



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - DOUTORADO

CLARA MOCKDECE NEVES

**ESCALA DE PREOCUPAÇÕES E COMPORTAMENTOS RELACIONADAS AO CORPO
NA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA**

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

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiane Frota da Rocha Morgado

Juiz de Fora

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - DOUTORADO



CLARA MOCKDECE NEVES

**ESCALA DE PREOCUPAÇÕES E COMPORTAMENTOS RELACIONADAS AO CORPO
NA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

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

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiane Frota da Rocha Morgado

Juiz de Fora

2017

CLARA MOCKDECE NEVES

**ESCALA DE PREOCUPAÇÕES E COMPORTAMENTOS RELACIONADAS AO CORPO
NA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Tese defendida e aprovada em 01 de Dezembro de 2017, pela banca constituída por:

Prof.^a Dr.^a. Idalina Shiraishi Kakeshita
Universidade de São Paulo

Prof.^a Dr.^a. Fabiane Frota da Rocha Morgado
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Universidade Federal de Juiz de Fora

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

AGRADECIMENTOS

Minha tese é um bom exemplo de quando um esforço coletivo acontece em prol de um único objetivo. Ao longo de toda a caminhada, contei com muitos “anjos” que Deus colocou em minha vida para que a realização do trabalho fosse possível. Por isso, eu não poderia deixar de agradecer-los:

Em primeiro lugar ao meu alicerce, Pai e Mãe. Obrigada por toda dedicação, amor, e doação por mim e pela nossa família. Obrigada por acreditarem em mim bem mais do que eu mesma acredito. Obrigada por serem meu maior exemplo de vida. Amo vocês com todas as minhas forças.

Ao meu marido e maior companheiro, Caio. Obrigada por compreender todos os momentos de stress e por me ajudar a ser uma pessoa melhor. Você é a fortaleza que me ajuda a seguir em frente, tendo sempre certeza que o caminho será mais florido ao seu lado. Amo você incondicionalmente.

Ao meu irmão Júnior e minha cunhada Aline. Nenzi, obrigada por você continuar sendo toda essa razão que é âncora da nossa família. Cunhada, obrigada por fazê-lo feliz! Nenzis, vocês são muito “peiciais”! Amo vocês.

A todos os meus familiares: os Mockdece e os Neves pelo apoio e carinho de sempre e os Almeida, por ser a família que meu marido me deu. Em especial, agradeço aos meus avós, Getúlio e Therezinha, Eny e Justiniano (meus anjos que me guiam lá do céu), e também Marlene e Manon, pelo exemplo de força, coragem e dedicação à família que sempre foram para mim.

À minha amiga, companheira e maior incentivadora, Ju. Ao longo de todo esse processo, você sempre esteve ao meu lado, mesmo que isso significasse uns 10 mil km de distância!!rs Sua presença em cada uma das etapas desse trabalho foi fundamental para suavizar todo peso desse caminho. Tenho certeza que eu não teria chegado até aqui sem você!

À orientadora e mãezona, Maria Elisa. De acordo com o dicionário, orientar significa “indicar a alguém alguma direção a ser seguida; encaminhar um indivíduo a algum lugar”. Saiba que para mim, você fez muito mais do que isso! Você não só me mostrou o caminho, mas também o percorreu de mãos dadas comigo! Obrigada!

À coorientadora e amiga, Fabi. Você foi luz nos momentos de maior escuridão ao longo desse trabalho! Obrigada por ser essa pessoa tão generosa e por não poupar esforços para compartilhar comigo um pouquinho do seu conhecimento!

Ao Pedro, pela amizade, apoio incondicional e exemplo em todos os momentos. Obrigada por estar comigo: no primeiro artigo, no primeiro congresso, no primeiro TCC, no mestrado, no doutorado e, claro, no primeiro concurso!!! Obrigada por ter me dado mais uma amiga que tenho tanto carinho, Lili, e uma sobrinha e companheira, Amy. A ficha ainda não caiu, mas hoje posso dizer que sou sua companheira de trabalho! Que essa amizade dure para sempre, dentro e fora do ambiente acadêmico!

À Aninha, uma amiga que o Labesc me deu para a vida. Você é um dos exemplos que eu quero seguir sempre! Obrigada por sempre topar todas as parcerias. Que nós possamos continuar sempre juntas.

À amiga e parceira de tema, Flávia. Obrigada pela força e pela parceria para conhecer um pouco mais sobre nossas crianças.

