


UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MALE BODY CHECKING
QUESTIONNAIRE* (MBCQ) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO
BRASIL**

Juiz de Fora
2012

PEDRO HENRIQUE BERBERT DE CARVALHO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MALE BODY CHECKING QUESTIONNAIRE* (MBCQ) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração: Movimento Humano, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira

Juiz de Fora
2012

Carvalho, Pedro Henrique Berbert de.

Adaptação transcultural do Male Body Checking Questionnaire (MBCQ) para a língua portuguesa do Brasil / Pedro Henrique Berbert de Carvalho. – 2012.

108 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Imagem Corporal. 2. Estudos de Validação. 3. Homens. I. Título.

PEDRO HENRIQUE BERBERT DE CARVALHO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MALE BODY CHECKING QUESTIONNAIRE* (MBCQ) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Movimento Humano.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Conti
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

*A todos que fizeram deste trabalho mais
que uma experiência de vida!*

AGRADECIMENTOS

A Deus. Ele que me deu todas as condições necessárias para desenvolver esta pesquisa.

A meu pai, Manoel de Carvalho Júnior, pelos ensinamentos de integridade, respeito e organização. A você, todo meu amor e carinho.

À minha querida mãe, Lucília Berbert de Carvalho, por todo amor, carinho, cuidado e exemplo de dedicação à família. Amo você com todo meu coração.

A meus irmãos, Mariana e Bruno, pelo carinho e paciência durante esta difícil fase de muita responsabilidade e aprendizado.

À Liliane Verônica Perônio, por ser mais que uma companheira. Você foi amiga, conselheira, paciente, um anjo em meu caminho. Amo você!

A meu padrinho, Manolo, e à minha madrinha, Marília, por serem, de fato, meus exemplos de vida acadêmica!

A meus tios Paulo César e Ieda, por me acolherem em sua casa, dando-me o conforto e a segurança necessária para o início da minha caminhada enquanto pesquisador.

A todos os meus familiares, pela oração e por entenderem meus momentos de ausência.

À minha mais que orientadora Maria Elisa Caputo Ferreira. Você que me recebeu de braços abertos em seu grupo, ensinou-me a ensinar, pesquisar, orientar, e, principalmente, a ter paciência (esse exercício prometo realizar mais vezes). Meu muito obrigado por cada momento e por este trabalho concluído!

A meus companheiros do Mestrado, Ana Carolina Soares Amaral, Leonardo de Sousa Fortes e Valter Paulo Neves Miranda. Vocês foram, sem sombra de dúvida, fonte de inspiração! Obrigado por serem também meus Mestres.

A todos do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC), por compartilharem momentos de pesquisa, ensino e extensão.

Às minhas orientandas, Carolina Zampa, Clara Mockdece, Juliana Fernandes, Lídia Nora, Maria Isabel, Michelle, Natália Campos e Rafaela Cerda.

Obrigado pela confiança e pela oportunidade de dividir um pouco de meu conhecimento com vocês.

À professora Maria Lúcia de Castro Polisseni, por todo apoio, pelos ensinamentos, pelas oportunidades e pela amizade desde a época da graduação.

À professora Dr^a. Maria Aparecida Conti, pela parceria e ensinamentos.

Ao professor Dr. Mário Sérgio Ribeiro, pela acolhida e oportunidade de crescimento nos estudos.

A todos os funcionários e estudantes que participaram desta pesquisa, pois, sem o apoio de vocês, este trabalho não seria possível. Meu muito obrigado!

Homem não chora

Homem não chora nem por dor nem por amor,
e antes que eu me esqueça.
Nunca me passou pela cabeça lhe pedir perdão.
E só porque eu estou aqui ajoelhado no chão...
com o coração na mão...
não quer dizer
que tudo mudou,
que o tempo parou,
que você ganhou.
Meu rosto vermelho e molhado é só dos olhos pra fora.
Todo mundo sabe que homem não chora.
Esse meu rosto vermelho e molhado é só dos olhos pra fora.
Todo mundo sabe que homem não chora.
Não chora não.
Homem não chora nem por ter nem por perder.
Lágrimas são água.
Caem do meu queixo e secam sem tocar o chão.
E só porque você me viu cair em contradição,
dormindo em sua mão,
não vai fazer...
a chuva passar,
o mundo ficar,
no mesmo lugar.
Meu rosto vermelho e molhado é só dos olhos pra fora.
Todo mundo sabe que homem não chora.
Esse meu rosto vermelho e molhado é só dos olhos pra fora.
Todo mundo sabe que homem não chora.

(FREJAT, 2002)

RESUMO

No Brasil, há um número escasso de instrumentos de autorrelato válidos e confiáveis para a avaliação da imagem corporal, especialmente para os indivíduos do sexo masculino, que, durante anos, não receberam a devida atenção dos pesquisadores. Dessa maneira, este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ), instrumento desenvolvido para avaliar os comportamentos de checagem corporal, levando em consideração aspectos relevantes da preocupação masculina com o peso e a forma corporal. Esta dissertação foi estruturada em quatro etapas: Quadro Teórico – em que são abordados os temas centrais para o embasamento e a compreensão desta pesquisa; Procedimentos para a adaptação transcultural – descrição breve dos passos metodológicos adotados durante as fases de tradução e validação; Artigo A – intitulado “Tradução para o português (Brasil), equivalência semântica e consistência interna do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ)” – relato dos passos metodológicos (tradução, retrotradução, síntese de tradução, revisão por peritos e pré-teste) para a tradução e adaptação cultural do instrumento original da língua inglesa para o português do Brasil, e da equivalência entre as duas versões (equivalência semântica). Em adição, são apresentados os valores satisfatórios de consistência interna do MBCQ (α de Cronbach de 0,96), assim como de seus quatro fatores (superiores a 0,83). A última etapa (quarta), descrita no Artigo B – intitulado “Propriedades psicométricas do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) entre homens jovens”, que relata a avaliação da validade de constructo (análise fatorial exploratória e confirmatória), indicando valor satisfatório de explicação da variância (64,36%) e cargas fatoriais (superiores a 0,5), formado por quatro fatores. A análise fatorial confirmatória indicou adequação do modelo proposto, por meio de boas medidas de ajuste. O MBCQ apresentou validade convergente – correlação com o *Body Shape Questionnaire* ($\rho = 0,44$; $p < 0,01$) e *Body Checking Questionnaire* ($\rho = 0,55$; $p < 0,01$), e discriminante – comparação entre os grupos de baixo e alto comportamento de risco para os transtornos alimentares (*Eating Attitudes Test* – 26; 8604 vs. 34171; $p = 0,018$), e adequada estabilidade. Foram ainda apresentados valores satisfatórios de α de Cronbach

do MBCQ aplicado na fase da análise fatorial (0,92), bem como na análise da reprodutibilidade (momento 1, $\alpha = 0,89$; e momento 2, $\alpha = 0,94$). Concluiu-se que o *Male Body Checking Questionnaire* apresenta-se pronto para utilização em amostras de adultos brasileiros, a fim de que o componente comportamental da imagem corporal possa ser investigado, clínica e epidemiologicamente, entre essa população.

Palavras-chave: Imagem Corporal. Estudos de Validação. Homens.

ABSTRACT

In Brazil, there are very few valid and reliable self-reporting tools to assess body image, especially among men who, for years, did not receive the attention due from researchers. Therefore, this study aimed to perform a cross-cultural adaptation of the *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ), a tool developed to assess body checking behaviors, considering relevant men's concerns with weight and body shape. This dissertation was divided into four steps: The Theoretical Framework addresses core themes which form the basis for understanding this study; procedures for the cross-cultural adaptation (brief description of the methodological steps adopted during the phases of translation and validation; Article A – entitled “Portuguese (Brazil) translation, semantic equivalence and internal consistency of the Male Body Checking Questionnaire (MBCQ)”); account of the methodological steps (translation, backtranslations, synthesis of the translation, review performed by specialists and pre-test) for the translation and cultural adaptation of the original tool in English into Brazilian Portuguese, and the equivalence between the two versions (semantic equivalence). In addition, satisfactory values of internal consistency of the MBCQ (Cronbach's *alpha* of 0.96) are presented, as well as its four factors (higher than 0.83). The last step (the fourth one), described in Article B, entitled “Psychometric Properties of the Male Body Checking Questionnaire (MBCQ) among young men”, reports on the assessment of the validity of the construct (exploratory and confirmatory factor analysis), indicating a satisfactory value to explain the variance (64.36%) and factor loadings (higher than 0.5), made up of four factors. The confirmatory factor analysis indicated the adequacy of the model proposed by means of good adjustment measures. The MBCQ presented convergent validity – correlation with the Body Shape Questionnaire ($\rho = 0.44$; $p < 0.01$) and Body Checking Questionnaire ($\rho = 0.55$; $p < 0.01$) - and discriminating - comparison between the groups of low and high risk behavior regarding eating disorders (Eating Attitudes Test – 26; 8604 vs. 34171; $p = 0.018$), and good stability. Satisfactory Cronbach's *alpha* values of the MBCQ applied in the factor analysis phase (0.92) were presented, as well as the analysis of reproducibility (moment 1, $\alpha = 0.89$; and moment 2, $\alpha = 0.94$). It may be concluded that the Male Body Checking

Questionnaire is ready to be used in samples of adult male Brazilians so that the behavior component of body image can be clinically and epidemiologically investigated in said population.

Keywords: Body image. Validation studies. Men.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa.	30
Quadro 2	Instrumentos de imagem corporal e suas características para a população brasileira.....	36
Quadro 3	Síntese do processo de adaptação transcultural de instrumentos.....	40
Quadro 4	Síntese dos tipos de equivalência dos instrumentos.....	41
Quadro 5	Avaliação da equivalência semântica – Tradução do <i>Male Body Checking Questionnaire</i>	60
Quadro 6	Avaliação da equivalência semântica – Retrotradução e versão final do <i>Male Body Checking Questionnaire</i>	61
Figura 1	Diagrama de caminhos do MBCQ.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise de Componentes Principais do MBCQ, pelo método de rotação Varimax.....	46
Tabela 2	Avaliação dos especialistas e dos estudantes do Questionário de Checagem Corporal Masculino – MBCQ.....	64
Tabela 3	Análise descritiva, inferencial e correlação dos instrumentos.....	78
Tabela 4	Cargas fatoriais com rotação Varimax e % da variância explicada pelos quatro fatores do MBCQ, divididos por itens.....	79
Tabela 5	Correlação entre os fatores dos instrumentos.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Análise de Componentes Principais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIC	<i>Akaike Information Criterion</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BCAQ	<i>Body Checking and Avoidance Questionnaire</i>
BCQ	<i>Body Checking Questionnaire</i>
BCCS	<i>Body Checking Cognition Scale</i>
BIAQ	<i>Body Image Avoidance Questionnaire</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DA	Dimensão Atitudinal
DP	Dimensão Perceptiva
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test - 26</i>
EBBIT	<i>Eating Behaviours and Body Image Test</i>
ED	<i>Eating Disorders</i>
IFI	<i>Incremental Fit Index</i>
LISREL	<i>Linear Structural Relationships</i>
MBCQ	<i>Male Body Checking Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
TA	Transtornos Alimentares
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ()
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
X ²	Qui-quadrado Ponderado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 QUADRO TEÓRICO	20
2.1 IMAGEM CORPORAL: histórico e conceitos.....	20
2.2 IMAGEM CORPORAL EM HOMENS.....	24
2.3 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	29
2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL.....	33
2.5 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS.....	38
3 PROCEDIMENTOS PARA A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	44
3.1 ETAPAS INICIAIS.....	44
3.2 ESTRUTURA FATORIAL.....	45
3.2.1 Sujeitos.....	45
3.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE).....	45
3.2.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....	47
3.2.4 Consistência interna, Validades Convergente e Discriminante, e Reprodutibilidade (teste-reteste).....	49
4 ARTIGO A – TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS (BRASIL), EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E CONSISTÊNCIA INTERNA DO MALE BODY CHECKING QUESTIONNAIRE (MBCQ)	51
4.1 INTRODUÇÃO.....	54
4.2 MÉTODOS.....	57
4.2.1 Etapas.....	57
4.3 RESULTADOS.....	59
4.3.1 Tradução.....	59
4.3.2 Compreensão verbal.....	63
4.3.3 Consistência interna.....	64
4.4 DISCUSSÃO.....	65
4.5 CONCLUSÃO.....	67

5 ARTIGO B – PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO MALE BODY CHECKING QUESTIONNAIRE (MBCQ) ENTRE HOMENS JOVENS	68
5.1 INTRODUÇÃO.....	71
5.2 MÉTODO.....	73
5.2.1 Participantes.....	73
5.2.2 Instrumentos.....	73
5.2.2.1 <i>Male Body Checking Questionnaire</i> – MBCQ.....	73
5.2.2.2 <i>Body Checking Questionnaire</i> – BCQ.....	74
5.2.2.3 <i>Body Shape Questionnaire</i> – BSQ.....	74
5.2.2.4 <i>Eating Attitudes Test</i> -26 – EAT-26.....	75
5.2.3 Avaliação Antropométrica.....	75
5.2.4 Procedimentos.....	75
5.2.5 Análise dos dados.....	76
5.3 RESULTADOS.....	78
5.4 DISCUSSÃO.....	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre imagem corporal apresentam crescimento evidente (BARROS, 2005), sobretudo nas últimas duas décadas (THOMPSON, 2004), e hoje podem ser encontradas pesquisas sobre o tema em diversas áreas como: Psiquiatria, Psicologia, Nutrição, Educação Física e Sociologia (TURTELLI, TAVARES, DUARTE, 2002; TURTELLI, 2003).

Segundo Paul Schilder (1999, p. 7), a imagem corporal é a “figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”, e pode ser dividida em duas dimensões: a perceptiva e a atitudinal (CASH, PRUZINSKY, 2002; THOMPSON, 2004). Sendo assim, segundo Campana e Tavares (2009, p. 19):

(...) os instrumentos para avaliar a imagem corporal são divididos em categorias de acordo com os aspectos que podem ser primariamente alterados na imagem corporal: percepção do corpo e atitudes em relação ao corpo.

A percepção da imagem corporal consiste na acurácia/inacurácia do julgamento do tamanho e da forma corporal; enquanto a dimensão atitudinal consiste nos sentimentos, nas crenças e nos comportamentos sobre o corpo e outros aspectos de sua aparência (CAMPANA, TAVARES, 2009; CASH, PRUZINSKY, 2002; GARDNER, BOICE, 2004; THOMPSON, 2004).

Durante alguns anos, o foco das pesquisas em imagem corporal relacionadas a essas duas dimensões permaneceu ligado ao estudo dos transtornos alimentares (TA), tais como anorexia e bulimia nervosas, e foram centradas na população feminina (McCABE, RICCIARDELLI, 2004; PICKETT, LEWIS, CASH, 2005). No entanto, nos últimos 10 a 15 anos, a atenção começa a aumentar sobre o distúrbio de imagem corporal, não só em mulheres, como também em homens (CAFRI et al., 2005).

Um comportamento relacionado aos distúrbios de imagem corporal, apontado atualmente pela literatura e não obstante pouco estudado, é o

comportamento de checagem corporal (SHAFRAN et al., 2004), já descrito como presente também em homens (ALFANO et al., 2011; REAS et al., 2005; WALKER, ANDERSON, HILDEBRANDT, 2009).

Dados apontam para o fato de a checagem corporal estar relacionada aos TA, existindo associação entre esse comportamento e a superestimativa do peso e da forma corporal (FAIRBURN; COOPER; SHAFRAN, 2003).

Segundo Mountford, Haase e Waller (2006), a checagem corporal inclui ações constantes de autoavaliação, como: aferição do peso corporal, exame – por meio do uso de espelhos e superfícies reflexivas – do tamanho e da forma corporal; “pinçamento” – toque – em busca de gordura corporal “indesejável”; comparação do corpo com o de outros indivíduos, entre outros comportamentos que podem durar poucos segundos ou até vários minutos.

A checagem corporal pode aumentar a insatisfação e a preocupação com o próprio corpo pela atenção seletiva e constante à forma e ao peso corporal (FAIRBURN; SHAFRAN; COOPER, 1999), e serve como parâmetro de avaliação do indivíduo com transtorno alimentar no julgamento de seu sucesso ou sua falha no controle do peso. Em caso de falha, segundo estes autores, o indivíduo se engaja em um processo ainda maior de acompanhamento e controle, até que o mesmo julgue que tenha alcançado seus objetivos.

A superestimativa do peso e da forma corporal, um grande medo de engordar, além de uma vivência conturbada com o corpo, são as principais características de pacientes com anorexia e bulimia nervosas (APA¹, 1994; OMS², 1993), que, em conjunto com outros aspectos, como o comportamento de checagem corporal, estão relacionados à esses quadros patológicos (FAIRBURN, COOPER, SHAFRAN, 2003; MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2007).

Mountford, Haase e Waller (2006) apontam para a importância da avaliação de aspectos da imagem corporal, como o comportamento de checagem, que possibilitem um monitoramento clínico, favorecendo, assim, a avaliação da eficácia do tratamento sobre diversos aspectos importantes nos TA.

Uma das formas de avaliação clínica, diagnóstica ou de rastreamento, é o uso de escalas e questionários conhecidos, traduzidos e adaptados, e que obtiveram avaliação de sua validade e confiabilidade, atestando que o instrumento possui boas

¹ American Psychiatric Association.

² Organização Mundial da Saúde.

propriedades psicométricas e que, portanto, apresenta-se como um meio eficaz de medida de determinado fenômeno (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993). Essa preocupação é apontada por Thompson (2004), que atesta a importância do uso de instrumentos válidos e confiáveis para os estudos em imagem corporal.

Para Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997, 1998), a adaptação transcultural de instrumentos, bem como o uso dos mesmos, merece grande atenção às suas equivalências. Os autores propõem a avaliação de seis tipos de equivalência (conceitual, semântica, item, mensuração, operacional e funcional), permitindo uma forma apropriada de acesso a um traço latente, além da possibilidade de comparação de fenômenos entre diferentes culturas (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

Pela importância do uso de instrumentos válidos e confiáveis para avaliação da imagem corporal (CAFRI, THOMPSON, 2004; THOMPSON, 2004), somada à carência observada por Campana e Tavares (2009) de instrumentos de avaliação da imagem corporal para a população brasileira, este estudo pretende adaptar, transculturalmente, o *Male Body Checking Questionnaire* (Anexo A) (HILDEBRANDT et al., 2010), questionário de avaliação dos comportamentos de checagem corporal, para uso na população masculina adulta brasileira.

Esta dissertação está estruturada em:

QUADRO TEÓRICO – Conceitos e discussões centrais necessárias para o embasamento desta pesquisa.

PROCEDIMENTOS PARA A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL – Apontamentos dos procedimentos metodológicos adotados, que serão descritos em detalhes nos Artigos A e B, com seus respectivos resultados.

ARTIGO A – Tradução para o português (Brasil), equivalência semântica e consistência interna do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ).

ARTIGO B – Propriedades psicométricas do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) entre homens jovens.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 IMAGEM CORPORAL: histórico e conceitos

Segundo Barros (2005), o interesse pelo estudo da imagem corporal se inicia com investigações da Neurologia com a observação do fenômeno denominado “membro fantasma”. No início do século XVI, na França, Ambroise Paré relata casos de pacientes com queixa de dor em um membro que havia sido amputado (Ibid.). Nessa época, os pesquisadores procuravam entender o funcionamento do mecanismo sensório-motor de pacientes, descrevendo casos de aumento de sensibilidade, presença de dor, coceira e frio em partes do corpo que foram amputadas, mesmo após anos (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Em 1871, Silas Weir Mitchel (apud CAMPANA; TAVARES, 2009) denominou essas sensações de “dor fantasma”. O autor reforçou a importância para a época de estudos clínicos, além da necessidade de documentação dos procedimentos e resultados obtidos em intervenções.

Pode-se afirmar que, do século XVI em diante, existe um expressivo interesse pelos estudos neurológicos, com a preocupação sobre o entendimento dos fenômenos sensoriais e motores, na busca pela identificação de regiões cerebrais responsáveis pelos mesmos.

A fase dos estudos de imagem corporal, chamada “fase neurológica” (CAMPANA; TAVARES, 2009), possibilitou um aumento do entendimento sobre aspectos sensoriais, e, principalmente, um avanço significativo sobre a localização de regiões cerebrais responsáveis pelo controle motor (PENNA, 1990).

Ao final do século XIX, por contribuição de diversos pesquisadores, como Gustav Fritsh, Eduard Hitzis, Mitchel, Gowers, Jackson, Munk e Carl Wernicke, as regiões cerebrais haviam sido largamente mapeadas, existindo grandes estudos sobre o córtex sensório-motor (Ibid.).

O neurologista francês Bonnier (apud PENNA, 1990), em 1905, contribuiu para a continuação dos estudos de imagem corporal, com discussões sobre casos de pacientes com labirintite que relatavam enxergar seu corpo de maneira distorcida.

Sua contribuição se dá na medida em que ele propõe a ideia de *schème*, uma representação espacial consciente do corpo, e também pela constatação da presença de alterações periféricas do sistema vestibular em seus pacientes.

Em 1908, Arnold Pick (apud CAMPANA; TAVARES, 2009) descreveu a incapacidade de alguns pacientes de identificarem seu próprio corpo ou partes do mesmo. Seu trabalho buscou compreender as funções periféricas, com interesse particular sobre a cinestesia e o papel da mesma na formação da representação corporal na mente.

Henry Head e Holmes (apud TAVARES, 2003), em 1911, aprofundam o estudo do sistema nervoso, em busca de maior conhecimento sobre o sistema periférico e introduzem o termo “esquema corporal”, entendido como uma figura inconsciente que o indivíduo tem de sua postura corporal.

Para Head e Holmes (apud SEMENZA, 2001), existe uma diferenciação entre a figura consciente e inconsciente do corpo, as quais são denominadas “imagem corporal” e “esquema corporal”, respectivamente.

É possível identificar o uso das duas expressões e de muitas outras como: autoimagem, imagem do corpo e percepção do corpo, quando se pretende discorrer sobre a imagem corporal, o que, segundo Thompson (2004), causa dificuldade de entendimento e de pesquisa sobre o tema.

Cash e Pruzinsky (2002) apontam para o fato da convergência dos termos imagem e esquema corporal. Os autores ressaltam, entretanto, que, antes da denominação específica do termo “imagem corporal”, os pesquisadores utilizavam, predominantemente, o termo “esquema corporal”, mecanismo neural central que coordenaria as mudanças de postura e movimento do corpo.

