

ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NO BRASIL

Angela Nogueira Neves Betanho Campana¹ - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

Mateus Betanho Campana - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

Maria da Consolação G. Cunha Fernandes Tavares - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

RESUMO

As alterações da Imagem Corporal podem atuar tanto como fatores predisponentes como mantenedores dos transtornos alimentares, em especial na Anorexia e Bulimia nervosas. O objetivo deste trabalho foi identificar, através de uma revisão bibliográfica, quais são as escalas validadas disponíveis no Brasil que podem ser usadas no acompanhamento clínico e na pesquisa. Esta revisão foi conduzida utilizando-se bases de dados eletrônicas (SciELO, Lilacs e Scopus) e o Banco de Teses da Capes, sem limites de datas. Na busca, foram encontrados 313 referências e pelos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, 7 foram consideradas pertinentes. As escalas selecionadas avaliam componentes característicos da população, como preocupação, controle, investimento, evitação e insatisfação com o corpo. A inserção destas avaliações é importante no acompanhamento do tratamento. Entretanto, tanto na clínica quanto na pesquisa, a avaliação da Imagem Corporal nos transtornos alimentares ainda está se consolidando no Brasil

Palavras-chaves: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; avaliação psicológica; Imagem Corporal; questionários

SCALES FOR BODY IMAGE EVALUATION IN EATING DISORDERS IN BRAZIL

ABSTRACT

The body image disturbances can act both as predisposing as maintaining factors of eating disorders, especially in anorexia nervosa and bulimia nervosa. The aim of this study was to identify, through a literature review, which validated scales are available in Brazil, that can be used in clinical follow up or in research. This review was carried out on reports drawn from electronic bases (SciELO, Lilacs and Scopus) and from Capes' Thesis Collection, with no limit of time. The research gave us 313 references and by the inclusion and exclusion criteria of the research, 7 were evaluated as useful. The selected scales assess characteristic components of the population, like concern, control, investment, avoidance and body dissatisfaction. The inclusion of these assessments is important in monitoring the treatment. However, even in clinic and research, the evaluation of the body image on eating disorders is not consolidated in Brazil.

Keywords: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; psychological evaluation; body image; questionnaires

INTRODUÇÃO

Segundo os critérios diagnósticos do *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quarta versão (DSM-IV) (American Psychology Association, 1994) os transtornos alimentares podem ser classificados em Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Compulsão Alimentar Periódica, Transtorno Alimentar Não Especificado e Transtorno Alimentares de Primeira Infância – a saber, Pica e Ruminância. Alguns estudos apontam que a incidência dos transtornos alimentares varia de 0,5% a 5% entre os adolescentes,

constituindo-se um problema de saúde pública. De 90% a 95% dos casos ocorrem no gênero feminino, na faixa etária de 15 a 25 anos de idade (Oliva & Fagundes, 2001).

O DSM-IV estabelece quatro critérios que e devem ser atendidos para o estabelecimento do diagnóstico de Anorexia Nervosa: (1) recusa de manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e altura. O peso deve estar abaixo de 85% do peso normal para a idade e altura; (2) medo mórbido de ganhar peso ou tornar-se gordo; (3) perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual e (4) nas mulheres pós-menarca ocorrência de amenorréia (APA, 1994). Especificamente, a incidência da anorexia nervosa entre adolescentes e adultos jovens está entre 0,5 e 1%, e a incidência de novos casos por ano é de aproximadamente 5-10/100.000 entre os 15 e 19 anos de idade. A doença

¹ Contato:

E-mail: angelanneves@yahoo.com.br

Agradecimentos: este trabalho teve apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), que concede bolsa de doutorado e mestrado aos autores (ANNBC e MBC, respectivamente). Agradecemos também ao revisores, cujas observações pertinentes muito contribuíram para este artigo.

é mais comum em mulheres entre 14-18 anos. Em 45% dos casos, o distúrbio ocorre após uma dieta para emagrecimento; em 40%, sucede uma situação competitiva (Busse & Silva, 2004).

A Bulimia Nervosa foi descrita pela primeira vez por Russell (1979). São descritos pelo DSM-IV cinco critérios diagnósticos para este quadro, a saber: (1) Episódios recorrentes de compulsão periódica²; (2) Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: vômitos, diuréticos, enemas, exercícios excessivos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos); (3) Ocorrência dos episódios compulsivos e compensatórios em média pelo menos duas vezes/semana por três meses, (4) Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação e (5) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa. De uma forma geral, a prevalência da Bulimia Nervosa varia entre 1,4% a 4,2%, dependendo dos critérios diagnósticos usados nas pesquisas (APA, 1994).

Nas descrições do DSM-IV, nota-se a existência comum de um critério diagnóstico para a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa: a preocupação excessiva com o peso e a forma do corpo. Tanto as pessoas com Anorexia Nervosa quanto as pessoas com Bulimia Nervosa adotam comportamentos purgativos, restrições dietéticas em quantidade e tipo de alimentos visando manter ou perder peso, além de experimentarem um medo mórbido de engordar ou de tornarem-se gordas (Claudino & Borges, 2002).