Aos amigos e colegas da FACSUM-JF, Fernanda, Helange, Jefinho, Santiago e Paulão. Obrigada por terem me abraçado como parte dessa família e por todo o apoio que está sendo fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos do LABESC que além de tornar esse laboratório como uma segunda casa, não pouparam esforços em me ajudar com as coletas nos quatros cantos desse Brasil: Tassiana em Barbacena, Marcela em Santos Dumont, Luana em Fortaleza, Juninho em Tabuleiro e Ponte Nova, Maurinho e Gabriela em Cataguases.

Além deles, outros anjos também foram fundamentais para que esse trabalho chegasse até aqui: Lúcia e toda a equipe de Joinville, Cíntia e todos de Rondônia, Grazi e todos de Brasília, Dani e todos do Rio e Seropédica. A vocês minha eterna gratidão!

Às amigas e/ou bolsistas que se doaram para que esse trabalho fosse possível, especialmente nas coletas e tabulação dos dados: Paula, Letícia, Isabela, Raissa, Ana Carolina.

Agradeço especialmente ao meu amado Colégio Ruy Barbosa, que foi a base da minha formação e nesse momento do doutorado, me abriu mais do que suas portas, mas me recebeu com todo carinho e atenção além do que eu poderia imaginar. Obrigada Lara, Tia Norminha, Anibal, Getúlio, e todos os professores e professoras, funcionários e alunos. Amo todos vocês.

Às crianças participantes desta pesquisa que doaram um pouquinho do seu tempo e da sua atenção para responder ao meu questionário; A todos os pais/responsáveis que aprovaram a participação de seus filhos; A todas as escolas que me receberam: MUITO OBRIGADA.

Aos professores Sebastião Souza Almeida, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov e Idalina Shiraishi Kakeshita por terem dedicado um pouco do seu tempo para contribuir com o engrandecimento desse trabalho.

Aos demais professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia, que foram importantes para a minha formação acadêmica.

À CAPES por ter me concedido a bolsa de doutorado.

RESUMO

Investigações acerca da imagem corporal no público infantil são essenciais, já que atitudes direcionadas à melhora da aparência física podem ter início na mais tenra idade. Entretanto, ainda são escassos instrumentos com bons indicadores de validade e confiabilidade para avaliar a imagem corporal nesta população. O objetivo deste estudo foi desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento destinado à análise das preocupações e comportamentos relacionados ao corpo para crianças brasileiras de ambos os sexos. O desenvolvimento da presente tese é composto por quatro etapas. Na etapa 1, foram construídos itens com base em revisão de literatura, escalas prévias de imagem corporal e quatro grupos focais, divididos por sexo e idade. Participaram um total de 19 crianças, sendo 10 meninas e 9 meninos, de 6 a 11 anos ($M=8,36$; $DP=1,42$). No total, foram desenvolvidos 53 itens, instruções ao pesquisador e participante, formato e opções de resposta. Na etapa 2, o conteúdo e a semântica dos itens foram avaliados por 10 peritos e por 21 meninos e meninas representantes da população-alvo com idade entre 6 a 11 anos ($M=8,25$; $DP=1,70$). A escala passou por refinamento e alguns itens foram excluídos e outros modificados, totalizando 40 itens nesta versão. As etapas 3 e 4 analisaram as qualidades psicométricas desse instrumento em 1268 crianças com idade entre 7 e 11 anos, sendo 571 meninas ($M=9,17$; $DP=1,23$) e 597 meninos ($M=9,32$; $DP=1,24$), das cinco regiões do Brasil. Análises fatoriais exploratória e confirmatória foram conduzidas com amostras independentes. A versão feminina final da escala (EPCCI-F) é composta por 17 itens divididos em cinco fatores: 1) “Áreas corporais do rosto”; 2) “Áreas corporais relacionadas a atratividade”; 3) “Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso”; 4) “Preocupação com a magreza”; e 5) “Comportamento/desejo direcionado a muscularidade”. A versão masculina final (EPCCI-M) engloba 13 itens e dois fatores: 1) “Preocupações com aspectos específicos do corpo”; e 2) “Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo”. Ambas as versões apresentaram indicadores de validade convergente e discriminante. As escalas encontram-se prontas para uso na população de crianças brasileiras entre 7 e 11 anos.

Palavras-chave: Criança, Imagem corporal, Desenvolvimento de escalas, Estudos de validação, Psicometria.

