensinamentos transmitidos.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização desse estudo, o meu sincero obrigado.

“Pedras que rolam não criam musgo”
(Muddy Waters, bluesman, 1913-1983)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE TABELAS	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	xvii
RESUMO	xxi
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	6
3. LITERATURA	8
4. MÉTODOS	25
5. RESULTADOS.....	41
6. DISCUSSÃO.....	66
7. CONCLUSÕES	80
8. REFERÊNCIAS	82
NORMAS ADOTADAS	94
ABSTRACT	96
APÊNDICES.....	99
ANEXOS	118
FONTES CONSULTADAS	131

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Box-Plot para de SMFQ – crianças e adolescentes.....	45
Figura 2. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças e adolescentes avaliados por dois pesquisadores ($r=0,808$; $p<0,001$).....	46
Figura 3. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-crianças inter-observador.....	47
Figura 4. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças avaliados pelo mesmo pesquisador em dois momentos ($r=0,801$; $p<0,001$). ...	47
Figura 5. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-crianças intra-observador.....	48
Figura 6. Diagrama de Box-Plot para de SMFQ – pais.....	49
Figura 7. Gráfico de dispersão entre SMFQ-pais avaliados por dois pesquisadores.....	50
Figura 8. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-pais inter-observador	51
Figura 9. Gráfico de dispersão entre SMFQ-pais avaliados pelo mesmo pesquisador em dois momentos ($r=0,816$; $p<0,001$).....	51
Figura 10. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-pais intra-observador.....	52
Figura 11. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças e SDQ.....	57

Figura 12. Gráfico de dispersão entre SMFQ crianças e Rosenberg.....	57
Figura 13. Gráfico de dispersão entre SMFQ-pais e SDQ – pais.....	58
Figura 14. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças e pais.	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características das crianças e adolescentes por etapa.....	36
Tabela 2. Número de crianças e adolescentes e pais / responsável por etapa	37
Tabela 3. Medidas-resumo de SMFQ – crianças e adolescentes.....	45
Tabela 4. Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para SMFQ de crianças e adolescentes	46
Tabela 5. Medidas-resumo de SMFQ – pais.....	49
Tabela 6. Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para SMFQ de pais	50
Tabela 7. Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para SMFQ – crianças/adolescentes	53
Tabela 8. Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para SMFQ – pais/ responsável	54
Tabela 9. Medidas-resumo de SMFQ – crianças/adolescentes e demais escalas	56
Tabela 10. Correlação de Pearson entre SMFQ – crianças/adolescentes e demais escores.....	56
Tabela 11. Medidas-resumo de SMFQ - pais e SDQ - pais.....	58

Tabela 12. Medidas-resumo de SMFQ de crianças e adolescentes e respectivos pais ou responsáveis	59
Tabela 13. Correlação de Pearson entre SMFQ de crianças/adolescentes e pais/ responsáveis	60
Tabela 14. Distribuição das crianças por categorias de respostas aos itens SMFQ	61
Tabela 15. Distribuição dos pais por categorias de respostas aos itens do SMFQ.....	63
Tabela 16. Comparação de médias de SMFQ por faixa etária	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACRÔNIMOS

ASAPS	<i>American Society for Aesthetic Plastic Surgery</i>
ASPS	<i>American Society of Plastic Surgeons</i>
CEP	<i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>
CES-DC	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children</i>
EPM	<i>Escola Paulista de Medicina</i>
EUA	<i>Estados Unidos da América</i>
LILACS	<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde</i>
MedLine	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
PsycINFO	<i>Banco de dados da American Psychological Associatio</i>
PubMed	<i>National Library of Medicine's Online Database of Bibliographic Citations</i>
SBCP	<i>Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica</i>
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

TALE	<i>Termo de Assentimento Livre e Esclarecido</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
UNIFESP	<i>Universidade Federal de São Paulo</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality Of Life</i>

ACRÔNIMOS CIENTÍFICOS E SÍMBOLOS

=	<i>Igual</i>
>	<i>Maior</i>
<	<i>Menor</i>
%	<i>Por cento</i>
*	<i>Presença de Significância Estatística ± Mais ou Menos</i>
A	<i>Alpha de Cronbach</i>
ANOVA	<i>Análise de Variância</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BBDE	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CCI	<i>Coeficiente de Correlação Intraclasse</i>
CDI	<i>Inventário de Depressão Infantil</i>
CDS	<i>Children's Depression Scale</i>
DISC	<i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i>
DP	<i>Desvio Padrão</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSRS	<i>Depression Sel-Rating Scale</i>

E1	<i>Autor do Estudo</i>
E2	<i>Outro cirurgião plástico</i>
Et al.	<i>E colaboradores</i>
IC95%	<i>Intervalo de Confiança de 95%</i>
MFQ	<i>Mood and Feelings Questionnaire</i>
N	<i>Casuística</i>
<i>p</i>	<i>Nível de significância</i>
r	<i>Correlação de Pearson</i>
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SMFQ	<i>Short Mood and Feelings Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TDM	<i>Transtorno Depressivo Maior</i>
VNS	<i>Visual Numeric Scales</i>

RESUMO

Introdução: A validação de instrumentos para a triagem da saúde mental em crianças e adolescentes que buscam procedimentos em cirurgia plástica é importante. **Objetivo:** Traduzir para a língua portuguesa, adaptar ao contexto cultural brasileiro e testar as propriedades de medidas, a reprodutibilidade, a confiabilidade e a validade de face, de conteúdo e de construto do *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*. **Métodos:** Seguindo orientação padrão da literatura, o questionário foi traduzido para o português, adaptado culturalmente e testado em relação à reprodutibilidade, validade de face, conteúdo e construto. Nas etapas de adaptação cultural e validação foram entrevistados 124 crianças e adolescentes alfabetizados, entre 8 e 17 anos e respectivos pais ou responsável. Para a validação de construto foram utilizados os questionários: *Escala de autoestima Rosenberg (EPM/ Rosenberg)* e *Capacidades e Dificuldades (SDQ)*. **Resultados:** O SMFQ apresentou consistência interna ($\alpha=0,77$) para crianças e adolescentes, para pais ou responsável ($\alpha=0,81$) e mostrou-se reprodutível. Verificou-se correlação inter-observador para crianças e adolescentes ($cci=0,757$; $p<0,001$) e para pais ou responsáveis ($cci=0,853$; $p<0,001$), bem como correlação intraobservador para crianças e adolescentes ($cci=0,738$; $p<0,001$) e para pais ou responsável ($cci=0,796$; $p<0,001$). Identificou-se correlação do SMFQ com a Escala de Autoestima de Rosenberg (*EPM/Rosenberg*) ($r=0,495$; $p<0,001$) e com o SDQ ($r=0,295$; $p=0,044$) para as crianças e adolescentes. Para os pais, observou-se uma correlação significativa entre SMFQ e SDQ ($r=0,581$; $p<0,001$). **Conclusão:** O SMFQ foi traduzido para o português, adaptado culturalmente no Brasil e validado nas versões crianças/adolescentes e pais/responsávelvalidado, para a triagem da saúde

mental de crianças e adolescentes que buscam tratamento em cirurgia plástica, sendo denominado SMFQ-EPM/UNIFESP.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Preocupações dismórficas corporais provocam em crianças e adolescentes angústias sociais e conflitos emocionais (LUKASH, 2002). Da mesma forma, características físicas e alterações na aparência, que não estão dentro dos padrões de beleza culturalmente aceitos, podem desencadear comportamentos de *bullying* que, por sua vez, geram em indivíduos vulneráveis transtornos psicológicos (MCGRATH & MUKERJI, 2000; MOURA, CRUZ, QUEVEDO, 2011). A depressão é um dos transtornos psicológicos mais comuns na sociedade contemporânea (KESSLER *et al.*, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinalou que a depressão seria a doença mais comum em adolescentes e crianças entre 10 e 19 anos, e causa predominante de incapacidade em ambos os gêneros. O suicídio seria uma das três principais causas de morte nessa faixa etária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Segundo o *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), as características comuns dos transtornos depressivos são a presença de tristeza, sensação de vazio ou irritabilidade, acompanhadas de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional e o funcionamento global do indivíduo.

Em alguns casos, adolescentes tendem a procurar procedimentos estéticos e cirúrgicos, seja por influência de seus pares, ou para melhorar as relações interpessoais e aumentar sentimentos de inclusão em seu grupo

social (MCGRATH & MUKERJI, 2000), uma vez que na adolescência as alterações físicas e emocionais, podem levar à insatisfação com a aparência física (MCGRATH & MUKERJI, 2000; KAMBUROGLU & OZGUR, 2007).

As preocupações e regiões de insatisfação corporal mais comuns em adolescentes estão localizadas na face (nariz, orelhas, lábios, acne e cicatrizes), ou referem-se ao contorno corporal (lipodistrofias localizadas, hipomastias e hiperplastias, ou mamas assimétricas) (MCGRATH & MUKERJI, 2000; AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2013), sendo que, frequentemente, adolescentes melhoram a autoestima e ganham mais auto-confiança, quando seus problemas físicos são corrigidos (LUKASH, 2002; SIMIS *et al.*, 2002).

Assim, a indicação de uma cirurgia plástica pode reverter o isolamento social, em adolescentes, que se sentem diferentes e desconfortáveis em seu próprio corpo (MCGRATH & MUKERJI, 2000; SIMIS *et al.*, 2002). De fato, ao mudar o aspecto físico, a cirurgia plástica provoca transformações psíquicas e, por isso, é considerada uma intervenção psicológica (THOMSON, KNORR, EDGERTON, 1978; PERTSCHUK *et al.*, 1998; FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA, 2005; DE BRITO *et al.*, 2010; SABINO NETO *et al.*, 2012). A sua implicação não é apenas estética; é, sobretudo, psicossocial, pois se sabe que a estética, por si só, produz um bem-estar individual e social (VILAIN & BZOWSKI, 1977; CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS, 2002; SIMIS *et al.*, 2002; FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; CASH, 2004; ELLABBAN & HART, 2004; FERREIRA, 2004).

Segundo a ASPS, cerca de 236.000 cirurgias plásticas cosméticas foram realizadas em indivíduos com idades compreendidas entre 13 e 19, em 2012 (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2012). Já de acordo com a SBCP, entre 2008 e 2012, houve um aumento de 141% no número de cirurgias plásticas, em adolescentes entre 14 e 18 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2013). Ou seja, o crescimento da cirurgia plástica em jovens foi 3,5 vezes maior do que em adultos, representando um percentual de 10% do total de cirurgias plásticas no Brasil. Segundo a SBCP, as cirurgias mais comuns são a lipoaspiração, seguida da cirurgia de aumento mamário nas meninas e o tratamento cirúrgico da ginecomastia, seguida da correção das orelhas em abano entre os meninos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2013).

O dualismo da imagem corporal ou da auto-imagem exigem do cirurgião plástico uma competente abordagem no plano cirúrgico e psicológico para afastar transtornos que podem comprometer a vida do paciente, e até a percepção da intervenção (FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA, 2005).

Há instrumentos que mensuram o estado emocional em adultos e que são amplamente reconhecidos e usados em escala mundial (MCCAHILL, 2002). Contudo, instrumentos específicos para avaliar o estado emocional em adolescentes são mais escassos (PIETSCH *et al.*, 2011; LUNDERVOLD *et al.*, 2013; TAVITIAN *et al.*, 2014). Nesse sentido, para comparar dados obtidos em estudos semelhantes, de populações cultural e linguisticamente distintas, é necessária a padronização dos processos de tradução e adaptação cultural dos instrumentos utilizados, assim como testes de validação das suas propriedades de medida.

Na revisão da literatura não foram encontrados instrumentos validados e adaptados ao contexto cultural brasileiro de fácil aplicação, para medir de forma objetiva e avaliar alterações no estado de humor e sentimentos em crianças e adolescentes, que procuram por procedimentos em cirurgia plástica. Assim, o *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ) (ANGOLD *et al.*, 1995), versão pais e filhos, foi selecionado para que fosse traduzido, adaptado culturalmente e validado para o português. Trata-se de um instrumento derivado da forma extensa do *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) (COSTELLO *et al.*, 1991), que foi desenvolvido para detecção de sinais e sintomas depressivos em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos de idade (COSTELLO & ANGOLD, 1988; ANGOLD *et al.*, 1995; MESSER, ANGOLD, COSTELLO, 1995; WOOD *et al.*, 1995; KENT, VOSTANIS, FEEHAN, 1997).

A tradução, adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação de um instrumento tornam-se relevantes, na medida em que, poderão auxiliar na triagem e identificação rápida da sintomatologia depressiva, uma vez que, transtornos psicológicos são comuns e poderão, não apenas, comprometer a vida social e ocupacional do indivíduo (HARPER, MARKS, NELSON, 2002), como afetar os resultados de satisfação em cirurgia plástica (MALICK, HOWARD, KOO, 2008; MORSELLI, 2008; SHRIDHARANI *et al.*, 2010).

2. OBJETIVO

2. OBJETIVO

Traduzir para a língua portuguesa, adaptar ao contexto cultural brasileiro e testar as propriedades de medidas, a reprodutibilidade, a confiabilidade e a validade de face, de conteúdo e de construto do *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*.

3. LITERATURA

3. LITERATURA

BECK *et al.* (1961) desenvolveram o *Beck Depression Inventory* (BDI), composto por 21 itens, que avaliava sintomas depressivos. O BDI foi posteriormente desenvolvido em várias formas e demonstrou consistência interna com um alfa de Cronbach (α) de 0,86 e 081 para a população psiquiátrica e não psiquiátrica, respectivamente.

GALLAGHER *et al.* (1983) atestam a utilidade do BDI como instrumento de detecção de depressão maior e menor em 102 pacientes idosos necessitados de assistência para saúde mental.

LIANG & JETTE (1981) realizaram uma revisão sobre os questionários existentes para medir habilidade funcional em pacientes com artrite. Não encontraram nenhum instrumento que preenchesse os critérios de quantificação, validade, confiabilidade, precisão e especificidade.

KOVACS (1985) elaborou o Inventário de Depressão Infantil (CDI) para mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos, autoaplicável, ou por resposta de informante (pais ou responsável), composto por 27 itens, para estudos clínicos e epidemiológicos. Esse instrumento abrangia os domínios comportamental, emocional e social sem variância para gêneros e foi derivado do BDI.

ANGOLD & COSTELLO (1987) desenvolveram o *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) publicado no *Medical Research Council Child Psychiatry Unit, London* junto a 173 crianças e adolescentes de 8 a

16 anos e demonstraram se tratar de uma escala unifatorial de alta consistência interna e promissora ferramenta para rastreamento de depressão em crianças e adolescentes.

COSTELLO & ANGOLD (1988) discutiram a seleção de itens para alcançar a validade de conteúdo e de critério nas escalas de autorrelato de depressão. Afirmaram que as escalas de autoavaliação para crianças e também reportadas por pais eram medidas úteis para rastrear e monitorar alterações na sintomatologia depressiva. Apontaram ainda a variabilidade de sintomas, que várias escalas cobriam, como o *Children's Depression Inventory* (CDI), *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC), *Depression Sel-Rating Scale* (DSRS), *Children's Depression Scale*(CDS) e o MFQ. Discutiram a necessidade de um instrumento rastreador para estudos epidemiológicos de depressão.

COSTELLO *et al.* (1991) examinaram a variação de humor em adolescentes internados com transtornos psiquiátricos entre 13 e 17 anos com registros de sintomatologia depressiva 3 vezes ao dia por 7 dias consecutivos usando escala análoga visual. Nas medições da severidade da depressão, as meninas mostraram-se mais deprimidas do que os meninos independentemente de sua comorbidade.

BHATARA (1992) reforçou a necessidade da atenção do médico estar atento à depressão em adolescentes devido a alta morbidade e mortalidade relacionadas a esta doença.

BRADBURY, HEWISON, TIMMONS (1992) analisaram 30 crianças e familiares ingleses, que foram abordados no pré-operatório de

otoplastia e aos 12 meses de meses de pós-operatório. Verificaram melhora no bem-estar em 90% das crianças.

WARE & SHERBOURNE (1992) descreveram o desenvolvimento do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study Short Form-36” e analisaram o conceito estrutural e a lógica utilizada na seleção de cada item.

GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) assinalaram que, questionários de qualidade de vida foram desenvolvidos, em sua maioria, no idioma inglês. Assim, recomendaram metodologia de tradução e adaptação cultural do instrumento, incluindo, no mínimo, duas traduções iniciais.

ANGOLD *et al.* (1995) desenvolveram o *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ) e avaliaram suas propriedades psicométricas, numa casuística de 173 crianças e adolescentes, entre 8 e 16 anos. Encontraram correlação com o CDI e o *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC). Concluíram que, o SMFQ era uma ferramenta para identificação e rastreamento da sintomatologia depressiva em estudos epidemiológicos.

MESSER, ANGOLD, COSTELLO (1995) examinaram a estrutura fatorial de um novo inventário de depressão infantil, curto, de fácil administração, e que servisse para crianças e adolescentes, o SMFQ. Realizaram o estudo em uma casuística de 850 crianças e adolescentes do gênero masculino. Identificaram a consistência da escala como excelente ($\alpha=0,90$). Consideraram importante um questionário unifatorial com habilidade para discriminar população doente de população sadia.

GOUVEIA *et al.* (1995) adaptaram para a população brasileira o CDI, em 305 crianças e adolescentes, com idades entre 8 e 15 anos, que frequentavam escolas públicas e privadas, tendo apresentado consistência interna ($\alpha=0,81$). Composto por 20 itens, o instrumento indicava que, a depressão infantil seria semelhante à encontrada em adultos.

BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI (1997) utilizaram sete diferentes instrumentos para avaliação de qualidade de vida em pacientes com artrite reumatóide. Ressaltaram neste artigo a importância dos instrumentos nos estudos epidemiológicos, na avaliação da incapacidade para o trabalho e na detecção de alterações clínicas durante ensaios terapêuticos. Apresentaram também considerações metodológicas, destacando a necessidade de avaliação sistemática de tradução e adaptação cultural para o uso de instrumentos semelhantes em diferentes países.

GOODMAN (1997) desenvolveu o questionário de rastreamento de saúde mental *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em 346 pacientes e considerou que, esse questionário, avaliava o comportamento das emoções e das relações das crianças e adolescentes entre 4 e 16 anos de idade. O instrumento mensuraria 25 atributos, dez dos quais seriam considerados capacidades, 14 dificuldades e um neutro. Vinte e cinco itens foram subdivididos em cinco escalas: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. Concluiu que, o instrumento avaliava capacidades e dificuldades nessa faixa etária.

RANKIN *et al.* (1998) utilizaram indicadores de qualidade de vida, relacionados à depressão para estudar prospectivamente 105 pacientes de

19 a 70 anos com predominância da faixa etária entre 31 e 50 anos e de mulheres, no pré e no pós-operatório de um mês e seis meses. Concluíram que, a cirurgia cosmética produzia benefícios psicológicos e melhorava a qualidade de vida.

SWADI (1998) validou o MFQ em 446 meninos árabes nos Emirados Árabes e encontrou consistência interna com alpha de Cronbach de 0,72.

THAPAR & MCGUFFIN (1998) investigaram a relação entre os sintomas e os escores do SMFQ e os transtornos psiquiátricos, em uma casuística não-clínica com gêmeos, de 8 a 16 anos, e seus pais. Os resultados sugeriram que, escores altos do SMFQ, eram uma medida de depressão clínica.

PERTSCHUK *et al.* (1998) investigaram empiricamente a insatisfação com a imagem corporal entre homens. Compararam com mulheres candidatas a procedimentos cosméticos similares. Os autores apresentaram índices semelhantes de insatisfação corporal e cogitaram a intervenção cirúrgica como uma forma de cuidar a saúde.

CICONELLI *et al.* (1999) validou para a língua portuguesa, adaptou culturalmente e validou o “Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey (SF-36)”.

GORENSTEIN *et al.* (1999) compararam os resultados do BDI com dados da literatura internacional e realizaram testes de confiabilidade com 270 estudantes. Encontraram valores de consistência interna ($\alpha=0,81$) para

a amostra total, sendo que o alfa de 0,76 relacionava-se ao gênero masculino e o de 0,83 ao gênero feminino, resultados próximos aos de uma meta-análise. Os autores validaram a versão do BDI para o português, em 117 pacientes ambulatoriais e identificaram consistência interna de 0,88. Referiram ainda que, o BDI diferenciava aspectos específicos de depressão.

GOODMAN *et al.* (2000) compararam predições com o SDQ e diagnósticos psiquiátricos independentes em uma população comunitária de 7984 pacientes entre 5 e 15 anos. Concluíram que a sensibilidade diagnóstica aumenta ao uso do questionário multiinformante, o SDQ.

McGRATH & MUKERJI (2000) discutiram o número e os tipos de cirurgias plásticas realizadas em adolescentes, nos últimos oito anos. Apresentaram características do desenvolvimento da imagem corporal no contexto das influências culturais e conceitos de beleza da sociedade. Assinalaram ainda a importância e o benefício da indicação de tipos de procedimentos de cirurgia plástica em adolescentes.