No século XX, o neurologista, psiquiatra e psicólogo alemão Paul Schilder, considerado um marco dos estudos de imagem corporal, não apresenta diferenciação entre as duas denominações. Em seu livro, intitulado **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique, Schilder (1999; p. 7) assevera que: “[...] o esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal”. Ainda segundo o autor:

Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo

se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vêm dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação; sensações provenientes de inervação dos músculos; e sensações provenientes das vísceras. Além disso, existe a experiência imediata de uma unidade de corpo (SCHILDER, 1999; p. 7).

A contribuição de Schilder se dá pelo olhar dinâmico que o autor coloca sobre o tema, considerando dois novos fatores na construção da imagem corporal do indivíduo: os fatores sociais e libidinais, pois, até o presente momento, as pesquisas sobre a imagem corporal estavam relacionadas aos aspectos fisiológicos, com olhar voltado para fenômenos neurológicos (PENNA, 1990).

Schilder (1999, p. 1) salienta que: “Era claro para mim naquela época que tal estudo deveria se basear não apenas na Fisiologia e na Neuropatologia, mas também na Psicologia”. Em seu livro, o autor aborda, inicialmente, os aspectos fisiológicos, com base, como esperado, em estudos neurológicos vigentes na época. Entretanto, ainda na construção deste primeiro aspecto, estudando danos neurológicos, aponta para o impacto da relação que o sujeito estabelece com o mundo exterior e suas emoções na disfunção da imagem corporal, afirmando que:

A localização é construída por impressões visuais e cinestésicas, colocando-se a impressão singular em relação ao modelo postural do corpo. Mas o modelo postural de corpo é produto de poderes criativos gestálticos de nossa psique (SCHILDER, 1999, p. 20).

Dando seguimento a sua análise, o autor discorre sobre os aspectos libidinais da imagem corporal, relatando o processo dinâmico da mesma, sua contínua construção e desconstrução, que ocorre a partir das experiências vividas pelo indivíduo:

(...) fazemos experiências constantes com ele. Quando a experimentação através do movimento não é suficiente, acrescentamos a influência do aparelho vestibular e de intoxicantes da imagem. Quando, mesmo assim, o corpo não é suficiente para

expressar as mudanças lúdicas e destrutivas que ocorrem nele, acrescentamos roupas, máscaras, jóias, que por sua vez também se expandem, contraem, desfiguram ou enfatizam a imagem corporal e partes dela (SCHILDER, 1999, p. 183).

Por último, mas não menos importante, Schilder (1999) constrói a ideia de “imagem corporal social”, na qual considera que a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo. Para o autor, os objetos e as pessoas que circundam o indivíduo têm influência sobre a construção de sua imagem, ou seja, sua construção depende de uma relação do mundo interior e exterior ao indivíduo.

A contribuição de Schilder, portanto, é expressiva para os estudos de imagem corporal, pois marca a transição de um período em que o pensamento sobre o tema era unidimensional, focalizado nos aspectos fisiológicos do corpo, para um período multidimensional, em que são considerados também os aspectos sociais e psicológicos (BARROS, 2005; PENNA, 1990; TAVARES, 2003).

Na atualidade, dois representantes se destacam na conceituação de termos de estudo da imagem corporal. Cash e Pruzinsky (2002) corroboram com a vertente multidimensional da imagem corporal, abordando a complexidade do tema e estruturando linhas de pesquisa na área.

Os estudos relacionados à imagem corporal têm-se dividido na avaliação de duas dimensões principais: perceptiva e atitudinal (CASH, PRUZINSKY, 2002; THOMPSON, 2004). Segundo Gardner (1996), a separação da avaliação da imagem corporal nessas duas dimensões tem sido um dos princípios básicos da teorização recente da área.

A avaliação da dimensão perceptiva procura verificar a exatidão no julgamento do tamanho, do peso e da forma corporal (GARDNER, 1996; GARDNER, BOICE, 2004; GARDNER, BROWN, 2010). Conforme McCabe et al. (2006), a percepção da imagem corporal depende de uma diversidade de informações sensoriais, táteis, visuais e cinestésicas. Gardner e Bokenkamp (1996) apontam para o fato de a percepção também ser influenciada por fatores subjetivos, não sensoriais, que são determinantes na superestimação do tamanho do corpo.

Assim, a dimensão perceptiva é, reconhecidamente, considerada em seus dois fatores: sensorial – formado, sobretudo, pelas respostas visuais e táteis; e o não sensorial – formado por variáveis cognitivas e afetivas relacionadas à identidade

do sujeito (CASH, PRUZINSKY, 2002; GARDNER, BOKENKAMP, 1996; THOMPSON et al., 1998).

Já a dimensão atitudinal é formada por afetos (sentimentos), crenças e comportamentos do indivíduo (CASH, PRUZINSKY, 2002). Segundo Banfield e McCabe (2002), ela pode ainda ser didaticamente dividida nos aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais. Entretanto, essa divisão não é unânime entre os pesquisadores, de forma que alguns consideram a insatisfação geral subjetiva – insatisfação que a pessoa possa ter com relação à sua aparência física – como um quarto aspecto (THOMPSON et al., 1998).

Para Banfield e McCabe (2002), a insatisfação corporal seria parte dos componentes cognitivos e afetivos; enquanto, para Thompson et al. (1998), ela seria um aspecto isolado, dividido ainda na satisfação com o peso, a forma e a aparência como um todo.

Um ponto substancial para o entendimento desta pesquisa é a noção da multidimensionalidade e a dificuldade de se definir a imagem corporal; portanto, será feita opção pelos conceitos abordados neste quadro teórico inicial como embasamento para este estudo. Dessa forma, neste trabalho, segue-se com a subdivisão da imagem corporal em duas dimensões, perceptual e atitudinal, considerando a última formada por três aspectos principais: afetivo, cognitivo e comportamental (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Vale ressaltar que um foco maior será dado ao aspecto comportamental, aqui destacado pelo comportamento de checagem corporal, pelo objetivo principal de adaptar, transculturalmente, um instrumento de autorrelato para a avaliação desse comportamento para a população brasileira.

2.2 IMAGEM CORPORAL EM HOMENS

Segundo McCabe e Ricciardelli (2004); Pickett, Lewis e Cash (2005), parte do crescimento do interesse pela pesquisa em imagem corporal está atrelado à relação existente entre os TA e a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. Em parte, esse interesse direcionou as pesquisas para a população feminina, dado que, até poucos anos atrás, existia um consenso de que a

insatisfação com a imagem corporal seria um fenômeno associado quase que exclusivamente a essa população (FABBRI et al., 2011; McCREARY, 2007).

No entanto, o estudo de imagem corporal na população masculina vem aumentando (MORGAN; ARCELUS, 2009), fato que também ocorre com as pesquisas relacionadas aos TA nessa população (BUTTON, ALDRIDGE, PALMER, 2008; FERNÁNDEZ-ARANDA et al., 2009; FORMAN-HOFFMAN, WATSON, ANDERSEN, 2008).

Existe uma dificuldade por parte de muitos homens em assumir a presença de preocupação e insatisfação com o corpo, bem como de adoção de comportamentos para modificação corporal (CAFRI et al., 2005; RICCIARDELLI, McCABE, 2004). Pope, Phillips e Olivardia (2000) descrevem essa negação masculina como um fato social protetor, em que esses indivíduos se sentem pressionados a assumir uma postura de virilidade e masculinidade, buscando não expressar seus sentimentos, por acreditarem que assim estão se afastando de um comportamento considerado pela sociedade como normativo para as mulheres.

Hargreaves e Tiggemann (2006, p. 571) encontraram, nos discursos dos adolescentes de 14 a 16 anos, esse “tabu social”. Segundo as autoras, a preocupação com a aparência física e com a imagem corporal é considerada pelos adolescentes como um “assunto inapropriado” pelo medo de serem julgados como *gays* ou “afeminados”.

Nas últimas duas décadas, houve um crescimento significativo da relação que os homens mantêm com seu corpo (HOBZA; ROCHLEN, 2009). Atualmente, é aceito o fato de que tanto homens como mulheres apresentam insatisfações com a imagem corporal (FREDERICK et al., 2007).

Homens e mulheres apresentam preocupações com o peso e a forma corporal; no entanto, estas são diferentes entre os sexos. Mulheres procuram atingir um modelo de corpo magro, adotando comportamentos dirigidos para o emagrecimento – *drive for thinness* –, enquanto homens procuram um corpo com maior massa muscular, voltado para a muscularidade – *drive for muscularity* (FISHER, DUNN, THOMPSON, 2002; McCREARY, SASSE, 2000).

Kelley, Neufeld e Musher-Eizenman (2010) ressaltam, no entanto, que *drive for thinness* e *drive for muscularity* não são comportamentos mutuamente excludentes, ou seja, tanto homens como mulheres podem apresentar, concomitantemente, os dois direcionamentos, com a ressalva de que homens

apresentam maior atenção para o ganho de musculatura corporal, enquanto as mulheres estão mais preocupadas em atingir um corpo magro.

Segundo Furnham, Badmin e Sneade (2002), a preocupação corporal feminina possui uma tendência normativa com o ideal corporal de uma silhueta magra e longilínea, enquanto os homens parecem variar de acordo com o *status* de seu estado nutricional. Em sua grande maioria, conforme McCabe e Ricciardelli (2004), para os indivíduos eutróficos, o ideal corporal é a muscularidade, enquanto para sobrepesos e obesos a perda de gordura corporal é objetivo mais relevante.

Além da preocupação com o corpo em geral, os homens apresentam descontentamento maior com algumas áreas corporais específicas, como ombros, peitorais e braços (CAFRI, THOMPSON, 2004; OLIVARDIA et al. 2004; POPE, PHILLIPS, OLIVARDIA, 2000), em geral, em busca do desenvolvimento e da definição muscular das mesmas.

Cafri e Thompson (2004), em revisão sobre estudos de imagem corporal em homens, apontam para o fato de que poucos instrumentos de avaliação da imagem corporal valem-se das especificidades existentes entre os sexos na construção das escalas e dos questionários. Segundo os autores, os estudos utilizaram, e ainda utilizam, instrumentos construídos para a avaliação da satisfação com o peso e com a forma corporal baseada na gordura (preocupação com a magreza). Por conseguinte, os achados apontam para prevalência de maior insatisfação com a imagem corporal em mulheres.

Por meio da escala de silhuetas, para avaliação da satisfação corporal, Fallon e Rozin (1985) encontraram insatisfação somente em mulheres. Os resultados para os homens apresentavam ausência de insatisfação, o que, segundo os autores, tem relação com a análise conjunta dos dados, ou seja, indivíduos com maiores índices de massa corporal desejavam obter uma silhueta menor, enquanto indivíduos com menores índices de massa corporal escolhiam silhuetas maiores.

Acredita-se que essa forma de avaliação, assim como outras com enfoque na avaliação da satisfação corporal baseada no peso, mais especificamente sobre a gordura, tenha contribuído também para a crença da ausência de insatisfação corporal em homens (BLASHILL, 2011; CAFRI, THOMPSON, 2004; McCREARY, SASSE, 2000; OLIVARDIA et al., 2004).

Estudos qualitativos corroboraram com o entendimento da relação dos homens com seus corpos, possibilitando a identificação de algumas especificidades

da preocupação masculina, até então não identificadas pelo uso das escalas de silhuetas e dos questionários utilizados, e ampliando o conhecimento sobre os comportamentos adotados para a modificação corporal (BOTTAMINI, STE-MARIE, 2006; HARGREAVES, TIGGEMANN, 2006; RIDGEWAY, TYLKA, 2005).

Enquanto as mulheres tendem a adotar métodos compensatórios para o ganho de peso corporal como dietas restritivas, uso de pílulas para emagrecer e laxantes (CARLAT, CAMARGO; 1991; BUTTON, ALDRIDGE, PALMER, 2008), os homens valem-se do uso de esteroides anabólicos e prática excessiva de exercícios físicos a fim de atingir um corpo mais musculoso (POPE; PHILLIPS; OLIVARDIA, 2000).

Recomendações atuais apontam para o uso criterioso dos instrumentos de avaliação da imagem corporal, em que a atenção deve ser dada à escolha de questionários e escalas apropriadas para cada população, e que contenham propriedades psicométricas adequadas (GARDNER, BROWN, 2010; THOMPSON, 2004).

Para a população masculina, essa atenção deve focar a avaliação de três aspectos básicos: a) satisfação com a aparência muscular; b) comportamentos para modificação corporal (como prática excessiva de exercício físico e uso de esteroides anabólicos); c) em caso de incluir avaliação de regiões e/ou partes específicas do corpo, focar na parte superior do tronco (ombro, peitoral e braço) (CAFRI; THOMPSON, 2004).

Acredita-se que, desse modo, possíveis vieses possam ser minimizados, contribuindo para haver uma mais acurada medida da imagem corporal dos homens, com atenção específica às suas preocupações, investimentos, crenças e comportamentos (CAFRI; THOMPSON, 2007).

A preocupação com a muscularidade é apontada como uma das maiores inquietações masculinas sobre o corpo (DANIEL, BRIDGES, 2010; CAFRI et al., 2005; HOBZA, ROCHLEN, 2009); no entanto, vale ressaltar o fato de que a imagem corporal é um fenômeno multifacetado e complexo, extrapolando, portanto, essa única preocupação (SCHOOLER, WARD, 2006; TIGGEMANN, MARTINS, CHURCHETT, 2008).

Banfield e McCabe (2002) assumem a divisão dos estudos da imagem corporal em: investimento e avaliação corporal, sendo o investimento compreendido como o grau de importância dada ao corpo e o comportamento para modificação do

mesmo, enquanto a avaliação é dada pela análise das cognições e dos afetos do indivíduo sobre o mesmo.

De modo geral, mulheres apresentam maior investimento corporal do que os homens (BROWN, CASH, MIKULKA, 1990; CASH, MELNYK, HRABOSKY, 2004), apesar do aumento da preocupação masculina com a sua aparência (CAFRI, THOMPSON, 2004; MORRISON, MORRISON, HOPKINS, 2003).

Frith e Gleeson (2004) analisaram a relação dos homens com as roupas. Os resultados apontaram para quatro pontos principais: a) praticidade de vestimenta; b) preocupação com a aparência; c) uso de vestimenta como estratégia de ocultação ou valorização do corpo; d) ajustamento à cultura corporal social, ideal.

Para os autores, existe a crença de que homens não se preocupam com a moda, que investem pouco dinheiro na compra de produtos relacionados a ela (roupas em geral) e se vestem com foco somente na praticidade. Entretanto, os resultados apontam para um investimento corporal, com a preocupação de vestirem roupas que valorizem partes julgadas como bonitas culturalmente, ao mesmo tempo em que buscam ocultar partes corporais julgadas feias (Ibid.).

O comportamento de ocultação de partes específicas do corpo é denominado evitação corporal e, juntamente com os comportamentos de checagem, faz parte de atitudes presentes em indivíduos com TA (SHAFRAN et al., 2004). Exemplos da checagem corporal: pesagem constante, avaliação do corpo por meio do uso do espelho e de superfícies reflexivas, roupas específicas que ajudam na avaliação das mudanças corporais, além de questionamento a outras pessoas sobre sua forma e aparência física (MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; SHAFRAN et al., 2004).

Tais comportamentos foram identificados tanto em homens quanto em mulheres e mantêm relação com a preocupação com o peso e a forma, sintomas de dismorfia corporal, depressão e uso de drogas para melhora da aparência e do desempenho físico (WALKER, ANDERSON, HILDEBRANDT, 2009).

A preocupação, a insatisfação e o investimento na aparência muscular – *drive for muscularity* – são aspectos centrais da imagem corporal dos homens (McCREARY, SASSE, 2000; POPE, PHILLIPS, OLIVARDIA, 2000). Mas, em razão da complexidade e multidimensionalidade da imagem corporal, os pesquisadores devem estar atentos a um necessário retorno ao seu amplo conceito para se fazer uma análise e discutir os resultados (GLEESON; FRITH, 2006).

Nesse caminho de investigação, possivelmente, alguns aspectos da imagem corporal masculina foram negligenciados (SCHOOLER, WARD, 2006; TIGGEMANN, MARTINS, CHURCHETT, 2008). No entanto, foram identificadas preocupações importantes com: a gordura corporal (RIDGEWAY, TYLKA, 2005); a estatura (JACOBI, CASH, 1994); a juventude (GROGAN, 1999; GUPTA, SCHORK, 1993); as características faciais (HATOUM, BELLE, 2004; WADE, 2000); o tamanho do pênis (LEVER, FREDERICK, PEPLAU, 2006; MORRISON et al., 2005); os cabelos da cabeça (TIGGEMANN, MARTINS, CHURCHETT, 2008); e a depilação corporal (BOROUGHES; CAFRI; THOMPSON, 2005).

Outras pesquisas são necessárias a fim de contribuir com o entendimento da imagem corporal e de aspectos específicos dos homens (CAFRI, THOMPSON, 2004; TIGGEMANN, MARTINS, CHURCHETT, 2008), especialmente com relação aos TA (MELIN; ARAÚJO, 2002), de incidência crescente nessa população (FORMAN-HOFFMAN, WATSON, ANDERSEN, 2008; SCAGLIUSI et al., 2009; STRIEGEL-MOORE et al., 2009).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os TA ganham preocupação maior a cada dia, por parte dos profissionais da área de saúde, por apresentarem graus significativos de morbidade e mortalidade, causando prejuízos de ordem pessoal e social aos indivíduos (FAIRBURN, HARRISON, 2003; PINZON, NOGUEIRA, 2004; TREASURE, CLAUDINO, ZUCKER, 2010).

Na atualidade, três principais categorias de TA são descritas: anorexia nervosa, bulimia nervosa e os TA não especificados (APA, 1994). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), na **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10** (CID-10), classifica os transtornos alimentares não especificados como TA atípicos.

A anorexia nervosa é caracterizada por um baixo índice de massa corporal e um medo exagerado de aumento de peso; a bulimia nervosa por repetidas compulsões alimentares, seguidas de comportamentos na tentativa de controle de ganho de peso; e os transtornos alimentares não especificados como

variações dos transtornos alimentares sem um diagnóstico preciso, como, por exemplo, o transtorno da compulsão alimentar periódica (APA, 1994). No Quadro 1, são apresentados os critérios diagnósticos das duas principais categorias segundo a APA (1994):

Quadro 1: Critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
<p>A – Recusa manter o peso corporal igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso, levando a manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso de ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado.</p>	<p>A – Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos tendo as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingestão em pequeno intervalo de tempo (cerca de 2 horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias; • sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto come).
<p>B – Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com o peso abaixo do normal.</p>	<p>B – Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir o ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.</p>
<p>C – Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo; influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação ou negação do baixo peso corporal atual.</p>	<p>C – Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, 2 vezes por semana, por pelo menos 3 meses.</p>
<p>D – Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais.</p>	<p>D – A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais. O transtorno não ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa.</p>
<p>Subtipos:</p> <p><u>Restritivo:</u> não há episódio de comer compulsivo ou prática purgativa.</p> <p><u>Purgativo:</u> existe episódio de comer compulsivo e/ou purgação.</p>	<p>Tipos:</p> <p><u>Purgativo:</u> autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas.</p> <p><u>Sem purgação:</u> sem práticas purgativas, prática de exercícios excessivos ou jejuns.</p>

Fonte: APA (1994).

Importante destacar que, nas duas principais categorias, estão presentes as preocupações com o peso e com a forma corporal, não necessariamente com alterações perceptivas da imagem corporal, mas com uma vivência conturbada com o corpo (APA, 1994).

Alguns estudos epidemiológicos buscaram estimar a prevalência e a incidência dos transtornos alimentares em diversos países do mundo (ALONSO et al., 2005; CHEN, JACKSON, 2008; HOEK, VAN HOEKEN, 2003; HUDSON et al., 2007; JACOBI et al., 2004; SOUZA-FERREIRA, VEIGA, 2008;). Dificuldades na avaliação objetiva do diagnóstico, uso de amostras locais não generalizáveis, uso de questionários em detrimento da entrevista clínica e da relutância dos indivíduos em participar das pesquisas, principalmente aqueles com anorexia nervosa, são fatores limitantes para uma correta avaliação epidemiológica dos transtornos alimentares (HAY, 2002; PETRI et al., 2009).

Estima-se que a prevalência da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar periódica, para a população adulta, estejam em torno de 0,5 a 1%, 1 a 3% e 0,7 a 3,3%, respectivamente (HUDSON et al., 2007; JACOBI et al., 2004; PETRI et al., 2009). Vale destacar, no entanto, que, para a população masculina, sobretudo para a anorexia e bulimia nervosas, a prevalência é menor (HUDSON et al., 2007; MELIN, ARAÚJO, 2002).

A proporção de casos de transtornos alimentares entre homens e mulheres era estimada em torno de 1:10 a 1:20 (BRUSHNELL et al., 1990; GARFINKEL et al., 1995; KLEIN, WALSH, 2004).

Existe um aumento da incidência de transtornos alimentares em homens, ou, ao menos, da identificação de um maior número de casos (FORMAN-HOFFMAN, WATSON, ANDERSEN, 2008; SCAGLIUSI et al., 2009; STRIEGEL-MOORE et al., 2009). Assim, acredita-se que a proporção tenha diminuído, girando em torno de 1:5 a 1:10 (HUDSON et al., 2007).

Carlat e Camargo (1991) já sugeriam, na década de 1990, que a incidência de transtornos alimentares em homens estava aumentando e que a prevalência desses transtornos estava subestimada. Para os autores, esse fato mantém relação com a dificuldade dos homens em admitir a presença de preocupação com o corpo; por isso, há uma procura menor desses indivíduos por serviços especializados em transtornos alimentares.

Petri et al. (2009) realizaram uma pesquisa epidemiológica em seis países da Europa (Espanha, Itália, Alemanha, Holanda, Bélgica e França) e identificaram uma prevalência que variava de 3 a 8 vezes maior, ao compararem as mulheres aos homens, para anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os autores especulam que existe um aumento na prevalência desses transtornos na população masculina, se comparada a estudos anteriores, em que a população masculina representava cerca de apenas 10% dos casos totais.

Crowther et al. (2008) e Hay (2002) esclarecem que a incidência dos TA não aumentou nos últimos anos. Existe segundo os autores um possível e pequeno aumento de anorexia nervosa em mulheres jovens e identificação de novos casos, sobretudo de bulimia, em homens. Estima-se, por exemplo, que a incidência de novos casos de anorexia nervosa em mulheres jovens seja da ordem de 8 para 100 mil pessoas, enquanto em homens, seja de 0,5 por 100 mil (APA, 2005).

Como citado anteriormente, os fatores limitantes para os estudos de prevalência e incidência desses TA, possivelmente, contribuem para uma menor identificação do número real de casos. Durante anos, a população masculina teve casos negligenciados, o que, por sua vez, também contribuiu para a crença de que homens não sofriam preocupações com seu corpo e não seriam afetados pelos TA (McCREARY, 2007; MELIN, ARAÚJO, 2002; POPE, PHILLIPS, OLIVARDIA, 2000).