Na Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, o peso e forma do corpo passam a ser a medida da satisfação com a vida. Controlar o que se come e como o corpo assimila a comida e como ela se assenta no corpo é um ritual demorado, compulsivo e minucioso. Olhar-se no espelho deixa de ser um hábito natural: ou é obrigatório ou é simplesmente rechaçado da vida. As pessoas com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa podem se excluir do convívio social e se transformar em pessoas cujo temperamento oscila entre a dedicação aos objetivos

pré-traçados e a apatia mórbida. Os limites mal delineados do corpo quase se apagam diante da dinâmica da doença, da rotina cotidiana de temer e idolatrar a comida, da dificuldade de se relacionar com o outro, do medo constante que vive, da necessidade de controle (Campana & Tavares, 2007; Shafran, Fairburn, Robinson & Lask., 2004, Reas, Whisenhunt, Netemeyer & Williamson, 2002).

A preocupação com a forma e o peso corporal é um comportamento diretamente ligado à insatisfação corporal, que por sua vez é caracterizado por um contínuo de descontentamento com a Imagem Corporal. Esta, pela perspectiva psicodinâmica, pode ser entendida como a representação mental do corpo – corpo este que não só agrega os aspectos biológicos, também libidinais e sociais (Krueger, 2002; Schilder, 1980; Tavares, 2003).

A organização de uma representação de um corpo diferenciado produz conseqüentemente, o desenvolvimento sadio da Imagem Corporal. Essa organização apenas se torna viável quando ocorre a integração das percepções corporais e organização da identidade corporal (Krueger, 2002a; Tavares, 2003). É no corpo existencial que se inscrevem nossos afetos, nossas experiências, nossas vulnerabilidades, potencialidades e limitações. Esse corpo é trazido ao mundo “linguageiro” pelo olhar da mãe. É a mãe, que ao brincar com o bebê, dialogando com suas balbuciações que traz aquele pequeno sujeito que começa a ganhar consciência de sua existência no mundo e lhe permite num ambiente seguro a explorar o corpo físico. O desejo da mãe por seu bebê é o ponto de partida para o reconhecimento dele em sua singularidade e desejos (Dolto, 2001; Tavares & Catusso, 2007).

O corpo que não tem essa experiência, não forma limites entre o dentro e o fora, é impedido de estabelecer trocas. O corpo fica marcado pela falta de percepção e resposta empática, e a Imagem Corporal incompleta, borrada, pouco definida (Campana & Tavares, 2007). Esta alteração na representação mental do corpo pode operar tanto quanto um fator predisponente quanto um fator mantenedor do transtorno alimentar (Garfinkel, Moldofsky, Garner, Stancer & Coscina, 1978).

Foi Bruch (1962) que destacou o papel mantenedor da distorção da Imagem Corporal nos transtornos alimentares, ao afirmar que sem uma mudança na Imagem Corporal as melhoras no quadro de Anorexia Nervosa não passariam de uma remissão temporária. Passadas quatro décadas, sabe-se que a distorção da Imagem Corporal é a característica clínica mais comum, tanto na Anorexia nervosa

² Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos: 1. - ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares. 2. - um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo).

quanto na Bulimia Nervosa (Garner, 2002; Stice, 2002). Compreende-se hoje que o “ver-se obesa” relatado pelas pacientes com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, é muito menos uma alteração sensorial na forma de ver o corpo, mas antes, uma alteração na forma de vivenciar o corpo. Dessa forma, a expressão mais óbvia do âmago da psicopatologia dos transtornos alimentares – a superestimação da forma e do peso corporal – passou a ser investigada, considerando as atitudes em relação à forma corporal, ao peso, à alimentação e aos comportamentos, ou seja, com o foco na relação subjetiva da pessoa com seu corpo (Garner, 2002; Shafran & cols, 2004; Stice, 2002).

Nesse caminho de pesquisas, determinou-se alguns traços comuns na Imagem Corporal de quem sofre com a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. A insatisfação com o tamanho do corpo e preferência pela magreza foram descritos como componentes do distúrbio da Imagem Corporal. A eles se soma a distorção do tamanho do corpo, um fenômeno que envolve a percepção do tamanho real. Além destes, resumando, pode-se citar as confusões sobre o julgamento dos outros a respeito do próprio corpo, uso de “modelos” perfeitos, preocupação com defeitos, a evitação de situações de exposição, experienciar o corpo como um estranho (numa forma de despersonalização) e uma atitude extremamente negativa a respeito do corpo e da aparência (Probst, 1997).

A Imagem Corporal da pessoa magra que se percebe obesa não é um delírio. É a revelação de uma identidade, de um sujeito na história de suas relações concretas, formadas por memórias e informações singulares. Como o desenvolvimento da Imagem Corporal não é um processo linear, o sujeito com uma representação mental do corpo borrada e mal definida, pode encontrar em trabalhos corporais, atividades artísticas, terapia corporal e psicológica recursos para dinamizar o processo de desenvolvimento da imagem do corpo, resignificando suas sensações corporais e sua identidade corporal (Campana & Tavares, 2007; Tavares, 2003). No decurso do tratamento da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, estes trabalhos focados nas compensações longitudinais das falhas no processo de desenvolvimento da Imagem Corporal podem oferecer suporte para o tratamento clínico, e dessa forma, precisam também ser sistematicamente avaliados (Garner, 2002)

Frente ao papel mantenedor do distúrbio da Imagem Corporal na Anorexia e Bulimia Nervosas e às possibilidades de reestruturação da representação

do corpo no processo de tratamento, informações confiáveis sobre a Imagem Corporal são relevantes no acompanhamento da evolução clínica das pacientes. A escolha do instrumento de avaliação adequado para as diversas dimensões da Imagem Corporal garante dados confiáveis e consistentes à equipe multidisciplinar envolvida no manejo do tratamento de seus pacientes. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é apresentar os instrumentos que existem no Brasil de avaliação da Imagem Corporal nos transtornos alimentares, traduzidos/criados e validados para serem usados tanto na clínica quanto na pesquisa.