FLEITLICH, CORTÁZAR, GOODMAN (2000) validaram o SDQ, no Brasil, em 898 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos.

BAHLS (2002) aplicou o CDI, em 463 indivíduos, entre 10 e 17 anos. Avaliou o índice de sintomas depressivos. Identificou que, a faixa etária entre 12 e 15 anos era a mais suscetível, sugerindo a necessidade de ampliação da casuística e de futuros estudos.

LUKASH (2002) reportou a avaliação de terapeutas sobre desenhos coloridos, realizados por pacientes entre 4 e 13 anos de idade, antes e

depois das cirurgias plásticas congênitas, estéticas, ou de deformidades traumáticas. Referiu a influência dos padrões de beleza e da sociedade no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

SIMIS *et al.* (2002) realizaram estudo para determinar os efeitos dos resultados cirúrgicos na aparência, bem como o seu impacto na função psicossocial, durante a adolescência. Assim, foram comparadas as atitudes corporais e a insatisfação relacionada à aparência, em 184 adolescentes, no pré e pós-operatório de uma cirurgia plástica. Destes, 100 adolescentes submeteram-se à cirurgia corretiva e 84 à reconstrutiva. Os grupos foram comparados a um grupo de adolescentes, selecionados randomicamente de três municípios, com idades entre 12 e 22 anos. Os resultados apontaram que, os adolescentes podiam ser considerados candidatos à cirurgia plástica e que, aspectos físicos, sociais e psicológicos relacionados à insatisfação com a aparência melhoravam consideravelmente.

GOLFETO *et al.* (2002) avaliaram a confiabilidade do CDI adaptado para o Brasil em 287 estudantes brasileiros, na faixa etária de 7 a 14 anos. O resultado da consistência interna ($\alpha=0,81$) indicou boa confiabilidade do teste para rastrear sintomas gerais de depressão.

SUND, LARSSON, WICHSTRØM (2003) verificaram a consistência interna e confiabilidade do MFQ em 2560 adolescentes noruegueses, entre 13 e 14 anos. Encontraram boa consistência interna, assim como boa correlação teste-reteste para 3 semanas e 3 meses ($\alpha=0,84$) e ($\alpha=0,80$) respectivamente.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) traduziram para a língua portuguesa e adaptaram ao contexto cultural brasileiro a Escala de Auto-estima de Rosenberg, utilizada em mais de 40 teses de Mestrado e Doutorado e em inúmeras publicações científicas em todo país.

FERREIRA (2004) referiu que, a imagem corporal se desenvolvia por comparação com as outras pessoas. Assinalou ainda que, a deformidade física colocaria o homem na posição de "diferente", com conotação de desvantagem diante dos outros, ressaltando possibilidades sociais, psicológicas e cirúrgicas para tratar uma deformidade física.

FLEITLICH-BILYK & GOODMAN (2004) utilizaram o *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA) em 1251 crianças, entre 7 e 14 anos de idade com a finalidade de descrever a prevalência de transtornos mentais e modelos de comorbidade em população não clínica. A taxa de resposta foi de 83% e a prevalência de transtornos foi de 12,7% (DSM-IV). Concluíram que, os problemas de saúde mental na infância e na adolescência eram comuns e podiam manifestar-se por meio de diversas dificuldades, tais como as comportamentais e sociais, prejudicando o desenvolvimento de recursos potenciais.

FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA (2005) investigaram as características psicológicas de pacientes candidatos à cirurgia plástica para definir perfis e características prevalentes e isolar transtornos psiquiátricos. Concluíram que pacientes não apresentam perfis psicopatológicos.

KUO, STOEP, STEWART (2005) utilizaram o SMFQ em uma população de 228 adolescentes detentos do Centro de Detenção Juvenil

King County em Washington, Seattle, e verificaram boa consistência interna ($\alpha=0,87$). Referiram que, o SMFQ era uma medida para rastreamento de depressão em adolescentes.

DAVISS *et al.* (2006) reexaminaram a validade de critério do MFQ entre 470 crianças e adolescentes de um centro de psiquiatria infantil universitária no Texas. Verificaram que seu uso combinado, pais e filho, é extremamente hábil para identificar transtornos de humor na juventude.

COSTELLO, ERKANLI, ANGOLD (2006) realizaram uma revisão de estudos epidemiológicos em crianças nascidas entre 1965 e 1996 e metanálise de todos os estudos, que usaram entrevista estruturada para realizar diagnóstico de depressão, em populações de até 18 anos de idade. Concluíram que, não há evidência de que haja um aumento da prevalência desse transtorno mental, entre crianças e adolescentes, nos últimos 30 anos, mas apenas uma percepção pública aumentada.

MAROCO & GARCIA-MARQUES (2006) discutiram o método de Cronbach, com ênfase na inferência sobre este índice e nas propostas alternativas a este método de estudo da consistência interna. Fizeram breve referência à discussão que emerge no campo no que concerne a interpretação deste índice feita pelas perspectivas psicométrica versus datamétrica.

SHARP, GOODYER, CROUDACE (2006) aplicaram o SMFQ em crianças da comunidade de Cambridgeshire, Inglaterra, entre 7 e 11 anos. Confirmaram a dimensão do instrumento como medida de gravidade dos sintomas.

JOINER (2007) reforça a importância de trabalhar as expectativas realistas para a satisfação pós-operatória dos adolescentes.

KATON *et al.* (2007) referiram a aplicação do SMFQ para crianças e adolescentes que se tratavam de asma, identificando a utilidade do SMFQ para uso em populações de atenção primária. Identificaram prevalência de transtornos depressivos em comorbidade com a doença de base.

KERFOOT *et al.* (2007) enfatizaram a importância do desenvolvimento de diferentes instrumentos para crianças com diferentes vulnerabilidades. Utilizaram o SDQ e o SMFQ em 97 crianças ucranianas de rua. Verificaram altas pontuações para ambos questionários, 70% para capacidades e dificuldades e 74% para o SMF.

KESSLER *et al.* (2007) administraram pesquisas a 85052 indivíduos em 4 continentes e concluíram que os transtornos mentais são comuns e que, intervenções centradas na detecção e tratamento precoce destas afecções podem reduzir a persistência e a severidade desses transtornos.

JORGE *et al.* (2008) traduziram o Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), que avalia a imagem corporal, para a língua portuguesa, adaptaram ao contexto cultural brasileiro e validaram em 90 pacientes com Desordem Dismórfica Corporal.

PATTON *et al.* (2008) estudaram 5769 estudantes entre 10 e 15 anos nos EUA e Austrália usando o SMFQ, verificaram prospectivamente a relação entre a puberdade e o início da sintomatologia depressiva e

certificaram-se inclusive dos riscos de início e persistência dos sintomas, particularmente em mulheres.

BARDONE *et al.* (2009) em estudo tipo coorte com 405 adolescentes do gênero feminino observaram uma continuidade homotípica, ou seja, em geral adolescentes deprimidas tornaram-se mulheres deprimidas, 27 com depressão e 37, desordem de conduta.

COOPER-HOBSON & JAFFE (2009) através de estudo retrospectivo, enviaram questionários a todas as crianças entre 5 e 16 anos submetidas a otoplastias entre 1999 e 2003 no Hospital Universitário North Staffordshire, Inglaterra. 97% dos 101 participantes relataram estar mais felizes.

DI PIETRO & DA SILVEIRA (2009) adaptaram a escala Body Shape Questionnaire para uso no Brasil; estudaram a validade interna e a dimensionalidade da escala quando usada em uma população não clínica brasileira em estudo de corte transversal envolvendo uma população selecionada por conveniência de 164 estudantes dos três primeiros anos do curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Foram usados a versão de 34 itens do *Body Shape Questionnaire* e um questionário adicional para informação demográfica e antropométrica. A consistência interna do *Body Shape Questionnaire*, medida através do alfa de Cronbach, foi de 0,97, indicando convergência de construto.

FURTADO *et al.* (2009) avaliaram os fatores que afetavam a qualidade de vida em 102 pacientes com quelóides de ambos os gêneros

entre 15 e 70 anos. Os fatores psicológicos provocados pela presença das cicatrizes foram avaliados a partir da Escala Visual Numérica (VNS).

DE BRITO *et al.* (2010) avaliaram o impacto da abdominoplastia na qualidade de vida das pacientes, utilizando três questionários. Os questionários foram aplicados antes da cirurgia (ou na avaliação inicial do grupo controle) e no pós-operatório de um e seis meses, em quarenta mulheres entre 25 e 60 anos. Observaram mudança significativa na imagem corporal, autoestima e saúde mental nos dois períodos operatórios.

RHEW *et al.* (2010) utilizaram o SMFQ em 521 estudantes da escola pública, como rastreador de depressão. Realizaram apuração do escore combinado pais e filhos, reconhecendo a sua utilidade.

SAWATZKY *et al.* (2010) estudaram 8225 adolescentes canadenses e a diferença entre o status de saúde física e mental relatado e a qualidade de vida nesse grupo no que toca os domínios: satisfação com a família, amigos, domicílio, escola e consigo mesmo.

SHRIDHARANI *et al.* (2010) realizaram revisão da literatura e identificaram 65 estudos que investigaram aspectos psicológicos e tipos de personalidade de pacientes que buscavam procedimentos específicos de cirurgia plástica. Concluíram que a cirurgia plástica, não apenas restaurava a aparência e função, como também aliviava a angústia ou as dificuldades psicológicas. Assinalaram ainda que a identificação das motivações e expectativas antes da intervenção cirúrgica afetaria de forma positiva os resultados de satisfação.

THAPAR *et al.* (2010) revisaram artigos indexados entre 1990 e 2009 e, forneceram orientação para a abordagem e manuseio da depressão unipolar em adolescentes.

COSTELLO, COPELAND, ANGOLD (2011) revisaram estudos longitudinais e transversos nos últimos 15 anos que versavam sobre as taxas de prevalência de transtornos psiquiátricos separadamente para a infância e adolescência. Concluíram que 1 em cada 5 adolescentes possuíam algum transtorno psiquiátrico. Verificaram que há aumento na ocorrência de depressão e outros transtornos psiquiátricos da infância para a adolescência.

GRADISAR, GARNER, DOHNT (2011) apresentaram achados de uma metanálise de 41 estudos de modelos de sono entre adolescentes na última década (1999-2010), que mostraram-se diferentes conforme os continentes.

MCKENZIE *et al.* (2011) aplicaram o SMFQ em 5769 adolescentes, entre 10 e 15 anos, em dois momentos, separados por 12 meses. Identificaram que, sentimentos negativos autodestrutivos e baixa autoestima, estavam associados a níveis aumentados de depressão.

MAGARAKIS (2011) discute e reforça a importância da avaliação do status psicológico dos pacientes tanto para cirurgias cosméticas quanto reconstrutivas.

MOURA, CRUZ, QUEVEDO (2011) em estudo transversal, tipo coorte, avaliaram a prevalência de *bullying* em 1075 estudantes de escolas

públicas de ensino fundamental, em Pelotas- Rio Grande do Sul. Utilizaram o SDQ e descreveram aspectos emocionais e do comportamento, como tipos de conduta, hiperatividade e relações interpessoais.

PARCIAS *et al.* (2011) traduziram para a língua portuguesa e adaptaram culturalmente ao contexto cultural brasileiro segundo a metodologia de GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) e testaram as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Maior em 30 indivíduos.

PIETSCH *et al.* (2011) desenvolveram e validaram o *Depression Screener For Teenagers* em uma população pediátrica.

STEVANOVIC (2011) analisou as propriedades psicométricas de quatro instrumentos de diagnóstico para transtornos de ansiedade e depressão, selecionados para crianças e adolescentes sérvios entre 8 e 18 anos. Foram entrevistadas 236 crianças. Encontrou homogeneidade e consistência interna ($\alpha=0,85$) para o SMFQ.

SAUR & LOUREIRO (2012) realizaram revisão da literatura sobre as qualidades psicométricas do SDQ, nas bases de dados *MedLine*, *PsycINFO* e *LILACS*, no período de 1997 a 2010, em 21 países incluindo o Brasil. Relataram que, o SDQ apresentava propriedades psicométricas e mostrava-se adequado para a avaliação da saúde mental infantil. Cinco desses dez estudos desenvolvidos relacionavam os problemas de saúde mental a outras variáveis, como o *bullying*.

SABINO NETO *et al.* (2012) aplicaram a Escala de Autoestima de Rosenberg (EPM/ Rosenberg) a grupos de pacientes, que se submeteram a cirurgias de correção mamária, no período pré-operatório e pós-operatório imediato e tardio. O impacto foi positivo em todos os grupos de pacientes que se submeteram às correções das assimetrias mamárias (n=35), das hipertrofias mamárias (n=50) e das hipomastias (n=40), com melhora da autoestima.

THAPAR *et al.* (2012) ressaltam que, a despeito da importância da depressão na adolescência, ainda existem lacunas no conhecimento, destacam a importância do desenvolvimento de métodos pragmáticos, com boa relação custo-efeito na detecção, abordagem e tratamento da depressão em adolescentes em contextos sem especialistas em saúde mental.

LUNDERVOLD *et al.* (2013) aplicou o SMFQ e investigou diferenças de gênero em 9702 adolescentes noruegueses. Sugeriu estudos futuros, dando ênfase ao aspecto dimensional da medida de gravidade dos sintomas. Referiu que, adolescentes do gênero feminino apresentavam sintomatologia depressiva frequentemente e de forma mais grave.

PICCOLO *et al.* (2013) traduziram e adaptaram culturalmente para a língua portuguesa o *Burn Sexuality Questionnaire* e aplicaram a cento e vinte e quatro participantes de 41 centros brasileiros de queimados. A principal perspectiva desse estudo, no Brasil, seria a de avaliar pacientes com sequelas de queimaduras em relação a sua sexualidade, para descobrir suas necessidades, bem como oferecer treinamento especializado para todos os profissionais da equipe multidisciplinar, melhorando, assim, a

qualidade de vida desses pacientes e facilitando a sua reintrodução na sociedade.

TAVITIAN *et al.* (2014) administraram o MFQ (versão para pais e filhos) em 30 pacientes com transtorno depressivo e em 76 com outros transtornos, que procuraram tratamento psiquiátrico, com o objetivo de traduzi-lo e validá-lo. Todas as versões apresentaram excelente consistência interna, quando comparadas com as versões em inglês, norueguês e chinês. Consideraram a possibilidade de estudos futuros com casuísticas maiores, clínicas e não clínicas, com o objetivo de avaliar o fator estrutural da versão em árabe.

4. MÉTODOS

4. MÉTODOS

Este é um estudo clínico primário, observacional, transversal, não controlado e multicêntrico realizado no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal Jesus - Rio de Janeiro e no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Barra Day – Rio de Janeiro, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina (CEP-UNIFESP/EPM), Comitê de Ética do Hospital do Hospital Barra Day do Rio de Janeiro e Comitê de Ética do Hospital Municipal Jesus/ Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro sob o número 32664/2012 (ANEXOS 1, 2 e 3).

4.1 Escolha do instrumento

Com o propósito de identificar o conhecimento científico atual, relacionado ao estado emocional de adolescentes que venham a se submeter à Cirurgia Plástica, foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases LILACS, MEDLINE, PsycINFO, PUBMED e SCIELO, no período de 1960 a 2014. Os descritores utilizados foram: depression, adolescents, questionnaires.

Estratégias de busca

Base de dados LILACS

(mh:questionarios OR tw:questionarios) (mh:adolescentes OR mh:criancas OR tw:adolescentes OR tw:criancas) (tw:humor OR tw: sentimento OR tw:mood OR tw:feelings)

<http://goo.gl/5wv5kH>

Base de dados PubMed - **Estratégia 1**

questionnair* (adolescent* OR children) depression (mood OR feelings)
validit*

<http://goo.gl/jDZMqu>

Base de dados PubMed - **Estratégia 2**

questionnair* (adolescent* OR children) depression (mood feelings)

<http://goo.gl/EyRwWv>

4.1.1 Questionário

O *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ), versão reduzida do *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ), foi desenvolvido na língua inglesa, por Adrian Angold, médico psiquiatra (ANGOLD *et al.*, 1995). O instrumento avalia estados de humor e sentimentos, em crianças e adolescentes de 8 a 17 anos, relacionados às duas semanas anteriores e está disponível também na versão para pais, ou responsáveis.

O SMFQ apresenta componentes afetivos e cognitivos e é um instrumento para triagem da sintomatologia depressiva, breve, simples, objetivo, é de fácil administração. É um questionário autoaplicável, composto por 13 sentenças, classificadas como: verdadeira (pontuação=2), às vezes (pontuação=1) ou falsa (pontuação=0) e pontuadas em uma escala de 3 pontos. A pontuação final é obtida pela soma total dos pontos. Pontuações maiores indicam comprometimento do estado de humor e sentimentos (ANEXOS 4 e 5).

Inicialmente, realizou-se contato via correio eletrônico (e-mail), com os autores do questionário, para autorização da tradução e utilização do

mesmo, fase fundamental para a realização do projeto inicial. Após a obtenção desta autorização (ANEXO 6), foi iniciado o processo de tradução do instrumento para a língua portuguesa-Brasil.

4.2 Tradução

Seguindo as orientações propostas por (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993), o questionário *SMFQ* em sua versão original foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores independentes, sendo apenas um deles informado sobre os objetivos do trabalho, para, desta forma, atingir uma tradução conceitual e não estritamente literária.

4.3 Revisão pelo grupo multidisciplinar

As duas traduções foram analisadas por um grupo multidisciplinar composto por dois cirurgiões plásticos, uma anestesista e uma psicóloga. O grupo multidisciplinar analisou todas as questões com o propósito de encontrar possíveis erros cometidos durante a fase de tradução e também analisar a aplicabilidade de cada questão. Após reunir as avaliações dos componentes do grupo, chegou-se a uma versão consenso em português, baseada em elementos das duas versões iniciais.

Nesta versão consenso em português procurou-se manter as características essenciais do questionário original em inglês, sendo preservadas as seguintes equivalências:

1. **Idiomática**, em que a expressão é traduzida pelo próprio real significado da palavra no texto.
2. **Semântica**, baseada na avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário, na medida em que, muitas palavras de determinado idioma não possuem o mesmo significado para outro idioma.
3. **Conceitual**, que considera o significado para aquele país, ou seja, o conceito no contexto social.
4. **Cultural**, que considera a realidade da população inserida em seu contexto cultural.

4.4 Retrotradução

A versão consenso em português foi traduzida para a língua inglesa, (*backtranslation*) por dois tradutores independentes que não conheciam o questionário original e os objetivos do trabalho. Esta estratégia evitou que, os tradutores se baseassem no texto original.

4.5 Revisão da tradução

As duas versões resultantes foram analisadas e comparadas ao questionário original pelo mesmo grupo multidisciplinar, bem como a versão em português, buscando a presença de eventuais erros cometidos durante o “*backtranslation*”. Desta análise, surgiu uma nova versão em português, a versão consenso em português, que foi apropriadamente adaptada ao contexto linguístico e cultural da população que foi submetida

ao questionário, preservadas todas as características essenciais do questionário original em inglês.

4.6 Casuística

Foram entrevistadas 124 crianças e adolescentes de 8 a 17 anos, bem como seus pais ou responsáveis, que procuraram como tratamento um procedimento em cirurgia plástica. Estes pacientes foram selecionados nos Hospitais Municipal Jesus e Barra Day, ambos no Rio de Janeiro. Somente após a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (crianças e adolescentes) (APÊNDICE 1) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (pais ou responsáveis) (APÊNDICE 2), informando os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o sigilo das informações colhidas e a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer etapa do mesmo, sem que isso acarretasse prejuízo ao tratamento, os pacientes e um dos pais, ou responsável responderam ao questionário.

Os critérios de elegibilidade do estudo foram os seguintes:

4.6.1 Critérios de inclusão

- Crianças e adolescentes alfabetizados de ambos os gêneros
- Idade entre 8 e 17 anos
- Desejo de alteração corporal através de um procedimento de cirurgia plástica

4.6.2 Critério de não inclusão

- Pais ou responsável analfabetos
- Crianças e adolescentes que não soubessem ler
- Crianças e adolescentes com histórico de transtornos psicóticos

4.6.3 Critério de exclusão

- Crianças ou pais e responsável que não preencheram todas as questões dos questionários

4.7 Procedimentos

Após a seleção da casuística, foi realizado o preenchimento dos dados demográficos dos 124 pacientes (APÊNDICES 3 e 4), que foram divididos nos seguintes grupos (QUADRO 1).

Quadro 1. Grupos da casuística de 124 pacientes

FASE	Nº
Adaptação Cultural	47
Reprodutibilidade	20
Validade	57

4.7.1 Adaptação cultural ou pré-teste

Nesta etapa, o questionário foi aplicado consecutivamente a 47 pacientes para a verificação de eventuais dificuldades na compreensão do instrumento. O paciente foi solicitado a responder se entendera cada item, bem como sugerir mudanças, caso as julgasse necessárias. Da mesma forma procedeu-se com os pais/responsáveis. Foram entrevistados consecutivamente crianças e adolescentes de 8 a 17 anos que procuraram um procedimento em cirurgia plástica, acompanhados por seus pais, ou responsáveis, que foram separadamente também entrevistados. Estes pacientes foram selecionados nos Ambulatórios de Cirurgia Plástica dos Hospitais Municipal Jesus e Barra Day, ambos no Rio de Janeiro (ANEXOS 3 e 2).