No **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (DSM-IV) (APA, 1994), um dos critérios diagnósticos para a anorexia nervosa é a presença de amenorreia por pelo menos três ciclos consecutivos. Esse critério evidencia que o foco dos TA permanece ligado à população feminina, dado que o DSM-IV não apresenta um critério análogo para os homens. Acredita-se que esse critério possa ter contribuído para a exclusão de muitos casos de anorexia nervosa em homens e sua “migração” para os TA não especificados (FABBRI et al., 2011).

Já na CID-10, o diagnóstico inclui:

(...) um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado em mulheres com a presença de amenorreia e em homens com a perda do interesse e potência sexuais (OMS, 1993, p. 174).

Esse critério diminui o viés diagnóstico, mas não modifica o fato de o foco dos estudos estar ainda voltado para a população feminina (MELIN; ARAÚJO, 2002).

Estudo de base populacional realizado no sul do Brasil (SILVA et al., 2011), verificou presença de insatisfação corporal, tanto em homens como em mulheres adultas, associada à presença de transtornos mentais comuns, abuso de álcool, obesidade e inatividade física. Os autores apontam para a necessidade da consideração de diferentes intervenções de Saúde Pública e de campanhas de sensibilização, com atenção voltada às peculiaridades de cada sexo, de forma a reduzir a insatisfação com o corpo e seus possíveis prejuízos.

Vale ressaltar, neste momento, que a insatisfação corporal é um dos fatores de risco para o desenvolvimento dos TA (APA, 1994) e que a incidência desse transtorno parece aumentada na população masculina nos últimos anos (FORMAN-HOFFMAN, WATSON, ANDERSEN, 2008; SCAGLIUSI et al., 2009; STRIEGEL-MOORE et al., 2009).

A carência de instrumentos válidos, os vieses de sexo identificados nos questionários e escalas aplicados à população, a grande diferença na prevalência dos transtornos alimentares entre homens e mulheres, assim como a antiga crença na não existência de insatisfação corporal em homens, aumentam as dúvidas dos profissionais e pesquisadores sobre os aspectos relacionados à imagem corporal e aos TA nessa população.

É necessária a criação e/ou adaptação de instrumentos específicos que permitam a ampliação dos estudos científicos e epidemiológicos, possibilitem o acompanhamento e monitoramento clínico dos transtornos alimentares, bem como comparações entre diferentes populações por meio de estudos transculturais, auxiliando, assim, futuras ações de Saúde Pública (BOWDEN; FOX-RUSHBY, 2003; NUNES et al., 2003).

2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Instrumentos de avaliação da imagem corporal começaram a se concretizar a partir da metade do século XX (CAMPANA; TAVARES, 2009). A *Body*

Catexis Scale, criada por Secord e Jourard, em 1953, para avaliar a percepção em relação a própria aparência, pode ser considerada a primeira escala contemporânea (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Desse ano em diante, diversos instrumentos foram desenvolvidos, centrados na percepção corporal, até 1970, ano em que as pesquisas sobre a imagem corporal passam por um redirecionamento (CAMPANA; TAVARES, 2009). Como resultado, cresce o enfoque à dimensão atitudinal, principalmente relacionado à relação do sujeito com seu corpo e sua aparência (THOMPSON et al., 1998).

Na atualidade, os instrumentos são divididos, em geral, de acordo com as duas dimensões da imagem corporal: perceptiva e atitudinal (CASH; PRUZINSKY, 2002). Segundo Thompson et al. (1998) existe um notório número de instrumentos destinado à avaliação da dimensão atitudinal, o que para Gleeson e Frith (2006), tem contribuído para o crescimento das pesquisas sobre a insatisfação corporal.

Uma das primeiras forma de avaliação desenvolvidas e mais utilizada para avaliar a insatisfação corporal, é a escala de silhuetas, composta por um número de figuras que buscam representar o corpo humano, variando de um corpo muito magro a muito gordo. Nessa forma de avaliação, a insatisfação é entendida como a discrepância entre as silhuetas escolhidas, ideal e atual (GARDNER; BROWN, 2010).

A escala de silhuetas é uma das técnicas mais utilizadas em estudos populacionais, pela praticidade de aplicação e possibilidade de englobar grandes amostras (MENDELSON; MENDELSON; WHITE, 2001; THOMPSON, 1995).

Os autores Gardner, Friedman e Jackson (1998), bem como Thompson e Gray (1995), afirmam que uma série de problemas foi detectada para o seu uso, como o pequeno número de figuras – que dificultam a escolha do indivíduo, a forma de apresentação – figuras dispostas de forma crescente e a dificuldade de uma boa representação do corpo humano.

Acrescenta-se a esse fato o baixo número de escalas de silhuetas que apresentem estudos sobre as suas propriedades psicométricas (GARDNER, 2001; GARDNER; BROWN, 2010; THOMPSON, GRAY, 1995; THOMPSON et al., 1998).

Outros métodos de avaliação incluem questionários, entrevistas semiestruturadas e estruturadas (THOMPSON et al., 1998), que somam um grande número de métodos disponíveis (CAMPANA, TAVARES, 2009; CASH, PRUZINSKY,

2002; GARDNER, BROWN, 2010; THOMPSON, 1990; THOMPSON et al., 1998; TÚRY, GÜLEÇ, KOHLS, 2010).

Thompson (2004) atenta, no entanto, para o cuidado por parte do pesquisador, quanto à escolha do instrumento, em que pese as especificidades da amostra em questão, a dimensão e o aspecto a ser avaliado e, principalmente, a necessidade do uso de instrumentos que tenham propriedades psicométricas comprovadas.

Duas propriedades básicas devem ser verificadas: a validade e a confiabilidade (ANASTASI, URBINA, 2000; PASQUALI, 1996; PASQUALI, 2003). Segundo Pasquali (1996, p. 93), “costuma-se definir a validade de um teste dizendo que ele é válido se de fato mede o que supostamente deve medir”. O autor acrescenta: “(...) o que se quer dizer com esta definição é que, ao se medirem os comportamentos (itens), que são a representação do traço latente, está-se medindo o próprio traço latente” (Ibid.).

Conforme o autor, diversas técnicas podem ser utilizadas para viabilizar a análise da validade de um instrumento, como validade de critério (comparação do resultado do teste com um critério aceito como verdadeiro, podendo ser concorrente ou preditiva); validade de conteúdo (análise do conteúdo – itens do teste – por especialistas no assunto); e validade de constructo (análise fatorial e/ou correlação do teste com medidas possivelmente relacionadas ao fenômeno, podendo ser convergente ou discriminante).

Já a confiabilidade representa o grau com que o instrumento mede com precisão ou coerência determinado atributo que se propõe a medir. Para essa análise, segundo Pasquali (1996), destacam-se três técnicas: teste-reteste (reprodutibilidade – correlação que consiste na distribuição dos escores obtidos em um mesmo teste pelos mesmos sujeitos em momentos diferentes), formas paralelas (correlação obtida a partir da aplicação do instrumento dividido em duas partes) e consistência interna (homogeneidade da amostra de itens do teste).

No Brasil, existem poucos instrumentos específicos de autorrelato destinados à avaliação da imagem corporal; no entanto, um esforço crescente é realizado no sentido de adaptar e validar instrumentos desenvolvidos para outras culturas (CAMPANA; TAVARES, 2009).

No Quadro 2, a seguir, serão apresentados, resumidamente, alguns dos instrumentos disponíveis para a população brasileira, organizados quanto ao sexo

da população-alvo (Masculina ou Feminina), à faixa etária da amostra e à dimensão avaliada (Dimensão Perceptiva ou Atitudinal, assim como o aspecto avaliado).

Quadro 2: Instrumentos de imagem corporal e suas características para a população brasileira.

Instrumentos	Gênero	Faixa Etária (anos)	Indicação avaliativa
<i>Body Checking and Avoidance Questionnaire</i> – BCAQ (KACHANI et al., no prelo).	F	>18	DA (comportamental)
<i>Body Image Acceptance and Action Questionnaire</i> (FERREIRA; PINTO-GOUVEIA; DUARTE, 2011).	M e F	13 – 50	DA (cognitivo)
<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale – 3</i> (AMARAL et al., 2011).	M e F	>18	DA (cognitivo)
<i>Body Checking Cognitions Scale</i> – BCCS (KACHANI et al., 2011).	F	>18	DA (comportamental)
Escala de Silhuetas bi e tridimensionais (MORGADO; FERREIRA, 2010).	M e F	21 – 50	DA (afetivo)
<i>Tripartite Influence Scale</i> (CONTI et al., 2010).	M e F	>18	DA
Escala Situacional de Satisfação Corporal (HIRATA; PILATI, 2010).	M e F	>18	DA (afetivo)
Escala de <i>Evaluación da Insatisfacción Corporal</i> (CONTI; SLATER; LATORRE, 2009).	M e F	10 – 17	DA (afetivo)
<i>Body Shape Questionnaire</i> – BSQ (CONTI; CORDÁS; LATORRE, 2009).	M e F	10 – 18	DA (afetivo, cognitivo e comportamental)
Escala de Silhuetas para Adolescentes (CONTI; LATORRE, 2009).	M e F	10 – 17	DA (afetivo)
<i>Body Shape Questionnaire</i> – BSQ (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009).	M e F	>18	DA (afetivo, cognitivo e comportamental)
<i>Body Area Scale</i> (CONTI et al., 2009).	M e F	10 – 17	DA (afetivo)
Escala de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças (KAKESHITA et al., 2009).	M e F	7 – 12 18 – 60	DA (afetivo) e DP
<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> (JORGE et al., 2008).	M e F	>18	DA
<i>Body Investment Scale</i> (GOUVEIA et al., 2008).	F	15 – 58	DA
<i>Body Image Avoidance Questionnaire</i> – BIAQ (CAMPANA et al., 2009).	F	>17	DA (comportamental)

Quadro 2: Instrumentos de imagem corporal e suas características para a população brasileira. (Continua).

<i>Body Checking Questionnaire – BCQ</i> (CAMPANA, 2007).	F	>17	DA (comportamental)
<i>Eating Behaviours and Body Image Test</i> (GALINDO; CARVALHO, 2007).	F	9 – 12	DA (afetivo)
<i>Stunkard’s Figure Rating Scale</i> (SCAGLIUSI et al., 2006).	F	18 – 46	DA (afetivo)
<i>Body Attitudes Scale</i> (SCAGLIUSI et al., 2005).	F	>18	DA (afetivo)
Escala de Medida da Imagem Corporal (SOUTO, 1999).	F	>17	DA (afetivo)
Escala de Autoavaliação do Esquema Corporal (FARIAS; CARVALHO, 1987).	M e F	>18	DA (afetivo)

Legenda: M – Masculino; F – Feminino; DP – Dimensão Perceptiva; DA – Dimensão Atitudinal.
Fonte: o Autor (2011).

Cumprе ressaltar que, dos instrumentos disponíveis (Quadro 2), apenas cinco foram desenvolvidos especificamente para a população brasileira: Escala de Silhuetas bi e tridimensionais (MORGADO; FERREIRA, 2010), Escala Situacional de Satisfação Corporal (HIRATA; PILATI, 2010), Escala de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças (KAKESHITA et al., 2009), Escala de Medida da Imagem Corporal (SOUTO, 1999) e a Escala de Autoavaliação do Esquema Corporal (FARIAS; CARVALHO, 1987). Todos os outros foram traduzidos e/ou adaptados, sendo que apenas alguns obtiveram a análise de sua validade e confiabilidade para a população brasileira.

Grande parte desses instrumentos foram criados/adaptados com o intuito de avaliar a insatisfação com o próprio corpo (aspecto afetivo da dimensão atitudinal da imagem corporal), e, em sua maioria, para amostras femininas. Ademais, quase a totalidade daqueles desenvolvidos para ambos os sexos não apresentam diferenciação quanto às especificidades de sexo dos respondentes.

Quanto ao aspecto comportamental, foco de avaliação do questionário que se pretender adaptar (MBCQ), quatro instrumentos foram adaptados para a cultura brasileira: BCAQ (KACHANI et al., no prelo), BCCS (KACHANI et al., 2011), BIAQ (CAMPANA et al., 2009) e o BCQ (CAMPANA, 2007), todos eles específicos para a população feminina.

Pelo interesse dos pesquisadores brasileiros, refletido no número de instrumentos de avaliação da imagem corporal adaptados nos últimos anos, neste momento, torna-se necessário um entendimento desse processo, sua importância e aplicabilidade, bem como a compreensão dos passos metodológicos necessários para seu desenvolvimento.

2.5 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS

Os estudos transculturais têm-se tornado uma área de pesquisa em crescente expansão (REICHENHEIM; MORAES, 2007; SALMOND, 2008), notadamente no que diz respeito à adaptação de instrumentos para outras culturas. A avaliação por meio de instrumentos de autorrelato, como escalas e questionários, aumentou nas últimas décadas, em função, sobretudo, do fenômeno da globalização e de sua influência no entrelaçamento entre culturas (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

Existe, para tanto, uma preocupação quanto à escolha dos instrumentos para utilização, garantindo ao avaliador a acurácia de medida e, assim, indicadores confiáveis (FITZNER, 2007; PASQUALI, 1996).

Segundo os autores Cruz et al. (2011) e Soares et al. (2011), há uma série de instrumentos internacionais que não estão disponíveis para os pesquisadores brasileiros, fato que aumenta a importância de adaptação/validação de novas escalas.

Ciconelli et al. (1999), Ciconelli (2003) e Alexandre e Coluci (2011) ressaltam a importância da validação de instrumentos para a realidade brasileira, com o intuito de prover os profissionais de medidas confiáveis e específicas para essa população, garantindo, desse modo, a veracidade das informações coletadas.

Segundo Beaton et al. (2000), o processo de adaptação transcultural apresenta características próprias em que instrumentos destinados para pesquisas transculturais, ou mesmo, instrumentos adaptados para culturas e línguas diferentes, precisam receber tratamento e atenção criteriosos, assegurando uma equivalência entre o instrumento adaptado e o original. Soma-se a esse fato a necessidade da

posterior avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado (GUILLEMIN, 1995; VAN WIDENFELT et al., 2005; SALMOND, 2008).

Os autores Beaton et al. (2000) e Guillemin (1995) são unânimes em atestar a importância da adaptação transcultural, definindo-a como um processo que examina tanto conteúdos linguísticos (tradução) quanto questões de adaptação cultural na preparação de um questionário para uso em outra cultura.

Primeiramente, deve-se ater à possibilidade de correspondência de conceitos (equivalência conceitual) entre diferentes culturas, ou seja, analisar a possibilidade de um determinado constructo possuir conceitos semelhantes em uma cultura diferente (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1997; REICHENHEIM, MORAES, 2007). Caso não seja possível obter a equivalência conceitual, deve-se optar pela construção de um novo instrumento que reflita melhor os conceitos sobre determinado constructo para essa nova realidade (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; 1998).

Dois possibilidades são apontadas pelos autores Beaton et al. (2000) e Guillemin, Bombardier, Beaton (1993) para o uso de escalas e questionários na área de saúde e qualidade de vida em outros contextos culturais. A primeira é a de criação de um novo instrumento, baseado na cultura da população-alvo, o que pode ser realizado por meio de um estudo de revisão sobre as características específicas de determinado fenômeno dessa população. Uma segunda possibilidade aponta para o uso de um instrumento reconhecido no cenário mundial, traduzido e adaptado culturalmente para a nova população.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propõem uma diversidade de cenários possíveis para esse processo. Em caso de estudos em uma população diferente que mantenha as características de língua e cultura muito similares, o instrumento pode ser aplicado sem necessidade de tradução nem adaptação cultural. Entretanto, em um cenário bastante diversificado, no qual se pretende utilizar o instrumento em um país diferente, contendo língua diferente da original, a adaptação transcultural se torna extremamente necessária.

Segundo os autores, a adaptação transcultural garante que um instrumento possa ser utilizado em outras culturas, permitindo comparações entre as mesmas. Eles apontam, contudo, para a necessidade de haver uma equivalência entre as versões traduzidas de um mesmo instrumento, de modo a respeitar possíveis diferenças nos contextos culturais. Isto quer dizer que os itens do

questionário devem ser bem traduzidos não só quanto à forma gramatical, mas também adaptados culturalmente, garantindo que um mesmo conceito esteja sendo semelhantemente avaliado entre as diferentes culturas.

Por meio da leitura dos textos de Beaton et al. (2000) e de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), procurou-se unir e organizar, didática e resumidamente, no Quadro 3, os passos do processo de adaptação transcultural propostos por esses autores. Percebe-se a necessidade de que essas fases sejam seguidas a fim de garantir a manutenção da equivalência semântica, que, segundo Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998), apresenta-se como a equivalência mais comumente avaliada em adaptações transculturais.

Quadro 3: Síntese do processo de adaptação transcultural de instrumentos.

Fases	Descrição
Tradução	Processo de tradução da língua original do instrumento para a língua do país em que se pretende adaptar o instrumento. Deve ser realizado por, no mínimo, dois tradutores independentes (T1 e T2), com a sugestão de que pelo menos um desses tradutores seja nativo da “língua-mãe” do instrumento, e que um deles não tenha conhecimento sobre o assunto abordado. Essas características dos tradutores buscam atender dois requisitos básicos: entender possíveis termos culturais da “língua-mãe” do instrumento e adaptar o instrumento com foco na nova população-alvo.
Síntese de tradução	Formulação de uma síntese única (T12), sendo feita pela avaliação das duas traduções iniciais. Deve ser realizada em encontro dos tradutores, que deverão acordar uma única versão, relatando, por escrito, todo processo de síntese.
Retrotradução	Processo de retorno da tradução (T12) para a “língua-mãe” do instrumento, que deve ser realizado por dois novos tradutores independentes. De preferência, os retrotradutores não devem ter conhecimento sobre a pesquisa em desenvolvimento, devendo trabalhar sem qualquer contato com o instrumento original.
Comitê de peritos	Reunião de juízes que analisarão todo processo de tradução, síntese de tradução e retrotradução. Sugere-se uma reunião com a presença de tradutores, retrotradutores, metodologistas e peritos no processo de adaptação de instrumentos. Vale ressaltar que o comitê deve estar atento para o fato de o instrumento final ter linguagem compreensível para um indivíduo de 10 a 12 anos de idade.
Pré-teste	Fase final da adaptação, em que o instrumento final (versão sugerida pelo comitê de peritos) será aplicado a uma amostra-alvo de 30 a 40 indivíduos. Nessa fase, a atenção será dada à avaliação dos respondentes sobre as dificuldades encontradas no processo de aplicação do questionário, bem como no entendimento dos itens. Em caso de aparecimento de muitas dúvidas sobre determinado item, o pesquisador deve recorrer, novamente, ao comitê de peritos.

Fonte: o Autor (2011). Baseado em Beaton et al. (2000); Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

Para Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997, 1998), a adaptação transcultural de escalas deve se basear na avaliação das equivalências, na qual o

primeiro passo seria verificar, por intermédio de uma revisão de literatura, se existem evidências de que o fenômeno avaliado possui o mesmo significado nas culturas original e de destino, o que garantiria as equivalências conceitual e de item.

Caso o instrumento avaliado tenha significados diferentes entre as culturas, ou seja, não exista uma equivalência conceitual, deve-se optar pela construção de um instrumento específico para a cultura em questão, com o intuito de não prejudicar a equivalência de mensuração e funcional, o que poderia refletir na não obtenção de propriedades psicométricas adequadas (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; 1998).

A perspectiva proposta por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) é composta por passos metodológicos (análise de seis tipos de equivalências) em contínuo, em que, uma vez assumida a equivalência conceitual, deve-se seguir com os seguintes tipos de equivalência dos instrumentos: semântica, item, mensuração, operacional e funcional. A análise das equivalências, em conjunto, comprova a similaridade do constructo em avaliação entre diferentes culturas e atesta a possibilidade de emprego do instrumento, mantendo propriedades psicométricas adequadas para a avaliação do mesmo.

No Quadro 4, apresenta-se uma síntese dos procedimentos relativos à análise de equivalências, sendo que a equivalência de mensuração merece um destaque especial por ser mais um ponto relevante de concordância entre os pesquisadores (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Quadro 4: Síntese dos tipos de equivalência dos instrumentos.

Tipos	Descrição
Conceitual	Investigação sobre os valores atribuídos por determinadas culturas sobre os conceitos apresentados no questionário. Uma das formas de se avaliar inicialmente esse tipo de equivalência é a busca sobre a conceitualização do tema – exploração teórica e empírica. Outra maneira de avaliar a equivalência é a consulta a um comitê de peritos sobre a presença do fenômeno na cultura a ser investigada.
Semântica	Análise da similaridade entre palavras em diferentes línguas, a fim de obter um efeito semelhante entre os respondentes em diferentes idiomas. Uma das possibilidades de análise desse tipo de equivalência é a verificação do entendimento e clareza dos respondentes sobre as palavras e expressões contidas no questionário.
Item	Análise do peso de cada item do questionário, ou seja, busca avaliar se existe uma correlação no domínio do conteúdo, entre diferentes culturas, por meio da análise dos itens. Essa forma de equivalência começa com uma análise qualitativa dos dados; entretanto, respostas mais precisas podem ser obtidas por análises quantitativas, como a análise de consistência interna do instrumento.

Quadro 4: Síntese dos tipos de equivalência dos instrumentos (Continua).

Mensuração	Avaliação das qualidades psicométricas do instrumento adaptado, ou seja, procura avaliar as qualidades de validade (de constructo e preditiva) e confiabilidade do instrumento. Nesse tipo de equivalência, o pesquisador utiliza-se de ferramentas estatísticas, buscando a aproximação entre os instrumentos. Entretanto, os dados não precisam demonstrar valores iguais e sim atestar a qualidade do novo instrumento quantitativamente.
Operacional	Determinação da possibilidade de uso do formato do instrumento original para a nova cultura. Nesse processo, são avaliados os métodos de administração, apresentação, instrução e medidas do questionário. Uma forma de se avaliar esse modelo de equivalência é a testagem direta (aplicação do instrumento a uma população-alvo), buscando obter informações dos respondentes sobre esses métodos.
Funcional	Esse tipo de equivalência procura responder ao seguinte questionamento: o instrumento adaptado avalia, realmente, aquilo que ele se pretende? Caso o instrumento adaptado contenha grande parte das equivalências acima atestadas, suporta-se a ideia de funcionalidade do mesmo.

Fonte: o Autor (2011). Baseado em Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998).

Todos os protocolos são enfáticos ao destacar que a importância do processo de adaptação transcultural; contudo, para que um instrumento seja utilizado em outra cultura, é necessária a avaliação de suas propriedades psicométricas, ou seja, da equivalência de mensuração (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998). Essa avaliação é realizada por meio de procedimentos estatísticos e metodológicos e visa verificar a validade e a confiabilidade da escala (ROBERTS, PRIEST, TRAYNOR, 2006; SALMOND, 2008).