MÉTODOS

Para a construção deste trabalho, fez-se uma revisão bibliográfica para identificar quais instrumentos estão disponíveis no Brasil para a avaliação da Imagem Corporal. Foram consultadas as bases *Scopus*, *Lilacs*, *SciELO*, com as combinações de palavras chaves *body image* e *scale* e *Brazil*; *body image* e *questionnaire* e *Brazil*. Foi consultada também a Base de Teses da Capes, combinando as palavras chaves Imagem Corporal e esquema corporal com as palavras chaves escala e questionário em todas as suas possibilidades, com o operador booleano *and*. Estas combinações de palavras chaves em português também foi usada nas bases *Lilacs* e *SciELO*. Nas quatro bases consultadas não se estipulou limites de datas, usando toda a abrangência de busca que as bases ofereciam.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que: os instrumentos não criados no Brasil deveriam ter sido traduzidos e adaptados culturalmente; as escalas traduzidas e validadas deveriam ter a autorização do pesquisador que criou o instrumento original e deveriam apresentar estudo psicométrico, que avaliasse a confiabilidade a validade – de conteúdo e/ou de constructo. Como critério de exclusão estabeleceu-se retirar desta revisão os instrumentos que não eram focados na população de maior ocorrência de transtornos alimentares – mulheres jovens.

RESULTADOS

Foram obtidas, nas 4 bases de busca, um total de 313 referências, sendo que este montante agrega algumas referências repetidas entre as bases (Tabela 1). Numa análise preliminar identificou-se ao todo, 25 instrumentos usados para avaliar a Imagem Corporal no Brasil. Aplicando os quatro critérios de inclusão e o critério de exclusão anteriormente descritos, identificou-se que 11 escalas atitudinais foram validadas, através de um estudo psicométrico

adequado, para estudar a Imagem Corporal. Destes 11 instrumentos, 4 não estão focados no público recorrente de transtorno alimentares, avaliando idosos

e/ou crianças e/ou profissionais específicos de alguma área – o que os levam a ser retirados desta revisão pelo critério de exclusão adotado na pesquisa.

Tabela 1. Resultados das Buscas nas Bases de Dados.

Palavras-chaves	SciELO	LILACS	Scopus	Banco de Teses Capes	Total
Imagem Corporal AND Questionário	16	32	**	73	121
Imagem Corporal AND Escala	13	28	**	43	84
Esquema Corporal AND Questionário	0	2	**	10	12
Esquema Corporal AND Escala	0	4	**	15	19
Body Image AND Brazil AND Scale	9	3	12	**	24
Body Image AND Brazil AND Questionnaire	19	9	25	**	53
Total	57	78	37	141	313

** Não se aplica nesta base a referida combinação de palavras-chaves

Dessa forma, resta ao pesquisador brasileiro 7 instrumentos que podem ser usados na avaliação da Imagem Corporal nos transtornos alimentares: (1) Escala de Medida da Imagem Corporal (Souto, 1999), (2) *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (Di Pietro, 2001), (3) *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) (Scagliusi & cols., 2005), (4) “Questionário

de Evitação da Imagem Corporal (BIAQ)” (Campana, 2007), (5) “Questionário de Checagem do Corpo (BCQ)” (Campana, 2007) e (6) “*Body Investment Scale* (BIS) (Gouveia, Santos, Gouveia, Santos & Pronk, 2008) e (7) Escala de Figuras de Stunkard (Scagliusi & cols., 2006) (Tabela 2).

Tabela 2. Principais Características Psicométricas dos Instrumentos Selecionados

Instrumento	Autor/ Ano	Base encontrada	Descrição Breve	Principais Características psicométricas
Escala de Medida em Imagem Corporal	Souto, 1999	LILACS/Banco Teses Capes	Escala criada para avaliar alterações na Imagem Corporal	C.I: $\alpha = 0,90$ (geral) $\alpha = 0,60 - 0,86$ (fatores)
“Body Shape Questionnaire”	Di Pietro, 2001	Banco Teses Capes	Escala validada para avaliar preocupações e insatisfação corporal	C.I: $\alpha = 0,96$ (geral)
“Body Attitudes Scale”	Scagliusi & Cols., 2005	Scopus	Escala validade para avaliar amplamente os sentimentos em relação ao corpo	C.I: $r = 0,88$ (geral)
“Escala de Silhuetas de Stunkard	Scagliusi & Cols., 2006	Scopus	Escala validada para avaliar a insatisfação corporal	V. C: $r = 0,76$ (IR x IMC) $r = 0,72$ (DI x IMC) V. D: $\chi^2(1) = 19,2; p < 0,005$.
“Questionário de Evitação Corporal (BIAQ)”	Campana, 2007	Banco Teses Capes	Escala validada para avaliar os comportamentos de evitação corporal	Qui-quadrado ponderado = 3,43, RMSEA = 0,068