As entrevistas foram realizadas em ambiente tranquilo, com boa iluminação. Na entrevista individual com o paciente, foram lidas as instruções do questionário e foi administrado o questionário. Após cada pergunta, os pacientes foram solicitados a explicar a questão da forma que entenderam, segundo suas próprias palavras e sugerir mudanças na formulação da questão, se achassem que poderiam torná-la mais compreensível, ou descrever o quanto achavam que aquela questão estaria relacionada com o estado de humor e sentimentos, ou seja, com aspectos emocionais e a qualidade de vida. O mesmo procedimento foi aplicado aos pais, ou responsáveis legais.

4.7.2 Avaliação das propriedades de medidas do instrumento

Após a tradução e adaptação cultural, foram testadas a consistência interna do instrumento, a reprodutibilidade e a validade de construção.

4.7.3 Consistência interna geral com todos os itens

O questionário SMFQ é composto por 13 itens. A consistência interna dos itens do questionário foi avaliada por meio do alfa (α) de *Cronbach*. Inicialmente, a análise da confiabilidade, ou consistência do questionário foi verificada para o total dos itens, determinando-se o índice de significância de 5%. O valor do α de *Cronbach* varia de 0 a 1 e aponta maior confiabilidade do teste, ou consistência interna aceitável, quanto mais próximo estiver de 1 (CRONBACH, 1951).

Para esta etapa foram aplicados os questionários a 77 crianças e respectivos pais, ou responsável.

4.7.4 Reprodutibilidade

A reprodutibilidade é a habilidade que um instrumento possui de se manter estável, ou apresentar resultados semelhantes, desde que não haja alteração no quadro clínico e nem intervenção terapêutica. É a capacidade de avaliar e perceber alterações, por exemplo, em procedimentos de cirurgia plástica.

A reprodutibilidade do questionário foi testada por meio de três entrevistas. Vinte pacientes e respectivos responsáveis foram submetidos à

aplicação do questionário por dois entrevistadores independentes num mesmo dia, reprodutibilidade inter-observadores, e com diferença de aproximadamente três a quatro semanas entre cada entrevista pelo mesmo entrevistador - reprodutibilidade intraobservador.

Esta etapa consistiu em avaliar a precisão do instrumento em medir as propriedades para as quais foi projetado (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000)

4.7.5 Validade

A validade de um instrumento é definida pela capacidade que ele tem de medir aquilo que se propõe a medir e pode ser classificada em validade de face, de conteúdo e de construção.

A validade de face verifica se o instrumento mensura aquilo para o qual foi projetado. Neste estudo a validade de face foi determinada por consenso da equipe multidisciplinar que participou da elaboração da versão do questionário em português.

A validade de conteúdo é definida como a relevância de cada item do instrumento para a mensuração do tema abordado. É geralmente elaborada antes da construção dos itens por especialistas do assunto em questão. A validade de conteúdo examina a amplitude para a qual um questionário representa o universo do conceito ou domínios. Para se estabelecer a validade de conteúdo é necessário que exista um padrão definido para se comparar o conteúdo, ou os resultados (GANDEK & WARE, 1998).

A validade de construto ou de construção, é o processo pelo qual a validade da correlação de uma mensuração com outras variáveis é avaliada

quanto à consistência teórica. Ao testar a validade de construto, as hipóteses são redigidas de acordo com a direção e poder das relações esperadas (GANDEK & WARE, 1998).

A validade de construção foi testada por meio da comparação do instrumento SMFQ com um instrumento que avaliasse o mesmo conteúdo. Portanto, foram selecionados instrumentos que avaliassem aspectos associados ao estado de humor e sentimentos. Os instrumentos utilizados foram:

1. Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM (ANEXO 7), composta por 10 questões, sendo que, quanto maior o escore, pior é a autoestima (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004) (ANEXO 7).

2. O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), apresenta três versões, indicadas para serem respondidas pelas crianças/adolescentes, seus pais e seus professores. Avalia comportamentos, emoções e relações interpessoais de crianças e adolescentes, com idades entre quatro e 17 anos. Está dividido em 14 itens que avaliam dificuldades, dez itens que avaliam capacidades e um item neutro. Os itens estão distribuídos em cinco subescalas que avaliam sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. A escala de resposta do SDQ é constituída por três alternativas, que classificam as afirmações e que, variam entre o “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”. A pontuação de cada subescala pode variar de 0 a 10 e seu escore total é dado pela soma de escore de todas as subescalas, exceto a de sociabilidade, podendo variar de 0 a 40 pontos. A nota de corte é de 13 para os pais, 15 para a versão de auto-relato (GOODMAN, 1997) (ANEXOS 8 e 9).

Para a validação consonante foi utilizado o SDQ. Para a validação dissonante foi utilizada a escala de autoestima de Rosenberg (EPM/Rosenberg) para crianças e adolescentes e, a diferença das respostas entre pais e filhos.

4.8 Descrição da casuística

As distribuições por gênero, idade, escolaridade e grau de parentesco das crianças e adolescentes nas etapas do estudo mostraram-se homogêneas. A média de idade das crianças e adolescentes, considerando-se todas as etapas, foi de 12,1 anos (DP=2,5 anos). As médias das idades e a distribuição por gênero, escolaridade, raça e grau de parentesco das crianças e adolescentes ao longo das quatro etapas podem ser verificadas na tabela 1.

Tabela 1. Características das crianças e adolescentes por etapa

Características	Adaptação Cultural 1 (N=20)	Adaptação Cultural 2 (N=27)	Reprodutibilidade e validação (N=20)	Somente validação (N=57)	Total (N=124)	p ¹
Gênero	20 (100,0%)	27 (100,0%)	20 (100,0%)	57 (100,0%)	124 (100,0%)	0,500
Feminino	10 (50,0%)	8 (29,6%)	6 (30,0%)	21 (36,8%)	45 (36,3%)	
Masculino	10 (50,0%)	19 (70,4%)	14 (70,0%)	36 (63,2%)	79 (63,7%)	
Raça	20 (100,0%)	27 (100,0%)	20 (100,0%)	54 (100,0%)	121 (100,0%)	<0,001
Branca	13 (65,0%)	3 (11,1%)	14 (70,0%)	30 (55,6%)	60 (49,6%)	
Preta/Parda	7 (35,0%)	23 (85,2%)	5 (25,0%)	24 (44,4%)	59 (48,8%)	
Amarela	0 (0%)	1 (3,7%)	1 (5%)	0 (0%)	2 (1,7%)	
Escolaridade	20 (100,0%)	27 (100,0%)	20 (100,0%)	57 (100,0%)	124 (100,0%)	0,483
Ensino Fundamental	17 (85,0%)	26 (96,2%)	17 (85,0%)	48 (85,7%)	107 (87,7%)	
Ensino Médio	3 (15,0%)	1 (3,8%)	3 (15,0%)	8 (14,3%)	15 (12,3%)	
Parentesco	20 (100,0%)	27 (100,0%)	20 (100,0%)	56 (100,0%)	123 (100,0%)	0,419
Filho	19 (95,0%)	24 (88,9%)	19 (95,0%)	52 (92,9%)	114 (92,7%)	
Enteado	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (3,6%)	3 (2,4%)	
Irmão	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,0%)	1 (1,8%)	2 (1,6%)	
Tutelado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	1 (0,8%)	
Neto	0 (0%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,6%)	
Sobrinho	1 (5,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	
Idade - média (DP)	12,0 (2,6)	12,3 (2,6)	12,6 (2,5)	12,0 (2,5)	12,1 (2,5)	0,787

¹Nível descritivo do teste exato de Fisher ou ANOVA (Comparação de médias)

Considerando-se todas as etapas, observou-se que há uma predominância de meninos (63,7%), no ensino fundamental (87,7%), sendo a maioria composta por filhos (92,7%). Em relação à raça, observou-se uma porcentagem maior de cor parda (85,2%) nas crianças e adolescentes da etapa de adaptação cultural 2, comparativamente às demais etapas – menos que 50% (TABELA 1).

Vinte pais e filhos foram submetidos à primeira adaptação cultural e 27, à segunda e última adaptação cultural.

A consistência interna do questionário foi avaliada em 77 pais/responsável e filhos (TABELA 2), os mesmos 20 pais e filhos da fase de reprodutibilidade e aqueles 57 da fase de validação.

Tabela 2. Número de crianças e adolescentes e pais / responsável por etapa

Etapas	Número de crianças	Número de pais/ responsável
Adaptação Cultural 1	20	20
Adaptação Cultural 2	27	27
Reprodutibilidade	20	20
Consistência interna	77	77
Validações	57	57
Total	124	124

Dos 77 pais/responsável, 20 foram submetidos à aplicação dos questionários em mais dois momentos para a avaliação da reprodutibilidade do instrumento. Para os 57 pais/responsáveis restantes foram aplicados além do SMFQ, o SDQ.

Para as 57 crianças e adolescentes foram aplicados adicionalmente ao SDQ, a Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM. A casuística total foi composta de 124 crianças e adolescentes e respectivos pais/responsável e encontra-se apresentada por etapa no Quadro I.

4.9 Análise Estatística

A consistência interna dos itens do questionário foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach. O valor do α de *Cronbach* varia de 0 a 1 e aponta maior confiabilidade do teste, ou consistência interna aceitável, quanto mais próximo estiver de 1. Quando um valor de α é baixo deve-se fazer uma análise item a item para avaliar se algum deve ser excluído da escala, para aumentar o valor de α e, assim, elevar a consistência do instrumento. Realiza-se a análise item a item observando-se a correlação de cada um com os demais itens do questionário e por intermédio do cálculo do α excluindo-se cada item. Pesquisadores postulam que um bom valor de α seria a partir de 0,70 (GEORGE & MALLERY, 2003).

Para a análise do efeito-chão foi calculada a percentagem de pacientes que pontuaram chão (*floor effect*), isto é, apresentaram os 10% piores resultados da escala, ou seja, 10% dos escores mais baixos. Foi também estimada a percentagem de pacientes que pontuaram teto, isto é, que apresentaram os 10% melhores possíveis resultados da escala (*ceiling effect*). Conforme (MCHORNEY et al., 1994), foram considerados efeitos-teto e chão moderados até 25% e substancial se maior que 25%. A investigação dos efeitos-teto e chão é importante, pois se confirmados, esses efeitos podem levar à limitação de outra propriedade psicométrica: a responsividade. Inicialmente, a análise da confiabilidade do questionário

foi verificada para o total dos itens, determinando-se o índice de significância de 5%.

A reprodutibilidade foi avaliada empregando-se o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e adicionalmente a *correlação de Pearson* (r). A correlação intraclasse quantifica a concordância global a nível individual entre questionários aplicados por dois pesquisadores ou mesmo pesquisador em dois momentos. Valores próximos de 1 da correlação intraclasse apontam uma boa concordância entre as respostas. Para facilitar a visualização das duas medidas inter e intra-observador foram apresentados gráficos de *Bland-Altman*. A reprodutibilidade foi avaliada nos questionários de crianças/adolescentes e também nos dos pais/responsáveis.

Para a validação de constructo, avaliou-se o quão associados estão os escores SFMQ com os demais escores já conhecidos e validados como SDQ e Rosenberg. Para estudar estas associações foram calculadas as correlações de Pearson. Essa avaliação foi realizada tanto em crianças/adolescentes como em pais/responsáveis.

Para as características das crianças de natureza categórica (gênero, raça, escolaridade e parentesco) foram apresentadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis de natureza numérica (idade, escores SFMQ, Rosenberg e SDQ) foram apresentadas medidas-resumo na forma de média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão. A comparação de médias de idade entre as etapas foi realizada utilizando-se a Análise de Variância (ANOVA).

A comparação de médias de SMFQ por faixa etária foi realizada empregando-se o teste t de Student. Tanto a ANOVA como o teste t de

Student apresentam como um dos pressupostos a normalidade nos dados, verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*

As comparações das distribuições de gênero, raça, escolaridade e parentesco entre as etapas foram realizadas utilizando-se o teste Exato de Fisher, devido à limitação da casuística.

Para avaliar se as percepções do humor e sentimento das crianças atribuídos nos questionários pelos filhos e pelos pais foram similares, realizou-se comparações entre os seus escores e correlação de Pearson.

A comparação de médias entre os escores de pais e filhos foi realizada utilizando-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon* devido à ausência de normalidade nos dados.

Em todos os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%.

Os *softwares* utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20 e o *Stata 12*.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Tradução para a língua portuguesa do questionário *smfq*

Foi fornecida a versão original em inglês para dois tradutores oficiais, independentes, o tradutor A informado sobre os objetivos da pesquisa e o tradutor B não informado sobre os mesmos objetivos. Nesta etapa, duas traduções (A e B), para as versões crianças/adolescentes e pais/responsável, foram obtidas (APÊNDICES 5, 6, 7 e 8).

5.2 Avaliação pela equipe multidisciplinar

Estas traduções foram avaliadas pelos participantes da equipe multidisciplinar, que receberam uma versão original do SMFQ (ANGOLD *et al.*, 1995), uma versão do tradutor A e outra do tradutor B (APÊNDICES 5, 6, 7 e 8). Todos desta equipe apresentavam domínio da língua inglesa e realizaram a análise das equivalências semânticas, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão traduzida.

Chegou-se a uma versão consenso (APÊNDICES 9 e 10).

5.3 A retrotradução (*backtranslation*) do questionário

A versão consenso em português do *SMFQ* (APÊNDICES 9 e 10) foi encaminhada para dois outros tradutores C e D. Estes não conheciam os objetivos do estudo e nem o questionário original. Assim, obteve-se a retrotradução C e D respectivamente para as versões crianças/adolescentes

e pais/responsáveis (APÊNDICES 11,12,13 e14). A equipe multidisciplinar reuniu-se para discutir as diferenças e discrepâncias originadas no processo de tradução. Para tal, foi utilizada a versão original em inglês (ANEXOS 4 e 5), a versão consenso em português (APÊNDICES 9 e 10) e as duas traduções do português para o inglês (APÊNDICES 11, 12, 13 e 14). Desta reunião resultou, por consenso, uma nova versão do questionário em língua portuguesa, versão consenso I, para crianças/adolescentes e pais/responsáveis (APÊNDICES 15 e 16) com os seguintes critérios:

- A versão em português estaria apropriadamente adaptada ao contexto linguístico e cultural da população à qual seria submetido o questionário.
- Mantiveram-se todas as características essenciais do questionário original em inglês, sendo, portanto, preservadas as equivalências semântica e gramatical.

5.4 Avaliação da equivalência cultural (pré-teste)

Inicialmente o questionário foi aplicado a 20 pacientes selecionados consecutivamente nos Ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal Jesus e do Hospital Barra Day. Após esta aplicação, os dados foram coletados e comparados.

Todos os entrevistados, crianças e adolescentes e respectivos pais ou responsáveis, consideraram que as questões do questionário relacionavam-se ao estado de humor e sentimentos.

Quatro crianças/adolescentes (20%) não compreenderam o termo **inquieto/a** na sentença número quatro:

4. Eu me senti muito **inquieto/a**

Três pais/responsáveis (15%) também não compreenderam o termo **inquieto/a** presente na mesma questão número quatro:

4. Ele/a se sentiu muito **inquieto/a**

Após análise pela equipe multidisciplinar estas questões foram modificadas em ambas as versões filhos e pais respectivamente para:

4. Eu me senti muito **agitado/a**

4. Ele/a se sentiu muito **agitado/a**

5.5 Reprodutibilidade

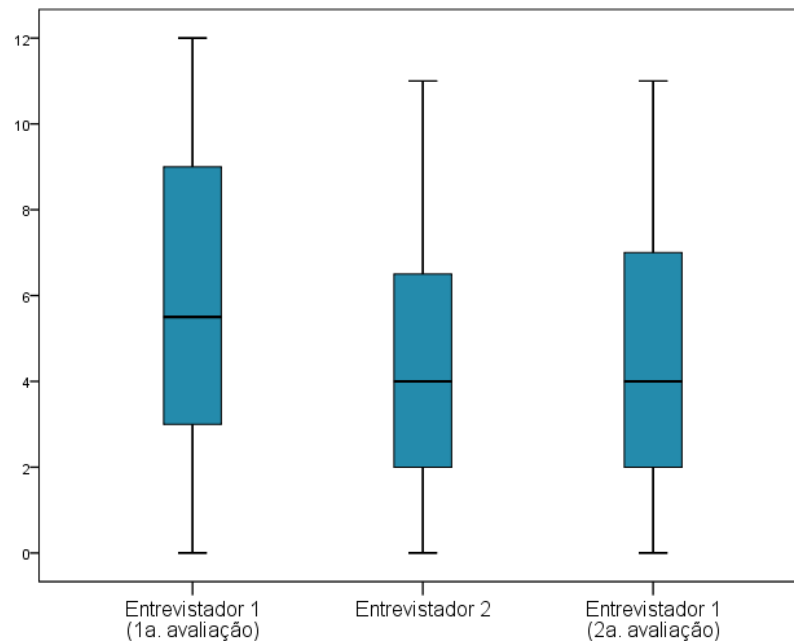
5.5.1 Reprodutibilidade crianças/adolescentes

As medianas dos resultados da aplicação do SMFQ para 20 crianças e adolescentes realizadas pelo entrevistador um (E1) na primeira avaliação foram ligeiramente maiores que as obtidas pelo entrevistador dois (E2) e entrevistador um (E1) na segunda avaliação (TABELA 3). Além disso, notou-se também uma maior variabilidade nos valores obtidos pelo E1 na primeira avaliação comparativamente ao mesmo entrevistador na segunda avaliação e E2, tanto em termos de desvio padrão como pelo intervalo interquartil (diferença entre o 3º e 1º quartil) (TABELA 3 e FIGURA 1).

Tabela 3. Medidas-resumo de SMFQ – crianças e adolescentes

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil
Entrevistador 1 (1ª avaliação)	5,8	3,7	0,0	12,0	3,0	5,5	9,5
Entrevistador 2	4,5	3,3	0,0	11,0	2,0	4,0	6,8
Entrevistador 1 (2ª avaliação)	4,6	2,9	0,0	11,0	2,0	4,0	7,0

N=20

**Figura 1. Diagrama de Box-Plot para de SMFQ – crianças e adolescentes.**

Observou-se reprodutibilidade inter e intra-observador, mensurada pela correlação intraclass (TABELA 4).

Identificou-se ainda correlação inter-observadores, ($r = 0,808$; $p < 0,001$) e mesmo intra-observadores ($r = 0,801$; $p < 0,001$) (TABELA 4).

As Figuras 2 e 3 ilustram as diferenças dos resultados interobservadores e as Figuras 4 e 5, as diferenças intraobservadores.

Tabela 4. Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para SMFQ de crianças e adolescentes

	Correlação intraclasse			Correlação de Pearson		
	CCI	IC 95%	p	r	IC 95%	p
Inter-observador	0,757	[0,489 ; 0,896]	<0,001	0,808	[0,499 ; 0,971]	<0,001
Intra-observador	0,738	[0,455 ; 0,886]	<0,001	0,801	[0,587 ; 0,929]	<0,001

N=20

CCI - Correlação intraclasse

r- correlação de Pearson

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

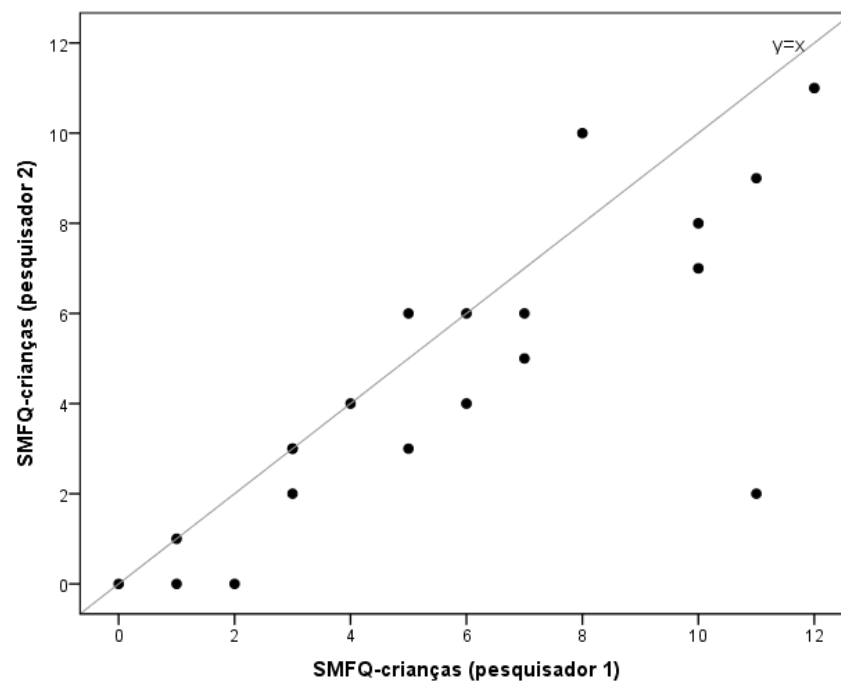
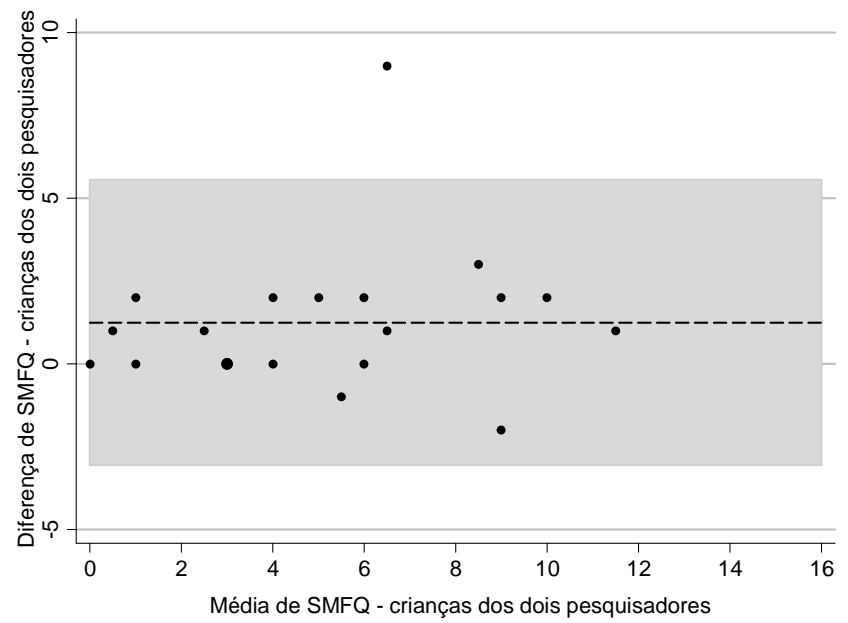


Figura 2. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças e adolescentes avaliados por dois pesquisadores (r=0,808; p<0,001).