Os dados estatísticos finais, de validade e confiabilidade, não precisam, necessariamente, ser idênticos aos do instrumento original, pois a adaptação cultural dos itens pode modificar o peso estatístico dos mesmos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Entretanto, segundo os autores, uma proximidade entre os valores de validade e confiabilidade entre o instrumento original e o adaptado, bem como as significâncias estatísticas, deve ser apresentada.

A adaptação transcultural de um instrumento para outra cultura, língua e/ou realidade, é um processo minucioso que se inicia com a tradução e adaptação cultural, passa pela análise das qualidades psicométricas, chegando à criação da pontuação do questionário. Esses procedimentos merecem cuidados metodológicos, garantindo que o instrumento validado é preciso e confiável (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Todos esses procedimentos demandam atenção máxima e devem-se ater a diferentes formas de análise das equivalências. Entretanto, não existe exigência por parte dos protocolos (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997, 1998) no sentido de se avaliarem todas as formas de equivalência (conceitual, semântica, item, mensuração, operacional e funcional), validade (conteúdo, critério e constructo) e confiabilidade (teste-reteste, formas paralelas e consistência interna). Entretanto, quanto maiores forem os critérios analisados, maior será a validade do instrumento adaptado (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

3 PROCEDIMENTOS PARA A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

3.1 ETAPAS INICIAIS

A partir da revisão de literatura sobre os procedimentos utilizados na adaptação transcultural, optou-se por seguir os passos metodológicos recomendados por Beaton et al. (2000) e Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e ainda apoiar-se nas análises das equivalências sugeridas por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998). Esses procedimentos merecem destaque pela sua aceitação por parte dos pesquisadores da área e aplicação em recentes estudos de adaptação transcultural de instrumentos de imagem corporal (AMARAL et al., 2011; CONTI et al., no prelo; KACHANI et al., 2011).

Os procedimentos de tradução e adaptação cultural estão resumidos no Quadro 3 e 4, e estão descritos no Artigo A, intitulado “Tradução para o português (Brasil), equivalência semântica e consistência interna do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ)”. O trabalho descreve as etapas do processo de tradução, a análise da consistência interna e a compreensão verbal do MBCQ por especialistas e estudantes adultos do sexo masculino.

O processo de adaptação transcultural teve sequência por meio da análise da equivalência de mensuração, reprodutibilidade e validade externa do MBCQ, procedimentos estes que serão descritos a seguir e apresentados no Artigo B, intitulado “Propriedades psicométricas do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) entre homens jovens”.

3.2 ESTRUTURA FATORIAL

3.2.1 Sujeitos

O tamanho amostral foi baseado nas recomendações de Hair et al. (2005), segundo os quais, para cada item da escala, deve-se obter um número ideal de dez indivíduos. Para tanto, foi estabelecido o número mínimo de 190 participantes, de acordo com as 19 questões originais do MBCQ.

3.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Foi realizada uma Análise de Componentes Principais (ACP) categóricas, com o número de dimensões igual ao de variáveis do instrumento, ou seja, 19 (dezenove), com o intuito de transformar os dados ordinais derivados da escala *Likert* em variáveis numéricas.

Em seguida, para exploração da estrutura fatorial do MBCQ, os dados foram submetidos a uma AFE, utilizando-se como método de extração a ACP e adotando-se como critério (*Kaiser's criterion*) o *eigenvalue* mínimo de 1 (HAIR et al., 2005; KAHN, 2006), bem como a rotação Varimax, no intuito de redução do número de fatores (HAIR et al., 2005).

O teste de esfericidade de Bartlett, que testa se a matriz de correlação das variáveis é uma matriz identidade (HAIR et al., 2005), resultou em uma correlação não nula – $X^2(171) = 3244,849$, $p < 0,0001$ – e a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para a adequação da amostra (0,901) indicou que os itens do MBCQ são adequados a uma análise fatorial.

O passo seguinte foi realizado pela análise da matriz das cargas fatoriais, em que foi identificada a maior carga de cada variável em seu fator. Para tanto, valores maiores que 0,5 foram considerados como significativos (HAIR et al., 2005; KAHN, 2006).

Vale lembrar que, após a análise dos itens e de seus respectivos fatores, os últimos foram nomeados de acordo com as dimensões latentes que representam (HAIR et al., 2005).

Foi identificada solução satisfatória (variância total superior a 60%) (Ibid.), semelhante ao instrumento original, também formado por quatro fatores, a qual apresentou, no entanto, agrupamento diferente dos itens em relação ao instrumento original (Tabela 1): Fator 1 (itens 4, 5, 6, 7, 11, 12 e 13), Fator 2 (itens 1, 2, 3, 14, 15, 16, 18 e 19), Fator 3 (itens 10 e 17) e Fator 4 (itens 8 e 9).

Tabela 1: Análise de Componentes Principais do MBCQ, pelo método de rotação Varimax.

Itens	<i>Eigenvalues</i> iniciais			Extração da cargas quadráticas			Rotação das cargas quadráticas		
	Total	% de variância	% acumulado	Total	% de variância	% acumulado	Total	% de variância	% acumulado
1	8,381	44,109	44,109	8,38	44,11	44,11	4,26	22,44	22,44
2	1,528	8,042	52,152	1,53	8,04	52,15	4,21	22,14	44,58
3	1,291	6,793	58,945	1,29	6,80	58,95	2,03	10,69	55,27
4	1,028	5,412	64,357	1,03	5,41	64,36	1,73	9,09	64,36
5	,974	5,126	69,482						
6	,750	3,947	73,429						
7	,695	3,656	77,085						
8	,614	3,232	80,317						
9	,559	2,944	83,261						
10	,484	2,550	85,811						
11	,474	2,494	88,305						
12	,423	2,225	90,530						
13	,383	2,015	92,545						
14	,360	1,893	94,439						
15	,308	1,622	96,060						
16	,287	1,510	97,570						
17	,229	1,203	98,773						
18	,140	,738	99,512						
19	,093	,488	100,000						

Fonte: o Autor (2011).

Todos os testes estatísticos presentes na AFE foram realizados por meio do *software* SPSS v. 13.0.

3.2.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A Análise Fatorial Confirmatória teve a função de validar a estrutura fatorial obtida na AFE. O primeiro passo foi a determinação do diagrama de caminhos do modelo fatorial (Figura 1).

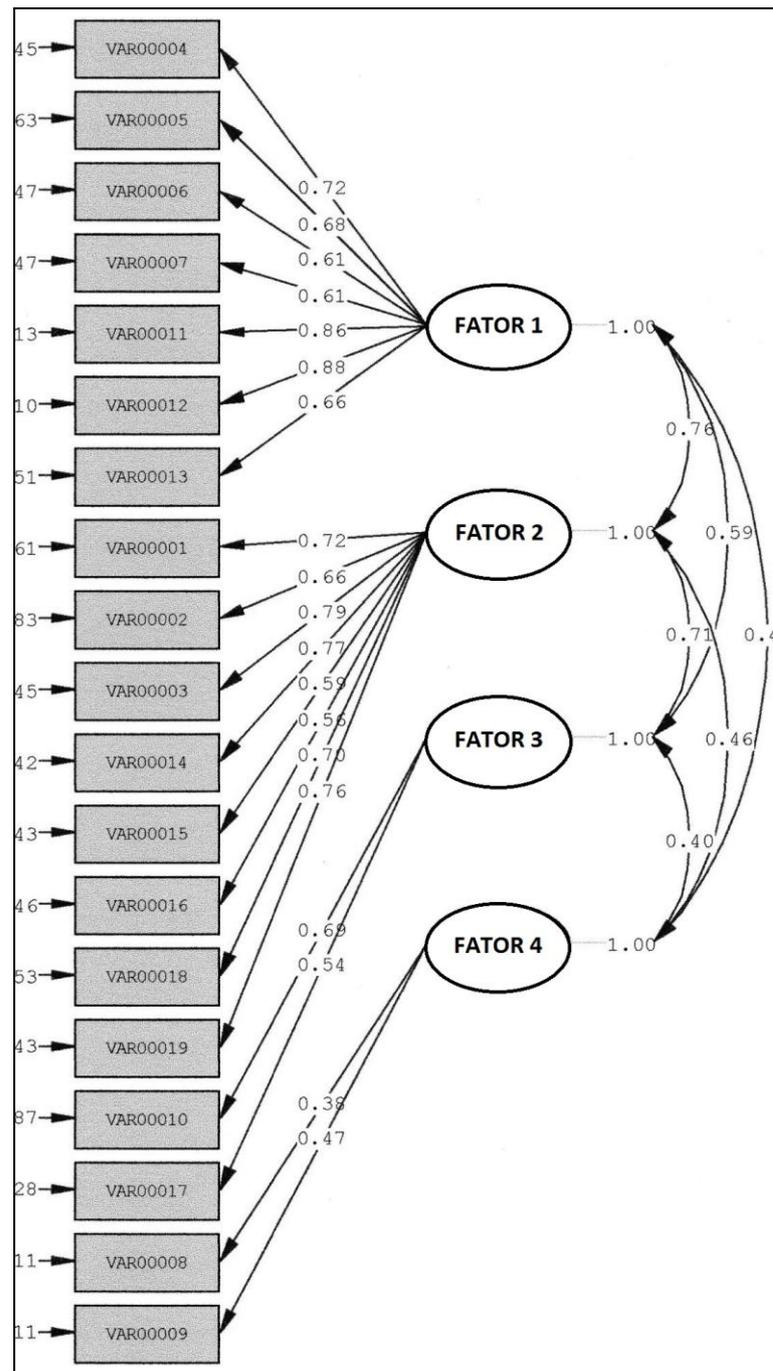


Figura 1: Diagrama de Caminhos do MBCQ.
Fonte: o Autor (2011).

Em seguida, foi realizada a análise do modelo proposto e das medidas de ajustes da estrutura fatorial, que visam obter uma melhor adequação dos constructos. Esta avaliação foi realizada valendo-se das seguintes medidas:

- a) Qui-quadrado Ponderado (X^2);
- b) *Comparative Fit Index* (CFI);
- c) *Tucker-Lewis Index* (TLI);
- d) *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA);
- e) *Akaike Information Criterion* (AIC – *Independence e Model*);
- f) *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR);
- g) *Incremental Fit Index* (IFI).

Segundo Jackson, Gillaspay e Purc-Stephenson (2009), as medidas mais utilizadas são os valores do X^2 , CFI, TLI e RMSEA. Quase a totalidade dos estudos (89,2%) reporta o valor do X^2 , que avalia a diferença das covariâncias entre o modelo proposto e o real (Ibid.). Para Kahn (2006), quanto maior a diferença, maior o valor do X^2 , indicando pobre modelo de ajuste.

No entanto, essa medida é sensível ao efeito do tamanho amostral, de forma que a obtenção de significância estatística não invalida o modelo proposto, requerendo, desse modo, a análise de outras medidas de adequação (CFI, TLI, IFI, RMSEA e SRMR) (HU, BENTLER, 1995; KAHN, 2006; KLINE, 1998).

Índices adicionais, tais como AIC, SRMR e IFI, tornam-se cada vez mais frequentes, ainda que poucos estudos apontem, explicitamente, seus valores de corte – *cutoffs* (JACKSON; GILLASPY; PURC-STEPHENSON, 2009).

Para a AFC, as medidas de ajuste devem corresponder a valores: superiores a 0,9 para CFI, TLI e IFI (BENTHER; BONETT, 1980); inferiores a 0,8 e 0,6 (KAHN, 2006) para RMSEA e SRMR, respectivamente; e o valor obtido no AIC *Model* deve ser menor que o AIC *Independence* (AKAIKE, 1987).

Para esta etapa, utilizou-se o *software Linear Structural Relationship* (LISREL) v. 8.8, sendo que seus resultados estão descritos no Artigo B.

3.2.4 Consistência interna, Validade Convergente e Discriminante, e Reprodutibilidade (teste-reteste)

A consistência interna do instrumento e de cada um de seus fatores foi avaliada pela estatística inferencial (cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach), considerando valores satisfatórios superiores a 0,7 (HAIR et al., 2005; STREINER, 2003).

Para avaliação da validade convergente, foi realizada uma correlação entre o MBCQ e o BSQ – Anexo B (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009). Segundo Fairburn, Shafran e Cooper (1999) indivíduos insatisfeitos com o corpo adotam com maior frequência comportamentos de checagem corporal.

Para a validade discriminante, foi utilizada a correlação entre o MBCQ e BCQ – Anexo C (CAMPANA, 2007). O BCQ foi desenvolvido para avaliação dos comportamentos de checagem corporal de mulheres adultas, diferentes dos comportamentos masculinos (HILDEBRANDT et al., 2010). Desta maneira, espera-se que o instrumento apresente correlação inversa com o BCQ.

Será também utilizada a comparação da pontuação do MBCQ entre os grupos de indivíduos com baixa a alta pontuação no EAT-26 – Anexo D (NUNES et al., 2005), pelo fato de o instrumento apresentar-se como uma medida tanto categórica quanto dimensional (GARNER et al., 1982; ORBITELLO et al., 2006), em que altos valores são indicativos de preocupação elevada com o peso e a forma corporal (ORBITELLO et al., 2006). Indivíduos com TA apresentam maior frequência de comportamentos de checagem quando comparados a indivíduos sem o transtorno (MOUNTFORD; HAASE; WALLER, 2007), e assim espera-se uma diferença significativa entre indivíduos com pontuação considerada de risco para o desenvolvimento dos TA (maior que 11 pontos) no EAT-26 (ORBITELLO et al., 2006) quando comparados aos com baixa pontuação.

A confiabilidade (reprodutibilidade teste-reteste) do MBCQ foi avaliada pela análise de comparação dos escores obtidos (teste de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os Momentos 1 e 2), pelo coeficiente de correlação intraclass e pela correlação (correlação produto-momento), com intervalo de duas semanas entre os dois momentos (HAIR et al., 2005; THOMPSON, 2004). Além disso, foi verificada a

consistência interna (homogeneidade) nos dois momentos (HAIR et al., 2005; STREINER, 2003).

Tendo em vista que todos os instrumentos em questão são considerados como variáveis ordinais (escala *Likert* de pontos), foram utilizados testes não paramétricos (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005): correlação de *Spearman Rank* (para todas as correlações entre os instrumentos) e Teste U de Mann-Whitney (comparação entre grupo).

Foram adotados os níveis de significância de 5% e utilizado o *software* SPSS v.17.0.

Os resultados da análise fatorial, validade convergente e discriminante, e da reprodutibilidade (teste-reteste) do MBCQ estão descritos em detalhes no Artigo B.

**4 ARTIGO A – TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS (BRASIL),
EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E CONSISTÊNCIA INTERNA DO *MALE
BODY CHECKING QUESTIONNAIRE* (MBCQ)**

**Portuguese (Brazil) translation, semantic equivalence and internal consistency
of the Male Body Checking Questionnaire (MBCQ)**

Resumo

Contexto: O *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) avalia comportamentos de checagem corporal comum e de importância clínica em pacientes do sexo masculino com transtornos alimentares (TA). **Objetivo:** Tradução para o idioma português (Brasil), análises da equivalência semântica e consistência interna. **Métodos:** O estudo envolveu seis etapas: (1) tradução; (2) síntese de tradução; (3) retrotradução; (4) revisão por peritos – juízes – análise da equivalência semântica; (5) pré-teste – avaliação da compreensão verbal do instrumento por especialistas e estudantes adultos do sexo masculino; (6) análise da consistência interna por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach. **Resultados:** As 19 questões foram traduzidas e adaptadas para o idioma português demonstrando ser de fácil compreensão. A consistência interna correspondeu a 0,96. **Conclusão:** O questionário foi traduzido e adaptado e apresentou bons resultados, comprovando suas propriedades psicométricas iniciais. Necessita ainda de análises de equivalência de mensuração, reprodutibilidade e validade externa.

Palavras-chave: Imagem Corporal; Tradução (Processo); Tradução (Produto); Transtornos Alimentares; Homens.

Abstract

Background: The Male Body Checking Questionnaire (MBCQ) measures body checking behaviors, which is a medically relevant common behavior among male patients with eating disorders (ED). **Objective:** To translate into Brazilian Portuguese, to analyze the semantic equivalence and the internal consistency. **Methods:** The study included six steps: (1) translation; (2) synthesis of translation; (3) back-translation; (4) review by experts - judges - analysis of the semantic equivalence; (5) pre-test - assessment of verbal understanding of the instrument by specialists and adult male students; (6) analysis of internal consistency by Cronbach's alpha coefficient. **Results:** The 19 items were translated and adapted into Brazilian Portuguese, showing good verbal comprehension. The internal consistency was 0.96. **Discussion:** The questionnaire was translated and adapted with good results, thus proving their initial psychometric properties. The instrument requires further analysis of measurement equivalence, reproducibility and external validity.

Keywords: Body Image; Translating; Translations; Eating Disorders; Men.

4.1 INTRODUÇÃO

A anorexia e bulimia nervosas, o transtorno da compulsão alimentar periódica e os transtornos alimentares não especificados são síndromes comportamentais que ganham atenção, cada vez maior, nos últimos anos.

Entre os critérios diagnósticos comuns aos dois primeiros transtornos melhor definidos, encontram-se o medo excessivo de engordar, a insatisfação com o peso e a forma corporal, além de uma vivência conturbada com o corpo (APA, 1994; OMS, 1993).

Como resposta a esse complexo quadro, os pacientes apresentam, rotineiramente, medidas inadequadas para o controle do peso e da forma corporal, tais como autoindução de vômitos, uso de laxantes, restrição alimentar, abuso de substâncias anorexígenas (APA; 1994), entre outras. Comportamentos comuns a esses pacientes, não obstante pouco estudados, são a checagem e a evitação corporais (GRILO et al., 2005; REAS et al., 2005).

O comportamento de checagem corporal inclui ações constantes, tais como aferições do peso corporal, por meio do uso de espelhos e superfícies reflexivas, o toque e “pinçamento” de dobras do corpo, a comparação do corpo com o de outros indivíduos, entre outros comportamentos de autoavaliação, que podem durar poucos segundos ou até vários minutos (FAIRBURN, SHAFRAN, COOPER, 1999; MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; REAS, WHITE, GRILO, 2006). Já o comportamento de evitação consiste na recusa do paciente em pesar-se, olhar seu corpo em superfícies reflexivas e disfarçar partes, como, por exemplo, com uso de roupas escuras e largas (SHAFRAN et al., 2004).

Os pacientes com transtornos alimentares (TA) apresentam períodos de alternância entre a checagem e a evitação corporais, ou até mesmo a ocorrência concomitante desses comportamentos (REAS et al., 2005). Mountford et al. (2007), ressaltam a importância clínica dessas condutas; entretanto, apontam para um cuidado especial, visto que a avaliação isolada dos mesmos não apresenta validade diagnóstica.

Mesmo assim, a avaliação e o acompanhamento desses comportamentos têm sua importância clínica (FAIRBURN, SHAFRAN, COOPER, 1999; MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; REAS et al., 2005). Pacientes com TA

adotam a checagem corporal a fim de avaliar sua eficácia no controle de peso, e, no caso de julgamento de fracasso, reforçam suas medidas inadequadas, prejudicando a evolução do tratamento (FAIRBURN, SHAFRAN, COOPER, 1999; MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; REAS et al., 2005).

A fim de possibilitar a avaliação do comportamento de checagem corporal em mulheres adultas, Reas et al. (2002) desenvolveram o *Body Checking Questionnaire* (BCQ). Esse instrumento é composto de 23 afirmativas e procura avaliar com que frequência o indivíduo adota determinados comportamentos, sendo composto por três fatores: checagem da aparência, checagem de partes específicas, e particularidades do ritual de checagem (Ibid.).

O BCQ em seu estudo de validade comprovou suas propriedades psicométricas, apresentando boa consistência interna para os três fatores (0,88, 0,92 e 0,83), correlação significativa ($p < 0,01$) com a insatisfação corporal ($r = 0,86$), evitação corporal ($r = 0,66$) e com os comportamentos alimentares inadequados ($r = 0,70$), e reprodutibilidade teste-reteste ($r = 0,94$) satisfatória (Ibid.). Esse instrumento é, rotineiramente, utilizado e tomado como referência na avaliação da checagem corporal (GRILO et al., 2005; REAS, WHITE, GRILO, 2006).

Mountford, Haase e Waller (2006) desenvolveram o *Body Checking Cognitions Scale* (BCCS), com o intuito de avaliar as crenças relacionadas ao comportamento de checagem corporal. Já esse instrumento contém 19 afirmativas, em escala *Likert* de pontos, que variam de 19 a 95. Quanto maior o escore, maior e mais consistente são as crenças do indivíduo que o levarão a checar seu corpo (Ibid.).

No estudo de validade do BCCS, os autores comprovaram as condições psicométricas desse instrumento, que apresentou bons valores de consistência interna (0,96, 0,72, 0,84 e 0,79) para os quatro fatores que o estruturam (verificação objetiva do tamanho corporal, sensação de segurança e garantia da manutenção do peso e boa forma, consequências de não checar o corpo e checagem corporal para uso do controle da dieta e do peso). O BCCS foi igualmente capaz de discriminar grupos clínicos e não clínicos ($p < 0,001$), tendo apresentado correlação positiva e significativa com o BCQ, com valores superiores a 0,30 ($p < 0,001$) (Ibid.).

O BCCS foi adaptado para a língua portuguesa (Brasil) por Kachani et al. (2011), para mulheres adultas, apresentando resultados satisfatórios, com boa consistência interna ($\alpha = 0,95$), compreensão verbal (superior a 4,22 pontos –

máximo 5,0) e também foi capaz de confirmar sua validade de constructo (concordância de 48,6% do conteúdo, avaliado por especialistas). A versão brasileira possui alterações na forma de aplicação da escala e, conseqüentemente, das instruções aos respondentes, e, mesmo assim, manteve as 19 questões propostas no instrumento original, bem como seus constructos (KACHANI et al., 2011).

Mais recentemente, devido ao aumento da incidência dos transtornos alimentares em indivíduos do sexo masculino, Hildebrandt et al. (2010) desenvolveram o *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) com o intuito de avaliar os comportamentos de checagem corporal para essa população.

Esse instrumento foi elaborado com o intuito de prover aos profissionais da área informações clínicas específicas para avaliação e acompanhamento dos comportamentos de checagem corporal da população masculina, sendo baseado no BCQ (Ibid.), muito embora seu conteúdo seja voltado para as inquietações masculinas relacionadas ao corpo, como a necessidade de uma musculatura bem desenvolvida e preocupações com partes específicas como ombros, braços, peitorais e abdômen.