ABSTRACT

Research work on body image in children's are essential, since attitudes directed to the improvement of the physical appearance can begin at the youngest age. However, there are still few instruments with good indicators of validity and reliability to evaluate body image in this population. The aim of the study was to develop and evaluate the psychometric qualities of an instrument regarding body-related concerns and behaviors for Brazilian children of both genders. The development of this thesis consists of three stages. In stage 1, items based on literature review, previous body image scales, and four focus groups were divided by sex and age. A total of 19 children participated, being 10 girls and 9 boys, from 6 to 11 years old ($M=8.36$, $SD=1.42$). In total, 53 items were developed, instructions to the researcher and participant, format and response options. In stage 2, the content and semantics of the items were evaluated by 10 experts and 21 boys and girls representing the target population aged 6 to 11 years ($M=8.25$; $SD=1.70$). The scale went through refinement and some items were excluded and others modified, totaling 40 items in this version. Stages 3 and 4 analyzed the psychometric qualities of this instrument in 1268 children aged between 7 and 11 years old, being 571 girls ($M=9.17$, $SD=1.23$) and 597 boys ($M=9.32$, $SD=1.24$), of the five regions of Brazil. Exploratory and confirmatory factorial analyzes were conducted with independent samples. The final female version of the scale (EPCCI-F) is composed of 17 items divided into five factors: 1) "Body areas of the face"; 2) "Body areas related to attractiveness"; 3) "Body areas related to thinness"; 4) "Worry about thinness"; and 5) "Behavior / desire directed to muscularity". The final male version (EPCCI-M) includes 13 items and two factors: 1) "Concerns with specific aspects of the body"; and 2) "Concerns and behaviors related to the body". Both versions presented indicators of convergent and discriminant validity. The scales are ready for use in the population of Brazilian children aged between 7 and 11 years old.

Keywords: Child, Body image, Scale Development, Validation studies, Psychometrics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo original dos três fatores proposto por Thompson et al. (1999) para mulheres.....	43
Figura 2	Modelo dos Três Fatores para mulheres Brasileiras (Carvalho 2016).....	44
Figura 3	Modelo dos Três Fatores para homens Brasileiros (Carvalho 2016).....	45
Figura 4	Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em meninas adolescentes brasileiras (Fortes et al., 2016).....	46
Figura 5	Modelo sociocultural para crianças da Inglaterra (Evans et al., 2013).....	47
Figura 6	Resíduos padronizados do modelo ajustado para meninas.....	143
Figura 7	Modelo da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao corpo para Crianças-Feminina (EPCCI-F).....	144
Figura 8	Resíduos padronizados do modelo ajustado para meninos.....	162
Figura 9	Modelo da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao corpo para Crianças - Masculina (EPCCI-M).....	163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Julgamento dos peritos quanto ao título, formato, instruções ao pesquisar e ao participante e escore total.....	106
Tabela 2	Dados descritivos da amostra do primeiro pré-teste.....	118
Tabela 3	Dados descritivos da amostra do segundo pré-teste.....	122
Tabela 4	Distribuição dos participantes da pesquisa por locais de coleta de dados.....	132
Tabela 5	Frequência absoluta e relativa da idade, ano escolar, sexo e prática de atividade física das crianças.....	133
Tabela 6	Análise empírica das respostas das meninas.....	135
Tabela 7	Análise empírica dos itens para a EPCCI-F.....	137
Tabela 8	Valores de referência e valores encontrados para AFE-meninas.....	139
Tabela 9	KMO individual dos itens para a amostra feminina – última rodada.....	140
Tabela 10	Comunalidades dos itens para a amostra feminina – última rodada.....	141
Tabela 11	Cargas fatoriais de cada item na AFE para a amostra feminina – última rodada..	142
Tabela 12	Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a EPCCI-F.....	143
Tabela 13	Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da EPCCI-F total e suas subescalas.....	147
Tabela 14	Validade discriminante da EPCCI-F em relação a idade, ano escolar, prática de atividade física, classificação do IMC, tipo de escola, localização da escola e caracterização da renda das famílias.....	148
Tabela 15	Análise empírica dos itens para a EPCCI-F – ajustada.....	150
Tabela 16	Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da EPCCI-F.....	152
Tabela 17	Análise empírica das respostas dos meninos.....	156
Tabela 18	Análise empírica dos itens para a EPCCI-M.....	158
Tabela 19	Valores de referência e valores encontrados para AFE-meninos.....	160
Tabela 20	KMO individual dos itens para a amostra masculina – última rodada.....	1
Tabela 21	Comunalidades dos itens para a amostra masculina – última rodada.....	163
Tabela 22	Cargas fatoriais de cada item na AFE para a amostra masculina – última	