Continuação da Tabela 2

“Questionário de Checagem do Corpo (BCQ)”	Campana, 2007	Banco Teses Capes	Escala validada para avaliar os comportamentos de checagem do corpo	Qui-quadrado ponderado= 2,8, RMSEA = 0,056
“Body Investment Scale”	Gouveia & Cols., 2008	LILACS	Escala validada para avaliar o investimento no corpo	C.I: $\alpha = 0,81 - 0,66$ (fatores)

Onde: C.I.= consistência interna, V.C = validade convergente; V.D = validade discriminante; RMSEA = root mean square error of approximation

A “Escala de Medida da Imagem Corporal” (Souto, 1999) foi desenvolvida para ser usada na prática clínica da enfermagem para investigação / confirmação diagnóstica de alterações da Imagem Corporal, segundo os critérios diagnósticos da North American Diagnosis Association (NANDA). O diagnóstico do distúrbio da Imagem Corporal na enfermagem aceito pela NANDA é definido como o estado no qual o indivíduo experimenta mudanças de perceber sua própria Imagem Corporal. Além deste conceito, faz parte do escopo teórico do trabalho a definição de que há 3 componentes na Imagem Corporal, a saber: realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal. As alterações na Imagem Corporal podem ocorrer em um ou mais dos três componentes dinâmicos que a formam.

A *realidade corporal* é o corpo como ele realmente é – na forma mais objetiva possível. Diz respeito ao corpo físico, constituídos a partir da herança genética e pelas interferências do ambiente. O *ideal corporal* é o corpo que gostaríamos de ter, sendo mutável e não totalmente consciente. O ideal corporal também inclui o julgamento do corpo a partir dos padrões culturais. A *apresentação corporal* inclui a forma que nos vestimos, nos movimentamos, nossa postura, os sentimentos, as intenções e a expressão de nossas vontades. É o modo com que cada um apresenta seu corpo ao mundo. Segundo este modelo, a satisfação com a Imagem Corporal depende da manutenção do equilíbrio entre estes três componentes. Quando as mudanças ambientais são extremas, excedendo o limite pessoal do sujeito, ocorre a alteração da Imagem Corporal.

A escala tem 23 itens, elaborados para abordar proporcionalmente os 3 componentes da Imagem Corporal, dispostos em uma escala tipo Likert, com cinco pontos, variando de sempre a nunca. O resultado final da escala corresponde à soma dos escores de todas as assertivas. Pontuações altas são indicativas de uma Imagem Corporal favorável.

No processo de validação, o instrumento foi aplicado em uma amostra de estudantes (n=375) de cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sendo que 81,9% tinha entre 17- 22 anos, 15,5% entre 23 – 28 anos e 2,6% tinha 29 anos ou mais. Os dados foram submetidos à Análise Fatorial Exploratória (AFE) e escala apresentou um índice geral de consistência interna adequado ($\alpha = 0,91$). O mesmo ocorreu para os valores da consistência interna nos fatores: realidade corporal, $\alpha = 0,71$; ideal corporal, $\alpha = 0,86$ e apresentação corporal, $\alpha = 0,60$.

A versão original do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) tem 34 itens designados para mensurar a satisfação e as preocupações com a forma do corpo, organizados numa escala tipo Likert de 6 pontos, que varia de nunca a sempre. Di Pietro (2001) conduziu o estudo de validação desta escala, entregando-a, primeiramente, para ser traduzida por um psiquiatra brasileiro. Em seguida, uma linguísta e uma psicóloga retrotraduziram e escala, isto é, voltaram para a língua inglesa. O terceiro passo foi a comparação da versão original com a versão retrotraduzida, feita por um psiquiatra bilíngüe, onde foi possível identificar discrepâncias, discuti-las com os outros 3 tradutores anteriores e produzir uma versão final da escala. Para o estudo psicométrico, 164 estudantes de medicina, de ambos os sexos, responderam a versão preliminar do BSQ, um questionário de depressão (CES-D) e um questionário com dados demográficos em sala de aula.

Na análise estatística, foi usada a Análise dos Componentes Principais (ACP) para obter o número de fatores do questionário, a variância de cada componente e as cargas fatoriais de cada item do questionário. A versão final brasileira manteve os 34 itens originais e 4 fatores.

As faixas de pontuação indicativas de preocupação em relação a Imagem Corporal também foram mantidas tal como no original: somatória das respostas menor ou igual a 110 pontos, indica haver nenhuma preocupação; se for maior que 110 ou

menor ou igual 138 pontos, indica haver preocupação leve; se for maior que 138 ou menor ou igual 167 pontos, indica haver preocupação moderada e se a somatória das respostas for maior que 168 pontos, indica haver grave preocupação. As médias dos escores do BSQ foram $58,7 \pm 25,1$ para o sexo masculino e $89,7 \pm 31,3$ para o sexo feminino. A consistência interna da escala brasileira foi de $\alpha = .96$.