O MBCQ consta de 19 afirmações de autopreenchimento, respondidas na forma de escala *Likert* de pontos, em que o paciente, no atual momento, deve avaliar a frequência em que adota determinados comportamentos. O escore varia de 19 a 95 pontos, tendo como opções: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - às vezes; 4 - frequentemente; 5 - muito frequentemente. Quanto maior a pontuação, mais frequentes são os comportamentos relacionados à checagem corporal (Ibid.).

O estudo original comprovou quatro fatores que responderam por 64,79% da variância total, sendo estes o: (1) *Global Muscle Checking* (GMC) – Checagem Muscular Global (CMG); (2) *Chest and Shoulder Checking* (CSC) – Checagem de Peito e Ombro (CPO); (3) *Other-Comparative Checking* (OCC) – Outros – Checagem Comparativa (OCC); e (4) *Body Testing* (BT) – Checagem Corporal (CC), sendo que a consistência interna correspondeu a 0,86; 0,85; 0,83; e 0,72, respectivamente (HILDEBRANDT et al., 2010).

O questionário apresentou boa validade concorrente (correlação significativa – $p < 0,01$) com sintomas de perfeccionismo (superior a 0,24 – *Eating Disorder Inventory – Perfectionism Scale*), com TA (superior a 0,04 – *Eating Disorder Examination – Questionnaire Version*), com dismorfia muscular (superior a 0,19 – *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*). Comprovou sua validade (superior a 0,09 –

BCQ) e estabilidade durante duas semanas de avaliação ($r = 0,84$) para os quatro fatores: CMG ($r = 0,79$), CPO ($r = 0,69$), OCC ($r = 0,71$) e CC ($r = 0,68$), estando, desse modo, indicado para avaliar a checagem corporal de homens norteamericanos (HILDEBRANDT et al., 2010).

No Brasil, os profissionais contam com as validações do BCCS (KACHANI et al., 2011) e do *Body Checking and Avoidance Questionnaire* (BCAQ) (KACHANI et al., no prelo), ambas para amostras femininas, não existindo, portanto, escalas validadas para avaliação do comportamento de checagem para homens. Assim, este estudo tem como objetivo traduzir, analisar a equivalência semântica e a consistência interna do MBCQ (HILDEBRANDT et al., 2010).

4.2 MÉTODOS

Este estudo é do tipo metodológico (ABREU et al., 2008) e apoia-se nas etapas de adaptação transcultural recomendadas por Beaton et al. (2000) e Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), bem como por Reichenheim e Moraes (2007), aplicadas por Amaral et al. (2011) e Kachani et al. (2011).

4.2.1 Etapas

Foi solicitada, inicialmente, autorização do autor do *Male Body Checking Questionnaire* para a tradução e adaptação do questionário (Anexo E). A primeira etapa consistiu nas traduções do instrumento da língua inglesa para o português do Brasil, realizadas por dois tradutores independentes, sendo um deles cego ao objetivo do trabalho. Ao final do processo, os tradutores, em uma reunião, elaboraram uma única versão (Versão 1) de tradução (síntese de tradução – segunda etapa).

Na etapa seguinte, dois novos tradutores, sendo um deles nativo da língua original do instrumento, realizaram uma única versão de retrotradução para a língua inglesa (Versão 2).

Na quarta etapa, foram reunidas todas as versões de tradução, síntese de tradução e retrotradução, e ainda foi realizada uma reunião com os peritos, da qual participaram dois tradutores, dois retrotradutores e especialistas em processos de adaptação transcultural de escalas (MECF, PHBC). Essa etapa de revisão técnica constou da análise da equivalência semântica, tendo sido elaborada uma nova versão do instrumento (Versão 3).

A etapa seguinte, o pré-teste, foi realizada com o intuito de avaliar a clareza e o grau de compreensão verbal do instrumento por especialistas e estudantes universitários. Para tanto, o instrumento foi apresentado na forma *Likert* de pontos, por meio de uma escala verbal-numérica adaptada (CONTI et al., 2010), em que foi perguntado “Quanto você compreendeu do que foi perguntado em cada questão?”. As possibilidades de resposta variaram de: 0 – não entendi nada; 1 – entendi só um pouco; 2 – entendi mais ou menos; 3 – entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 – entendi quase tudo; 5 – entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Foram consideradas adequadas respostas acima de 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas), indicando suficiente compreensão verbal (CONTI et al., 2010; GRASSI-OLIVEIRA, STEIN, PEZZI, 2006). Essa escala foi apresentada a um grupo de especialistas ($n = 16$) no atendimento a pacientes com TA (dois psiquiatras, três psicólogos, nove nutricionistas e dois educadores físicos).

O instrumento foi apresentado de forma idêntica a uma amostra por conveniência de estudantes adultos do sexo masculino ($n = 32$), com média de idade de 21,1 anos (dp: 2,6 anos). Foi solicitado que, caso necessário, o indivíduo sugerisse alterações no conteúdo e formato de cada questão.

O instrumento passou por modificações e uma nova versão (Versão 4) foi elaborada. A etapa final constou de sua aplicação em amostra de estudantes do sexo masculino ($n = 62$), com idade média de 20,6 anos (dp: 4,7 anos) para a realização da análise de consistência interna. Todos os estudantes concordaram em participar da pesquisa de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo F).

Este estudo está de acordo com a norma 196/96, que envolve pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Pesquisa, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob Protocolo nº 2193.253.2010 (Parecer nº 276/2010) – Anexo G.

Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* SPSS v.17.0. Foi realizada estatística descritiva com valor de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) e estatística inferencial por meio do cálculo do *alpha* de Cronbach.

4.3 RESULTADOS

4.3.1 Tradução

O instrumento foi considerado de fácil tradução por não utilizar somente termos científicos ou específicos. Passou por modificações com o intuito de facilitar sua compreensão e assim sofreu alterações não só de tempo, conjugação e expressões verbais, como também em relação a algumas palavras.

O termo *check* – utilizado no título do instrumento – pode ser traduzido como controle, verificação e investigação. Entretanto, seguindo o modelo de criação do MBCQ (HILDEBRANDT et al., 2010), optou-se por utilizar o termo “checagem”, já utilizado no BCCS (KACHANI et al., 2011), mantendo-se, dessa forma, seu sentido e significado clínico e científico. Já a expressão verbal *I check* – presente nas questões 1 e 18 – foi traduzida como “Verifico”.

O pronome *I*, presente em todas as questões, foi modificado, de forma que expressões como *I look*, *I flex*, *I compare*, *I pinch* e *I ask* foram flexionadas diretamente para: “Observo”, “Flexiono”, “Comparo”, “Belisco ou Dou uma apertadinha” e “Peço”, respectivamente. Já os termos *6-pack* (questão 2) e *love handles* (questão 10) foram considerados como expressões vulgares, gírias ou jargões e traduzidos como “tanquinho” e “pneuzinhos”.

O substantivo *leanness* (questões 5, 7, 10 e 11) foi traduzido como “magreza” e inserido no instrumento com o uso das aspas, mantendo, portanto, seu sentido original. Já o verbo *to ensure* (questões 1, 3, 8 e 14) teve sua tradução como “certificar”, e, para os termos *push my fat around* e *pull my skin back* (questão 17), foram adotados “comprimo a gordura à volta” e “estico minha pele”, respectivamente. Na questão 18, o verbo *will* foi utilizado apenas para enfatizar um comportamento-padrão, e portanto não foi traduzido para o português.

As etapas de tradução e retrotradução podem ser observadas nos Quadros 5 e 6:

Quadro 5: Avaliação da equivalência semântica – Tradução do *Male Body Checking Questionnaire*.

Documento original	Versão traduzida (Versão 1)
<i>Male Body Checking Questionnaire</i>	Questionário de Checagem do Corpo Masculino
<i>Circle the number which best describes how often you currently engage in these behaviors:</i>	Circule o número que melhor descreve com que frequência você tem estes comportamentos atualmente:
1 = never; 2 = rarely; 3 = sometimes; 4 = often; 5 = very often	1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = muito frequentemente.
1. <i>I check the hardness of my biceps to ensure I have not lost any muscle.</i>	Verifico a firmeza dos meus bíceps para me certificar de que não perdi nenhuma massa muscular.
2. <i>I look at my abdominal muscles (6-pack) in the mirror.</i>	Observo meus músculos abdominais (“tanquinho”) no espelho.
3. <i>I flex my biceps when looking in the mirror to ensure symmetry of my muscles.</i>	Flexiono meus bíceps quando me olho no espelho para me certificar da simetria dos meus músculos.
4. <i>I compare the size of my muscles to others.</i>	Comparo o tamanho dos meus músculos ao de outros.
5. <i>I compare my overall leanness or muscle definition to others.</i>	Comparo minha “magreza” ou definição muscular geral com a de outros.
6. <i>I compare my overall muscle mass to athletes or celebrities.</i>	Comparo minha massa muscular geral com a dos atletas ou celebridades
7. <i>I compare my leanness or muscle definition to athletes or celebrities.</i>	Comparo minha “magreza” ou definição muscular com a dos atletas ou celebridades.
8. <i>I ask others to feel my muscles to ensure their size or density.</i>	Peço a outros para sentirem meus músculos para me certificar de seu tamanho ou densidade.
9. <i>I ask others to comment on my muscle definition or size.</i>	Peço a outros para comentarem sobre a definição ou o tamanho de meus músculos.
10. <i>I pinch the fat around my abdomen and back (e.g. love handles) to determine my leanness.</i>	Dou uma apertadinha na gordura da minha barriga e costas (por ex., pneuzinhos) para avaliar minha “magreza”.
11. <i>I compare the leanness or definition of my chest muscles with others.</i>	Comparo minha “magreza” ou a definição dos músculos do meu peito à de outros.
12. <i>I compare the size of my chest muscles with others.</i>	Comparo o tamanho dos músculos do meu peito ao de outros.
13. <i>I compare the broadness of my shoulders with others.</i>	Comparo a largura dos meus ombros à de outros.
14. <i>I flex my chest muscles in the mirror to ensure symmetry of my muscles.</i>	Flexiono os músculos do meu peito no espelho para me certificar da simetria dos meus músculos.
15. <i>I flex my muscles when looking in the mirror to find lines or striations in the muscle.</i>	Flexiono meus músculos quando me olho no espelho para ver se acho linhas ou estriamentos no músculo.
16. <i>I take measurements of my muscles with a tape measure.</i>	Meço meus músculos com uma fita métrica.
17. <i>I push my fat around or pull my skin back to accentuate the muscle underneath.</i>	Comprimo a gordura à volta do músculo ou estico minha pele para acentuar o músculo por debaixo.
18. <i>I will check the size and shape of my muscles in most reflective surfaces (e.g. car windows, shopping store windows, mirrors, etc).</i>	Verifico o tamanho e a forma de meus músculos na maioria das superfícies espelhadas (por ex., janelas de carros, vitrines de lojas, espelhos etc.).

Quadro 5: Avaliação da equivalência semântica – Tradução do *Male Body Checking Questionnaire*. (Continua)

19. <i>I pinch or grab my muscles to check their size and density.</i>	Belisco ou aperto meus músculos para verificar seu tamanho e densidade.
--	---

Fonte: o Autor (2011).

Quadro 6: Avaliação da equivalência semântica – Retrotradução e versão final do *Male Body Checking Questionnaire*.

Versão retrotraduzida (Versão 2)	Versão final (Versão 4)
<i>Circle the number which best describes how often you currently adopt these behaviors:</i>	Circule o número que melhor descreve com que frequência você tem estes comportamentos atualmente:
1 = never; 2 = rarely; 3 = sometimes; 4 = often; 5 = very often	1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = muito frequentemente.
1. <i>I check the hardness of my biceps to make sure I have not lost any muscle mass.</i>	Checo a firmeza de meus braços para confirmar de que não perdi nenhuma massa muscular.
2. <i>I look at my abdominal muscles (6-pack) in the mirror.</i>	Olho meus músculos abdominais – “tanquinho” – no espelho.
3. <i>I flex my biceps when I look at myself in the mirror to ensure symmetry of my muscles.</i>	Quando me olho no espelho, contraio os braços para confirmar a igualdade entre eles.
4. <i>I compare the size of my muscles with others.</i>	Comparo o tamanho de meus músculos com o de outras pessoas.
5. <i>I compare my overall leanness or muscle definition to others.</i>	Comparo minha “magreza” ou definição muscular com a de outras pessoas.
6. <i>I compare my overall muscle mass to athletes or celebrities.</i>	Comparo meus músculos com a dos atletas ou das celebridades.
7. <i>I compare my leanness or muscle definition to athletes or celebrities.</i>	Comparo minha “magreza” ou definição muscular com a dos atletas ou das celebridades.
8. <i>I ask others to feel my muscles to be sure of their size or density.</i>	Peço a outras pessoas para tocarem em meus músculos para confirmar o tamanho e a firmeza deles.
9. <i>I ask others to comment on my muscle definition or size.</i>	Peço a outras pessoas para comentarem sobre a definição ou o tamanho de meus músculos.
10. <i>I squeeze the fat around my abdomen and back (e.g. love handles) to assess my leanness.</i>	Belisco a gordura da minha barriga e costas (por exemplo, os pneuzinhos) para checar a minha “magreza”.
11. <i>I compare the leanness or definition of my chest muscles with others.</i>	Comparo minha “magreza” ou a definição de meus músculos peitorais à de outras pessoas.
12. <i>I compare the size of my chest muscles with others.</i>	Comparo o tamanho de meus músculos peitorais com o tamanho dos músculos de outras pessoas.
13. <i>I compare the broadness of my shoulders with others.</i>	Comparo a largura de meus ombros com a largura dos ombros de outras pessoas.
14. <i>I flex my chest muscles in the mirror to ensure symmetry of my muscles.</i>	Contraio meus músculos peitorais diante do espelho para confirmar a igualdade entre eles.
15. <i>I flex my muscles when I look at in the mirror to find lines or striations in the muscle.</i>	Contraio meus músculos diante do espelho à procura de linhas ou estriamentos neles.
16. <i>I take measurements of my muscles with a tape measure.</i>	Meço meus músculos com uma fita métrica.
17. <i>I press the fat around or pull my skin back to accentuate the muscle underneath it.</i>	Aperto a gordura ou estico a pele do meu corpo para acentuar o músculo escondido pela gordura.

Quadro 6: Avaliação da equivalência semântica – Retrotradução e versão final do *Male Body Checking Questionnaire*. (Continua)

18. <i>I check the size and shape of my muscles in most reflective surfaces (e.g. car windows, store windows, mirrors, etc).</i>	Checo o tamanho e a forma de meus músculos na maioria das superfícies espelhadas (por exemplo, nas janelas de carros, nas vitrines de lojas, nos espelhos etc.).
19. <i>I pinch or press my muscles to check their size and density.</i>	Belisco ou aperto meus músculos para confirmar o tamanho e a firmeza deles.

Fonte: o Autor (2011).

Durante a reunião de peritos, optou-se pela manutenção da sigla do instrumento original, para que o mesmo seja facilmente reconhecido na comunidade científica. Entretanto, alterou-se a forma de apresentação da escala, modificando, assim, sua equivalência instrumental (REICHENHEIM; MORAES, 2007), ou seja, a forma de administração do questionário. Para tanto, o instrumento seguiu modelo do BCCS (KACHANI et al., 2011), em forma de tabela, na qual cada linha representa um item do questionário e cada coluna, uma opção de resposta. Para tanto, a instrução para o participante foi modificada de *Circle the number which best describes* por “Marque um X na alternativa que melhor descreve”.

Foi sugerida mudança de “ao de outros” (questões 4 e 12) e “a de outros” (questões 5, 11 e 13), para “de outras pessoas”. Para as questões 10 e 19, *I pinch* foi mantido com a tradução “Belisco”, padronizando o uso de uma única tradução para esse termo, durante toda a escala.

E ainda, durante a reunião com os peritos, a expressão “músculos do meu peito” (questões 11, 12 e 14) foi modificada para “meus músculos peitorais”, e, na questão 15, a frase “olho no espelho para ver se acho linhas” foi mudada para “olho no espelho à procura de linhas”.

Após a fase de compreensão verbal, algumas mudanças foram realizadas por sugestão dos especialistas e estudantes (Versão 4). A palavra “bíceps” (questões 1 e 3) foi alterada para “braço” e os verbos “certificar” (questões 1, 3, 8 e 14) e “flexiono” (questões 3, 14 e 15) foram substituídos por “confirmar” e “contraio”, respectivamente.

O verbo “verifico” (Versão 1), traduzido do inglês *I check*, nesta versão, foi alterado para “checo”, buscando, portanto, uma maior aproximação da linguagem da população-alvo, de acordo com o que foi proposto por Kachani et al. (2011). O mesmo foi feito em relação à palavra “simetria” (questões 3 e 14), que foi substituída

por “igualdade”, e, da mesma forma, o vocábulo “densidade” (questão 19) foi trocado por “firmeza”.

Duas questões merecem destaque por apresentarem significativas alterações em sua construção. Para a questão 3, “Flexiono meus bíceps quando me olho no espelho para me certificar da simetria dos meus músculos” (Versão 1), foram sugeridas as alterações das palavras flexiono, bíceps e simetria; modificada, então, para “Contraio meus braços quando me olho no espelho para me certificar do tamanho de meus músculos”. Entretanto, a questão ainda não representava a ação intencional do indivíduo em checar seus braços em frente ao espelho. Desta forma, a ordem das expressões foi invertida, dando ênfase ao fato de a checagem corporal ocorrer em frente ao espelho. Assim, a versão final foi construída como “Quando me olho no espelho, contraio os braços para confirmar a igualdade entre eles”.

Já a questão 17, “Comprimo a gordura à volta do músculo ou estico minha pele para acentuar o músculo por debaixo” (Versão 1), foi reformulada para “Belisco a gordura que está em volta de meus músculos ou estico minha pele para acentuar o músculo que está por debaixo”. Essa adaptação aproximou a questão aos itens 10 e 19, pela tradução do termo *I pinch*, que, nas questões 10 e 19, foi traduzido para “belisco”. Contudo, a questão ainda não captava a intenção do indivíduo em checar sua musculatura “escondida” pela gordura que a envolvia, dando ênfase, desse modo, ao comportamento de “beliscar” a pele, ato comumente associado à checagem da gordura corporal. Optou-se, por conseguinte, pela inserção dos termos “aperto” e “escondido”, que foi construída como “Aperto a gordura ou estico a pele do meu corpo para acentuar o músculo escondido pela gordura”.

4.3.2 Compreensão verbal

A avaliação dos especialistas demonstrou boa compreensão verbal do instrumento 4,68 (dp: 0,29). Duas questões (2 e 16) apresentaram pontuação máxima (Tabela 2). Já para a amostra de estudantes, a média correspondeu a 4,59 (dp: 0,39) e apenas uma questão (questão 4) obteve pontuação máxima (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação dos especialistas e dos estudantes do Questionário de Checagem Corporal Masculino – MBCQ.

Questões	Especialistas (n=16)		Estudantes (n=94)		
	Grau de compreensão		Grau de compreensão		Consistência interna <i>Alpha</i> de Cronbach (n=62)
	Média (desvio-padrão) (n=16)	Média (desvio-padrão) (n=32)	Média (desvio-padrão) (n=32)		
1	4,88 (0,34)	4,50 (0,72)			
2	5,00 (0)	4,75 (0,57)			
3	4,25 (1,13)	4,88 (0,34)			
4	4,88 (0,34)	5,00 (0)		0,92	
5	4,81 (0,54)	4,94 (0,25)			
14	4,38 (0,96)	4,63 (0,61)			
15	4,25 (0,93)	3,75 (1,59)			
11	4,75 (0,58)	4,81 (0,40)			
12	4,86 (0,34)	4,75 (0,44)		0,85	
13	4,94 (0,25)	4,69 (0,59)			
6	4,56 (0,73)	4,81 (0,54)			
7	4,75 (0,58)	4,69 (0,59)		0,83	
8	4,56 (0,73)	4,38 (0,94)			
9	4,75 (0,58)	4,44 (0,95)			
10	4,81 (0,40)	4,69 (0,86)			
16	5,00 (0)	4,81 (0,40)			
17	3,94 (1,24)	3,88 (1,39)		0,90	
18	4,94 (0,25)	4,38 (1,07)			
19	4,56 (0,81)	4,44 (1,01)			
Total	4,68 (0,29)	4,59 (0,39)		0,96	

Fonte: o Autor (2011).

4.3.3 Consistência interna

O instrumento comprovou sua consistência interna, apresentando valor de 0,96. O Fator 1 (CMG – questões: 1, 2, 3, 4, 5, 14 e 15), o Fator 2 (CPO – questões: 11, 12 e 13), o Fator 3 (OCC – questões: 6, 7, 8 e 9) e o Fator 4 (CC – questões: 10, 16, 17, 18 e 19) obtiveram valores correspondentes a 0,92; 0,85; 0,83 e 0,90, respectivamente (Tabela 2).

4.4 DISCUSSÃO

Estudos com enfoque na adaptação transcultural tornam-se cada vez mais comuns, muito embora não haja um modelo único a ser seguido. Já é consenso a necessidade da realização de um processo minucioso que contemple as diversidades culturais da realidade ao qual o instrumento em adaptação será aplicado e, assim, possa garantir sua capacidade de mensurar o que se pretende avaliar (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; REICHENHEIM, MORAES, 2007).

O presente estudo descreve uma das primeiras etapas de adaptação transcultural do MBCQ. Teve o cuidado de realizar a tradução dando especial atenção ao sentido da linguagem original, visto que o instrumento utilizou termos comuns da língua inglesa, de fácil entendimento para essa cultura. Para tanto, na tradução para a língua portuguesa, o questionário passou por diversas modificações de palavras, expressões e conjugações verbais. Nesse sentido, a tradução buscou uma aproximação de sentido conotativo e denotativo, possibilitando modificações e adaptações com o intuito de respeitar as particularidades da cultura brasileira (VAN WIDENFELT et al., 2005). Ademais, nessa etapa da adaptação transcultural, é esperado que o instrumento apresente uma linguagem clara e objetiva, com o uso de palavras de conhecimento da cultura da população-alvo, que possa ser compreendida por todos, indiscriminadamente (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Desse modo, a tradução, uma das fases da adaptação transcultural, foi realizada seguindo passos metodológicos específicos (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993), garantindo-se, assim, a equivalência semântica entre o instrumento original e o traduzido (HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998; REICHENHEIM, MORAES, 2007). O grau de compreensão verbal, tanto dos especialistas quanto dos estudantes, confirmou sua equivalência semântica (REICHENHEIM; MORAES, 2007), com média superior a quatro pontos (máximo 5 pontos).