	rodada.....	163
Tabela 23	Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a EPCCI-M.....	165
Tabela 24	Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da EPCCI-M total e suas subescalas.....	168
Tabela 25	Validade discriminante da EPCCI-M em relação a idade, ano escolar, prática de atividade física, classificação do IMC, tipo de escola, localização da escola e caracterização da renda das famílias.....	169
Tabela 26	Análise empírica dos itens para a EPCCI-M – ajustada.....	171
Tabela 27	Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da EPCCI-M.....	173

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Hipótese inicial dos itens do fator “Preocupações com aspectos específicos do corpo”.....	83
Quadro 2	Hipótese inicial dos itens do fator “Preocupações com o corpo”.....	89
Quadro 3	Hipótese inicial dos itens do fator “Comportamentos relacionados ao corpo”.....	98
Quadro 4	Instruções iniciais da escala.....	101
Quadro 5	Reformulação de itens de acordo com as sugestões dos peritos.....	112
Quadro 6	Novas instruções aos participantes após alteração no pré-teste.....	123
Quadro 7	Teste de KMO e Bartlett para a amostra feminina – última rodada.....	139
Quadro 8	Teste de KMO e Bartlett para a amostra masculina – última rodada.....	161

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise fatorial confirmatória
AFE	Análise fatorial exploratória
AGFI	Índice ajustado de qualidade do ajuste (<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>)
BA	Bahia
BAS	<i>Body Area Scale.</i>
BCS	<i>Body Cathexis Scale</i>
BCQ	<i>Body Checking Questionnaire</i>
BES	<i>Body Esteem Scale</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CFI	Índice de ajuste comparativo (<i>Comparative Fit Index</i>)
ChEAT	<i>Children's Eating Attitude Test</i>
DF	Distrito Federal
DP	Desvio padrão
EBBIT	<i>Eating Behaviours and Body Image Test</i>
EPCCI	Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionadas ao Corpo na Infância
ESCB	Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras
GF	Grupo Focal
GFI	Índice de qualidade de ajuste (<i>Goodness of Fit Index</i>)
gl	Graus de liberdade
IMC	Índice de Massa Corporal
J	Juiz
Kg	Quilograma
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LABESC	Laboratório de Estudos do Corpo
m	Metros
M	Média
MBCQ	<i>Male Body Checking Questionnaire</i>
MG	Minas Gerais

NFI	Índice de ajuste normado (<i>Normed Fit Index</i>)
NNFI	Índice de ajuste não normado (<i>Non-Normed Fit Index</i>)
ONU	Organização das Nações Unidas
P	Participante
RJ	Rio de Janeiro
RMSEA	Raiz do erro quadrático médio de aproximação (<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>)
RO	Rondônia
SATAQ	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire</i>
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TALE	Termo de Assentimento Livre Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
ULS	<i>Unweighted Least Squares</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>
X ² /GL	Qui-quadrado normado

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Parecer Consusbtanciado do Comitê de Ética.....	201
ANEXO II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo focal.....	205
ANEXO III	Bilhete entregue na escola A para o agendamento dos grupos focais....	206
ANEXO IV	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Grupo focal.....	207
ANEXO V	Guia do Moderador – Grupo Focal.....	208
ANEXO VI	Primeira versão da Escala de Preocupações e Comportamentos relacionadas ao corpo na Infância (EPCCI)	214
ANEXO VII	Formulário de Avaliação para Peritos.....	218
ANEXO VIII	Julgamento dos itens da EPCCI quanto a sua representatividade.....	226
ANEXO IX	Julgamento dos itens da EPCCI quanto a sua redação.....	228
ANEXO X	Julgamento dos itens da EPCCI quanto a especificação dos fatores.....	230
ANEXO XI	Segunda versão da Escala de Preocupações e Comportamentos relacionadas ao corpo de crianças (após o julgamento dos peritos).....	232
ANEXO XII	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pré-teste.....	235
ANEXO XIII	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Pré-teste.....	236
ANEXO XIV	Formulário do Primeiro Pré-teste.....	237
ANEXO XV	Formulário do Segundo Pré-teste.....	242
ANEXO XVI	Terceira versão da Escala de Preocupações e Comportamentos relacionadas ao corpo de crianças (após os pré-testes) – VERSÃO MASCULINA.....	246
ANEXO XVII	Terceira versão da Escala de Preocupações e Comportamentos relacionadas ao corpo de crianças (após os pré-testes) – VERSÃO FEMININA.....	249
ANEXO XVIII	Resumo do projeto endereçado às escolas.....	252
ANEXO XIX	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Análise Psicométrica..	254
ANEXO XX	Formulário de orientação de coleta aos pesquisadores parceiros.....	255
ANEXO XXI	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Análise Psicométrica....	257
ANEXO XXII	Questionário sociodemográfico – Etapa 3.....	258