O *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) foi elaborado para avaliar as emoções e sentimentos que as mulheres têm a respeito de seu corpo. A escala original é composta por 44 itens e os respondentes devem avaliar sua concordância com cada assertiva numa escala Likert de 5 pontos, que varia de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Os itens dividem-se em 6 fatores: (1) sentir-se gorda, (2) depreciação do corpo, (3) força e condicionamento físico, (4) importância do peso e da forma do corpo, (5) atratividade (6) depósito de gordura nos membros inferiores. Altas pontuações nos fatores 1, 2, 4 e 6 implicam em atitudes negativas em relação ao corpo, enquanto altos escores nos fatores 3 e 5 indicam atitudes positivas.

Para a adaptação cultural da escala, Scagliusi & cols. (2005) encaminharam o questionário para duas traduções iniciais, feitas por dois nutricionistas fluentes em inglês. As duas versões foram comparadas e levadas a discussão e uma versão única foi criada. Esta versão única foi retrotraduzida para o inglês por um dos tradutores iniciais e foi levada a comparação com a escala original.

Participaram do estudo de validação 96 voluntárias, divididas em dois grupos. O grupo clínico foi formado por 39 pacientes com transtorno alimentar (15 com anorexia nervosa e 24 com bulimia nervosa), diagnosticadas segundo critérios do DSM-IV. O grupo controle constituiu-se com 57 estudantes de nutrição, todas mulheres. As médias das idades variaram entre 22 e 29 anos nos grupos. A confiabilidade da escala foi avaliada pela técnica de teste-reteste, realizado com 50 estudantes do grupo controle, um mês depois da primeira coleta. Os resultados indicaram boa correlação nos fatores, variando entre $r = 0,57$ a $0,85$, com $r = 0,88$ para a escala total ($p < 0,001$). Para o estudo da validade de constructo da escala, os pesquisadores realizaram a análise discriminante, observando a variabilidade de escores dos questionários entre o grupo clínico e controle. Verificaram que, com exceção do fator (3) força e condicionamento físico, houve diferenças significativas entre os grupos, sendo que o grupo clínico apresentou escores maiores nos fatores (1) sentir-se gorda, (2) depreciação do corpo, (4)

importância do peso e da forma do corpo e (6) depósito de gordura nos membros inferiores. Na segunda parte da avaliação da validade de constructo, feita pela análise da validade convergente. Foram comparados os valores da discrepância entre a Imagem real e a imagem ideal apontada na Escala de Figuras de *Stunkard* e os escores dos fatores nos dois grupos. Foi encontrada nesta última análise, correlações positivas e significativas nos dois grupos nos fatores da escala, com exceção do fator (3) força e condicionamento físico para o grupo clínico. A versão brasileira da escala manteve os 44 itens e as 6 subescalas da versão original.

O *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ) foi criado para avaliar a frequência dos comportamentos de evitação do corpo. A escala original tem 19 itens, dispostos numa escala tipo Likert de 6 pontos, que varia de sempre a nunca. Quanto maior a soma dos itens, maior é o comportamento de evitação.

Campana (2007) realizou a tradução, adaptação e validação desta escala, que passou a ser chamada na versão brasileira de Questionário de Evitação do Corpo (BIAQ). O processo de tradução e adaptação cultural seguiram os passos determinados por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2002): 2 traduções, síntese das traduções, 2 retrotraduções feitas por americanos nativos, reunião de peritos e pré-teste. Após estes passos, o instrumento foi submetido à validação psicométrica através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

A partir da literatura sobre evitação do corpo, dois peritos em modelagem de equações estruturais propuseram um modelo teórico no qual, as estratégias de controle da fome e das formas do corpo (EC), as estratégias de recusa (ER) a exposição do corpo e as estratégias de acomodação (EA) constituíam todas, inter-relacionadas, o comportamento de evitação da Imagem Corporal. O modelo estrutural do BIAQ foi submetido à estimação pelo método de Máxima Verossimilhança (MLE). Na composição que demonstrou melhor aderência, restaram 13 itens do questionário original, tendo sido retirados os itens 1, 2, 7, 8, 15 e 18. O modelo final apresentou as seguintes medidas de ajustamento: Qui-quadrado ponderado = 3,43, RMSEA = 0,068, NFI = 0,97, NNFI = 0,97, CFI = 0,98, GFI = 0,94 e AGFI = 0,91. Estes indicadores de qualidade de ajustamento atestam a validade de constructo do questionário. Quanto à confiabilidade, o constructo EC (estratégias de controle) apresentou valor de 0,94, o constructo ER (estratégias de recusa)

obteve valor de 0,86 e EA (estratégias de acomodação) valor de 0,83.

O *Body Checking Questionnaire* (BCQ) foi criado para avaliar a frequência de comportamento de checagem do corpo. O questionário original é composto por 23 itens, cujas respostas variam de nunca a sempre, numa escala tipo Likert de 5 pontos. Quanto maior a soma dos itens da escala, mais severo é o padrão de checagem.

Foi traduzido e validado para o Brasil por Campana (2007), recebendo o nome de Questionário de checagem do corpo (BCQ). Os passos da primeira fase do estudo – tradução, síntese, retrotradução, análise do comitê de peritos e pré-teste – foram idênticos aos percorridos no questionário BIAQ. Vale ressaltar que estes dois questionários foram traduzidos e validados concomitantemente, numa pesquisa de mestrado. Por isso também, foi idêntico o grupo amostral desta escala – 561 universitários de quatro cursos de graduação da Unicamp.