Pesquisadores da área, tais como Beaton et al. (2000), Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), apontam que o processo de adaptação transcultural deve garantir que os itens do instrumento sejam bem traduzidos não só quanto à

forma gramatical, como também culturalmente. Para esse fim, após a análise da compreensão verbal, o MBCQ sofreu algumas adaptações a partir das sugestões dos especialistas e dos estudantes, no intuito de tornar essa nova versão mais compreensível.

Para a versão deste estudo (Anexo H), optou-se pela manutenção da sigla MBCQ, derivada do instrumento original, seguindo os modelos aplicados em outras adaptações transculturais realizadas para o Brasil (AMARAL et al., 2011; CONTI, CORDÁS, LATORRE, 2009; KACHANI et al., 2011). Sabe-se que o uso dessas siglas facilita a identificação do instrumento e seu reconhecimento na comunidade científica. Ademais, sua forma de apresentação foi modificada para forma de tabela, na qual cada linha representa um item do questionário e cada coluna, uma opção de resposta, assemelhando-se à versão brasileira do BCCS (KACHANI et al., 2011).

Na avaliação de sua estabilidade, o instrumento comprovou sua consistência interna (*alpha* de Cronbach de 0,96), com valor superior ao encontrado no instrumento original (*alpha* de Cronbach de 0,94) (HILDEBRANDT et al., 2010). Já para os quatro fatores que compõem o instrumento, os valores encontrados na versão apresentada nesta pesquisa foram similares ao do instrumento original.

O presente estudo comprometeu-se a descrever o processo de tradução, equivalência semântica e análise da consistência interna do MBCQ brasileiro. Mas vale ressaltar a necessidade de futuras análises que possam mensurar outras equivalências, a fim de verificar sua validade externa e reprodutibilidade (BEATON et al., 2000; REICHENHEIM, MORAES, 2007). Somente assim esse instrumento poderá ser utilizado como uma ferramenta útil tanto na área clínica quanto em estudos epidemiológicos.

As alterações com a imagem corporal são o centro dos distúrbios dos pacientes acometidos pelos TA, e a avaliação dos comportamentos de checagem corporal torna-se essencial para o acompanhamento e sucesso do tratamento (MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; REAS et al., 2005). Nesse sentido, a criação e adaptação transcultural de escalas e questionários para esse fim são de extrema importância, visto que auxiliam na pesquisa científica, e, principalmente, no acompanhamento e monitoramento de pacientes na área clínica (BOWDEN; FOX-RUSHBY, 2003).

Cumpramos ressaltar o crescimento da incidência de TA em homens nos últimos 10 a 15 anos (STRIEGEL-MOORE et al., 2009). Com isso, há necessidade de criar e/ou adaptar instrumentos específicos para essa população (THOMPSON, 2004) que possam contribuir para avaliação e acompanhamento correto dos comportamentos desses indivíduos, auxiliando, portanto, no adequado tratamento dessa população.

4.5 CONCLUSÃO

O MBCQ foi traduzido e adaptado para o português, apresentando uma adequada equivalência entre a versão original e a traduzida (equivalência semântica), boa compreensão verbal e consistência interna suficiente para todos os fatores. A tradução e as análises realizadas comprovam suas qualidades psicométricas iniciais, sendo necessária a continuidade do processo de adaptação transcultural por meio da análise da equivalência de mensuração, reprodutibilidade e validade externa.

5 ARTIGO B – PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO MALE BODY CHECKING QUESTIONNAIRE (MBCQ) ENTRE HOMENS JOVENS

**Psychometric properties of the Male Body Checking Questionnaire (MBCQ)
among young men**

Resumo

O comportamento de checagem corporal possui relação direta com o quadro psicopatológico dos transtornos alimentares (TA) – a preocupação com o peso e a forma corporal – e está presente em pacientes do sexo masculino, podendo contribuir para o agravamento da doença. Este estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ). Foram avaliados indivíduos adultos ($21,60 \pm 3,81$ anos) do sexo masculino ($n = 292$), que responderam a quatro questionários (MBCQ, *Body Checking Questionnaire*, *Body Shape Questionnaire* e *Eating Attitudes Questionnaire-26*) e reportaram sua idade, massa corporal e estatura. O MBCQ obteve estrutura fatorial adequada, confirmada pelas medidas de ajuste do modelo proposto, boa consistência interna (*alpha* de Cronbach de 0,93), correlacionou-se com a insatisfação corporal ($\rho = 0,44$) e com comportamentos de checagem ($\rho = 0,55$), foi capaz de discriminar indivíduos com e sem sintomas de TA, e reprodutibilidade (teste-reteste). Os resultados sugerem que o MBCQ é um instrumento válido e confiável, útil para avaliação e acompanhamento dos comportamentos de checagem corporal de indivíduos do sexo masculino.

Palavras-chave: Psicometria; Transtornos da Alimentação; Homens.

Abstract

The body-checking behavior has a direct relationship with the psychopathology of the eating disorders (ED) - the concern with weight and body shape -, is present in male patients, and may contribute to the worsening of the disease. The aimed of this study was analyzing the psychometric properties of the Male Body Checking Questionnaire (MBCQ). Were evaluated male ($n = 292$) adults ($21,60 \pm 3,81$ age), who answered four questionnaires (MBCQ, Body Checking Questionnaire, Body Shape Questionnaire and Eating Attitudes Questionnaire-26) and reported their age, body mass and height. The MBCQ showed adequate factor structure, confirmed by the adjustment measures of the proposed model, high internal consistency (Cronbach's alpha 0,93), correlation with body dissatisfaction ($\rho = 0,44$) and with body-checking behaviors ($\rho = 0,55$), was able to discriminate individuals with and without symptoms of ED, and test-retest reliability. The results suggest that MBCQ is a valid and reliable instrument, useful for evaluation and monitoring of body-checking behaviors of males.

Keywords: Psychometrics. Eating Disorders. Men.

5.1 INTRODUÇÃO

Uma vivência conturbada com o peso e a forma corporal é um critério diagnóstico central para os dois transtornos alimentares (TA) mais bem descritos na literatura: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (APA, 1994; FAIRBURN, HARRISON, 2003; TREASURE, CLAUDINO, ZUCKER, 2010).

A insatisfação com o corpo e os TA são mais prevalentes entre as mulheres quando comparadas aos homens (FORMAN-HOFFMAN, WATSON, ANDERSEN, 2008; STRIEGEL-MOORE et al., 2009), no entanto eles também apresentam descontentamento quanto à gordura corporal (OLIVARDIA et al., 2004; RIDGEWAY, TYLKA, 2005), além de insatisfação quanto à sua muscularidade (McCREARY, 2007; OLIVARDIA et al. 2004; POPE, PHILLIPS, OLIVARDIA, 2000).

Estima-se que a incidência de TA em homens tenha aumentado nas últimas décadas (CARLAT, CAMARGO, 1991; FORMAN-HOFFMAN, WATSON, ANDERSEN, 2008; PETRI et al., 2009; STRIEGEL-MOORE et al., 2009), representando, atualmente, cerca de 1 em cada 10 casos, sem considerar os casos não diagnosticados pela baixa procura da população masculina com TA por serviços especializados (HUDSON et al., 2007).

Embora a imagem corporal seja descrita como um constructo complexo e multifacetado, incluindo, no mínimo, as dimensões perceptiva e atitudinal (CASH; PRUZINSKY, 2002), atenção especial tem sido dada ao estudo da insatisfação corporal (FARRELL, LEE, SHAFRAN, 2005; GLEESON, FRITH, 2006). O distúrbio de imagem corporal é um dos problemas que geralmente persiste após o tratamento dos TA (CARTER et al., 2004; EXTERKATE, VRIESENDORP, DE-JONG, 2009), e, juntamente com outros comportamentos inadequados, contribui para o insucesso do tratamento.

Um dos comportamentos atualmente descritos em pacientes de ambos os sexos (GRILO et al., 2005; MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; REAS et al., 2005; SHAFRAN et al., 2004), bem como em homens (ALFANO et al., 2011; WALKER, ANDERSON, HILDEBRANDT, 2009), e ainda pouco estudado, é o de checagem corporal, que inclui ações constantes de aferição do peso, “pinçamento” da gordura e pele em busca de gorduras indesejadas, uso de superfícies reflexivas

para avaliação da forma do corpo, além da comparação de seu peso e forma com a de outros indivíduos (SHAFRAN et al., 2004).

Segundo Shafran et al. (2004) e Reas et al. (2005), a checagem corporal é uma expressão relacionada ao aspecto patológico central dos TA – a preocupação com o peso e a forma corporal –, sendo sua avaliação importante para o acompanhamento e o sucesso do tratamento (MOUNTFORD, HAASE, WALLER, 2006; REAS et al., 2005). Ações no sentido de diminuição desse comportamento em pacientes com TA têm sido frequentes (DELINSKY, WILSON, 2006; ROSEN, 1997; VEALE; RILEY, 2001) e são apontadas por diversos autores como uma alternativa de intervenção para o distúrbio de imagem corporal (MOUNTFORD, HAASE, WALLER; 2006; MOUNTFORD, HAASE, WALLER; 2007; WALKER, ANDERSON, HILDEBRANDT, 2009).

Nesse sentido, a criação e adaptação transcultural de escalas e questionários são de grande importância, visto que auxiliam na pesquisa científica, e, principalmente, no acompanhamento e monitoramento de pacientes na área clínica (BOWDEN; FOX-RUSHBY, 2003).

No Brasil, os profissionais contam com alguns instrumentos específicos para a avaliação dos comportamentos de checagem corporal: *Body Checking Questionnaire* (CAMPANA, 2007); *Body Checking Cognition Scale* (KACHANI et al., 2011) e o *Body Checking and Avoidance Questionnaire* (KACHANI et al., no prelo), sendo todos específicos para a população feminina.

Para tanto, este estudo teve como objetivo avaliar as qualidades psicométricas de validade de constructo (convergente, discriminante e estrutura fatorial – exploratória e confirmatória) e a reprodutibilidade (teste-reteste) do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) (HILDEBRANDT et al., 2010), desenvolvido para a avaliação da checagem corporal masculina.

5.2 MÉTODO

5.2.1 Participantes

Foram recrutados 336 indivíduos do sexo masculino, dos cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), MG, Brasil. Foram excluídos 44 participantes: 19 com EAT-26 positivo (≥ 20 pontos) e 25 por dados incompletos (por exemplo, dados pessoais de massa corporal e idade, e/ou dados incompletos de algum dos questionários). A amostra final constou de 292 indivíduos, entre 18 e 53 anos ($21,60 \pm 3,81$) e com Índice de Massa Corporal (IMC) médio de $23,66 (\pm 3,49)$ kg/m².

5.2.2 Instrumentos

5.2.2.1 *Male Body Checking Questionnaire* – MBCQ

O MBCQ é um questionário de autorrelato em escala *Likert* de 5 pontos, composto por 19 questões, e destinado à avaliação dos comportamentos de checagem corporal de homens adultos. O instrumento apresentou boas propriedades psicométricas ($\alpha = 0,94$), validade convergente com sintomas de perfeccionismo, TA, dismorfia muscular e comportamentos de checagem corporal (BCQ), além de reprodutibilidade teste-reteste ($r = 0,84$) (HILDEBRANDT et al., 2010). O MBCQ foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil, manteve suas 19 questões originais e apresentou satisfatória consistência interna (α de Cronbach de 0,96) (CARVALHO et al., no prelo).

5.2.2.2 *Body Checking Questionnaire* – BCQ

O BCQ é um questionário de autorrelato composto por 23 questões em escala *Likert* de 5 pontos, destinado à avaliação da checagem corporal de mulheres adultas. O instrumento original é formado por três fatores e obteve consistência interna satisfatória (variando de 0,83 e 0,92) (REAS et al., 2002). A versão brasileira é formada por quatro fatores: checagem pela observação do corpo, checagem por meio de medições de partes do corpo, checagem com comparações entre o corpo do sujeito e os corpos de outros e busca por informações perceptivas. Essa versão obteve adequada estrutura fatorial confirmada pelas medidas de ajuste (CAMPANA, 2007). O BCQ foi utilizado para avaliação da validade discriminante do MBCQ.

5.2.2.3 *Body Shape Questionnaire* – BSQ

O BSQ é um questionário de autorrelato composto por 34 questões em escala *Likert* de 6 pontos, utilizado para avaliação das preocupações quanto ao peso e a forma corporal. O instrumento original apresentou dois tipos de validade: a) validade concorrente com a insatisfação corporal (subescala de insatisfação corporal do *Eating Disorders Inventory*) e com sintomas de TA (*Eating Attitudes Test*); e b) validade discriminante (comparação entre indivíduos com e sem TA) (COOPER et al., 1987). A versão brasileira foi validada para ambos os sexos, apresentando satisfatória consistência interna ($\alpha = 0,97$), e é formada por quatro fatores, a saber: autopercepção da forma corporal, percepção comparativa da imagem corporal, atitudes em relação à alteração da imagem corporal e alterações severas na percepção corporal (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009). O BSQ foi utilizado para avaliação da validade convergente.

5.2.2.4 *Eating Attitudes Questionnaire* - 26 (EAT-26)

O EAT-26 é um questionário de autorrelato composto por 26 questões em escala *Likert* de 3 pontos, destinado à avaliação de sintomas e características de pacientes com TA relacionados à alimentação, apresentando boas propriedades psicométricas (GARNER et al., 1982). O EAT-26 foi validado tanto como uma medida dimensional quanto categórica, em que o escore igual ou superior a 20 pontos indica elevada preocupação com o peso e a forma corporal (ORBITELLO et al., 2006). A versão brasileira, conforme Nunes et al. (2005), apresenta boas propriedades psicométricas, com satisfatória consistência interna ($\alpha = 0,75$), formada por três fatores: a) comportamento do indivíduo em relação à dieta, recusa aos alimentos gordurosos e desejo de emagrecer; b) preocupação com comida (relacionado à bulimia); e c) autocontrole alimentar e percepção da pressão de outras pessoas para que ganhe peso. Para análise primária dos dados, o EAT-26 foi utilizado como critério de exclusão (indivíduos com escore positivo) e, posteriormente, para a avaliação da validade discriminante do MBCQ.

5.2.3 Avaliação Antropométrica

Os indivíduos reportaram sua massa corporal e estatura e em seguida foi calculado o IMC dos participantes, dado pela massa corporal (quilogramas) dividida pela estatura (metros) elevada ao quadrado (AVILA-FUNES, GUTIERREZ-ROBLEDO, PONCE DE LEON ROSALES, 2004; KAWADA, SUZUKI, 2005).

5.2.4 Procedimentos

Os participantes foram abordados em grupos, no ambiente de sala de aula, durante os horários das aulas, e informados sobre os objetivos da pesquisa,

bem como sobre todos os procedimentos e riscos envolvidos. Ainda ficaram cientes de que seria garantido o seu anonimato.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando sua participação voluntária, e, em seguida, responderam ao questionário dos instrumentos propostos (MBCQ, BCQ, BSQ e EAT-26), IMCr, reportando, ainda, sua idade.

Para análise da reprodutibilidade teste-reteste do MBCQ, foi selecionada, aleatoriamente, uma turma para a reaplicação do instrumento, com intervalo de duas semanas entre as aplicações. Participaram dessa fase do estudo 32 indivíduos com média de 19,84 ($\pm 2,18$) anos e com IMCr de 23,42 ($\pm 3,17$) kg/m².

Esta pesquisa está de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki, sua execução está de acordo com as normas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (Protocolo nº 2.193.253.2010).

5.2.5 Análise dos dados

Foi utilizado o *software* SPSS v.17.0 para análise descritiva dos dados, estatística inferencial e Análise Fatorial Exploratória (AFE) do MBCQ. Para a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), foi utilizado o *software Linear Structural Relationship* (LISREL) v.8.8.

A consistência interna foi calculada através do coeficiente *alpha* de Cronbach, e os dados ordinais da escala *Likert* (MBCQ) foram transformados em variáveis numéricas por meio da análise de componentes principais (ACP) categórica, com igual número de dimensões e variáveis (19 – dezenove).

A AFE do MBCQ adotou como critério (*Kaiser's criterion*) *eigenvalue* mínimo de 1 (HAIR et al., 2005; KAHN, 2006) e a rotação Varimax (HAIR et al., 2005).

O teste de esfericidade de Bartlett e a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foram aferidos para atestar a adequação da amostra, indicando a possibilidade de seguimento com a AFC. A matriz das cargas fatoriais foi analisada para identificação

dos itens e suas correspondências com os fatores. Valores superiores a 0,5 foram considerados como significativos (HAIR et al., 2005; KAHN, 2006). Os fatores foram nomeados de acordo com suas dimensões latentes (HAIR et al., 2005).

A AFC foi utilizada para avaliar a estrutura fatorial obtida na AFE. Foram utilizadas medidas de ajustes da estrutura fatorial, que visam obter uma melhor adequação dos constructos. Essa avaliação foi realizada valendo-se das seguintes medidas: Qui-quadrado Ponderado (X^2), *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Akaike Information Criterion* (AIC – *Independence e Model*), *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) e *Incremental Fit Index* (IFI).

Foram considerados bons ajustes de valores: superiores a 0,9 para CFI, TLI e IFI (BENTHER; BONETT, 1980); inferiores a 0,08 e 0,06 (KAHN, 2006) para RMSEA e SRMR, respectivamente; e o valor obtido no AIC *Model* é menor do que o AIC *Independence* (AKAIKE, 1987).

A validade convergente e discriminante foi avaliada adotando-se análise estatística não paramétrica para dados ordinais (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005) por meio das análises de correlação (*Spearman Rank*) entre os escores dos instrumentos, e a comparação (Teste U de *Mann-Whitney*) entre os grupos de baixa (< 11 pontos) e alta pontuação (\geq a 11 pontos) (ORBITELLO et al., 2006) no EAT-26 quanto aos escores obtidos no MBCQ.

A reprodutibilidade (teste-reteste) foi avaliada pela análise de comparação entre os escores obtidos (teste de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os Momentos 1 e 2), pelo coeficiente de correlação intraclasse e pela correlação (correlação produto-momento), com intervalo de duas semanas entre os dois momentos (HAIR et al., 2005; THOMPSON, 2004). Além disso, foi verificada a consistência interna (homogeneidade) nos dois momentos (HAIR et al., 2005; STREINER, 2003).

Neste estudo, foi adotado o nível de significância de 5% para todos os testes estatísticos, e o valor *alpha* superior a 0,70 foi considerado satisfatório (HAIR et al., 2005; STREINER, 2003).

5.3 RESULTADOS

Os escores obtidos e as correlações entre os instrumentos estão resumidos na Tabela 3:

Tabela 3: Análise descritiva, inferencial e correlação dos instrumentos.

Variáveis	Média	Desvio- Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Alpha de Cronbach	1	2	3	4	5
1. MBCQ	33,44	11,73	19,00	95,00	0,93	-				
2. BCQ	16,40	4,46	12,00	40,00	0,76	0,55*	-			
3. BSQ	55,70	17,61	34,00	135,00	0,92	0,44*	0,62*	-		
4. EAT-26	7,15	4,55	0,00	19,00	0,72	0,20*	0,33*	0,44*	-	
5. IMCr	23,66	3,49	16,33	47,34	-	-0,05	0,26*	0,33*	0,04	-

Legenda: 1 – MBCQ, 2 – BCQ, 3 – BSQ, 4 – EAT-26, e 5 – IMCr.

* $p < 0,01$.

Fonte: o Autor (2011).

O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, $X^2 (171) = 3244,849$, $p < 0,0001$, e a medida KMO de adequação da amostra foi de 0,901; ambos indicaram que os itens do MBCQ eram adequados a AFE.

Foi identificada solução satisfatória, que explica 64,36% da variância total do instrumento, sendo este formado por quatro fatores (Tabela 4): Fator 1 (Checagem por comparação com outras pessoas; *eigenvalue* = 8,38), Fator 2 (Checagem muscular – uso do espelho; *eigenvalue* = 1,53), Fator 3 (Checagem de gordura; *eigenvalue* = 1,29), e Fator 4 (Checagem por avaliação externa; *eigenvalue* = 1,03).

Tabela 4: Cargas fatoriais com rotação Varimax e % da variância explicada pelos quatro fatores do MBCQ, divididos por itens³.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
4. Comparo o tamanho de meus músculos com o de outras pessoas	0,647	0,369	0,162	0,159
5. Comparo minha “magreza” ou definição muscular com a de outras pessoas.	0,777	0,107	0,168	0,041
6. Comparo meus músculos com a dos atletas ou das celebridades.	0,738	0,339	-0,047	0,157
7. Comparo minha “magreza” ou definição muscular com a dos atletas ou das celebridades.	0,786	0,240	-0,036	0,146
11. Comparo minha “magreza” ou a definição de meus músculos peitorais à de outras pessoas.	0,743	0,331	0,326	0,093
12. Comparo o tamanho de meus músculos peitorais com o tamanho dos músculos de outras pessoas.	0,728	0,391	0,294	0,109
13. Comparo a largura de meus ombros com a largura dos ombros de outras pessoas.	0,595	0,247	0,315	0,172
1. Checo a firmeza de meus braços para confirmar que não perdi nenhuma massa muscular.	0,234	0,674	0,164	0,091
2. Olho meus músculos abdominais – “tanquinho” – no espelho.	0,345	0,576	0,001	0,074
3. Quando me olho no espelho, contraio os braços para confirmar a igualdade entre eles.	0,307	0,768	0,040	0,144
14. Contraio meus músculos peitorais diante do espelho para confirmar a igualdade entre eles.	0,300	0,734	0,129	0,100
15. Contraio meus músculos diante do espelho à procura de linhas ou estriamentos neles.	0,166	0,572	0,440	0,070
16. Meço meus músculos com uma fita métrica.	0,104	0,568	0,369	0,239
18. Checo o tamanho e a forma de meus músculos na maioria das superfícies espelhadas (por exemplo, nas janelas de carros, nas vitrines de lojas, nos espelhos etc.).	0,303	0,599	0,272	0,095
19. Belisco ou aperto meus músculos para confirmar o tamanho e a firmeza deles.	0,219	0,715	0,293	0,049
10. Belisco a gordura da minha barriga e costas (por exemplo, os pneuzinhos) para checar a minha “magreza”.	0,137	0,158	0,719	0,077
17. Aperto a gordura ou estico a pele do meu corpo para acentuar o músculo escondido pela gordura.	0,159	0,241	0,771	0,081
8. Peço a outras pessoas para tocarem em meus músculos para confirmar o tamanho e a firmeza deles.	0,172	0,182	0,025	0,854
9. Peço a outras pessoas para comentarem sobre a definição ou o tamanho de meus músculos.	0,184	0,114	0,182	0,862
% da variância explicada.	44,11	8,04	6,80	5,41

Fonte: o Autor (2011).