Limites de concordância de 95% (-3,1; 5,6).

A diferença média observada foi de 1,3 (Desvio Padrão=2,2).

As médias dos escores variaram de 0 a 11,5.

Figura 3. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-crianças inter-observador.

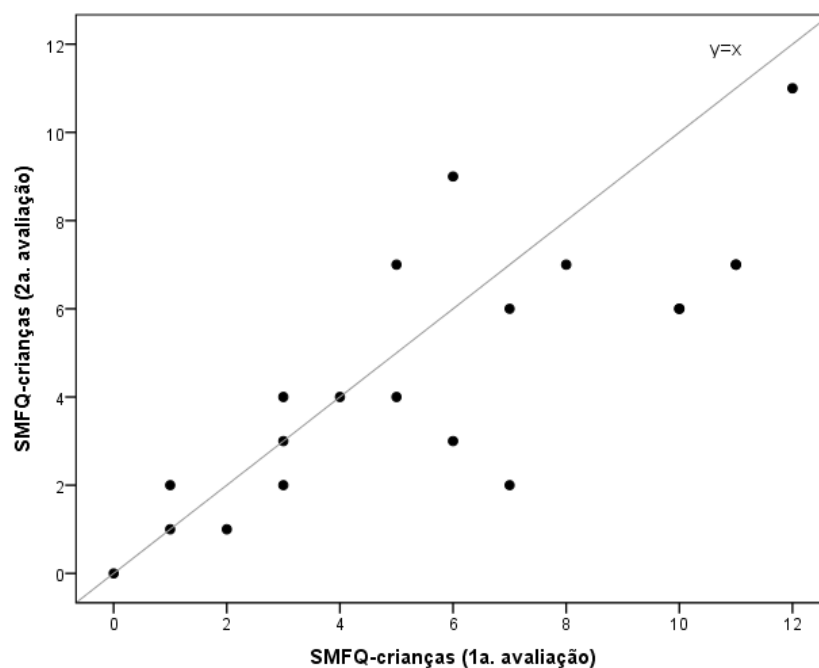
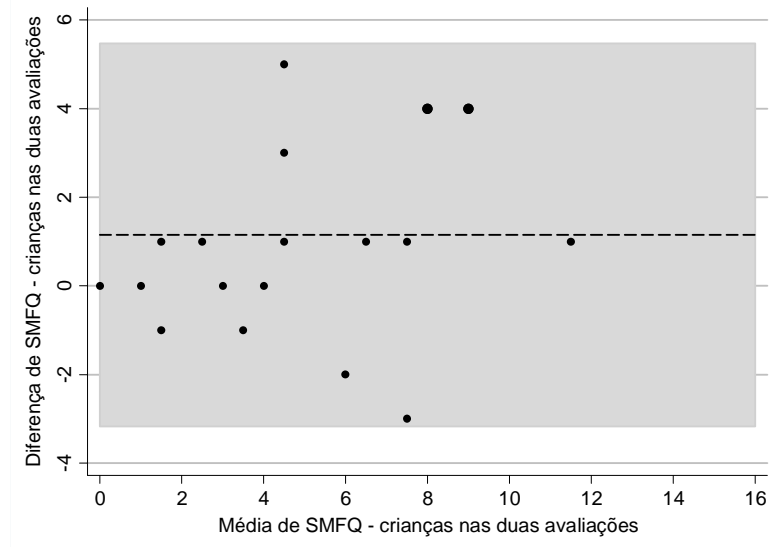


Figura 4. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças avaliados pelo mesmo pesquisador em dois momentos ($r=0,801$; $p<0,001$).



Limites de concordância de 95% (-3,2; 5,5).

A diferença média observada foi de 1,2 (Desvio Padrão=2,2).

As médias dos escores variaram de 0 a 11,5.

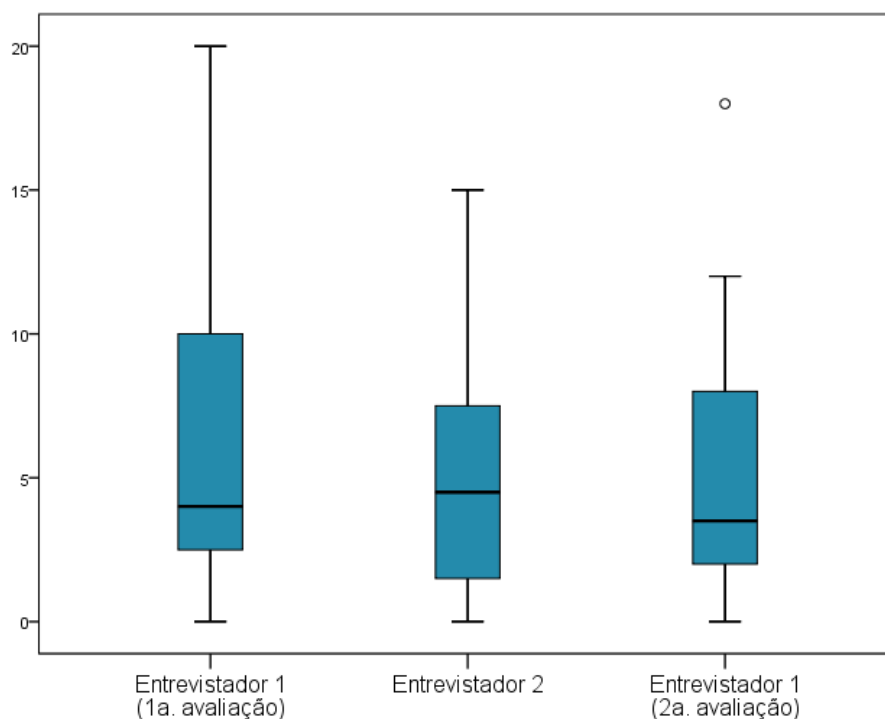
Figura 5. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-crianças intra-observador.

5.5.2 Reprodutibilidade pais/responsáveis

As medianas das respostas ao SMFQ dos pais, realizadas pelo E1 na primeira avaliação, pelo E2 e E1 na segunda avaliação, apresentaram-se ligeiramente diferentes, o mesmo ocorrendo com a variabilidade dos dados, que pode ser observada tanto na forma de desvio padrão como pelo intervalo interquartil (TABELA 5 e FIGURA 6).

Tabela 5. Medidas-resumo de SMFQ – pais

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil
Entrevistador 1 (1ª avaliação)	6,6	5,4	0,0	20,0	2,3	4,0	10,0
Entrevistador 2	5,3	4,5	0,0	15,0	1,3	4,5	7,8
Entrevistador 1 (2ª avaliação)	5,5	4,7	0,0	18,0	2,0	3,5	8,0

**Figura 6. Diagrama de Box-Plot para de SMFQ – pais.**

Verificou-se reprodutibilidade inter e intra-observador do questionário (TABELA 6). Corroboram com estes resultados os gráficos 6 a 9. Houve correlação entre diferentes pesquisadores ($r=0,894$; $p<0,001$) e entre o mesmo pesquisador nos dois momentos ($R=0,816$; $p<0,001$) (TABELA 6).

Tabela 6. Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para SMFQ de pais

	Correlação intraclasse			Correlação de Pearson		
	CCI	IC 95%	p	r	IC 95%	p
Interobservador	0,853	[0,670 ; 0,939]	<0,001	0,894	[0,642 ; 0,981]	<0,001
Intraobservador	0,796	[0,561 ; 0,914]	<0,001	0,816	[0,472 ; 0,944]	<0,001

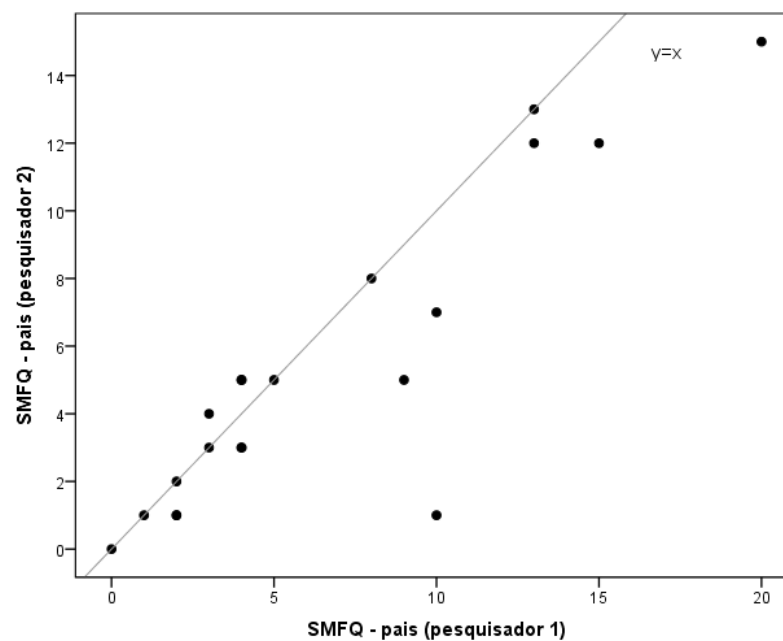
N=20

CCI - Correlação intraclasse

r- correlação de Pearson

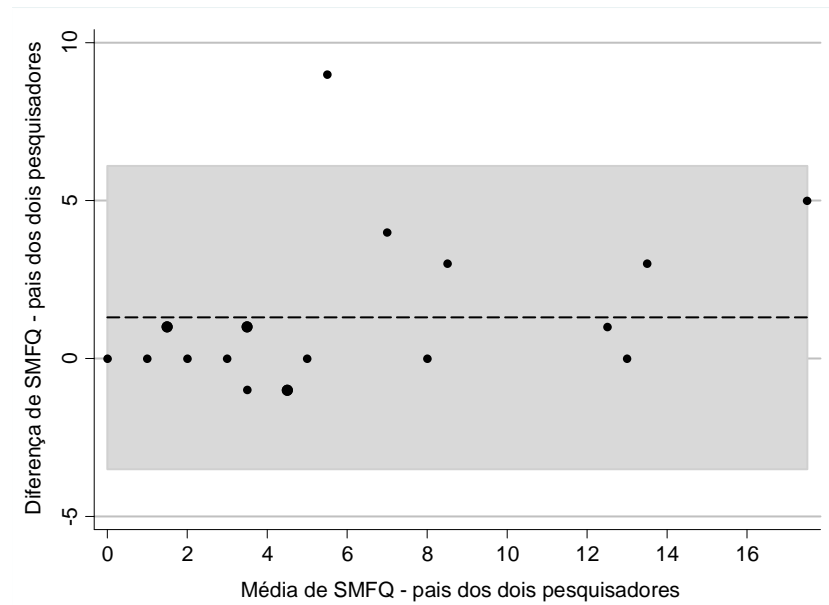
IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

As Figuras 7 e 8 ilustram as diferenças dos resultados interobservadores, enquanto que as Figuras 9 e 10 ilustram as diferenças intraobservadores.



($r=0.894$; $p<0,001$)

Figura 7. Gráfico de dispersão entre SMFQ-pais avaliados por dois pesquisadores.



Limites de concordância de 95% (-3,5; 6,1).
 A diferença média observada foi de 1,3 (Desvio Padrão=2,5).
 As médias dos escores variaram de 0 a 17,5.

Figura 8. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-pais inter-observador

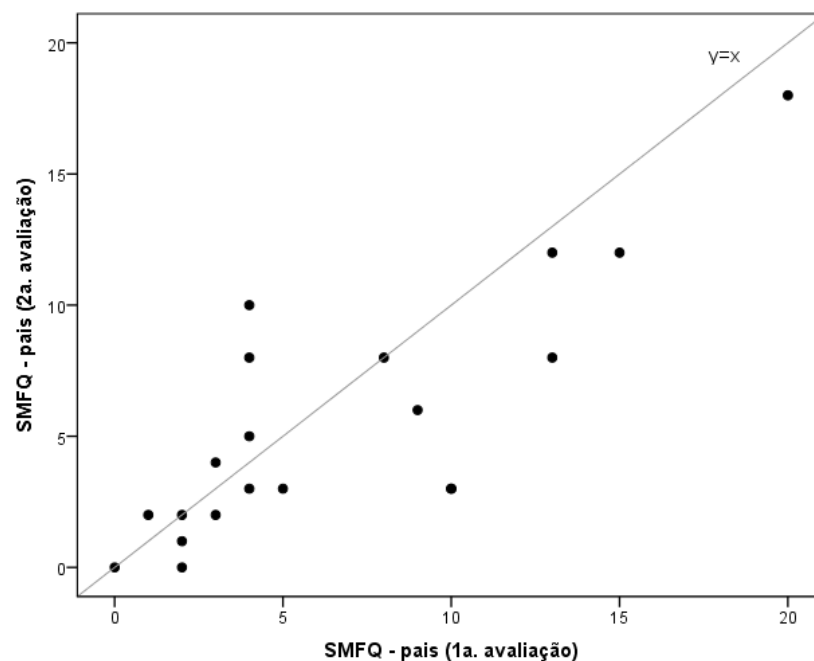
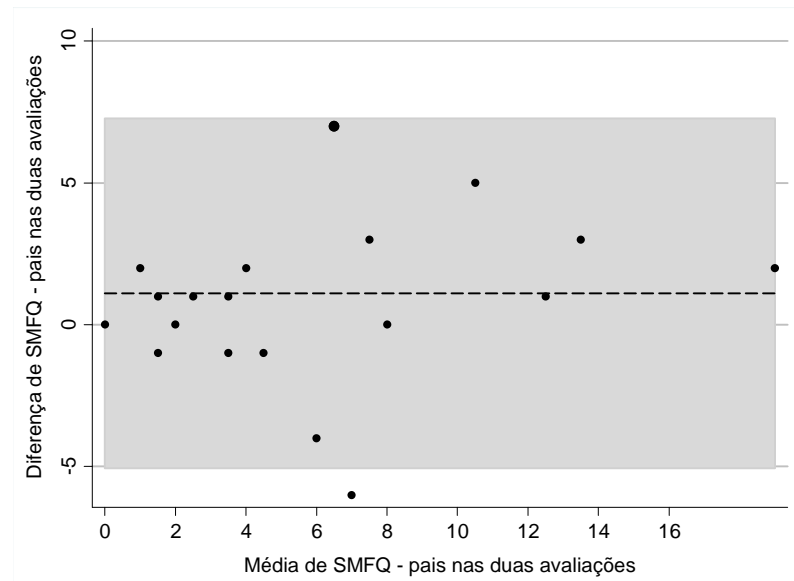


Figura 9. Gráfico de dispersão entre SMFQ-pais avaliados pelo mesmo pesquisador em dois momentos ($r=0,816$; $p<0,001$).



Limites de concordância de 95% (-5,1; 7,3).
 A diferença média observada foi de 1,1 (Desvio Padrão=3,1).
 As médias dos escores variaram de 0 a 19

Figura 10. Gráfico de Bland-Altman para avaliação da concordância de SMFQ-pais intra-observador.

5.6 Análise da confiabilidade do itens

Nesta etapa, 77 crianças/adolescentes e pais/responsáveis foram entrevistados.

5.6.1 Análise da consistência interna dos itens do SMFQ crianças/adolescentes

A consistência interna (α) encontrada foi de 0,768.

No entanto, o item 4 apresentou um valor de correlação item – total = -0,086, que indica quase uma ausência da correlação deste item com os demais (na forma de escore gerado pela soma dos valores atribuídos aos

itens, excetuando-se o item em questão). Observou-se que, a exclusão do item 4 (“Eu me senti muito agitado/a”) levou a um aumento na consistência interna, elevando o valor de α para 0,808. Os valores de consistência interna (α) podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7. Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para SMFQ – crianças/adolescentes

SMFQ	Correlação Item – Total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach (α)= 0,768		
1. Eu me senti muito mal ou infeliz	0,264	0,766
2. Eu não gostava de absolutamente nada	0,578	0,737
3. Eu me senti tão cansado que só ficava sentado/a, sem fazer nada	0,438	0,748
4. Eu me senti muito agitado/a	-0,086	0,808
5. Eu me senti como se não valesse mais nada	0,626	0,731
6. Eu chorei muito	0,423	0,752
7. Achei difícil raciocinar ou me concentrar	0,386	0,754
8. Eu me odiei	0,444	0,749
9. Eu fui uma pessoa má	0,393	0,755
10. Eu me senti sozinho/a	0,456	0,747
11. Eu pensei que ninguém me amava de verdade	0,552	0,739
12. Eu pensei que nunca chegaria a ser tão bom como as outras crianças/adolescentes	0,462	0,746
13. Eu fiz tudo errado/a	0,421	0,751

N=77

Para o escore das crianças/adolescentes, apenas 3,9% (3 crianças/adolescentes) e 2,6% (2 crianças/adolescentes) das crianças/adolescentes apresentaram valores inferiores nos 10% dos escores mais baixos (< 1) e mais altos (> 16) respectivamente, sem concentração de casos em valores baixos ou altos, não se observando efeito chão ou teto.

5.6.2 Análise da consistência interna dos itens do SMFQ-Pais/ responsável

De acordo com a Tabela 8 observou-se boa consistência interna ($\alpha=0,874$), verificando-se ainda que todos os itens contribuíam favoravelmente para a consistência interna do questionário.

Tabela 8. Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para SMFQ – pais/ responsável

SMFQ	Correlação Item – Total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach(α)= 0,874		
1. Eu me senti muito mal ou infeliz	0,669	0,858
2. Eu não gostava de absolutamente nada	0,457	0,870
3. Eu me senti tão cansado que só ficava sentado/a, sem fazer nada	0,354	0,876
4. Eu me senti muito agitado/a	0,443	0,871
5. Eu me senti como se não valesse mais nada	0,700	0,857
6. Eu chorei muito	0,567	0,864
7. Achei difícil raciocinar ou me concentrar	0,568	0,864
8. Eu me odiei	0,470	0,869
9. Eu fui uma pessoa má	0,395	0,872
10. Eu me senti sozinho/a	0,610	0,861
11. Eu pensei que ninguém me amava de verdade	0,645	0,859
12. Eu pensei que nunca chegaria a ser tão bom como as outras crianças/adolescentes	0,710	0,855
13. Eu fiz tudo errado/a	0,562	0,864

N=77

Da mesma forma, para os pais/responsáveis, observou-se que 15,6% (12 pais/responsáveis) apresentaram valores inferiores nos 10% dos escores

mais baixos (< 1) e 2,6% (2 pais/responsáveis) para os 10% dos escores mais altos ($> 92,3$), não indicando efeito chão ou teto, ou seja, a escala não apresentou concentrações de casos em valores baixos ou altos.

5.7 Validação

5.7.1 Validação de Face

A equipe multidisciplinar verificou o conteúdo do instrumento, concluindo que se propõe a medir o construto sintomatologia depressiva.

5.7.2 Validação de Construto

Durante esta fase, procurou-se avaliar o quão associado estava o conteúdo do SFMQ com o dos instrumentos SDQ e Rosenberg. Para estudar estas associações foram calculadas as correlações de Pearson.