Os dados foram submetidos à AFC. Os peritos em modelagem estrutural conceberam um modelo para esta escala no qual a checagem pela observação do corpo (OB), a checagem por meio de medições de partes do corpo (ME), a checagem com comparações entre o corpo do sujeito e os corpos dos outros (CO) e a busca por informações perceptivas (IP) que dão informação do estado corporal são estratégias diferentes entre si, mas que se correlacionam e todas formam o comportamento de checagem do corpo. O modelo foi submetido à estimação pelo método de MLE. A partir da análise do modelo conceitual, com os 23 itens, procedeu-se com o processo de ajustamento. Retirou-se os itens individualmente, baseando-se nas baixas cargas fatoriais e resíduos. Na composição que demonstrou melhor aderência, restaram 12 itens do questionário original. O modelo final apresentou os valores: Qui-quadrado ponderado = 2,8, RMSEA = 0,056, NFI = 0,90, NNFI = 0,90, CFI = 0,93, GFI = 0,96 e AGFI = 0,94. Estas medidas de ajustamento, próximas dos valores de referência, atestam a validade de constructo da escala. Quanto à confiabilidade, no fator ME (medições) o valor foi 0,71 e nos demais fatores foram abaixo dos valores de referência: 0,45 (CO - comparações), 0,52 (IP - informações perceptivas) e 0,57 (OB - observação do corpo).

A *Body Investment Scale* (BIS) foi criada para avaliar o investimento emocional no Corpo. A escala original é composta por 24 itens. As respostas estão dispostas numa escala Likert de 5 pontos: “eu não concordo com nada” (1) a “eu concordo plenamente” (5). Escores altos indicam sentimentos

mais positivos a respeito do corpo, do toque e maiores cuidados com o corpo e com a proteção.

A versão brasileira foi construída por Gouveia & cols. (2008). Dois psicólogos bilíngües realizaram a tradução, que foi submetida a apreciação de um terceiro psicólogo, também bilíngüe. Para a comprovação da validade semântica, os pesquisadores aplicaram o questionário em 20 estudantes de João Pessoa. Para a validação, o questionário foi aplicado em 317 mulheres, estudantes do último ano do ensino médio de João Pessoa, de idade entre 15 e 58 anos.

Os dados foram submetidos à Análise Fatorial Exploratória, com rotação Varimax. Dos 24 itens originais, foram mantidos 20 itens na escala brasileira, sendo que 4 fatores explicavam 36,3% da variância total da escala. O fator 1 (denominado Imagem Corporal) apresentou $\alpha = 0,81$. O fator 2 (denominado cuidado corporal) apresentou $\alpha = 0,70$. O fator 3 (denominado toque corporal) obteve consistência interna $\alpha = 0,66$. O quarto e último fator (denominado proteção corporal) obteve $\alpha = 0,37$.

Além destes questionários, a Escala de Silhuetas de *Stunkard* também foi validada para o Brasil. A escala é composta de nove figuras que variam de imagens de silhuetas muito magras a muito gordas, sendo usada para verificar a insatisfação corporal. Esta medida de insatisfação atende à concepção de que a insatisfação corporal é dada pela distância entre o corpo real e o corpo ideal.

Para fazer o estudo da validade concorrente e discriminante desta escala, Scagliusi & cols. (2006) aplicaram o instrumento num grupo controle e num grupo clínico. O grupo controle foi formado por 98 estudantes de enfermagem, psicologia e educação, já excluídos os voluntários com sintomas de transtornos alimentares, identificados no preenchimento do *Eating Attitudes Test* (EAT-26). O grupo clínico foi formado por 16 pacientes com Bulimia Nervosa, diagnosticadas segundo critérios do DSM-IV. Este grupo preencheu os questionários EAT-26, o *Eating Disorder inventory* (EDI), o *Eating Disorder Examination* (EDE) e o *Morgan-Russel Assessment Schedule*.

Aos dois grupos foi pedido para identificar na escala de silhuetas a imagem ideal e a imagem real do corpo. O índice de discrepância ideal foi calculado pela subtração da imagem real da ideal. Para avaliar a validade concorrente, correlacionou-se o índice de massa corporal (IMC) dos grupos controle e clínico com as figuras apresentadas como real e a discrepância ideal na escala. Os pesquisadores determinaram que as correlações

deveriam ser maiores que 0,70 para provarem a validade concorrente do instrumento. O coeficiente de correlação de *Spearman*, para os valores do corpo real e o IMC foi 0,76 ($p < 0,0001$) e para os valores da discrepância ideal foi 0,72 ($p < 0,0001$). Para avaliar a validade discriminante, os pesquisadores avaliaram a variância dos os valores das silhuetas do corpo real, do corpo ideal e o valor da discrepância entre os dois grupos. A validade discriminante foi confirmada pelo teste de *Mann-Whitney*, com $\chi^2(1) = 19,2$; $p < 0,005$. Pela análise estatística foi possível concluir que a versão brasileira teve boas correlações entre o índice de massa corporal atual e a diferença entre a silhueta ideal e a real. A diferença entre a silhueta real e a ideal foi marcante nos grupo com transtorno alimentar, indicando que a escala poderia identificar este grupo clínico.