A AFC apresentou os seguintes valores de ajuste do modelo: χ^2 significativo ($\chi^2 (171) = 8658,86, p < 0,01$); CFI (0,94); TLI (0,94); IFI (0,95); RMSEA

³ É importante esclarecer que os itens da Tabela 4 não estão apresentados em ordem crescente e, sim, agrupados de acordo com os fatores: Fator 1 (Comparação com outras pessoas), Fator 2 (Uso de superfície reflexiva), Fator 3 (Checagem por “pinçamento” – gordura) e Fator 4 (Checagem por avaliação externa).

igual a 0,099 (95% IC = 0,09 – 0,11; $p < 0,001$), SRMR (0,057) e AIC (*Model* = 650,14 e *Independence* = 8696,86).

O MBCQ associou-se moderada (LANDIS; KOCK, 1977) e significativamente ($p < 0,01$) com o BCQ e com o BSQ, $\rho = 0,55$ e $\rho = 0,44$, respectivamente (Tabela 3). Na Tabela 5, são apresentados os valores de correlação entre os escores dos fatores dos instrumentos.

Tabela 5: Correlação entre os fatores dos instrumentos.

MBCQ	BCQ				BSQ				EAT-26		
	OP	ME	CO	IP	SPBS	COBI	ACBIA	SABP	D	B	CO
CCO	0,23*	0,39*	0,41*	0,32*	0,30*	0,38*	0,23*	0,10	0,18*	0,07	0,05
CME	0,25*	0,48*	0,33*	0,35*	0,36*	0,21*	0,23*	0,07	0,24*	0,08	0,05
CG	0,45*	0,48*	0,16*	0,44*	0,59*	0,28*	0,21*	0,15 [#]	0,41*	0,21*	0,01
CAE	0,14 [#]	0,17*	0,13 [#]	0,17*	0,15*	0,15 [#]	0,11	0,07	0,05	-0,02	0,07

Legenda: MBCQ (CCO – checagem por comparação com outras pessoas; CME – checagem muscular - espelho; CG – checagem de gordura; CAE – checagem por avaliação externa); BCQ (OP – observação do corpo; ME – medidas do corpo; CO – comparação com outros; IP – informações perceptivas); BSQ (SPBS – “*self perception of body shape*”; COBI – “*comparative perception of body image*”; ACBIA – “*attitude concerning body image alteration*”; SABP – “*severe alterations in body perception*”); EAT-26 (D – dieta; B – preocupação com a comida/bulimia; CO – controle oral).

* $p < 0,01$.

[#] $p < 0,05$.

Fonte: o Autor (2011).

A comparação entre o grupo com baixo e elevado escore para sintomas de TA (EAT-26) apresentou diferença estatisticamente significativa (8604 vs. 34171; $p = 0,018$) quanto ao MBCQ, atestando sua validade discriminante.

A comparação entre os escores obtidos nos Momentos 1 e 2 não foi significativa ($37,62 \pm 11$ vs. $34,34 \pm 12,31$, $p = 0,26$), o coeficiente de correlação intraclasse correspondeu a 0,87, e a correlação produto-momento foi igual a 0,89 ($p < 0,01$). O α de Cronbach obtido foi de 0,89 e 0,94, nos Momentos 1 e 2, respectivamente.

5.4 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a estrutura fatorial, validade convergente e discriminante do MBCQ. Foi testada, por meio da AFE, a estrutura do instrumento, que correspondeu, assim como o original, à presença de quatro fatores e apresentou um percentual de explicação da variância total adequado (superior a 60%), similar ao obtido (64,79%) no processo de validade do instrumento original.

Os itens correspondentes a cada fator agruparam-se diferentemente do instrumento original, reunidos de acordo com a maneira como o comportamento de checagem é realizado: comparação com outras pessoas (por exemplo: “Comparo o tamanho de meus músculos com o de outras pessoas” e “Comparo minha *“magreza”* ou definição muscular com a de outras pessoas”); uso de superfície reflexiva (por exemplo: “Olho meus músculos abdominais – “tanquinho” – no espelho” e “Quando me olho no espelho, contraio os braços para confirmar a igualdade entre eles”); checagem por meio de “pinçamento” – gordura (por exemplo, “Aperto a gordura ou estico a pele do meu corpo para acentuar o músculo escondido pela gordura”); e pela avaliação do seu corpo por outras pessoas (por exemplo, “Peço a outras pessoas para comentar sobre a definição ou o tamanho de meus músculos”).

No estudo de Hildebrandt et al. (2010), os itens são agrupados em seus fatores de forma que estes são representados não somente pela maneira como a checagem ocorre (comparação ou teste corporal), mas também se dividem pela área corporal em questão (geral – corpo como um todo; ou específica – ombros e peitorais).

Segundo Sousa e Rojjanasrirat (2011) e Beaton et al. (2000), a adaptação transcultural de escalas requer uma adequação das mesmas à sua cultura local, e, dessa maneira, a forma de administração do instrumento, o número de itens e, ainda, os valores das propriedades psicométricas não precisam ser, necessariamente, idênticos. No entanto, os valores, tanto de validade quanto de confiabilidade, devem ser apresentados.

A AFE confirmou a adequação da amostra para a análise fatorial. Os índices obtidos na AFC do modelo de ajuste (CFI, TLI e IFI) são considerados adequados (BENTHER; BONETT, 1980). O AIC *Model* foi menor do que o AIC *Independence*, indicando bom ajuste do modelo (AKAIKE, 1987).

O χ^2 foi significativo, demonstrando diferença entre as covariâncias do modelo hipotético ideal e do modelo real, ou seja, um pobre ajuste. No entanto, segundo Jackson, Gillaspay e Purc-Stephenson (2009) e Kahn (2006), o χ^2 apresenta grande sensibilidade ao tamanho amostral, o que, de modo recorrente, resulta em significância estatística, mas, no entanto, não indica, necessariamente, pobre ajuste do modelo. Para os autores, bons índices de ajuste atestam para uma adequação do modelo proposto e indicam uma parcimônia do mesmo.

A SRMR foi adequada (bom ajuste). No entanto, a RMSEA apresentou valor marginal (KAHN, 2006). Browne e Cudeck (1992) sugerem que valores abaixo de 0,05 são excelentes, entre 0,05 e 0,08 adequados, entre 0,08 e 1,0 marginais, e, acima de 1,0 – pobre ajuste. Desta maneira, o modelo foi considerado adequado em virtude da utilização da SRMR como medida alternativa à RMSEA (KAHN, 2006).

O MBCQ apresentou dois fatores (Fatores 3 e 4 – ver Tabela 4) formados, cada um, por apenas dois itens. Fabrigar et al. (1999) recomendam um mínimo de três itens por fator para a análise das propriedades psicométricas. No entanto, o percentual de explicação da variância do instrumento e os bons índices de ajuste obtidos pelo modelo proposto suportam a adequada estrutura fatorial obtida. Os dados da associação dos quatro fatores do MBCQ com os dos instrumentos utilizados (ver Tabela 5) sugerem a validade dos mesmos. Sugere-se, nesta pesquisa, a manutenção dos Fatores 3 e 4, pois estes contribuem para a análise do constructo (checagem corporal); no entanto, o uso independente desses fatores é desencorajado.

O MBCQ obteve correlação significativa com o BSQ, ou seja, quanto maior a insatisfação corporal, maiores são os comportamentos de checagem corporal, confirmando o fato de a checagem estar relacionada ao aspecto psicopatológico central dos TA – a preocupação com o peso e a forma corporal (REAS et al., 2003; SHAFRAN et al., 2003). Para Mountford, Haase e Waller (2007), apesar de não apresentar validade diagnóstica, a checagem corporal é um comportamento comum em indivíduos com TA. Os autores atentam para o fato de que pacientes com alto comportamento de checagem apresentam maior comprometimento do tratamento quando comparados aos de menor comportamento, e, desse modo, eles engajam em um processo ainda maior de purgação ou de restrição alimentar.

Assim como no estudo original de Hildebrandt et al. (2010), os dados indicaram associação entre o MBCQ e o BCQ. Acreditava-se que o fato de homens e mulheres apresentarem preocupações diferentes quanto ao corpo (muscularidade vs. magreza), bem como distintos comportamentos para controle do peso corporal (uso de esteroides anabolizantes e prática excessiva de exercício físico vs. uso de laxantes e restrição alimentar), seria refletido em uma associação inversamente proporcional entre os instrumentos.

Hildebrandt et al. (2010) asseveram que, apesar dessas diferenças, tanto o MBCQ quanto o BCQ são instrumentos que apresentam uma unidade: a avaliação do comportamento de checagem corporal. Os autores sugerem a utilização do instrumento específico – MBCQ (para homens) e BCQ (para mulheres), ainda que esses apresentem indícios de validade não só para amostra masculina, como também para a feminina.

Em estudo sobre o impacto do sexo do respondente sobre os escores obtidos no MBCQ e BCQ, Alfano et al. (2011) encontraram evidência de que 10 itens apresentam correspondência entre os instrumentos, considerados livre da influência de sexo, e que, desse modo, podem ser utilizados em amostras mistas. Os autores reforçam, no entanto, o fato de que a especificidade de cada sexo deve ser respeitada, sugerindo, assim, o uso do instrumento mais adequado a cada população.

A adaptação transcultural de instrumentos de autorrelato é considerada de grande importância pelo crescimento de estudos entre culturas, sendo necessária para a ampliação do conhecimento científico (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Ademais, instrumentos criados e adaptados especificamente para uma determinada população, com propriedades psicométricas adequadas, são um meio importante para o acompanhamento e o monitoramento na área clínica (BOWDEN; FOX-RUSHBY, 2003), necessários ao atendimento de pacientes com TA (MOUNTFORD; HAASE; WALLER, 2007).

Cumprе ressaltar que os problemas relacionados à imagem corporal, presentes em pacientes com TA, costumam persistir mesmo após a remissão do quadro psicopatológico. Dessa forma, o conhecimento dos comportamentos, como o de checagem, relacionados à imagem corporal são fontes importantes não apenas para a área clínica, como também para a epidemiologia.

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, a amostra foi selecionada aleatoriamente de uma instituição de ensino superior do Brasil, fato que compromete a generalização dos dados de validade e reprodutibilidade para outras amostras. Sugere-se que a consistência interna do instrumento seja avaliada em outros estudos envolvendo o MBCQ. Segundo, a média de idade dos participantes correspondeu à faixa etária de adultos jovens e, ainda que tenha variado dos 18 aos 53 anos, não é possível atestar sua validade para amostras de indivíduos de meia-idade e idosos. Na população masculina, os TA desenvolvem-se mais tardiamente do que nas mulheres (BRAUN et al., 1999; CARLAT, CAMARGO, HERZOG, 1997), sendo mais evidente em indivíduos entre os 18 e 26 anos, faixa etária média compreendida neste estudo.

Estudos transculturais envolvendo a comparação entre populações e ainda destinados à adaptação de instrumentos e verificação de suas propriedades psicométricas devem ser realizados, no intuito de ampliar o conhecimento sobre a imagem corporal, sua modulação e influência sobre o tratamento de indivíduos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos de autorrelato são fontes importantes para a área clínica e epidemiológica, por serem um meio eficaz e rápido de acesso aos fenômenos investigados. No entanto, para que estas medidas sejam consideradas válidas, é preciso haver uma atenção à análise das propriedades psicométricas, em que a validade e a confiabilidade do instrumento devem ser testadas.

Esta pesquisa envolveu a adaptação transcultural do *Male Body Checking Questionnaire*, instrumento destinado à avaliação do comportamento de checagem corporal de homens adultos, composto de 19 questões em escala *Likert* de 5 pontos.

A versão brasileira do MBCQ (Questionário de Checagem do Corpo Masculino) manteve todas as questões do instrumento original, apresentou adequada compreensão verbal dos respondentes, assim como boa consistência interna. A análise da validade de constructo (análise fatorial exploratória e confirmatória, e também validade convergente e discriminante) atestou a validade do modelo proposto, indicando boas propriedades psicométricas. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória e estabilidade após duas semanas de aplicação.

Por conseguinte, o MBCQ encontra-se pronto para utilização em amostras semelhantes à deste estudo. Sugere-se que as propriedades psicométricas do questionário sejam avaliadas em outras populações, como em indivíduos de meia-idade e idosos, e ainda em populações específicas, como em pacientes com TA.

Acredita-se que, desse modo, o conhecimento acerca da imagem corporal masculina seja ampliado, a fim de auxiliar os profissionais da área de saúde e também de outras áreas, na prescrição de exercícios, na atuação preventiva e curativa de doenças, na orientação nutricional e psicológica.

Novos estudos transculturais são também necessários, para que outros aspectos da imagem corporal masculina sejam investigados, instrumentos sejam adaptados e validados, contribuindo, sobremaneira, para a Educação Física e áreas afins, que têm como foco o corpo.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. et al. Versão brasileira do Fear Avoidance Beliefs Questionnaire. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 615-23, mar. 2008.

AKAIKE, H. Factor analysis and AIC. **Psychometrika**, New York, v. 52, n. 3, p. 317-32, Sept. 1987.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3.061-8, jul. 2011.

ALFANO, L. et al. The impact of gender on the assessment of body checking behavior. **Body Image**, Amsterdam, v. 8, n. 1, p. 20-5, Jan. 2011.

ALONSO, A. T. V. et al. Eating disorders: Prevalence and risk profile among secondary school students. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlim, v. 40, n. 12, p. 980-7, Dec. 2005.

AMARAL, A. C. S. et al. Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1.487-97, ago. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

_____. **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders**. 3. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2005.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

AVILA-FUNES, J. A.; GUTIERREZ-ROBLEDO, L. M.; PONCE DE LEON ROSALES, S. Validity of height and weight self-report in Mexican adults: Results from the national health and aging study. **Journal of Nutrition Health and Aging**, New York, v. 8, n. 5, p. 355-361, Oct. 2004

BANFIELD, S. S; McCABE, M. P. An evaluation of the construct of body image. **Adolescence**, San Diego, v. 37, n. 146, p. 373-93, *Summer*, 2002.

BARROS, D. D. Imagem corporal: descoberta de si mesmo. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 547-54, maio/ago. 2005.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, New York, v. 25, n. 24, p. 3186-91, Dec. 2000.

BENTLER, P. M.; BONETT, D. G. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 88, n. 3, p. 588-606, Nov.1980.

BLASHILL, A. J. Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. **Body Image**, Amsterdam, v. 8, n. 1, p. 1-11, Jan. 2011.

BOROUGHES, M.; CAFRI, G.; THOMPSON, J. K. Male body depilation: Prevalence and associated features of body hair removal. **Sex Roles**, New York, v. 52, n. 9/10, p. 637-44, May, 2005.

BOTTAMINI, G.; STE-MARIE, D. M. Male voices on body image. **International Journal of Men's Health**, Harriman, v. 5, n. 2, p. 109-32, *Summer*. 2006.

BOWDEN, A.; FOX-RUSHBY, J. A. A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. **Social Science & Medicine**, New York, v. 57, n. 7, p. 1.289-306, Oct. 2003.

BRAUN, D. L. et al. More male seek treatment for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 25, n. 4, p. 415-24, May, 1999.

BROWN, T. A.; CASH, T. F.; MIKULKA, P. J. Attitudinal body image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 55, n. 1/2, p. 135-44, Oct. 1990.

BRUSHNELL, J. A. et al. Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. **Psychological Medicine**, London, v. 20, n. 3, p. 671-80, Aug. 1990.

BUTTON, E.; ALDRIDGE, S.; PALMER, R. Males assessed by a specialized adult eating disorders service: patterns over time and comparisons with females. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 41, n. 8, p. 758-61, Dec. 2008.

CAFRI, G.; THOMPSON, J. K. Measuring male body image: A review of the current methodology. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 5, n. 1, p. 18-29, Jan. 2004.

_____. Measurement of the muscular ideal. In: THOMPSON, J. K.; CAFRI, G. (Eds.). **The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives**. Washington, DC: American Psychological Association, 2007. p. 107-20.

CAFRI, G. et al. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 25, n. 2, p. 215-39, Feb. 2005.

CAMPANA, A. N. N. B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do “Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)” e do “Body Checking Questionnaire (BCQ)” para a língua portuguesa no Brasil.** 2007. 199 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

_____; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa.** São Paulo: Phorte, 2009.

CAMPANA, A. N. N. B. et al. Translation and validation of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) for the Portuguese language in Brazil. **Behavior Research Methods**, New York, v. 41, n. 1, p. 236-46, Feb. 2009.

CARLAT, D.; CAMARGO, C. Review of bulimia nervosa in males. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 148, n. 7, p. 831-43, July, 1991.

_____; HERZOG, D. B. Eating disorders in males: Report on 135 patients. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 154, n. 8, p. 831-43, Aug. 1997.

CARTER, J. C. et al. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. **Psychological Medicine**, London, v. 34, n. 4, p. 671-9, May, 2004.

CARVALHO, P. H. B. et al. Tradução para o português (Brasil), equivalência semântica e consistência interna do Male Body Checking Questionnaire (MBCQ). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 2012. No prelo.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Images: development, deviance and changes.** New York: Guilford, 1990.

_____. **Body Image: a handbook of theory, research e clinical practice.** New York: Guilford, 2002.

CASH, T. F.; MELNYK, S. E.; HRABOSKY, J. I. The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 35, n. 3, p. 305-16, Apr. 2004.

CHEN, H.; JACKSON, T. Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 16, n. 5, p. 375-85, Sept. 2008.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 43, n. 2, p. 9-13, mar./abr. 2003.

_____. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio/jun.1999.

CONTI, M. A.; SLATER, B.; LATORRE, M. R. D. O. Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación da Insatisfacción Corporal para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 515-24, maio/jun. 2009.

CONTI, M. A.; CORDÁS, T. A.; LATORRE, M. R. D. O. A study of validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 331-8, July/Sept. 2009.

CONTI, M. A. et al. Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Area Scale for Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2.179-86, Oct. 2009.

CONTI, M. A. et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 503-13, mar. 2010.

CONTI, M. A. et al. Equivalência Semântica da versão em português do Body Change Inventory. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. No prelo.

COOPER, P. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 6, n. 4, p. 485-94, July, 1987.

CROWTHER, J. H. et al. The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 41, n. 6, p. 491-7, Sept. 2008.

CRUZ, L. N. et al. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 20, n. 7, p. 1.123-9, Sept. 2011.

DANIEL, S.; BRIDGES, S. K. The drive for muscularity in men: Media influences and objectification theory. **Body Image**, Amsterdam, v. 7, n. 1, p. 32-8, Jan. 2010.

DELINSKY, S. S.; WILSON, G. T. Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 39, n. 2, p. 108-16, Mar. 2006.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-4, mar. 2009.

EXTERKATE, C. C.; VRIESENDORP, P. F.; DE-JONG, C. A. J. Body attitudes in patients with eating disorders at presentation and completion of intensive outpatient day treatment. **Eating Behaviors**, New York, v. 10, n. 1, p.16-21, Jan. 2009.

FABBRI, A. D. et al. Transtornos alimentares em homens: quais são as diferenças em relação às mulheres? In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. (Orgs.). **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Manole: São Paulo, 2011. p. 99-116.

FAIRBURN, C. G.; SHAFRAN, R.; COOPER, Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 1-13, Jan. 1999.

FAIRBURN, C. G.; HARRISON, P. J. Eating disorders. **Lancet**, London, v. 361, n. 9.355, p. 407-16, Feb. 2003.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 41, n. 5, p. 509-28, May, 2003.

FALLON, A. E.; ROZIN, P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 94, n. 1, p. 102-5, Feb. 1985.

FARIAS, F. R.; CARVALHO, S. A. C. Escala de autoavaliação sobre o esquema corporal. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 23-5, jul./set. 1987.

FARRELL, C.; LEE, M.; SHAFRAN, R. Assessment of body size estimation: a review. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 13, n. 2, p. 75-88, Mar. 2005.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F. et al. Male eating disorders and therapy: a controlled pilot study with one year follow-up. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, Elmsford, v. 40, n. 3, p. 479-86, Sept. 2009.

FERREIRA, C.; PINTO-GOUVEIA, J.; DUARTE, C. The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, Almería, v. 11, n. 3, p. 327-45, Oct. 2011.

FISHER, E.; DUNN, M.; THOMPSON, J. K. Social comparison and body image: An investigation of body comparison processes using multidimensional scaling. **Journal of Social and Clinical Psychology**, New York, v. 21, n. 5, p. 566-79, Nov. 2002.

FITZNER, K. Reliability and validity. **Diabetes Educator**, Chicago, v. 33, n. 5, p. 775-80, Sept./Oct. 2007.

FORMAN-HOFFMAN, V. L.; WATSON, T. L.; ANDERSEN, A. E. Eating disorder age of onset in males: distribution and associated characteristics. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v. 13, n. 2, p. 28-31, June, 2008.

FREDERICK, D. A. et al. Desiring the muscular ideal: Men’s body dissatisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 8, n. 2, p. 103-17, Apr. 2007.

FRITH, H.; GLEESON, K. Clothing and Embodiment: Men managing body image and appearance. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 5, n. 1, p. 40-8, Jan. 2004.

FURNHAM, A.; BADMIN, N.; SNEADE, I. Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reason for exercise. **The Journal of Psychology**, Provincetown, v. 136, n. 6, p. 581-96, Nov. 2002.

GALINDO, E. M. C.; CARVALHO, A. M. P. Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do Eating Behaviours and Body Image Test para uso com crianças do sexo feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 47-54, fev. 2007.

GARDNER, R. M. Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. **British Journal of Psychology**, London, v. 87, n. 2, p. 327-37, May, 1996.

_____. Assessment of body image disturbance in children and adolescents. In: THOMPSON, J. K.; SMOLAK, L. (Eds.). **Body image, eating disorders, and obesity in youth**. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 193-213.

_____; BOKENKAMP, E. D. The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. **Journal of Clinical Psychology**, New York, v. 52, n. 1, p. 3-16, Jan. 1996.

GARDNER, R. M.; FRIEDMAN, B. N.; JACKSON, N. A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. **Perceptual and Motor Skills**, Louisville, v. 86, n. 2, p. 387-95, Apr. 1998.

GARDNER, R. M.; BOICE, R. A computer program for measuring body size distortion and body dissatisfaction. **Behaviour Research Methods, Instruments & Computers**, Austin, v. 36, n. 1, p. 89-95, Feb. 2004.

GARDNER, R. M.; BROWN, D. L. Body image assessment: a review of figural drawing scales. **Personality and Individual Differences**, Oxford, v. 48, n. 2, p. 107-11, Jan. 2010.

GARFINKEL, P. E. et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison subgroups. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 152, n. 7, p. 1.052-8, July, 1995.

GARNER, D. M. et al. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, London, v. 12, n. 4, p. 871-8, Nov. 1982.