ANEXO XXIII	Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-4R (VERSÃO MASCULINA).....	259
ANEXO XXIV	Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-4R (VERSÃO FEMININA)	261
ANEXO XXV	Representação da Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras (ESCB)	263
ANEXO XXVI	Saída completa AFE – Meninas.....	264
ANEXO XXVII	Saída completa AFC – Meninas.....	280
ANEXO XXVIII	Saída completa AFE – Meninos.....	297
ANEXO XXIX	Saída completa AFC – Meninos.....	307

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
OBJETIVO	23
OBJETIVO GERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
HIPÓTESES	24
HIPÓTESE GERAL	24
HIPÓTESES ESPECÍFICAS.....	24
CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
1.1 INFÂNCIA	25
1.1.1 Desenvolvimento Físico	27
1.1.2 Desenvolvimento Cognitivo.....	29
1.1.3 Desenvolvimento Psicossocial	31
1.1.4 Etapas do desenvolvimento infantil.....	33
1.2 IMAGEM CORPORAL	35
1.2.1 Perspectiva Sociocultural da Imagem Corporal.....	39
1.2.2 Perspectiva Sociocultural da Imagem Corporal em crianças	46
1.3 AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA INFÂNCIA	50
1.4 CRIAÇÃO DE NOVAS ESCALAS DE MEDIDA	54
1.4.1 Primeira Fase: Geração dos itens.....	55
1.4.2 Segunda Fase: Análise Teórica dos itens.....	59
1.4.3 Terceira Fase: Análise Empírica.....	62
1.4.3 Quarta Fase: Análise Psicométrica dos itens	64
CAPÍTULO 2: CRIAÇÃO DE UMA NOVA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA INFÂNCIA	70
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	70
2.2 ASPECTOS ÉTICOS	70
2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS	71
2.3.1 Métodos	71
2.3.1.1 Participantes.....	72

2.3.1.2 Procedimentos de coleta de dados	73
2.3.1.3 Análise dos dados	75
2.3.2 Resultados e Discussão da geração dos itens	75
2.3.2.1 Preocupações com aspectos específicos do corpo	76
2.3.2.2 Preocupações com o corpo.....	84
2.3.2.3 Comportamentos relacionados ao corpo	90
2.3.2.4 Informações gerais da escala	99
2.3.3 Considerações sobre a geração dos itens	102
2.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS	103
2.4.1 Julgamento dos peritos	103
2.4.1.1 Métodos.....	103
2.4.1.1.1 <i>Participantes</i>	103
2.4.1.1.2 <i>Procedimentos de coleta de dados</i>	104
2.4.1.1.3 <i>Análise dos dados</i>	105
2.4.1.2 Resultados e Discussão	106
2.4.1.3 Considerações sobre o julgamento dos peritos	113
2.4.2 Julgamento do público-alvo (Pré-teste)	114
2.4.2.1 Métodos.....	114
2.4.2.1.1 <i>Participantes</i>	114
2.4.2.1.2 <i>Procedimentos de coleta de dados</i>	115
2.4.2.1.3 <i>Análise dos dados</i>	117
2.4.2.2 Resultados e Discussão	117
2.4.2.3 Considerações sobre os pré-testes.....	125
2.5 TERCEIRA E QUARTA ETAPAS: ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA DOS DADOS.....	126
2.5.1 Métodos	126
2.5.1.1 Participantes.....	126
2.5.1.2 Procedimentos de coleta de dados	127
2.5.1.3 Instrumentos.....	128
2.5.1.4 Análise dos dados	130
2.5.2 Resultados	132