5.7.2.1 Validação de Construto - Crianças/Adolescentes

Os valores de média, desvio padrão, mínimo, máximo, mediana e quartis podem ser verificados na Tabela 9. Considerando-se o SMFQ, encontrou-se um escore SMFQ médio de 6,3 (DP=4,8) para as crianças/adolescentes. Observou-se uma média de 20,9 (DP=4,9) para o SDQ e 9,9 (DP=3,9) para a Escala de autoestima Rosenberg (EPM/Rosenberg).

Tabela 9. Medidas-resumo de SMFQ – crianças/adolescentes e demais escalas

Escores	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
SMFQ	6,3	4,8	0,0	17,0	3,0	5,0	9,0	57
SDQ	20,9	4,9	12,0	35,0	18,0	20,0	24,0	57
Rosenberg	9,9	3,9	1,0	18,0	7,0	10,0	12,0	57

Observou-se que, o SMFQ-crianças/adolescentes apresentou-se fracamente correlacionado com o SDQ ($r = 0,295$, $p = 0,044$), mas moderadamente correlacionado com a escala de autoestima Rosenberg (EPM/ Rosenberg) ($r = 0,495$, $p < 0,001$), conforme apresentado na Tabela 10. Estes resultados podem ser visualizados nos gráficos de dispersão representados nas Figuras 11 e 12.

Tabela 10. Correlação de Pearson entre SMFQ – crianças/adolescentes e demais escores

	Correlação de Pearson		
	Estimativa (r)	P	N
SDQ	0,295	0,044	57
Rosenberg	0,495	<0,001	57

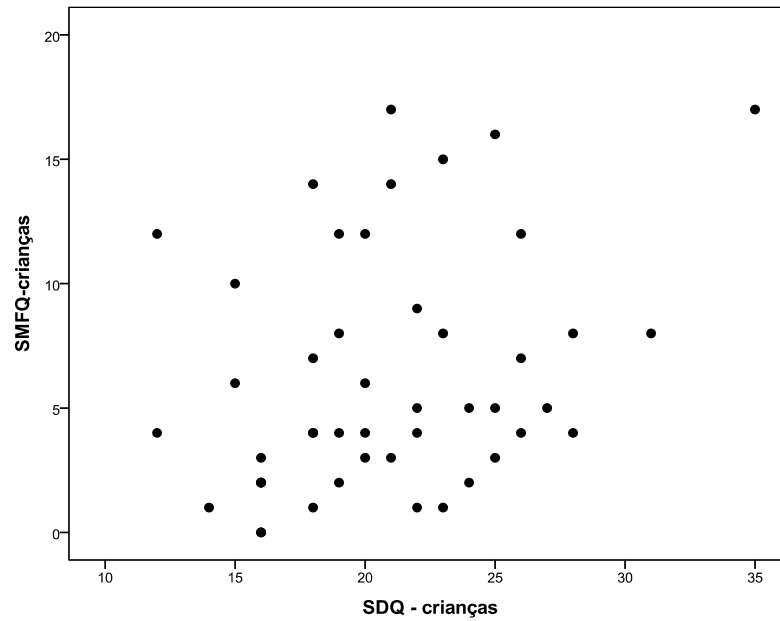


Figura 11. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças e SDQ.

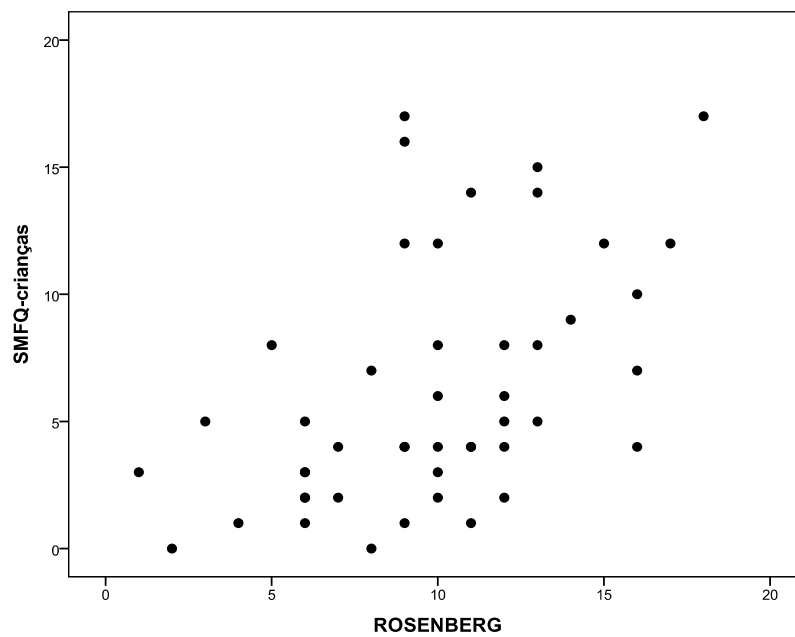


Figura 12. Gráfico de dispersão entre SMFQ crianças e Rosenberg.

5.7.2.2 VALIDADE DE CONSTRUTO – pais

Os valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores obtidos com os questionários supra-citados podem ser verificados na Tabela 11.

Tabela 11. Medidas-resumo de SMFQ - pais e SDQ - pais

Escores	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
SMFQ	7,0	5,8	0,0	23,0	2,0	6,0	11,5	57
SDQ	22,7	4,4	14,0	33,0	20,0	23,0	25,0	57

Os instrumentos SMFQ-pais e SDQ-pais apresentaram-se moderadamente correlacionados ($r=0,581$; $p<0,001$). Este resultado pode ser visualizado na Figura 13.

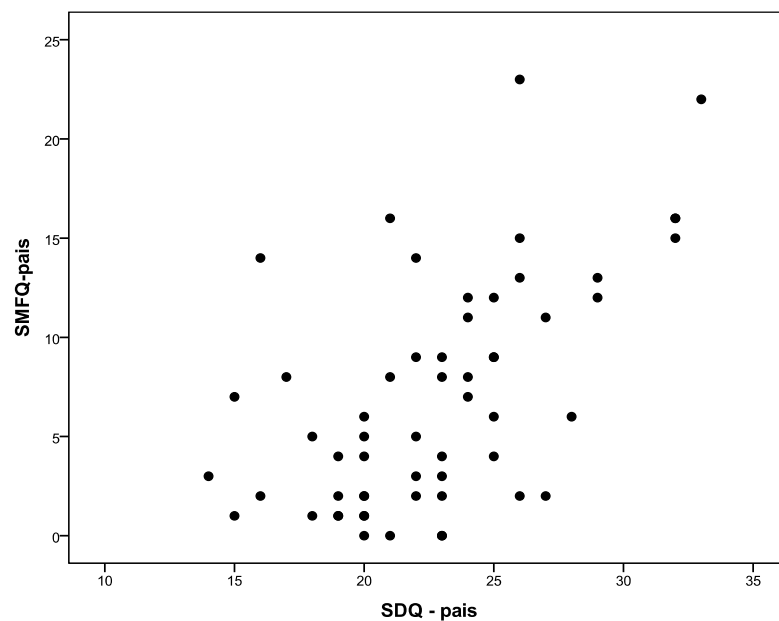


Figura 13. Gráfico de dispersão entre SMFQ-pais e SDQ – pais.

5.7.3 Concordância da percepção de smfq entre crianças e adolescentes e pais/responsável

Os valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores obtidos com os questionários podem ser verificados na Tabela 12. Encontrou-se um SMFQ médio de 6,1 (DP=4,4) para as crianças e para pais de 6,9 (DP=5,6). Não foram observadas diferenças de médias entre SMFQ de pais e crianças ($p=0,407$), apontando que, em média, os níveis de SMFQ de pais e filhos foram similares.

Tabela 12. Medidas-resumo de SMFQ de crianças e adolescentes e respectivos pais ou responsáveis

Escores	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
SMFQ – crianças	6,1	4,4	0,0	17,0	3,0	5,0	8,5	77
SMFQ – pais	6,9	5,6	0,0	23,0	2,0	5,0	11,0	77

Teste de Wilcoxon para comparação de médias de SMFQ de crianças e pais – $p=0,407$.

De acordo com a Tabela 13, verificou-se correlação positiva, porém fraca entre SMFQ de crianças/adolescentes e pais/responsáveis ($r = 0,268$, $p = 0,019$). Na Figura 14, pode-se notar, ainda que de forma dispersa, que quanto maior o SMFQ de pais ou responsáveis, maior o SMFQ de crianças e adolescentes.

Tabela 13. Correlação de Pearson entre SMFQ de crianças/adolescentes e pais/ responsáveis

Escore	Correlação de Pearson		
	Estimativa (r)	p	N
Crianças/adolescentes x Pais/responsáveis	0,268	0,019	77

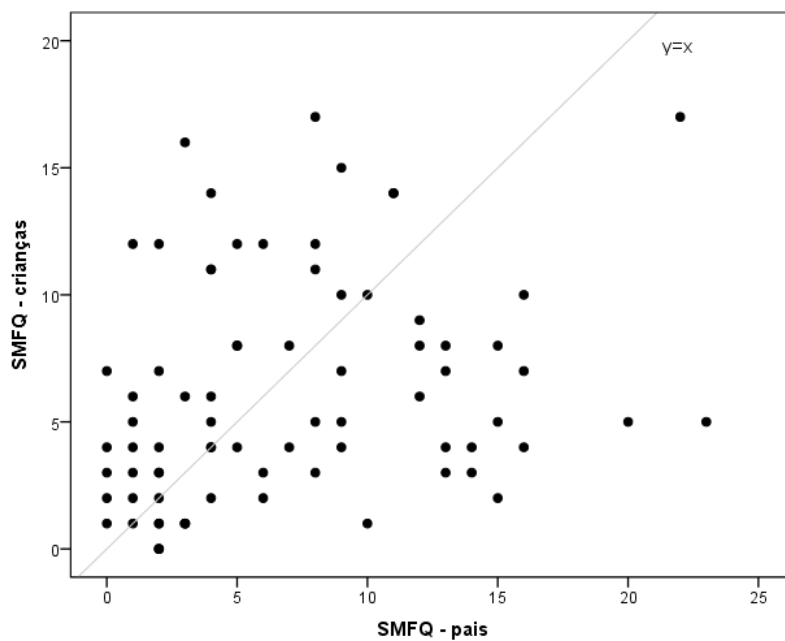


Figura 14. Gráfico de dispersão entre SMFQ-crianças e pais.

Os itens que mais contribuíram para a pontuação do SMFQ aplicado às crianças e aos pais coincidentemente foram os itens 1, 4, 7 e 10 (TABELAS 14 e 15).

Tabela 14. Distribuição das crianças por categorias de respostas aos itens SMFQ

	(continua)	
	N	%
1. Eu me senti muito mal ou infeliz	77	100,0
Não é verdade	39	50,6
Algumas vezes	31	40,3
Verdade	7	9,1
2. Eu não gostava de absolutamente nada	77	100,0
Não é verdade	61	79,2
Algumas vezes	11	14,3
Verdade	5	6,5
3. Eu me senti tão cansado que só ficava sentado/a, sem fazer nada	77	100,0
Não é verdade	46	59,7
Algumas vezes	20	26,0
Verdade	11	14,3
4. Eu me senti muito agitado/a	77	100,0
Não é verdade	24	31,2
Algumas vezes	29	37,7
Verdade	24	31,2
5. Eu me senti como se não valesse mais nada	77	100,0
Não é verdade	56	72,7
Algumas vezes	16	20,8
Verdade	5	6,5
6. Eu chorei muito	77	100,0
Não é verdade	59	76,6
Algumas vezes	15	19,5
Verdade	3	3,9
7. Achei difícil raciocinar ou me concentrar	77	100,0
Não é verdade	39	50,6
Algumas vezes	27	35,1
Verdade	11	14,3

Tabela 14. Distribuição das crianças por categorias de respostas aos itens SMFQ

	(conclusão)	
	N	%
8. Eu me odiei	77	100,0
Não é verdade	63	81,8
Algumas vezes	9	11,7
Verdade	5	6,5
9. Eu fui uma pessoa má	77	100,0
Não é verdade	63	81,8
Algumas vezes	12	15,6
Verdade	2	2,6
10. Eu me senti sozinho/a	77	100,0
Não é verdade	49	63,6
Algumas vezes	14	18,2
Verdade	14	18,2
11. Eu pensei que ninguém me amava de verdade	77	100,0
Não é verdade	60	77,9
Algumas vezes	12	15,6
Verdade	5	6,5
12. Eu pensei que nunca chegaria a ser tão bom como as outras crianças/adolescentes	77	100,0
Não é verdade	38	49,4
Algumas vezes	22	28,6
Verdade	17	22,1
13. Eu fiz tudo errado/a	77	100,0
Não é verdade	51	66,2
Algumas vezes	19	24,7
Verdade	7	9,1

Tabela 15. Distribuição dos pais por categorias de respostas aos itens do SMFQ

	(continua)	
	N	%
1. Ele/a se sentiu muito mal ou infeliz	77	100,0
Não é verdade	34	44,2
Algumas vezes	30	39,0
Verdade	13	16,9
2. Ele/a não gostava de absolutamente nada	77	100,0
Não é verdade	53	68,8
Algumas vezes	19	24,7
Verdade	5	6,5
3. Ele/a se sentiu tão cansado/a que só ficava sentado/a, sem fazer nada	77	100,0
Não é verdade	50	64,9
Algumas vezes	16	20,8
Verdade	11	14,3
4. Ele/a se sentiu muito agitado/a	77	100,0
Não é verdade	25	32,5
Algumas vezes	35	45,5
Verdade	17	22,1
5. Ele/a se sentiu como se não valesse mais nada	77	100,0
Não é verdade	55	71,4
Algumas vezes	16	20,8
Verdade	6	7,8
6. Ele/a chorou muito	77	100,0
Não é verdade	54	70,1
Algumas vezes	13	16,9
Verdade	10	13,0
7. Ele achou difícil raciocinar ou me concentrar	77	100,0
Não é verdade	29	37,7
Algumas vezes	34	44,2
Verdade	14	18,2

Tabela 15. Distribuição dos pais por categorias de respostas aos itens do SMFQ

	(conclusão)	
	N	%
8. Ele/a se odiou	77	100,0
Não é verdade	56	72,7
Algumas vezes	17	22,1
Verdade	4	5,2
9. Ele/a fui uma pessoa má	77	100,0
Não é verdade	68	88,3
Algumas vezes	7	9,1
Verdade	2	2,6
10. Eu me senti sozinho/a	77	100,0
Não é verdade	38	49,4
Algumas vezes	29	37,7
Verdade	10	13,0
11. Ele/a pensou que ninguém o amava de verdade	77	100,0
Não é verdade	48	62,3
Algumas vezes	15	19,5
Verdade	14	18,2
12. Ele/a pensou que nunca chegaria a ser tão bom/a como as outras crianças/adolescentes	77	100,0
Não é verdade	45	58,4
Algumas vezes	18	23,4
Verdade	14	18,2
13. Ele/a fez tudo errado/a	77	100,0
Não é verdade	46	59,7
Algumas vezes	22	28,6
Verdade	9	11,7

Na comparação de médias dos escores obtidos por faixa etária entre crianças/adolescentes e pais/responsáveis, não se observaram diferenças de médias SMFQ crianças ($p=0,139$) e pais ($0,244$), conforme se verifica na Tabela 16.

Tabela 16. Comparação de médias de SMFQ por faixa etária

Escores	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
SMFQ-crianças								
Até 11 anos	5,0	4,3	0,0	16,0	2,0	4,0	7,8	28
12 anos ou mais	6,6	4,4	0,0	17,0	3,3	5,5	10,0	49
T (74) = -1,49 (p=0,139)								
SMFQ-pais								
Até 11 anos	6,0	4,1	1,0	14,0	2,3	4,0	9,0	28
12 anos ou mais	7,4	6,4	0,0	23,0	2,0	6,5	12,8	49
T (73) = -1,18 (p=0,244)								

Teste de Kolmogorov-Smirnov para Normalidade de SMFQ - filhos - $p= 0,126$

Teste de Kolmogorov-Smirnov para Normalidade de SMFQ - pais - $p= 0,100$

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A saúde mental é parte inseparável de uma vida com qualidade.

Qualidade de vida refere-se à sensação subjetiva do paciente de sentir-se bem num amplo sentido. Assim, o termo abrange não só a saúde física, mas, também, o bem estar psíquico e social (SAWATZKY *et al.*, 2010).

De acordo com a *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), qualidade de vida define-se como a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, ou seja, seus propósitos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1998).

Crianças e adolescentes saudáveis têm maior probabilidade de se tornarem adultos confiantes. Desta forma, a saúde emocional e bem-estar de crianças e adolescentes possui implicações para o desenvolvimento da autoestima e tipos de comportamentos como atenção e realização educacional, bem como coesão social (THAPAR *et al.*, 2010), afetando a percepção da qualidade de vida (COSTELLO, COPELAND, ANGOLD, 2011).

Os transtornos depressivos constituem um grupo de doenças mentais com alta e crescente prevalência na população geral (COSTELLO, EGGER, ANGOLD, 2005; KESSLER *et al.*, 2005).

O interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é recente. Até a década de 70, acreditava-se que a depressão nessa faixa etária fosse rara, ou até inexistente (BAHLS, 2002). Somente em 1975, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) reconheceu a

existência da depressão em crianças e adolescentes (BHATARA, 1992; COSTELLO, ERKANLI, ANGOLD, 2006)

A depressão na infância e na adolescência apresenta natureza duradoura, afeta múltiplas funções e causa significativos danos psicossociais. Apesar de sua significância para a saúde pública, a depressão nesta população, frequentemente, passa despercebida (BARDONE *et al.*, 2009), seja pela não identificação, ou mesmo pela sobreposição de sintomas, como os de ansiedade ou os relacionados ao déficit de atenção e hiperatividade (THAPAR *et al.*, 2012). Assim, a detecção precoce da depressão é fundamental para a sua prevenção e curso, bem como para sua reversão, já que é a mais frequente e uma das mais limitantes condições psiquiátricas (KESSLER *et al.*, 2007).

Por outro lado, a infância e a adolescência são fases particularmente vulneráveis, quando submetidas a padrões socioculturais rígidos da aparência (LUKASH, 1996; SIMIS *et al.*, 2002). Considerando-se que, o desenvolvimento da imagem corporal ocorre em etapas, a puberdade é um momento em que, profundas alterações corporais ocorrem e, portanto, de grande influência para a construção de uma imagem corporal sadia. Ao mesmo tempo, é um momento de transição e de grande susceptibilidade à opinião dos pares (MCGRATH & MUKERJI, 2000).

O impacto emocional que a insatisfação corporal pode provocar foi assinalado por alguns autores (PERTSCHUK *et al.*, 1998; LUKASH, 2002; SIMIS *et al.*, 2002). Além disso, expectativas irreais e instabilidade emocional estão entre os preditores de resultados insatisfatórios em cirurgia plástica (JOINER, 2007). Estados psicológicos alterados, ou uma imagem corporal negativa, podem afetar irremediavelmente a percepção da

satisfação de uma intervenção cirúrgica (FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA, 2005).

A cirurgia plástica interfere e pode melhorar a qualidade de vida (RANKIN *et al.*, 1998; LUKASH, 2002). A correção de características físicas pode ser eficaz e livre de conflitos para esta população (LUKASH, 2002). Adolescentes, em especial, conseguem a reorganização e adaptação da autoimagem, após uma cirurgia plástica, em um período curto de tempo (MCGRATH & MUKERJI, 2000).

BRADBURY, HEWISON, TIMMONS (1992) reportaram que, para 67% das crianças, a motivação para a cirurgia de correção de orelhas em abano foi predominantemente, motivada pela angústia social e psicológica, com percentual expressivo de melhora na satisfação e confiança após a cirurgia, e com a interrupção do *bullying* em mais da metade dos casos. Experiências negativas como *bullying* ou a percepção negativa da autoimagem estão associadas à motivação para a busca da cirurgia plástica (COOPER-HOBSON & JAFFE, 2009).

A população selecionada para o presente estudo foi constituída de crianças e adolescentes alfabetizadas, com idades entre 8 e 17 anos, nos ambulatórios de cirurgia plástica, semelhante à população pesquisada por THAPAR & MCGUFFIN (1998) ou à média de idade encontrada por RHEW *et al.* (2010) em estudos utilizando o SMFQ.

Após a adaptação cultural, 32% das 77 crianças/adolescentes apresentaram escore acima de 7 no SMFQ. Considerando-se o escore-corte padrão de 11, o percentual de crianças afetadas se reduziria para 16,8%. Um escore de corte em 7, para uma pontuação máxima de 23, apresenta maior sensibilidade e valor preditivo negativo, mas especificidade inferior e maior valor preditivo positivo comparado a um corte mais alto de 11

(PATTON *et al.*, 2008; MCKENZIE *et al.*, 2011), mostrando que as crianças e adolescentes eram saudáveis em sua grande maioria, mas que ainda assim poderiam necessitar de apoio psicológico.