CONCLUSÃO

A pesquisa em Imagem Corporal no Brasil tem amadurecido nos últimos anos, fato que pode ser observado pelo aumento de referências sobre o tema nas bases de busca. Todavia, há uma carência de instrumentos validados e da expansão da avaliação das qualidades psicométricas das escalas já disponíveis no Brasil (Campana & Tavares, 2009). Sabendo-se da estreita relação entre a distorção da Imagem Corporal e a manutenção dos quadros de anorexia nervosa e Bulimia Nervosa, este quadro deveria ser rotineiramente acompanhado na evolução clínica das pacientes. Quando a avaliação da Imagem Corporal se insere na prática clínica muito mais rigor deve ser tomado, pois os resultados podem interferir no manejo do paciente, podendo alterar ou redirecionar seu tratamento.

As escalas aqui apresentadas fornecem informações sobre a gravidade das preocupações com a forma e o peso corporal, sobre o grau de insatisfação corporal, sobre a relação afetiva com o próprio corpo e sobre os cuidados destinados a ele. Das sete escalas analisadas neste trabalho, todas apresentam algum ou alguns pontos a serem revistos, para poder se afirmar com certeza de sua adequação no uso clínico e em pesquisa para avaliar a Imagem Corporal nos transtornos alimentares. A “Escala de Medida da Imagem Corporal” (Souto, 1999) precisa ter suas propriedades psicométricas – validade e precisão – analisadas na população clínica. O mesmo se observa para as escalas *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (DiPietro, 2001), *Body Investment Scale* (BIS) (Gouveia & Cols, 2008) Questionário de Evitação do

Corpo (BIAQ) e Questionário de Checagem do corpo (BCQ) (Campana 2007).

Especificamente para a escala *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (DiPietro, 2001) a amostra reduzida prejudica a qualidade da análise da escala, que normalmente é de 10 a 15 respondentes por cada item da escala (Hair Jr, Anderson, Tatham & Black, 2005). Além disso, a manutenção dos intervalos originais de pontuação para indicar níveis de preocupação com a Imagem Corporal perde o sentido no Brasil, já que estes foram calculados em relação à média e intervalos de desvio-padrão dos resultados da validação americana. Para o Brasil, estes intervalos então, deveriam ser revistos, dada a diferença dos escores médios da população brasileira e americana apontada no estudo da validação brasileira.

O “Questionário de Evitação do Corpo (BIAQ)” e o “Questionário de checagem do corpo (BCQ)” (Campana 2007) perderam muitos itens em sua validação brasileira. Apesar dos bons índices apresentados pelas medidas de ajustamento e pelas medidas gerais do modelo, seria pertinente um novo estudo, envolvendo a população clínica com transtorno alimentar, buscando a proposição de modelos mais sensíveis para esta população alvo. O “Questionário de checagem do corpo (BCQ)” (Campana 2007) apresentou medidas de confiabilidade aquém dos padrões de referência, o que torna um novo estudo psicométrico ainda mais necessário (Hair Jr & cols, 2005; Pedhazur, 1997)

As duas únicas escalas que efetivamente trabalharam com a população com Transtorno alimentar foram a *Body Appreciation Scale* (Scagliusi & cols, 2005) e a escala de Figuras de *Stunkard* (Scagliusi & cols, 2006). Entretanto, a técnica empregada para avaliar a primeira é discutível, pois não foi empregada análise fatorial – exploratória ou confirmatória – para o estudo das propriedades psicométricas, que é uma técnica muito mais robusta que análise de variância ou correlação (Silva & Simon, 2005). Além disso, da mesma forma que a *Body Shape Questionnaire* (BSQ), o tamanho amostra é inferior ao recomendado na literatura, o que implica em críticas quando a confiança dos ajustes apresentados (Hair Jr & cols, 2005). Quanto a escala de Figuras de *Stunkard*, são pontadas na literatura uma série de falhas metodológicas e conceituais deste tipo de instrumento – como o número de silhuetas, detalhes da face que influenciam na escolha da silhueta como um todo, intervalo de variação entre as silhuetas e apresentação em série de todas as silhuetas em um único papel (Gardner,

Friedman & Jackson 1998). Todavia, foram coerentes as formas de validação dos instrumentos, que se provou ser bastante confiável para ser usado na população com transtorno alimentar