GLEESON, K.; FRITH, H. (De) constructing body image. **Journal of Health Psychology**, London, v. 11, n. 1, p. 79-90, Jan. 2006.

GOUVEIA, V. V. et al. Escala de Investimento Corporal (BIS): evidências de sua validade fatorial e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 57-66, abr. 2008.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-55, abr. 2006.

GRILO, C. M. et al. Body checking and avoidance and the core features of eating disorders among obese men and women seeking bariatric surgery. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 43, n. 5, p. 629-37, May, 2005.

GROGAN, S. **Body image**: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children. London: Routledge, 1999.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. E. Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p. 1.417-32, Dec. 1993.

GUPTA, M. A.; SCHORK, N. J. Aging-related concerns and body image: Possible future implications for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 14, n. 4, p. 481-6, Dec. 1993.

HAIR J. F. et al. **Análise Multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARGREAVES, D. A.; TIGGEMANN, M. Body image is for girls: A qualitative study of boy's body image. **Journal of Health Psychology**, London, v. 11, n. 4, p. 567-76, July, 2006.

HATOUM, I. J.; BELLE, D. Mags and abs: Media consumption and bodily concerns in men. **Sex Roles**, New York, v. 51, n. 7/8, p. 397-407, Oct. 2004.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 13-7, dez. 2002.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 6, n. 3, p. 237-47, May, 1997.

_____. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 323-35, May, 1998.

HILDEBRANDT, T. et al. Development and validation of a male specific body checking questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 43, n. 1, p. 77-87, Jan. 2010.

HIRATA, E.; PILATI, R. Desenvolvimento e validação preliminar da Escala Situacional de Satisfação Corporal – ESSC. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 1-11, jan./abr. 2010.

HOBZA, C. L.; ROCHLEN, A. B. Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of ideal media portrayals on men. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 10, n. 2, p. 120-30, Apr. 2009.

HOEK, H. W.; VAN HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 34, n. 4, p. 383-96, Dec. 2003.

HU, L.; BENTLER, P. M. Evaluating model fit. In: HOYLE, R. H. (Ed.). **Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995. p. 76-99.

HUDSON, J. I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, New York, v. 61, n. 3, p. 348-58, Feb. 2007.

JACKSON, D. L.; GILLASPY, J. A.; PURC-STEPHENSON, R. Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. **Psychological Methods**, Washington, v. 14, n. 1, p. 6-23, Mar. 2009.

JACOBI, L.; CASH, T. F. In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self-ideal precepts of multiple physical attributes. **Journal of Applied Social Psychology**, Washington, v. 24, n. 5, p. 379-96, Mar. 1994.

JACOBI, L. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from German Health Interview and Examination Survey (GHS). **Psychological Medicine**, London, v. 34, n. 4, p. 597-611, May, 2004.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JORGE, R. T. B. et al. Brazilian version of the Body Dysmorphic Disorder Examination. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 126, n. 2, p. 87-95, Mar. 2008.

KACHANI, A. T. et al. Tradução, adaptação transcultural para o português (Brasil) e validação de conteúdo da Body Checking Cognitions Scale (BCCS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-8, 2011.

KACHANI, A. T. et al. Psychometric Evaluation of the Body Checking and Avoidance Questionnaire – BCAQ – adapted to Brazilian Portuguese. **Eating and Weight Disorders**, Milano, 2012. No prelo.

KAHN, J. H. Factor analysis in counseling psychology research, training, and practice: Principles, advances, and applications. **The Counseling Psychologist**, Thousand Oaks, v. 34, n. 5, p. 684-718, Sept. 2006.

KAKESHITA, I. S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 263-70, jun. 2009.

KAWADA, T.; SUZUKI, S. Validation study on self-reported height, weight, and blood pressure. **Perceptual and Motor Skills**, Missoula, v. 101, n. 1, p. 187-191, Aug. 2005.

KELLEY, C. C.; NEUFELD, J. M.; MUSER-EIZENMAN, D. R. Drive for thinness and drive for muscularity: Opposite ends of continuum or separate constructs? **Body Image**, Amsterdam, v. 7, n. 1, p. 74-7, Jan. 2010.

KLEIN, D. A.; WALSH, T. Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. **Physiology & Behaviour**, Oxford, v. 81, n. 2, p. 359-74, Apr. 2004.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: Guilford, 1998.

LANDIS, J.; KOCH, G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, n. 1, p. 159-74, Mar. 1977.

LEVER, J.; FREDERICK, D. A.; PEPLAU, L. A. Does size matter? Men's and women's views on penis size across the lifespan. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 7, n. 3, p. 129-43, July, 2006.

MCCABE, M. P.; RICCIARDELLI, L. A. Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of past literature. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 56, n. 6, p. 675-85, June, 2004.

MCCABE, M. P. et al. Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. **Body Image**, Amsterdam, v. 3, n. 2, p. 163-71, June, 2006.

MCCREARY, D. R.; SASSE, D. K. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. **Journal of American College Health**, Washington, v. 48, n. 6, p. 297-304, May, 2000.

_____. The Drive for Muscularity Scale: Description, psychometrics, and research findings. In: THOMPSON, J. K.; CAFRI, G. (Eds.). **The muscular ideal: psychological, social, and medical perspectives**. Washington, DC: American Psychological Association, 2007. p. 87-106.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 73-6, dez. 2002.

MENDELSON, B. K.; MENDELSON, M. J.; WHITE, D. R. Body esteem scale for adolescence and adult. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 76, n. 1, p. 90-106, Feb. 2001.

MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C. Análise exploratória das escalas de silhuetas bidimensionais e tridimensionais adaptadas para pessoas com cegueira. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 16, n. 1, p. 47-64, jan./abr. 2010.

MORGAN, F. J.; ARCELUS, J. Body image in gay and straight men: a qualitative study. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 17, n. 6, p. 435-43, Nov. 2009.

MORRISON, T. G.; MORRISON, M.; HOPKINS, C. Striving for bodily perfection? An exploration of the drive for muscularity in Canadian men. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 4, n. 2, p. 111-20, July, 2003.

MORRISON, T. G. et al. Correlates of genital perceptions among Canadian post-secondary students. **Electronic Journal of Human Sexuality**, v. 8, May, 2005. Disponível em: <<http://www.ejhs.org/volume8/GenitalPerceptions.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2011.

MOUNTFORD, V.; HAASE, A.; WALLER, G. Body checking in the eating disorders: associations between cognitions and behaviors. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 39, n. 8, p. 708-15, Dec. 2006.

_____. Is body checking in the eating disorders more closely related to diagnosis or to symptoms presentation? **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 45, n. 11, p. 2.704-11, Nov. 2007.

NUNES, M. A. et al. Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v. 8, n. 2, p. 100-6, June, 2003.

NUNES, M. A. et al. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 11, p. 1.655-62, Nov. 2005.

OLIVARDIA, R. et al. Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 5, n. 2, p. 112-20, July, 2004.

ORBITELLO, B. et al. The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. **International Journal of Obesity**, London, v. 30, n. 6, p. 977-81, June, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. (Org.) **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida / Instituto de Psicologia / UnB: INEP, 1996.

PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. **Psicologia-USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 167-74, dez. 1990.

PETRI, A. et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, n. 43, n. 14, p. 1.125-32, Sept. 2009.

PICKETT, T. C.; LEWIS, R. J.; CASH, T. F. Men, muscle, and body image: comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. **British Journal of Sports Medicine**, Loughborough, v. 39, n. 4, p. 217-22, Apr. 2005.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 158-60, 2004.

POPE, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession**. New York: Free, 2000.

REAS, D. L. et al. Development of the Body Checking Questionnaire: A self-report measure of body checking behavior. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 31, n. 3, p. 324-33, Apr. 2002.

REAS, D. L. et al. Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 37, n. 4, p. 342-6, May, 2005.

REAS, D. L.; WHITE, M. A.; GRILO, C. M. Body Checking Questionnaire: psychometric properties and clinical correlates in obese men and women with binge eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 39, n. 4, p. 326-31, May, 2006.

REICHENHEIM, M. E; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-73, ago. 2007.

RICCIARDELLI, L. A.; McCABE, M. P. A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 130, n. 2, p. 179-205, Mar. 2004.

RIDGEWAY, R.; TYLKA, T. College men's perceptions of ideal body composition and shape. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 6, n. 3, p. 209-20, July, 2005.

ROBERTS, P.; PRIEST, H.; TRAYNOR, M. Reliability and validity in research. **Nursing Standard**, London, v. 20, n. 44, p. 41-5, July, 2006.

ROSEN, J. C. Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 20, n. 4, p. 331-43, Dec. 1997.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthopaedic Nursing**, Pitman, v. 27, n. 1, p. 28-30, Jan./Feb. 2008.

SEMENZA, C. Disorders of body representation. In: BOLLER, F.; GRAFMAN, J. (Eds.). **Handbook of neuropsychology: Language and aphasia**. [S.l]: Elsevier, 2001. v. 3.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. **Perceptual and Motor Skills**, Louisville, v. 101, n. 1, p. 25-41, Aug. 2005.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. **Appetite**, London, v. 47, n. 1, p. 77-82, July, 2006.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Nutritional knowledge, eating attitudes and chronic dietary restraint. **Appetite**, London, v. 53, n. 3, p. 446-9, Dec. 2009.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHOOLER, D.; WARD, L. M. Average Joes: men's relationships with media, real bodies, and sexuality. **Psychology of Men & Masculinity**, Washington, v. 7, n. 1, p. 27-41, Jan. 2006.

SHAFRAN, R. et al. Body checking and its avoidance in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 35, n. 1, p. 93-101, Jan. 2004.

SILVA, D. A. S. et al. Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: A population-based study. **Body Image**, Amsterdam, v. 8, n. 4, p. 427-31, Sept. 2011.

SOARES, A. H. R. S. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3.197-206, jul. 2011.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 268-74, Apr. 2011.

SOUTO, C. M. R. M. **Construção e validação de uma Escala de Medida de Imagem Corporal**. 1999. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1999.

SOUZA-FERREIRA, J. E.; VEIGA, G. V. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. **Appetite**, London, v. 51, n. 2, p. 249-55, Sept. 2008.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 80, n. 1, p. 99-103, Feb. 2003.

STRIEGEL-MOORE, R. H. et al. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 42, n. 5, p. 471-4, July, 2009.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

THOMPSON, J. K. **Body image disturbance: assessment and treatment**. New York: Pergamon, 1990.

THOMPSON, J. K. The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. **Body Image**, Amsterdam, v. 1, n. 1, p. 7-14, Jan. 2004.

_____. Assessment of body image. In: ALLISON, D. B (Ed.). **Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995. p. 119-44.

_____; GRAY, J. J. Development and validation of a new body image assessment scale. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 64, n. 2, p. 258-69, Apr. 1995.

THOMPSON, J. K.; CAFRI, G. **The muscular ideal: psychological, social, and medical perspectives**. Washington: American Psychological Association, 2007.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting Beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance**. Washington: APA: 1998.

TIGGEMANN, M.; MARTINS, Y.; CHURCHETT, L. Beyond Muscles: Unexplored Parts of Men's Body Image. **Journal of Health Psychology**, London, v. 13, n. 8, p. 1.163-72, Nov. 2008.

TREASURE, J.; CLAUDINO, A. M.; ZUCKER, N. Eating disorders. **Lancet**, London, v. 375, n. 9.714, p. 583-93, Feb. 2010.

TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. 2003. 332 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

TURTELLI, L. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DUARTE, E. Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 151-66, set. 2002.

TÚRY, F.; GÜLEÇ, H.; KOHLS, E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 69, n. 6, p. 601-11, Dec. 2010.

VAN WIDENFELT, B. M. et al. Translation and Cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. **Clinical Child and Family Psychology Review**, New York, v. 8, n. 2, p. 135-47, June, 2005.

VEALE, D.; RILEY, S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of the mall? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1.381-93, Dec. 2001.

WADE, T. J. Evolutionary theory and self-perception: Sex differences in body esteem predictors of self-perceived physical and sexual attractiveness and self-esteem. **International Journal of Psychology**, Amsterdam, v. 35, n. 1, p. 36-45, Feb. 2000.

WALKER, D. C.; ANDERSON, D. A.; HILDEBRANDT, T. Body checking behaviors in men. **Body Image**, Amsterdam, v. 6, n. 3, p. 164-70, June, 2009.

ANEXOS

**ANEXO A – Male Body Checking Questionnaire – MBCQ
(HILDEBRANDT et al., 2010)**

Circle the number which best describes how often you currently engage in these behaviors:

1 = never

2 = rarely

3 = sometimes

4 = often

5 = very often

1.	I check the hardness of my biceps to ensure I have not lost any muscle.	1	2	3	4	5
2.	I look at my abdominal muscles (6-pack) in the mirror.	1	2	3	4	5
3.	I flex my biceps when looking in the mirror to ensure symmetry of my muscles.	1	2	3	4	5
4.	I compare the size of my muscles to others.	1	2	3	4	5
5.	I compare my overall leanness or muscle definition to others.	1	2	3	4	5
6.	I compare my overall muscle mass to athletes or celebrities.	1	2	3	4	5
7.	I compare my leanness or muscle definition to athletes or celebrities.	1	2	3	4	5
8.	I ask others to feel my muscles to ensure their size or density.	1	2	3	4	5
9.	I ask others to comment on my muscle definition or size.	1	2	3	4	5
10.	I pinch the fat around my abdomen and back (e.g. love handles) to determine my leanness.	1	2	3	4	5
11.	I compare the leanness or definition of my chest muscles with others.	1	2	3	4	5
12.	I compare the size of my chest muscles with others.	1	2	3	4	5
13.	I compare the broadness of my shoulders with others.	1	2	3	4	5
14.	I flex my chest muscles in the mirror to ensure symmetry of my muscles.	1	2	3	4	5
15.	I flex my muscles when looking in the mirror to find lines or striations in the muscle.	1	2	3	4	5
16.	I take measurements of my muscles with a tape measure.	1	2	3	4	5
17.	I push my fat around or pull my skin back to accentuate the muscle underneath.	1	2	3	4	5
18.	I will check the size and shape of my muscles in most reflective surfaces (e.g. car windows, shopping store windows, mirrors, etc).	1	2	3	4	5
19.	I pinch or grab my muscles to check their size and density.	1	2	3	4	5

ANEXO B – Body Shape Questionnaire – BSQ
(DI PIETRO; SILVEIRA, 2009)

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas, **usando a seguinte**

legenda:

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes
4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Sempre

1.	Sentir-se entediada(o) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2.	Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
3.	Já lhe ocorreu que suas coxas, quadris ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4.	Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
5.	Você anda preocupada(o) achando que seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
6.	Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
7.	Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8.	Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9.	Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10.	Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11.	Você já se sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12.	Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem-se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13.	Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir à televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14.	Ao estar nua(nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
15.	Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
16.	Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17.	Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
18.	Você já deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19.	Você se sente muito grande e arredondada(o)?	1	2	3	4	5	6
20.	Você sente vergonha de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21.	A preocupação frente à sua forma física a(o) leva a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22.	Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23.	Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24.	Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25.	Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26.	Você já vomitou para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
27.	Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28.	Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia(o) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29.	Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30.	Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31.	Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	1	2	3	4	5	6
32.	Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
33.	Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34.	A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

**ANEXO C – Body Checking Questionnaire – BCQ
(CAMPANA, 2007)**

Marque um **X** na alternativa que melhor descreve a frequência que você tem estes comportamentos atualmente:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. Eu pego na dobra dos meus braços para medir a gordura.					
2. Eu esfrego (ou toco) minhas coxas quando estou sentada(o) para checar a gordura.					
3. Eu meço o diâmetro das minhas pernas para ter certeza de que têm o mesmo tamanho de antes.					
4. Eu observo se minhas coxas se esfregam uma na outra.					
5. Eu tento provocar comentários dos outros a respeito do quanto estou gorda(o).					
6. Eu observo se minhas gorduras balançam.					
7. Eu encolho a minha barriga para ver como ela fica quando tento deixá-la completamente reta.					
8. Eu experimento meus anéis para ver se servem como antes.					
9. Eu observo se tenho celulite nas coxas quando estou sentada(o).					
10. Eu deito no chão para sentir se meus ossos tocam o solo.					
11. Eu ajusto minhas roupas ao redor do meu corpo tão apertadas quanto possível para ver como me pareço.					
12. Eu me comparo com as(os) modelos da TV e das revistas.					

ANEXO D – Eating Attitudes Questionnaire – 26
(NUNES et al., 2005)

Por favor, responda às seguintes questões:

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado(a) com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupado(a) com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata).						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro(a).						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magro(a).						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

ANEXO E – Autorização do autor da escala original para a realização da adaptação brasileira do *Male Body Checking Questionnaire*



CONTACT FOR RESEARCH PURPOSES

Hildebrandt, Tom <tom.hildebrandt@mssm.edu>
Para: Pedro Henrique Carvalho <pedro.berbert@gmail.com>

Pedro,

I recieved your email. You have permission to translate the measure and I will send you a copy of the original 19 item version for you to translate and test tomorrow when I get back to my Mt Sinai office.

Best wishes,
Tom

Tom Hildebrandt, PsyD
Assistant Professor
Director, Eating and Weight Disorders Program
Mount Sinai School of Medicine
One Gustave L. Levy Place, Box 1230
New York, NY 10029
Phone: 212-659-8673
email: tom.hildebrandt@mssm.edu

From: Pedro Henrique Carvalho [mailto:pedro.berbert@gmail.com]
Sent: Fri 8/6/2010 11:53 AM
To: Hildebrandt, Tom
Subject: CONTACT FOR RESEARCH PURPOSES

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “Validação do *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) para homens brasileiros”. Neste estudo, pretendemos adaptar culturalmente e validar um questionário de imagem corporal para o público de homens brasileiros.

O motivo que nos leva a validar este questionário provém da escassez de instrumentos válidos e confiáveis que avaliem a imagem corporal de homens brasileiros. Dessa forma, este estudo irá contribuir com o estudo de imagem corporal no Brasil, na medida em que possibilita um novo instrumento simples e de fácil aplicação para o estudo de um dos componentes da imagem corporal, que são os aspectos comportamentais.

Para este estudo, adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): aplicação do instrumento final traduzido e adaptado em uma amostra de homens brasileiros, além de mais três instrumentos já validados que servirão como parâmetro comparativo no processo de validação. Nessa fase, serão coletados dados gerais do entrevistado (peso corporal, estatura, idade e curso ao qual está vinculado) e serão aplicados questionários.

Esses procedimentos serão realizados em um único encontro, durante o período de aula dos alunos, após visita e pedido de permissão aos coordenadores e professores dos cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus Universitário da UFJF
Juiz de Fora (MG) - CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador (a) Responsável: Maria Elisa Caputo Ferreira
Endereço: Laboratório de Estudos do Corpo – Faculdade de Educação Física e Desportos – UFJF – Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário – Bairro São Pedro.
Juiz de Fora (MG) - CEP: 36036-330
Fone: (32) 9945 0590 / E-mail: caputoferreira@terra.com.br

ANEXO G – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 276/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2193.253.2010 **FR:** 369376 **CAAE:** 0174.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: Validação do Male Body Checking Questionnaire para homens brasileiros.”

Versão do Protocolo e Data: Primeira versão.

Área Temática: Grupo III.

Pesquisador Responsável: Maria Elisa Caputo Ferreira.

TCLE: Primeira versão.

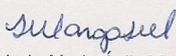
Pesquisador Participante: Pedro Henrique Berbert de Carvalho.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora.

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa: Trata-se de temática importante na adaptação de instrumentos para avaliação do constructo da imagem corporal para homens brasileiros. A justificativa contempla a realização do projeto.
- Objetivo: Adaptar culturalmente e validar o Male Body Checking Questionnaire para o público masculino brasileiro.
- Metodologia: Serão avaliados de 30 a 40 acadêmicos da UFJF, com idade superior a 18 anos, todos do sexo masculino. O pré-teste consiste da aplicação do questionário pela versão traduzida. Além disso, os voluntários responderam mais dois questionários avaliativos da imagem corporal. Os questionários serão aplicados em único dia, nas salas de aula das Faculdades da UFJF. A pesquisa será realizada, somente após concordância dos respectivos coordenadores de curso.
- Revisão e referências: Sustentam a pesquisa.
- Lista de centros participantes no Brasil: UFJF. (descrever o número de centros).
- Países participantes: Brasil.
- Orçamento: Está adequado para o desenvolvimento da pesquisa.
- Cronograma: Está adequado para a realização da pesquisa, com início após aprovação do CEP e término em setembro de 2011.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Está em linguagem adequada e clara para compreensão do sujeito. Descreve os procedimentos, explicita os riscos e, informa sobre o ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa e forma do sujeito fazer contatos com o pesquisador informando que está de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- Qualificação da pesquisadora: A pesquisadora Doutora tem experiência compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 21 de outubro de 2010.


Profa. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ____/____/2010
ASS: _____

ANEXO H – VERSÃO FINAL DO QUESTIONÁRIO DE CHECAGEM DO CORPO MASCULINO (MBCQ)

Marque um **X** na alternativa que melhor descreve com que frequência você adota estes comportamentos atualmente.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. Checo a firmeza de meus braços para confirmar que não perdi nenhuma massa muscular.					
2. Olho meus músculos abdominais - "tanquinho" - no espelho.					
3. Quando me olho no espelho, contraio os braços para confirmar a igualdade entre eles.					
4. Comparo o tamanho de meus músculos com o de outras pessoas.					
5. Comparo minha "magreza" ou definição muscular com a de outras pessoas.					
6. Comparo meus músculos com a dos atletas ou das celebridades.					
7. Comparo minha "magreza" ou definição muscular com a dos atletas ou das celebridades.					
8. Peço a outras pessoas para tocarem em meus músculos para confirmar o tamanho e a firmeza deles.					
9. Peço a outras pessoas para comentarem sobre a definição ou o tamanho de meus músculos.					
10. Belisco a gordura da minha barriga e costas (por exemplo, os pneuzinhos) para checar a minha "magreza".					
11. Comparo minha "magreza" ou a definição de meus músculos peitorais à de outras pessoas.					
12. Comparo o tamanho de meus músculos peitorais com o tamanho dos músculos de outras pessoas.					
13. Comparo a largura de meus ombros com a largura dos ombros de outras pessoas.					
14. Contraio meus músculos peitorais diante do espelho para confirmar a igualdade entre eles.					
15. Contraio meus músculos diante do espelho à procura de linhas ou estriamentos neles.					
16. Meço meus músculos com uma fita métrica.					
17. Aperto a gordura ou estico a pele do meu corpo para acentuar o músculo escondido pela gordura.					
18. Checo o tamanho e a forma de meus músculos na maioria das superfícies espelhadas (por exemplo, nas janelas de carros, nas vitrines de lojas, nos espelhos etc.).					
19. Belisco ou aperto meus músculos para confirmar o tamanho e a firmeza deles.					