Apesar do reconhecimento de que problemas psicossociais relacionados à aparência são característicos da adolescência, ainda é restrita a disponibilidade de instrumentos de avaliação apropriados e adaptados para a linguagem e cotidiano de crianças e adolescentes, que sirvam como rastreamento do estado de humor e sentimentos da sintomatologia depressiva (LUNDERVOLD *et al.*, 2013). Mais raros ainda ao considerar-se aqueles que sejam, curtos, breves e tenham alta consistência interna (PIETSCH *et al.*, 2011). Alguns dos instrumentos mais largamente utilizados são o *Children's Depression Inventory*, o *Strength and Difficulties Questionnaire*, o *Mood and Feelings Questionnaire* e o *Short Mood and Feelings Questionnaire* (KOVACS, 1983b; ANGOLD & COSTELLO, 1987; GOODMAN, 1997; STEVANOVIC, 2011; TAVITIAN *et al.*, 2014).

No Brasil, existem instrumentos validados para rastrear depressão em adolescentes, tais como: o *Children's Depression Inventory* (CDI) derivado do *Beck Depression Inventory* (BDI), que possui estrutura multidimensional e habilidade para discriminar depressão de outras formas de ansiedade (KOVACS, 1983a; TAVITIAN *et al.*, 2014). O *Children's Depression Inventory* (CDI), que embora seja largamente utilizado em estudos em adolescentes, possui resultados pouco consistentes e quantidade variável de assertivas para as variadas versões, deixando de ampliar a capacidade de detecção de alterações na saúde mental (GALLAGHER *et al.*, 1983; GOODMAN *et al.*, 2000; DAVISS *et al.*, 2006) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and*

Difficulties Questionnaire), amplamente utilizado, de uso livre, que avalia a saúde mental de crianças e adolescentes (SAUR & LOUREIRO, 2012), identificando sintomas de depressão e ansiedade associados (TAVITIAN *et al.*, 2014), além de hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e conduta, com 25 itens no total, mas não tão curto e específico para rastreamento objetivo.

A escolha de um instrumento para avaliação depende de vários aspectos. O instrumento deve ser de fácil compreensão e aplicação, apresentar confiabilidade, acurácia e ser reproduzível (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997).

O *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ) (ANGOLD *et al.*, 1995) se destaca como um instrumento específico para a avaliação da saúde mental infanto-juvenil, relacionado ao domínio humor e sentimentos (SHARP, GOODYER, CROUDACE, 2006; LUNDERVOLD *et al.*, 2013), breve, fácil e rápido de administrar, nas versões autorrelato e relato por pais/responsáveis, para rastreamento da sintomatologia depressiva (THAPAR & MCGUFFIN, 1998; PIETSCH *et al.*, 2011), que poderia contribuir na seleção de crianças e adolescentes candidatos à cirurgia plástica.

O objetivo deste estudo foi o de realizar a adaptação cultural e validação de um instrumento que, avaliasse sintomas relacionados ao humor e sentimentos de crianças e adolescentes, aspectos da sintomatologia central da depressão, devido à escassez de instrumentos para esta população, já que a construção de novo questionário no Brasil, é um processo oneroso, demorado e sem uniformidade dos dados obtidos para comparação com questionários internacionais. Adaptações semelhantes foram temas de estudos da Escola Paulista de Medicina/ Universidade

federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997; CICONELLI *et al.*, 1999; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; PICCOLO *et al.*, 2013).

Sabendo que, o SMFQ foi desenvolvido nos EUA, portanto na língua inglesa e para o contexto cultural daquele país, houve necessidade de traduzir o instrumento, adaptá-lo ao contexto brasileiro e testar suas propriedades de medida, seguindo a metodologia de GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), que compreende diferentes etapas, tais como, a tradução, a retrotradução, a revisão do Comitê Multidisciplinar, a verificação da equivalência e a verificação dos escores. Esta metodologia tem sido utilizada em diferentes estudos (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997; CICONELLI *et al.*, 1999; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; PICCOLO *et al.*, 2013).

A equipe multidisciplinar foi composta por pessoas com comprovado conhecimento da língua inglesa e no tratamento de pacientes para cirurgia plástica, crianças e adolescentes.

Na avaliação da equivalência cultural, a versão consenso I foi aplicada, inicialmente em vinte pacientes, tendo sido observada relativa facilidade de compreensão das questões. Apenas uma questão ocasionou dificuldade para o entendimento. A questão de número 4 foi modificada até o completo entendimento pelos participantes do estudo, crianças/adolescentes e seus pais/responsáveis, como realizados em estudos de tradução e validação de questionários de (LUNDERVOLD *et al.*, 2013) e (TAVITIAN *et al.*, 2014).

Para a fase de avaliação da confiabilidade do questionário foram entrevistados 77 crianças/adolescentes e pais/responsáveis incluindo aqueles da fase de reprodutibilidade. A consistência interna dos itens do

questionário foi avaliada por meio do alfa (α) de *Cronbach* (CRONBACH, 1951). A consistência interna para o SMFQ crianças/adolescentes (Alpha de Cronbach) encontrada foi de 0,768. O item 4 apresentou um valor de correlação item – total = -0,086, que indica quase uma ausência da correlação deste item com os demais (na forma de escore gerado pela soma dos valores atribuídos aos itens, excetuando-se o item em questão). Verificou-se que, a exclusão do item 4 (“Eu me senti muito agitado/a”) acarreta um aumento na consistência interna, elevando o valor de Alpha de Cronbach para 0,808, alterando substancialmente o conceito de consistência interna de moderado a elevado (MAROCO & GARCIA-MARQUES, 2006). O item referido trata da assertiva inicial não compreendida por 20% dos pacientes da adaptação cultural inicial, quando o termo foi modificado de “inquieto” para “agitado”. Da mesma forma LUNDERVOLD (2013) encontrou excelente consistência interna para todos os fatores, à exceção deste.

SHARP, GOODYER, CROUDACE (2006) referem que os itens 3, 4 e 7 têm pouco poder discriminatório, sobretudo para escores altos, mas contribuiriam para rastreamento entre aqueles indivíduos com escore baixo. A inquietação e o cansaço podem estar relacionadas às mudanças no padrão sono-vigília durante a adolescência devido a fatores fisiológicos e psicológicos (GRADISAR, GARDNER, DOHNT, 2011) e não às alterações depressivas. Não se observou correlação entre escores e idades, em acordo com os achados de (SHARP, GOODYER, CROUDACE, 2006), muito embora os itens com escores negativos mais pontuados, os itens 3 (inquietação), 4 (cansaço) e 7 (problemas de concentração) sejam aqueles mesmos relatados por (LUNDERVOLD *et al.*, 2013), como se fizessem parte de uma sintomatologia depressiva independente.

Já o resultado encontrado para o SMFQ, aplicado aos pais/responsáveis, apontou uma boa consistência interna ($\alpha=0,874$), verificando-se ainda que todos os itens contribuíram favoravelmente para a consistência interna da respectiva escala. O SMFQ, na análise da sua versão original, apresentou $\alpha=0,85$ para crianças e adolescentes e $\alpha=0,87$ para pais/responsáveis (ANGOLD *et al.*, 1995). (STEVANOVIC, 2011) também encontrou $\alpha=0,85$ para estudo com população de 300 sérvios. Já (SWADI, 1998) encontrou consistência interna com $\alpha=0,72$ para a validação nos Emirados Árabes Unidos. CICONELLI *et al.* (1999) encontraram consistência interna de 0,3 a 0,5, quando traduziram e validaram o SF-36 para a língua portuguesa, enquanto que (DI PIETRO & DA SILVEIRA, 2009) identificaram um $\alpha=0,97$.

A ausência de efeito chão ou teto para as duas versões revela a responsividade do questionário, na medida em que, não houve concentração de escores em valores baixos ou altos, seja para o questionário aplicado às crianças/adolescentes, seja para os pais/responsáveis, assim como foram os achados de STEVANOVIC (2011) na validação do MFQ para a Sérvia.

A média de idade destes pacientes era de 12,1 anos, com predominância de meninos (63,7%), frequentando o ensino fundamental (87,7%), sendo a maioria composta por filhos (92,7%).

Em todo o processo de adaptação cultural do SMFQ foram entrevistados 47 indivíduos. CICONELLI *et al.* (1999) entrevistaram 20 pacientes para adaptar culturalmente o SF-36 (WARE & SHERBOURNE, 1992) para a língua portuguesa. PARCIAS *et al.* (2011) utilizaram 32 indivíduos para adaptar culturalmente o Inventário de Depressão Maior. Portanto, a adaptação cultural feita neste estudo, realizada com 47

pacientes, enquadra-se na casuística normalmente selecionada (BEATON *et al.*, 2000; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

A reprodutibilidade do instrumento foi avaliada por meio de três entrevistas. O conceito de reprodutibilidade de uma escala é a de que possua resultados iguais ou muito semelhantes em duas ou mais administrações para o mesmo indivíduo, considerando-se que seu estado clínico e físico não tenha sido alterado. A função é de avaliar se medidas ou instrumentos são capazes de produzir os mesmos resultados semelhantes, em diferentes ocasiões, ou obtidos por diferentes observadores, permitindo analisar a quantidade de erro inerente ao instrumento (FURTADO *et al.*, 2009). Vinte pacientes e seus respectivos pais/responsáveis foram entrevistados, iniciando-se a aplicação pelo autor do estudo (E1). Após três horas, a segunda entrevista foi realizada por um outro cirurgião plástico (E2) e, após 3 a 4 semanas, o E1 realizou a última entrevista. A reprodutibilidade intra e interobservador propõe-se a avaliar o grau de concordância dos resultados obtidos pelo mesmo observador ou por observadores diferentes. A reprodutibilidade teste-reteste do instrumento é verificada quando o indivíduo é observado em duas ocasiões distintas. A análise dos escores obtidos com a aplicação do questionário, tanto para as crianças/adolescentes quanto para os seus pais/responsáveis, evidenciou forte índice de correlação entre as avaliações de observadores distintos e entre os mesmos observadores. Assim, correlações inter e intraobservadores para o SMFQ crianças e adolescentes, apresentaram-se acima de 0,7 que, variam de aceitáveis a boas, conforme o entendimento de autores diferentes, assim como as correlações de Pearson encontradas próximas de 0,8. As correlações entre o SMFQ pais apresentaram-se ainda mais convincentes. Em estudos anteriores (COSTELLO & ANGOLD,

1988; COSTELLO *et al.*, 1991) a estabilidade teste-reteste em amostras clínicas variou entre 0,73 e 0,75 com $r=0,81$, em acordo com os achados do presente estudo, enquanto (SUND, LARSSON, WICHSTRØM, 2003) encontraram reprodutibilidade intraclasse com $r= 0,84$ e $p<0.001$ na validação para o norueguês do MFQ.

As medianas dos resultados da aplicação do SMFQ para crianças e adolescentes realizadas pelo E1 na primeira avaliação foram ligeiramente maiores que as obtidas pelo E2 e entrevistador 1 na segunda avaliação, assim como verificou-se maior variabilidade nos valores obtidos pelo E1 na primeira avaliação comparativamente ao mesmo entrevistador na segunda avaliação e pelo E2, tanto em termos de desvio padrão como pelo intervalo interquartil. Da mesma forma, as medianas das respostas do SMFQ pelos pais realizadas pelo E1 na primeira avaliação, pelo E2 e E1 na segunda avaliação apresentaram ligeiras variações, o mesmo ocorrendo com a variabilidade dos dados tanto na forma de desvio padrão como pelo intervalo interquartil. (LIANG & JETTE, 1981) relataram que a reprodutibilidade entre o mesmo observador (intraobservador) em tempos diferentes seria importante para questionários autoaplicáveis, enquanto a reprodutibilidade entre observadores diferentes (interobservador) seria importante para questionários aplicáveis por um entrevistador. As alterações nas médias dos escores podem ter acontecido por se tratar da avaliação de uma percepção subjetiva, que pode ser afetada por outras variáveis a mudar no tempo.

O método de avaliação por entrevista foi o escolhido ao invés da autoadministração, apesar de mais trabalhoso e oneroso, assegurando maior cooperação, diminuindo os erros e os itens não respondidos (GUYATT, 1993). Este foi o método escolhido em estudos anteriores de tradução e

validação, desenvolvidos na UNIFESP (CICONELLI *et al.*, 1999; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; DI PIETRO & DA SILVEIRA, 2009).

Quanto à validade, o SMFQ traduzido para o português, avaliado pela equipe multidisciplinar e pelos comentários originados nas entrevistas com os pacientes, demonstrou possuir acurácia, isto é, mensura o que se propõe medir. Esta propriedade denomina-se validade de face. Demonstrou, também, examinar a extensão para a qual o domínio do instrumento é exemplificado em cada pergunta, que representa a validade de conteúdo. O SMFQ avalia o domínio humor e sentimentos intimamente ligado à sintomatologia depressiva. Além disso, identificou-se validação convergente, quando correlações entre questionários que mediam o mesmo construto foram mais altas do que aquelas que mediam diferentes construtos.

A validade de construto realizada através da comparação com instrumentos traduzidos e validados para o português do Brasil, o SDQ, que apesar de ser uma escala multifatorial e mais extensa (25 itens), possui versão pais/responsável. Este instrumento também foi utilizado em alguns outros estudos em comparação com o MFQ ou sua forma curta (KERFOOT *et al.*, 2007; TAVITIAN *et al.*, 2014).

O Inventário de Depressão Infantil que mede sintomatologia depressiva apesar de ser um instrumento bastante utilizado, não possui versão para pais ou responsáveis (STEVANOVIC, 2011).

Optou-se então, pela escala de autoestima de Rosenberg, em função de sua relação com a saúde mental. Indivíduos com boa autoestima não apresentam depressão. A auto-estima é um indicador de saúde mental (DE BRITO *et al.*, 2010; MCKENZIE *et al.*, 2011).

Os resultados dos escores dos questionários SMFQ para as crianças /adolescentes apresentaram correlação com a Escala de autoestima Rosenberg (EPM/ Rosenberg) ($r=0,495$; $p<0,001$) e com o SDQ ($r=0,295$; $p=0,044$). Trata-se de uma população saudável. A correlação fraca com o SDQ pode ser explicada pelo fato de o SDQ acessar várias dificuldades emocionais, não sendo específico de sintomatologia depressiva (GOODMAN, 1997). Já a correlação moderada com a Escala de Rosenberg satisfaz a hipótese com a confirmação da validade divergente, revelando que as crianças e adolescentes deste estudo eram mentalmente saudáveis.

Quando aplicado aos pais, houve correlação moderada ($r=0,581$; $p<0,001$) entre o SMFQ e o SDQ. Os pais geralmente tendem a pontuar com mais rigor a condição de saúde mental de seus filhos (RHEW *et al.*, 2010), ou talvez avaliem e identifiquem melhor a subjetividade.

A concordância observada entre os escores entre SMFQ de crianças e pais foi positiva porém fraca ($r=0,268$; $p=0,019$), o que é positivo, na medida em que, se por um lado mostra um vínculo afetivo, por outro revela a independência dos afetos e a individualidade de cada um. Entretanto, alguns estudos sugerem a combinação dos escores de pais e filhos, de forma a elevar a acurácia das provas (DAVISS *et al.*, 2006), uma vez que os pais são uma importante fonte de informação a respeito de seus filhos (SIMIS *et al.*, 2000).

A possibilidade de investigar o estado de saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente os que procuram por um atendimento médico, não só é uma oportunidade, mas um dever profissional que pode orientar e otimizar estratégias de tratamento.

Portanto, é de fundamental importância validar instrumentos que avaliem o estado de saúde mental nesta população, permitindo identificar a percepção negativa da autoimagem, como pode ocorrer em indivíduos que procuram por uma cirurgia plástica (MAGARAKIS, 2011).

O SMFQ é um instrumento de triagem de grande valia para a detecção rápida e simples do comprometimento da saúde mental em crianças e adolescentes e permite o suporte às decisões sobre cirurgias plásticas.

Perspectivas

Estudos prospectivos devem ser realizados para verificar a validade em casuísticas maiores e nos vários segmentos na cirurgia plástica.

A investigação pré-operatória para as várias cirurgias plásticas em crianças e adolescentes pode identificar alterações psicológicas que podem afetar os resultados de satisfação em crianças e adolescentes, e assim, auxiliar no planejamento dos serviços de saúde e na identificação de pessoas, ou grupos de risco.

7. CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

O *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ) foi traduzido para a língua portuguesa, do Brasil, foi adaptado culturalmente e mostrou-se reprodutível, apresentando validade global de face, de conteúdo e de construto, sendo denominado SMFQ-EPM/UNIFESP.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. DSM: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
- American Society of Plastic Surgeons. 2011 Plastic Surgery Statistics Report [Internet]. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons; 2011. 2011 Cosmetic surgery age distribution; [cited 2015 Apr 13]. Available from: http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2011-statistics/2011_Stats_Cosmetic_13_19.pdf
- American Society of Plastic Surgeons. 2012 Plastic Surgery Statistics Report [Internet]. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons 2012 [cited 2015 Apr 9]. Available from: <http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2012-Plastic-Surgery-Statistics/full-plastic-surgery-statistics-report.pdf>
- Angold A, Costello EJ. Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Durham: Duke University; 1987.
- Angold A, Costello EJ, Messer S, Pickles A, Winder F, Silver D. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res.* 1995;5:237-49.
- Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(2):63-7.
- Bardone AM, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva PA. Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Dev Psychopathol.* 2009 Fall;8(4):811-29.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000 Dec 15;25(24):3186-91.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4:561-71.

Bhatara VS. Early detection of adolescent mood disorders. *S D J Med*. 1992 Mar;45(3):75-8.

Bradbury ET, Hewison J, Timmons MJ. Psychological and social outcome of prominent ear correction in children. *Br J Plast Surg*. 1992 Feb-Mar;45(2):97-100.

Brandão L, Ferraz MB, Zerbini AC. Avaliação da qualidade da qualidade de vida na artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 1997 Sep-Oct;37(5):275-81.

Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):1-5.

Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust*. 2002 Jun 17;176(12):601-4.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.

Cooper-Hobson G, Jaffe W. The benefits of otoplasty for children: Further evidence to satisfy the modern NHS. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009 Feb;62(2):190-4.

Costello EJ, Angold A. Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens, and nets. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 Nov;27(6):726-37.

Costello EJ, Benjamin R, Angold A, Silver D. Mood variability in adolescents: a study of depressed, nondepressed and comorbid patients. *J Affect Disord*. 1991 Dec;23(4):199-212.

Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Oct;52(10):1015-25.

- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Oct;44(10):972-86.
- Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Dec;47(12):1263-71.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
- Daviss WB, Birmaher B, Melhem NA, Axelson DA, Michaels SM, Brent DA. Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Sep;47(9):927-34.
- de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, et al. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):5-10.
- Di Pietro MC, Da Silveira DX. Internal validity, dimensionality and performance of the body shape questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;1(31):21-4.
- Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004;19(1):41-52.
- Ellabban MG, Hart NB. Body contouring by combined abdominoplasty and medial vertical thigh reduction: experience of 14 cases. *Br J Plast Surg*. 2004 Apr;57(3):222-7.
- Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2005 May-Jun;29(3):184-9.
- Ferreira LM. Cirurgia plástica: uma abordagem antropológica/ Plastic surgery: an anthroposophic approach. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004;19(1):37-44.

Flageul G, Godefroy M, Lacoeyuilhe G. [The therapeutic function of the aesthetic surgery]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2003 Oct;48(5):247-56. French.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jun;43(6):727-34.

Fleitlich B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto*. 2000;8(1):44-50.

Furtado F, Hochman B, Ferrara SF, Dini GM, Camelo-Nunes JM, Juliano Y, et al. What factors affect the quality of life of patients with keloids? *Rev Assoc Med Bras*. 2009 Nov-Dec;55(6):700-4.

Gallagher D, Breckenridge J, Steinmetz J, Thompson L. The Beck Depression Inventory and Research Diagnostic Criteria: congruence in an older population. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Dec;51(6):945-6.

Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):953-9.

George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. 11.0 update. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.

Golfeto JH, Veiga MH, Souza L, Barbeira C. Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Rev Psiquiatr*. 2002;29(2):66-70.

Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Jul;38(5):581-6.

Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177(6):534-9.

- Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol*. 1999 May;55(5):553-62.
- Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJ, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil-CDI: estudo com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44(7):345-9.
- Gradisar M, Gardner G, Dohnt H. Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Med*. 2011 Feb;12(2):110-8.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dec;46(12):1417-32.
- Guyatt GH. The philosophy of health-related quality of life translation. *Qual Life Res*. 1993 Dec;2(6):461-5.
- Harper G, Marks A, Nelson WM 3rd. Teen depression: overlooked and undertreated. *Patient Care*. 2002 Oct;26(12):37.
- Joiner TE. Aesthetic surgery in adolescents: a suggestion informed by adolescent psychology. *Aesthet Surg J*. 2007 Jul-Aug;27(4):419-20.
- Jorge RTB, Neto MS, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(2):87-95.
- Kamburoglu HO, Ozgur F. Postoperative satisfaction and the patient's body image, life satisfaction, and self-esteem: a retrospective study comparing adolescent girls and boys after cosmetic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2007 Nov-Dec;31(6):739-45.
- Katon W, Lozano P, Russo J, McCauley E, Richardson L, Bush T. The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls. *J Adolesc Health*. 2007 Nov;41(5):455-63.