As pesquisas modernas em Imagem Corporal, que se iniciaram por volta dos anos de 1950, exploraram largamente populações clínicas de pessoas com anorexia nervosa e bulimia nervosa. Entender como a representação do corpo poderia ser tornar tão bizarra foi, e é até hoje, mote de uma série de investigações (Fisher, 1990). No Brasil, este movimento ainda não está consolidado, pois a grande maioria dos instrumentos disponíveis não é totalmente adequada para suportar uma investigação sistemática da Imagem Corporal nos transtornos alimentares. Conclui-se ser imperioso estabelecer uma linha de investigação que se dedique a trabalhar, primeiro na questão metodológica da avaliação da Imagem Corporal nos transtornos alimentares especificamente, para depois, em pesquisas experimentais ou semi-experimentais fornecer informações livres de erros aleatórios que possam ser úteis na prática clínica e na consolidação do conhecimento teórico sobre o tema.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4^a ed.). Washington: APA;
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2002) *Recommendations for the cross-cultural adaptation of healthy status measures*. Illinois (USA): American Academy of Orthopedic Surgeons. Institute for Work & Health.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-94.
- Busse, S. R. & Silva, B. L. (2004). Transtornos Alimentares Em S.R. Busse (Org.), *Anorexia, Bulimia e Obesidade* (pp.31-100). Barueri: Manole.
- Campana, A. N. N. B. (2007) *Tradução, adaptação transcultural e validação do "Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) e do "Body Checking Questionnaire (BCQ)" para a língua Portuguesa no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Campana, A. N. N. B., Tavares, M. C. G. C. F. (2007) Anorexia nervosa: o não comer e as marcas no corpo. Em Tavares, M. C. G. C. F. (org). *O Dinamismo da Imagem Corporal* (pp. 107-121). São Paulo: Phorte
- Campana, A. N. N. B., Tavares, M. C. G. C. F. (2009) *Avaliação da Imagem Corporal: Instrumentos e diretrizes para a pesquisa*. São Paulo: Phorte.
- Claudino, A. M. & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 07-12
- Di Pietro, M. C. (2001) *Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ – Body Shape Questionnaire – em uma população de estudantes universitários*. Mestrado em Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo
- Dolto, F. (2001) *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo:Perspectiva.
- Fisher, S. (1990) The evolution of psychological concepts about the body Em: Cash,T.; Pruzinsky,T. *Body Images: development, deviance and change*. (pp.3-20) Nova Iorque: The Guilford Press, 1990.
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M., Stancer, H. C. & Coscina, D. V. (1978) Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in body image and satiety. *Psychosomatic Medicine*. 40, 487-498
- Gardner, R. M.; Friedman, B. N.& Jackson, N A. (1998) Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 387-395
- Garner, D. M. Body Image and Anorexia Nervosa. Em Cash, T.; Pruzinsky, T. (org). *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. (pp.295-303) Nova Iorque: The Guilford Press.
- Gouveia, V. V., Santos, C. A., Gouveia, R. S. V., Santos, W. S. & Pronk, S. L. (2008). Escala de investimento corporal (BIS): evidencias de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7, 57-66
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. B. (2005). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Krueger, D. W. (2002). Psychodynamic Perspectives on Body Image. Em: Cash, T.; Pruzinsky, T. (org). *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. (pp.30-37) Nova Iorque: The Guilford Press.
- Krueger, D. W. (2002a) *Integrating Body Self and Psychological Self: creating a new history in*

- psychoanalysis and psychotherapy*. Nova Iorque: Brunner-Routledge.
- Oliva, C. A. G., & Fagundes U. (2001) Aspectos Clínicos e Nutricionais dos Transtornos Alimentares. *Psiquiatria na Prática Médica*, 34, 47-53
- Pedhazur, E. J. (1997) *Multiple regression in behavioral research: explanations and prediction*. Forth Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Educação Física e fisioterapia/Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., & Williamson, D. A. (2002). Development of the Body Checking Questionnaire: A Self-Report Measure of Body Checking Behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324 - 33
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-48
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P. & Lask, B. (2004) Body Checking and its Avoidance in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93-101
- Scagliusi, F. B. Polacow, V. O., Cordás, T. A., Coelho, D. Alvarenga, M., Phillipi, S. T. & Lancha Jr, A. H. (2005) Psychometric testing and applications of the body attitudes questionnaire translated into portuguese. *Perceptual and Motor Skills*, 101, 25-41.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordas, T. A., Queiroz, G. K. O., Coelho, D., Phillipi, S. T. & Lancha Jr., A. H. (2006) Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47, 77-82.
- Schilder, P. (1980) *A Imagem do corpo: As energias construtivas da psiquê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, D. & Simon, F. (2005) Abordagem quantitativa de análise de dados de pesquisa: Construção e validação de escala de atitude. *Cadernos Ceru*, v. 17, 10-17
- Souto, C. M. R. M. (1999) *Construção e validação de uma escala de medida de Imagem Corporal*. Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Stice, E. Body Image and Bulimia Nervosa. Em: Cash, T.; Pruzinsky, T. (org). *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. (pp.304 -311) Nova Iorque: The Guilford Press.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2003) *Imagem Corporal: Conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Tavares, M. C. G. C. F., & Catusso, R.L. (2007) E a afetividade? Em: Tavares, M.C.G.C.F. (org). *O Dinamismo da Imagem Corporal* (pp. 69-81). São Paulo: Phorte

Recebido em fevereiro 2009
Reformulado em junho de 2009
Aprovado em agosto de 2009

SOBRE OS AUTORES:

Angela Nogueira Neves Betanho Campana: Mestre em Educação Física, Adaptação e Saúde – FEF/UNICAMP. Doutoranda em Educação Física, Adaptação e Saúde – FEF/UNICAMP. Bolsista CNPq. E-mail: angelanneves@yahoo.com.br

Mateus Betanho Campana: Especialista em Treinamento do Exercício – METROCAMP. Mestrando em Educação Física, Adaptação e Saúde – FEF/UNICAMP. Bolsista CNPq. E-mail: mateuscampa@yahoo.com.br

Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares: Médica Fisiatra, Fisioterapeuta e Psicanalista. Mestre e Doutora em Medicina Interna – FCM/UNICAMP. Livre Docente em Imagem Corporal – FEF/UNICAMP. Docente do Departamento de Estudos de Atividade Física Adaptada – FEF/UNICAMP. E-mail: mcons@fef.unicamp.br.