- Kent L, Vostanis P, Feehan C. Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Jul;38(5):565-73.
- Kerfoot M, Koshyl V, Roganov O, Mikhailichenko K, Gorbova I, Pottage D. The health and well-being of neglected, abused and exploited children: the Kyiv Street Children Project. *Child Abuse Negl*. 2007 Jan;31(1):27-37.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007 Oct;6(3):168-76.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602.
- Kovacs M. *The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Pittsburgh (PA): University of Pittsburgh School of Medicine; 1983a.
- Kovacs M. Developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: the clinical interview. In: Rutter M, Izard C, Read P, editors. *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford Press; 1983b.
- Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21(4):995-8.
- Kuo ES, Stoep AV, Stewart DG. Using the short mood and feelings questionnaire to detect depression in detained adolescents. *Assessment*. 2005 Dec;12(4):374-83.
- Liang MH, Jette AM. Measuring functional ability in chronic arthritis: a critical review. *Arthritis Rheum*. 1981;24(1):80-6.
- Lukash FN. Adolescent plastic surgery. *Child Hosp Q*. 1996;8(2):73.

Lukash FN. Children's art as a helpful index of anxiety and self-esteem with plastic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2002 May;109(6):1777-86.

Lundervold AJ, Breivik K, Posserud MB, Stormark KM, Hysing M. Symptoms of depression as reported by Norwegian adolescents on the Short Mood and Feelings Questionnaire. *Front Psychol*. 2013;4(613):1-8.

Magarakis M. Reply: Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Sep;128(3):828-9.

Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther*. 2008 Jan-Feb;21(1):47-53.

Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Rev Lab Psicol*. 2006;4(1):65-90.

McCahill ME. Screening for depression. *Am Fam Physician*. 2002 Sep 15;66(6):952, 5.

McGrath MH, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000 Aug;13(3):105-18.

McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994 Jan;32(1):40-66.

McKenzie DP, Toumbourou JW, Forbes AB, Mackinnon AJ, McMorris BJ, Catalano RF, et al. Predicting future depression in adolescents using the Short Mood and Feelings Questionnaire: a two-nation study. *J Affect Disord*. 2011 Nov;134(1-3):151-9.

Messer SC, Angold A, Costello EJ. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents: factor composition and structure across development. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1995;5:251-62.

Morselli PG. Maxwell Maltz, psychocybernetic plastic surgeon, and personal reflections on dysmorphopathology. *Aesthetic Plast Surg*. 2008 May;32(3):485-95.

Moura DR, Cruz AC, Quevedo LA. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J Pediatr*. 2011 Jan-Feb;87(1):19-23.

Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães AC, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):164-70.

Patton GC, Olsson C, Bond L, Toumbourou JW, Carlin JB, Hemphill SA, et al. Predicting female depression across puberty: a two-nation longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;47(12):1424-32.

Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg*. 1998 Jan-Feb;22(1):20-4.

Piccolo MS, Gragnani A, Daher RP, de Tubino Scanavino M, de Brito MJ, Ferreira LM. Burn Sexuality Questionnaire: Brazilian translation, validation and cultural adaptation. *Burns*. 2013 Aug;39(5):942-9.

Pietsch K, Allgaier AK, Fruhe B, Rohde S, Hosie S, Heinrich M, et al. Screening for depression in adolescent paediatric patients: validity of the new Depression Screener for Teenagers (DesTeen). *J Affect Disord*. 2011 Sep;133(1-2):69-75.

Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Nov;102(6):2139-45.

Rhew IC, Simpson K, Tracy M, Lymp J, McCauley E, Tsuang D, et al. Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010 Feb;4(1):8.

Sabino Neto M, Abla LE, Lemos AL, Garcia EB, Enout MJ, Cabral NC, et al. The impact of surgical treatment on the self-esteem of patients with breast hypertrophy, hypomastia, or breast asymmetry. *Aesthetic Plast Surg*. 2012 Feb;36(1):223-5.

Saur AM, Loureiro SR. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estud Psicol.* 2012;29:619-29.

Sawatzky R, Ratner PA, Johnson JL, Kopec JA, Zumbo BD, Sawatzky R, et al. Self-reported physical and mental health status and quality of life in adolescents: a latent variable mediation model. *Health Qual Life Outcomes.* 2010 Feb;8:17.

Sharp C, Goodyer IM, Croudace TJ. The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): a unidimensional item response theory and categorical data factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7-through 11-year-old children. *J Abnorm Child Psychol.* 2006 Jun;34(3):379-91.

Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED, Shridharani SM, Magarakis M. Psychology of Plastic and Reconstructive Surgery: A Systematic Clinical Review. *Plast Reconstr Surg;* 2010. p. 2243-51.

Simis KJ, Hovius SE, de Beaufort ID, Verhulst FC, Koot HM. After plastic surgery: adolescent-reported appearance ratings and appearance-related burdens in patient and general population groups. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Jan;109(1):9-17.

Simis KJ, Koot HM, Verhulst FC, Hovius SER. Assessing adolescents and young adults for plastic surgical intervention: pre-surgical appearance ratings and appearance-related burdens as reported by adolescents and young adults, parents and surgeons. *Br J Plast Surg.* 2000 Oct;53(7):593-600.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Número de cirurgias plásticas entre adolescentes aumenta 141% em 4 anos [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; 2013 [cited 2015 Apr 8]. Available from: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/numero-de-cirurgias-plasticas-entre-adolescentes-aumenta-141-em-4-anos/>.

Stevanovic D. Childhood depression and anxiety disorders in Serbia: a psychometric study of four screening questionnaires. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2011 Mar;21(1):111-6.

- Sund AM, Larsson B, Wichstrøm L. Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12–14-year-old Norwegian adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003 May;44(4):588-97.
- Swadi H. Self-reported depressive symptoms among male adolescents in the UAE. *Arab J Psychiatry*. 1998 May;9(1):13-8.
- Tavitian L, Atwi M, Bawab S, Hariz N, Zeinoun P, Khani M, et al. The Arabic Mood and Feelings Questionnaire: psychometrics and validity in a clinical sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014 Jun;45(3):361-8.
- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012 Mar;379(9820):1056-67.
- Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010 Jan 22;340:c209.
- Thapar A, McGuffin P. Validity of the shortened Mood and Feelings Questionnaire in a community sample of children and adolescents: a preliminary research note. *Psychiatry Res*. 1998 Nov 16;81(2):259-68.
- Thomson JA Jr, Knorr NJ, Edgerton MT Jr. Cosmetic surgery: the psychiatric perspective. *Psychosomatics*. 1978 Jan;19(1):7-15.
- Vilain R, Bzowski A. [Psychological implications in plastic surgery]. *Ann Chir Plast*. 1977;22(2):159-64. French.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short-form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-8.
- Wood A, Kroll L, Moore A, Harrington R. Properties of the mood and feelings questionnaire in adolescent psychiatric outpatients: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995 Feb;36(2):327-34.

World Health Organization. Health statistics and health information systems. Definition of region groupings [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2014 Feb 6]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de Apresentação Tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação – Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1993.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [Internet]. Vancouver (CA); 2007 Oct; [cited 2015 Apr 8]. Available from: <http://www.icmje.org/>

Ferreira LM. Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses: guia prático. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2008.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: In the evaluation of feelings and humor state, trustful instruments are essentials. Very few instruments are as specific as they should be in measuring adequately the feelings and humor state of children's and adolescents. The *Short mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)* it's an specific instrument for parents and children of strong unidimensionality and high internal consistency, sensitivity and sensibility. Composed by 13 items focused exclusively in affective and cognitive symptoms. It's succinct and objective in the evaluation of these domains that are directly related to depression. **Objectives:** Translate the SMFQ to Portuguese, culturally adapt it to Brazil and test its reproducibility, reliability and validity of content and construct. **Methods:** According to the guidelines found in the literature the questionnaire was translated to Portuguese, culturally adapted and tested according to reproducibility, reliability and validity of content and construct. A translated version was applied to 124 Brazilian literate children and adolescents between 8 and 17 years old as well as their respective parents. Criterion validity was tested along with Rosenberg self-esteem scale (EPM/ Rosenberg) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for child version and child and parents forms with SDQ. **Results:** Internal consistency was determined by calculating Cronbach's alpha for children and teens ($\alpha=0,77$) as well for the parents ($\alpha=0.81$). The reproducibility was verified by the interclass correlation coefficient with significant results between the moments of the interviews and the analysis of the reproducibility. Inter-observer correlation coefficient was ($cci=0,757$; $p<0,001$) for children, teens, and 0.85 for parents. As for the intra-observer was ($cci=0,738$; $p<0,001$) for children,

teens, and ($\alpha=0,796$; $p<0,001$) for parents. Construct validity was demonstrated with the correlation of the SMFQ with *Rosenberg self-esteem scale (EPM/ Rosenberg)* ($r=0,495$; $p<0,001$), and *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* ($r=0,295$; $p=0,044$) for children and adolescents. For the parents, a significant correlation between SMFQ and SDQ ($r=0,581$; $p<0,001$) was disclosed. **Conclusion:** The SMFQ was translated to Portuguese and culturally adapted to Brazil. It was also validated and show an adequate internal consistency useful in children and adolescents for plastic surgery. It was then called SMFQ-EPM/UNIFESP.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (SMFQ): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO.

Você está sendo convidado a participar desse estudo que consiste em responder questionários sobre qualidade de vida e em especial sobre seu estado de humor e sentimentos.

Essas informações estão sendo fornecidas para você e/ou para seu representante legal (caso necessário) para participação voluntária neste estudo, que visa avaliar os sentimentos e respostas das crianças e adolescentes, pais e/ou responsáveis ao questionário que será aplicado conforme a sua concordância. Este questionário será aplicado para obtenção de dados, aumentar o conhecimento sobre a prevalência e incidência da depressão em crianças e adolescentes bem como criar ferramentas/questionários/maneiras objetivas destinadas a auxiliar as pessoas, pais/responsáveis, educadores, médicos, psicólogos e demais envolvidas na recuperação de indivíduos que sofrem desse “estado adverso” a revertê-lo, resgatando a qualidade de vida. O propósito é a obtenção de dados sobre a qualidade de vida e do estado de humor dos pacientes para com esses dados, validar um questionário sobre humor e sentimentos para que seja identificado o real estado psicológico dos pacientes e a equipe multidisciplinar possa atender de forma adequada todos os parâmetros envolvidos na recuperação e reabilitação dos pacientes para que os mesmos possam ser assistidos de forma ampla e adequada. Basicamente, esta comunicação resultará assim em uma possibilidade de identificar de forma rápida o estado de humor e sentimentos de crianças e adolescentes e oferecer à população de língua portuguesa uma forma de identificar precocemente um estado de depressão que tanto pode prejudicar um indivíduo e seus familiares nesta ou em outras fases da vida.

Descrição dos desconfortos e riscos esperados: Somente serão convidados a responder questionários proporcionando a possibilidade de identificar indícios de comprometimento do estado emocional que conectem-se com estado depressivo. Caso exista desconforto emocional em responder às perguntas o participante do estudo terá sua autonomia para não responder à questão ou mesmo abandonar o referido estudo bem como anonimato de todos os participantes será mantido.

Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante deste projeto. O benefício indireto poderá ser obtido através da identificação de indício de comprometimento do seu estado emocional a partir do resultado com o questionário.

Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: não existem procedimentos alternativos, pois a participação não altera o atendimento ambulatorial do paciente, nem muda a terapia a que o paciente estiver realizando, somente responderá a questionários.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Eduardo Sucupira, que pode ser encontrado no endereço: Rua Napoleão de Barros, 737 – 14º andar – Vila Clementino – São Paulo, Telefone(s): 5576.4761 ou 60. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br e a qualquer momento poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

É compromisso do pesquisador utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (SMFQ): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO**"

Eu discuti com o Dr. Eduardo Sucupira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário, estando o pesquisador comprometido com o encaminhamento direto. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, durante e até a publicação do estudo ou mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

DATA ____/____/____. _____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DO PACIENTE

DATA ____/____/____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ESTUDO
EDUARDO SUCUPIRA - CIRURGIÃO PLÁSTICO

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: **SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (SMFQ): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO.**

Você está sendo convidado a participar desse estudo que consiste em responder questionários sobre qualidade de vida e em especial sobre o estado de humor e sentimentos a quem está representando na condição de pai ou responsável.

Essas informações estão sendo fornecidas para você e/ou para seu representante legal (caso necessário) para participação voluntária neste estudo, que visa avaliar os sentimentos e respostas das crianças e adolescentes, pais e/ou responsáveis ao questionário que será aplicado conforme a sua concordância. Este questionário será aplicado para obtenção de dados, aumentar o conhecimento sobre a prevalência e incidência da depressão em crianças e adolescentes bem como criar ferramentas/questionários/maneiras objetivas destinadas a auxiliar as pessoas, pais/responsáveis, educadores, médicos, psicólogos e demais envolvidas na recuperação de indivíduos que sofrem desse “estado adverso” a revertê-lo, resgatando a qualidade de vida. O propósito é a obtenção de dados sobre a qualidade de vida e do estado de humor dos pacientes para com esses dados, validar um questionário sobre humor e sentimentos para que seja identificado o real estado psicológico dos pacientes e a equipe multidisciplinar possa atender de forma adequada todos os parâmetros envolvidos na recuperação e reabilitação dos pacientes para que os mesmos possam ser assistidos de forma ampla e adequada. Basicamente, esta comunicação resultará assim em uma possibilidade de identificar de forma rápida o estado de humor e sentimentos de crianças e adolescentes e oferecer à população de língua portuguesa uma forma de identificar precocemente um estado de depressão que tanto pode prejudicar um indivíduo e seus familiares nesta ou em outras fases da vida.

Descrição dos desconfortos e riscos esperados: Somente serão convidados a responder questionários proporcionando a possibilidade de identificar indícios de comprometimento do estado emocional que conectem-se com estado depressivo. Caso exista desconforto emocional em responder às perguntas o participante do estudo terá sua autonomia para não responder à questão ou mesmo abandonar o referido estudo bem como o anonimato de todos os participantes será mantido.

Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante deste projeto. O benefício indireto poderá ser obtido através da identificação de indício de comprometimento do seu estado emocional a partir do resultado com o questionário.

Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: não existem procedimentos alternativos, pois a participação não altera o atendimento ambulatorial do paciente, nem muda a terapia a que o paciente estiver realizando, somente responderá a questionários.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Eduardo Sucupira, que pode ser encontrado no endereço: Rua Napoleão de Barros, 737 – 14º andar – Vila Clementino – São Paulo, Telefone(s):

5576.4761 ou 60. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br e a qualquer momento poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

É compromisso do pesquisador utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **”SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (SMFQ): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO”**

Eu discuti com o Dr. Eduardo Sucupira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário, estando o pesquisador comprometido com o encaminhamento direto. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, durante e até a publicação do estudo ou mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

DATA ____/____/____. _____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

DATA ____/____/____. _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ESTUDO

EDUARDO SUCUPIRA - CIRURGIÃ PLÁSTICO

APÊNDICE 3

FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS (AUTO-AVALIAÇÃO)**SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (SMFQ):
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO**

DATA: ____ / ____ / ____

NOME: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

SEXO: F () M ()

RAÇA: Amarela/Indígena () Branca () Parda () Preta ()

ENDEREÇO:

TELEFONE:(____) _____

NATALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____

ESCOLARIDADE: _____

APÊNDICE 4

FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS (PAIS RESPONSÁVEIS)**SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (SMFQ):
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO**

DATA: ____/____/____

NOME: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: F () M ()

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____

RAÇA: _____

ENDEREÇO:

TELEFONE: (____) _____

NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____

APÊNDICE 5

TRADUTOR A (VERSÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO)

QUESTIONÁRIO RÁPIDO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS

Versão para auto-avaliação

Este formulário se destina a registrar seus sentimentos e ações recentes.

Para cada pergunta, pedimos que marque como você se sentiu ou agiu nas duas últimas semanas.

Se a afirmação refletir seu sentimento a maior parte do tempo, marque a coluna VERDADE. Se for verdadeira apenas algumas vezes, marque a coluna ALGUMAS VEZES. Se a afirmação não se aplicar a você, marque a coluna NÃO É VERDADE.

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Eu me senti muito mal ou infeliz			
2. Eu não gostava de absolutamente nada			
3. Eu me senti tão cansado que só ficava sentado, sem fazer nada			
4. Eu me senti muito inquieto			
5. Eu me senti como se não valesse mais nada			
6. Eu chorei muito			
7. Achei difícil racionar ou me concentrar			
8. Eu me odiei			
9. Eu fui uma pessoa má			
10. Eu me senti sozinho			
11. Eu pensei que ninguém me amava de verdade			
12. Eu pensei que nunca chegaria a ser tão bom como as outras crianças			
13. Eu fiz tudo errado			

APÊNDICE 6

TRADUTOR A (VERSÃO PARA PAIS RESPONSÁVEIS)**QUESTIONÁRIO RÁPIDO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS****Versão para avaliação de pais/responsáveis**

Este formulário se destina a registrar seus sentimentos e ações recentes.

Para cada pergunta, pedimos que marque como você se sentiu ou agiu nas duas últimas semanas.

Se a afirmação refletir seu sentimento a maior parte do tempo, marque a coluna VERDADE. Se for verdadeira apenas algumas vezes, marque a coluna ALGUMAS VEZES. Se a afirmação não se aplicar a você, marque a coluna NÃO É VERDADE.

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Ele se sentiu muito mal ou infeliz			
2. Ele não gostava de nada			
3. Ele se sentiu tão cansado que só ficava sentado, sem fazer nada			
4. Ele se sentiu muito inquieto			
5. Ele se sentiu como se não valesse mais nada			
6. Ele chorou muito			
7. Ele achou difícil racionar ou se concentrar			
8. Ele se odiou			
9. Ele achou que era uma pessoa má			
10. Ele se sentiu sozinho			
11. Ele pensou que ninguém o amava de verdade			
12. Ele pensou que nunca chegaria a ser tão bom como as outras crianças			
13. Ele achou que fazia tudo errado			

APÊNDICE 7**TRADUTOR B (VERSÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO)****QUESTIONÁRIO CURTO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS**

Versão para auto-avaliação

Este formulário tem por objetivo a avaliação de seus sentimentos e ações recentes.

Para cada pergunta, marque o quanto você se sentiu ou agiu dessa maneira nas últimas duas semanas.

Se uma afirmação for verdadeira a respeito de você na maior parte do tempo, marque VERDADE. Se for verdadeira apenas para algumas ocasiões, marque ÀS VEZES. Se a afirmação não for verdadeira a seu respeito, marque NÃO É VERDADE.

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Eu me senti péssimo ou infeliz			
2. Não gostava de absolutamente nada			
3. Senti-me tão cansado que apenas me sentava e ficava sem fazer nada			
4. Senti-me muito inquieto			
5. Senti como se eu não valesse mais nada			
6. Chorei muito			
7. Achei muito difícil raciocinar ou me concentrar			
8. Eu me odiei			
9. Fui uma pessoa má			
10. Eu me senti sozinho			
11. Achei que ninguém me amava de verdade			
12. Achei que nunca poderia ser tão bom quanto as outras crianças			
13. Fiz tudo errado			

APÊNDICE 8

TRADUTOR B (VERSÃO PARA PAIS RESPONSÁVEIS)

QUESTIONÁRIO CURTO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS

Versão para avaliação dos pais

Este formulário tem por objetivo a avaliação de sentimentos e ações recentes de seu filho.

Para cada pergunta, marque o quanto você se sentiu ou agiu dessa maneira nas últimas duas semanas.

Se uma afirmação for verdadeira com relação a seu filho na maior parte do tempo, marque VERDADE. Se for verdadeira apenas para algumas ocasiões, marque ÀS VEZES. Se a afirmação não for verdadeira com relação a seu filho, marque NÃO É VERDADE.

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Sentiu-se péssimooou infeliz			
2. Não gostava de absolutamente nada			
3. Sentiu-se tão cansado que apenas se sentou e ficou sem fazer nada			
4. Sentiu-se muito inquieto			
5. Sentiu como se não valesse mais nada			
6. Chorou muito			
7. Achou muito difícil raciocinar ou se concentrar			
8. Ele/ela se odiou			
9. Achou que fosse uma pessoa má			
10. Sentiu-se sozinho			
11. Achou que ninguém o amava de verdade			
12. Achou que nunca poderia ser tão bom quanto as outras crianças			
13. Sentiu-se como se tivesse feito tudo errado			

APÊNDICE 9

VERSÃO CONSENSO PARA AUTO-AVALIAÇÃO

QUESTIONÁRIO CURTO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS

Versão para auto-avaliação

Este formulário tem como objetivo registrar seus sentimentos e ações recentes
Para cada pergunta, pedimos que marque o quanto você se sentiu ou agiu dessa maneira nas últimas duas semanas

Se a afirmação refletir a verdade a seu respeito na maior parte do tempo, marque VERDADE. Se for verdadeira apenas algumas vezes, marque ALGUMAS VEZES. Se a afirmação não for verdadeira a seu respeito, marque NÃO É VERDADE

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Eu me senti muito mal ou infeliz			
2. Eu não gostava de absolutamente nada			
3. Eu me senti tão cansado/a que só ficava sentado/a, sem fazer nada			
4. Eu me senti muito inquieto/a			
5. Senti como se eu não valesse mais nada			
6. Eu chorei muito			
7. Achei difícil raciocinar ou me concentrar			
8. Eu me odiei			
9. Eu fui uma pessoa ruim			
10. Eu me senti sozinho/a			
11. Eu pensei que ninguém me amava de verdade			
12. Eu pensei que nunca seria tão bom/a quanto as outras crianças			
13. Eu fiz tudo errado			

APÊNDICE 10

VERSÃO CONSENSO PARA PAIS RESPONÁVEIS

QUESTIONÁRIO CURTO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS

Versão para avaliação dos pais/responsáveis

Este formulário tem como objetivo registrar os sentimentos e ações recentes de seu filho

Para cada pergunta, pedimos que marque o quanto ele/ela se sentiu ou agiu dessa maneira nas últimas duas semanas

Se a afirmação refletir a verdade a respeito do seu filho a maior parte do tempo, marque VERDADE. Se for verdadeira apenas algumas vezes, marque ALGUMAS VEZES. Se a afirmação não for verdadeira a seu respeito, marque NÃO É VERDADE

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Ele/a se sentiu muito mal ou infeliz			
2. Ele/a não gostava de absolutamente nada			
3. Ele/a se sentiu tão cansado/a que só ficava sentado/a, sem fazer nada			
4. Ele/a se sentiu muito inquieto/a			
5. Sentiu como se ele/a não valesse mais nada			
6. Ele/a chorou muito			
7. Achou difícil raciocinar ou se concentrar			
8. Ele/a se odiou			
9. Ele/a foi uma pessoa ruim			
10. Ele/a se sentiu sozinho/a			
11. Ele/a pensou que ninguém o/a amava de verdade			
12. Ele/a pensou que nunca seria tão bom/a quanto as outras crianças			
13. Ele/a achou que fez tudo errado			

APÊNDICE 11

TRADUTOR C (RETROTRADUÇÃO VERSÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO)

SHORT QUESTIONNAIRE ABOUT MOOD AND FEELINGS

Version for self-assessment

This form is intended for recording your recent feelings and actions.

On each item, please check how you felt or acted in this way during the past two weeks.

If the statement is true about you most of the time, please check TRUE. If it is true only sometimes, please check SOMETIMES. If the statement is not true about you, please check NOT TRUE.

	True	Sometimes	Not true
1. I felt very bad or unhappy			
2. I liked absolutely nothing			
3. I felt so tired that I only remained seated, doing nothing			
4. I felt very restless			
5. I felt as if I were worthless			
6. I cried a lot			
7. I felt it difficult to think or to focus			
8. I hated myself			
9. I was mean			
10. I felt lonely			
11. I thought nobody really loved me			
12. I thought I would never be as good as the other children			
13. I did everything wrong			

APÊNDICE 12

TRADUTOR C (RETROTRADUÇÃO VERSÃO PAIS RESPONSÁVEIS)

SHORT QUESTIONNAIRE ABOUT MOOD AND FEELINGS

Version for assessment by parents/guardians

This form is intended for recording your child’s recent feelings and actions.

On each item, please check how s/he felt or acted in this way during the past two weeks.

If the statement is true about your child most of the time, please check TRUE.If it is true only sometimes, please check SOMETIMES. If the statement is not true about them, please check NOT TRUE.

	True	Sometimes	Not true
3. S/he felt very bad or unhappy			
4. S/he liked absolutely nothing			
5. S/he felt so tired that s/he only remained seated, doing nothing			
6. S/he felt very restless			
7. S/he felt as if s/he were worthless			
8. S/he cried a lot			
9. S/he felt it difficult to think or to focus			
10. S/he hated her/himself			
11. S/he was mean			
12. S/he felt lonely			
13. S/he thought nobody really loved her/him			
14. S/he thought s/he would never be as good as the other children			
15. S/he thought s/he had done everything wrong			

APÊNDICE 13

TRADUTOR D (RETROTRADUÇÃO VERSÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO)

SHORT SURVEY ON HUMOR AND FEELINGS

Self-evaluation version

This survey is intended to register your recent feelings and actions.

For each question, please check how much you felt or acted this way in the last two weeks.

If the statement reflects the truth about you most of the time, check TRUE.If it is true only sometimes, check SOMETIMES. If the statement is not true about you, check NOT TRUE.

	True	Sometimes	Not true
1. I felt very terrible or miserable			
2. I did not like anything at all			
3. I felt so tired that remained sat, doing nothing			
4. I felt very uneasy			
5. I felt like was not worth a thing anymore			
6. I cried much			
7. I found it hard to reason or focus			
8. I hated myself			
9. I was a bad person			
10. I felt myself alone			
11. I thought nobody truly loved me			
12. I thought i would never be as good as the other kids			
13. I did everything wrong			

APÊNDICE 14

TRADUTOR D (RETROTRADUÇÃO VERSÃO PARA PAIS RESPONSÁVEIS)

SHORT SURVEY ON HUMOR AND FEELINGS

Back translation parents/guardians

This survey is intended to register recent feelings and actions of your son/daughter.

For each question, please check how much he/she felt or acted this way in the last two weeks.

If the statement reflects the truth about your son/daughter most of the time, check TRUE. If it is true only sometimes, check SOMETIMES. If the statement is not true about him/her, check NOT TRUE.

	True	Sometimes	Not true
1. He/she felt terrible or miserable			

2.	He/she did not like anything at all			
3.	He/she felt so tired that remained sat, doing nothing			
4.	He/she felt very uneasy			
5.	He/she felt like was not worth a thing anymore			
6.	He/she cried much			
7.	He/she found it hard to reason or focus			
8.	He/she hated him/herself			
9.	He/she was a bad person			
10.	He/she felt him/herself alone			
11.	He/she thought nobody truly loved him/her			
12.	He/she thought that would never be as good as the other kids			
13.	He/she felt that did everything wrong			

APÊNDICE 15

VERSÃO FINAL PARA AUTO-AVALIAÇÃO

QUESTIONÁRIO CURTO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS

Versão para auto-avaliação

Este formulário se destina a registrar seus sentimentos e ações recentes.

Para cada pergunta, pedimos que marque como você se sentiu ou agiu nas duas últimas semanas.

Se a afirmação refletir seu sentimento a maior parte do tempo, marque a coluna VERDADE. Se for verdadeira apenas algumas vezes, marque a coluna ALGUMAS VEZES. Se a afirmação não se aplicar a você, marque a coluna NÃO É VERDADE.

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Eu me senti muito mal ou infeliz			
2. Eu não gostava de absolutamente nada			
3. Eu me senti tão cansado/a que só ficava sentado/a, sem fazer nada			
4. Eu me senti muito agitado/a			

5. Eu me senti como se não valesse mais nada			
6. Eu chorei muito			
7. Achei difícil raciocinar ou me concentrar			
8. Eu me odiei			
9. Eu fui uma pessoa má			
10. Eu me senti sozinho/a			
11. Eu pensei que ninguém me amava de verdade			
12. Eu pensei que nunca chegaria a ser tão bom/a como as outras crianças/adolescentes			
13. Eu fiz tudo errado/a			

APÊNDICE 16

VERSÃO FINAL PARA PAIS/ RESPONSÁVEIS

QUESTIONÁRIO CURTO SOBRE HUMOR E SENTIMENTOS

Versão para avaliação de pais/responsáveis

Este formulário se destina a registrar seus sentimentos e ações recentes.

Para cada pergunta, pedimos que marque como você se sentiu ou agiu nas duas últimas semanas.

Se a afirmação refletir seu sentimento a maior parte do tempo, marque a coluna VERDADE. Se for verdadeira apenas algumas vezes, marque a coluna ALGUMAS VEZES. Se a afirmação não se aplicar a você, marque a coluna NÃO É VERDADE.

	Verdade	Algumas vezes	Não é verdade
1. Ele/a se sentiu muito mal ou infeliz			
2. Ele/a não gostava de nada			
3. Ele/a se sentiu tão cansado/a que só ficava sentado/a, sem fazer nada			
4. Ele/a se sentiu muito agitado/a			
5. Ele/a se sentiu como se não valesse mais nada			

6. Ele/a chorou muito			
7. Ele/a achou difícil raciocinar ou se concentrar			
8. Ele/a se odiou			
9. Ele/a achou que era uma pessoa má			
10. Ele/a se sentiu sozinho/a			
11. Ele/a pensou que ninguém o/a amava de verdade			
12. Ele/a pensou que nunca chegaria a ser tão bom/a como as outras crianças			
13. Ele/a achou que fazia tudo errado			

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina (CEP-UNIFESP/EPM)

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: Short Mood and Feelings Questionnaire(SMFQ): Tradução, Adaptação Cultural e Validação.

Área Temática:

Pesquisador: Eduardo Rodrigues Sucupira Pinto

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

CAAE: 01539112.5.0000.5505

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer:32664

Data da Relatoria:06/06/2012

Apresentação do Projeto:

CONFORME PARECER CEP 26798 DE 25 de maio de 2012

Objetivo da Pesquisa:

CONFORME PARECER CEP 26798 DE 25 de maio de 2012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

CONFORME PARECER CEP 26798 DE 25 de maio de 2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CONFORME PARECER CEP 26798 DE 25 de maio de 2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

CONFORME PARECER CEP 26798 DE 25 de maio de 2012

Recomendações:

CONFORME PARECER CEP 26798 DE 25 de maio de 2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendências atendidas. O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

ANEXO 2

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO/ ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
(CEP-UNIFESP/EPM)



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Programa de Pós-Graduação
Cirurgia Translacional

Coordenador: Prof. Dr. Miguel Sabino Neto



CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. Dr. Rafael Zdanowski

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *Short Mood and Feelings Questionnaire(SMFQ): Tradução, Adaptação Cultural e Validação* a ser realizada no Barra Day Hospital, pelo aluno(a.) Eduardo Rodrigues Sucupira Pinto, sob orientação do Prof(a). Dr(a) Miguel Sabino Neto, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor ambulatorial da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

São Paulo, 22 de outubro de 2013.

Prof(a). Dr(a) Miguel Sabino Neto
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

Dr(a) Rafael Zdanowski
Diretor Técnico Médico – CEP Hospital Barra Day

ANEXO 3

COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS/ SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 253A/2013

Rio de Janeiro, 03 de setembro de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 466/12 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

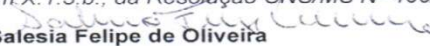
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 105/13.</p> <p>TÍTULO: Short mood and feelings questionnaire (SMFQ): tradução, adaptação cultural e validação.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Eduardo Rodrigues Sucupira Pinto.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Jesus.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO DO CEP: 16/08/13.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761

ANEXO 4

VERSÃO ORIGINAL (SELF-REPORT)

SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE

Self-report version

This form is about how you might have been feeling or acting recently.

For each question, please check how you may have felt or acted this way during *in the past two weeks*.

If a sentence was true about you most of the time, check TRUE. If it was only sometimes true, check SOMETIMES. If a sentence was not true about you, check NOT TRUE.

	True	Sometimes	Not true
14. I felt miserable or unhappy			
15. I didn't enjoy anything at all			
16. I felt so tired that I just sat around and did nothing			
17. I was very restless			
18. I felt I was no good any more			
19. I cried a lot			
20. I found it hard to think properly or concentrate			
21. I hated myself			
22. I was a bad person			
23. I felt lonely			
24. I thought nobody really loved me			
25. I thought I could never be as good as the other kids			
26. I did everything wrong			

ANEXO 5

VERSÃO ORIGINAL (PARENT-REPORT)

SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE

Parent-report version

This form is about how your child may have been feeling or acting recently.

For each question, please check how much she or he has felt or acted this way during *in the past two weeks*.

If a sentence was true about your child most of the time, check TRUE. If it was only sometimes true, check SOMETIMES. If a sentence was not true about you, check NOT TRUE.

	True	Sometimes	Not true
1. S/he felt miserable or unhappy			
2. S/he didn't enjoy anything at all			
3. S/he felt so tired that s/he just sat around and did nothing			
4. S/he was very restless			
5. S/he felt as if s/he was no good any more			
6. S/he cried a lot			
7. S/he found it hard to think properly or concentrate			
8. S/he hated him/herself			
9. S/he felt s/he was a bad person			
10. S/he felt lonely			
11. S/he thought nobody really loved him/her			
12. S/he thought s/he could never be as good as the other kids			
13. S/he felt s/he did everything wrong			

ANEXO 6

Re: Authorization

▼ From: [Adrian Angold <aaangold@psych.duhs.duke.edu>](mailto:aaangold@psych.duhs.duke.edu)
To: [Eduardo Sucupira <eduardosucupira@me.com>](mailto:eduardosucupira@me.com)
Date: May 22, 2011 12:55:03 PM

[Mark as](#) ▼

Yes, it should be available for research purposes.

A.

On 5/22/2011 9:24 AM, Eduardo Sucupira wrote:

Prof. Angold,

It will be an honour to develop this study. I want to express my gratitude permitting me to go through this challenge. We agree with your conditions. We will work hard to obtain the same sensibility, reality and responsiveness that this Questionnaire has in our native language.

It can help us a lot! Your availability encourages us even more.

At the same time the purpose of this thesis is making it absolutely public (no charge purpose) according to Federal University of São Paulo philosophy.

Finally we just want to ask you about the possibility of making this translation available to use of our Scientific Community (future thesis etc).

We appreciate your very kind attention!

Best regards!

Eduardo Sucupira

On 21 May, 2011, at 12:31 PM, Adrian Angold <aaangold@psych.duhs.duke.edu> wrote:

Hi Eduardo.

I'm happy for you to translate the MFQ on the following conditions:

- (1) We retain the copyright to the translation.
- (2) You do not charge anyone for the use of your translation.
- (3) You provide us with a copy of your translation to post on our website for free distribution.

If these conditions are satisfactory I would be happy to provide comments on a back-translation (i.e. a blind translation back into English of your Portuguese version) so as to ensure that the translation captures the nuances of the original version.

Best wishes.

Adrian.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EPM/ROSENBERG)

COMO VOCÊ AVALIA ESTAS QUESTÕES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo

1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 8

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) Versão para Auto-Avaliação

Pontuando o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão para Auto-Avaliação

Os 25 itens do SDQ são compostos de 5 escalas com 5 itens cada. Geralmente é mais fácil pontuar as 5 escalas antes de calcular a Pontuação Total de Dificuldades. Mais ou menos verdadeiro é normalmente calculado como 1, enquanto falso e verdadeiro variam conforme o item, como aparece abaixo, escala por escala. Para cada uma das 5 escalas a pontuação pode variar de 0 a 10 se todos os 5 itens forem completados. O resultado de cada escala pode ser avaliado se ao menos 3 itens foram completados.

Escala de Sintomas Emocionais

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Muitas vezes queixo-me de dor de cabeça...	0	1	2
Tenho muitas preocupações...	0	1	2
Frequentemente estou infeliz, deprimido ou choroso	0	1	2
Fico nervoso quando enfrento situações novas	0	1	2
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	0	1	2

Escala de Problemas de Conduta

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	0	1	2
Geralmente sou obediente....	2	1	0
Eu brigo muito...	0	1	2
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	0	1	2
Eu pego coisas que não são minhas	0	1	2

Escala de Hiperatividade

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Sou inquieto/a, hiperativo/a...	0	1	2
Estou constantemente irrequieto ou agitado	0	1	2
Distraio-me facilmente, perco a concentração	0	1	2
Eu penso antes de fazer as coisas	2	1	0
Eu consigo terminar as atividades que começo...	2	1	0

Escala de Problemas de Relacionamento com Colegas

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu estou quase sempre sozinho...	0	1	2
Eu tenho um ou mais bons amigos	2	1	2
Em geral, sou querido por outros jovens	2	1	0
Sou perseguido ou atormentado por outros jovens	0	1	2
Eu me dou melhor com os adultos...	0	1	2

Escala de Comportamento Pró-social

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas	0	1	2
Tenho boa vontade em compartilhar...	0	1	2
Mostro-me prestativo se alguém parece magoado	0	1	2
Sou gentil com crianças mais novas	0	1	2
Frequentemente ofereço-me para ajudar outras pessoas	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades:

É gerado pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a escala de sociabilidade. O resultado pode variar de 0 a 40. O resultado total será considerado se ao menos 12 dos 20 itens relevantes foram completados.

Interpretando a Pontuação dos Sintomas e Definindo “casos”

As bandas provisionais como mostradas abaixo foram escolhidas para que pelo menos 80 % das crianças na comunidade sejam normais, 10% limítrofes e 10% anormais. Em um estudo em que a amostra seja de **alto risco**, onde os falsos positivos não são a nossa maior preocupação, os “**casos**” podem ser identificados pela **pontuação alta ou limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudo em que a amostra seja de **baixo risco**, onde o mais importante é reduzir a taxa de falsos positivos, os “**casos**” podem ser identificados através de **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

Auto – Avaliação

	Normal	Limítrofe	Anormal
Pontuação Total de Dificuldades	0-15	16-19	20-40
Pontuação de Sintomas Emocionais	0-5	6	7-10
Pontuação de Problemas de Conduta	0-3	4	5-10
Pontuação de Hiperatividade	0-5	6	7-10
Pontuação para Problemas com Colegas	0-3	4-5	6-10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6-10	5	0-4

ANEXO 9

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) Versão para Pais

Pontuando o Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão para Pais

Os 25 itens do SDQ são compostos de 5 escalas com 5 itens cada. Geralmente é mais fácil pontuar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Mais ou menos verdadeiro é normalmente calculado como 1, enquanto falso e verdadeiro variam conforme o item, como aparece abaixo, escala por escala. Para cada uma das 5 escalas a pontuação pode variar de 0 a 10 se todos os 5 itens forem completados. O resultado de cada escala pode ser avaliado se ao menos 3 itens foram completados.

Escala de Sintomas Emocionais

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	verdadeiro
Muitas vezes queixa-se de dor de cabeça...	0	1	2
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado	0	1	2
Frequentemente parece triste, deprimido ou choroso	0	1	2
Fica nervoso quando enfrenta situações novas...	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	0	1	2

Escala de Problemas de Conduta

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	verdadeiro
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0	1	2
Geralmente é obediente...	2	1	0
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0	1	2
Frequentemente mente ou engana	0	1	2
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	0	1	2

Escala de Hiperatividade

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	verdadeiro
Inquieto/a, hiperativo/a, não consegue ficar parado/a...	0	1	2
Está constantemente irrequieto ou agitado	0	1	2
Distrai-se facilmente, perde a concentração	0	1	2
Pensa antes de agir	2	1	0
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	2	1	0

Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	verdadeiro
É solitário, prefere brincar sozinho	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/a	2	1	0
Em geral, é querido por outras crianças	2	1	0
É perseguido ou atormentado por outras crianças	0	1	2
Relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2

Escala de Comportamento Pro-social

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	0	1	2
Tem boa vontade em compartilhar...	0	1	2
Mostra-se prestativo se alguém parece magoado...	0	1	2
É gentil com crianças mais novas	0	1	2
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas...	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É gerada pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a escala de sociabilidade. O resultado pode variar de 0 a 40. A pontuação geral pode ser considerada se ao menos 12 dos 20 itens relevantes foram completados.

Interpretando a Pontuação dos sintomas e Definido “caso”

As bandas provisionais como mostradas abaixo foram escolhidas para que pelo menos 80% das crianças na comunidade sejam normais, 10% limítrofes e 10% anormais. Em um estudo em que a amostra seja de **alto risco**, onde os falsos positivos não são a nossa maior preocupação, os “**casos**” podem ser identificados pela pontuação **alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudo em que a amostra seja de **baixo risco**, onde o mais importante é reduzir a taxa de falsos positivos, os “**casos**” podem ser identificados através de **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

<u>Completado pelos Pais</u>	Normal	Limítrofe	Anormal
Pontuação Total das Dificuldades	0-13	14-16	17-40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0-3	4	5-10
Pontuação de problemas de Conduta	0-2	3	5-10
Pontuação para Hiperatividade	0-5	6	7-10
Pontuação para problemas com Colegas	0-2	3	4-10
Pontuação para Comportamento Pro-social	6-10	5	0-4

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

American Society of Plastic Surgeons. 2011 Plastic Surgery Procedural Statistics American Society of Plastic Surgeons [Internet]. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons; [cited 2013 Aug 10]. Available from: http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2011-statistics/2011_Stats_Cosmetic_13_19.pdf

Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2 ed. New York: LEA; 1988.

DeCS Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME; [cited 2015 apr 8]. Available from: <http://decs.bvs.br/>.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington (VA); 2013.

George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference, 11.0 update. 4th ed. Riverside: La Sierra University; 2003.

Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 20.0. Chicago (IL): IBM-SPSS.

Stata versão 12. College Station (TX): STATA Corp; c1996-2015.