2.5.2.1 Dados Descritivos	132
2.5.2.2 Resultados da amostra de meninas	134
2.5.2.2.1 <i>Análise empírica dos dados da amostra de meninas</i>	134
2.5.2.2.2 <i>Análise psicométrica dos dados da amostra de meninas</i>	138
A) <i>Análise Fatorial Exploratória - meninas</i>	138
B) <i>Análise Fatorial Confirmatória - meninas</i>	143
C) <i>Outros indicadores de validade de construto - meninas</i>	146
2.5.2.2.3 <i>Análise empírica após modelo final ajustado – meninas</i>	149
2.5.2.2.4 <i>Ponto de Corte - meninas</i>	150
2.5.2.3 Resultados da amostra de meninos	156
2.5.2.3.1 <i>Análise empírica dos dados da amostra de meninos</i>	156
2.5.2.3.2 <i>Análise psicométrica dos dados da amostra de meninos</i>	160
A) <i>Análise Fatorial Exploratória - meninos</i>	160
B) <i>Análise Fatorial Confirmatória - meninos</i>	164
C) <i>Outros indicadores de validade de construto - meninos</i>	168
2.5.2.3.3 <i>Análise empírica após modelo final ajustado – meninos</i>	170
2.5.2.3.4 <i>Ponto de Corte - meninos</i>	171
2.5.3 Discussão	177
CAPÍTULO 3: CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS	187
ANEXOS	200

INTRODUÇÃO

A imagem corporal sofre alterações durante toda a vida do ser humano e é ainda durante a infância que crenças relacionadas ao corpo, preocupações com o peso e comportamentos direcionados à melhora da aparência física podem ter início (Fortes et al., 2014; Smolak, 2011). Segundo Papalia e Feldman (2013) e Bee e Boyd (2011), a infância compreende o período desde o nascimento até o início da puberdade/adolescência. Já, a *World Health Organization* (WHO) (2005) utiliza o critério cronológico para definição das etapas da vida sendo que o fim da infância se dá por volta dos 10 anos. Para a legislação Brasileira, é considerado criança o indivíduo dos zero aos 12 anos de idade incompletos (Brasil, 1990). Esta fase ainda compreende três estágios: primeira infância (nascimento até os três anos); segunda infância (de três a seis anos) e terceira infância (de 6 até o início da adolescência) (Papalia & Feldman, 2013). É nesta última etapa que o autoconceito¹ torna-se mais complexo (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013). Além disso, a criança na terceira infância já consegue estabelecer comparações entre si mesma e muitas outras crianças, influenciando sua habilidade física/atlética e aparência física, as quais constituem as bases para o desenvolvimento da imagem corporal (Smolak, 2011).

Estudo de revisão realizado por Neves, Cipriani, Meireles, Morgado e Ferreira (2017) verificou que a imagem corporal na infância tem sido avaliada principalmente por meio de escalas de silhuetas, no contexto internacional. Através desse método, as investigações apontaram que a maioria das crianças estava insatisfeita com sua imagem corporal (Gray, Simon, Janicke, & Dumont-Driscoll, 2011; Gonçalves, Silva, Gomes, & Machado, 2012; Leite, Ferrazzi, Mezdari, & Höfelmann, 2014; Ling, McManus, Knowles, Masters, & Polman, 2015). Vale ressaltar que as escalas de silhuetas permitem aos avaliados escolher apenas uma figura como real e outra como ideal. A mínima diferença entre essa determinação já é indicativo de uma imagem corporal negativa. Dessa forma, esses instrumentos tendem a superestimar a prevalência de insatisfação

¹ De acordo com Thompson (2004), uma das dificuldades para os avanços das pesquisas em imagem corporal decorre da utilização de diferentes termos para se referir ao mesmo conceito. Nesse sentido, Thompson et al. (1999, p. 10) definiu 14 termos distintos que foram usados para se reportar a algum aspecto ou dimensão da imagem corporal. A escolha pela denominação “autoconceito” nessa passagem foi devido à manutenção do termo utilizado por Bee e Boyd (2011) e Papalia e Feldman (2013). Destaca-se que para os autores, “autoconceito” não está diretamente relacionado ao significado de “imagem corporal”. A definição de “autoconceito” citada por Papalia e Feldman (2013, p. 227) é “o senso de identidade do indivíduo, quadro mental descritivo e valorativo de capacidades e traços”.

corporal (Gardner & Brown, 2010). Além disso, o respondente pode ter dificuldade de se identificar nas figuras representadas nesses instrumentos. Diante destas questões, somado ao fato da cautela que o pesquisador deve ter ao analisar os resultados oriundos desta forma de avaliação, é recomendado que o mesmo busque outras alternativas de avaliação da imagem corporal neste público (Thompson, 2004).

No Brasil, investigações que avaliem a imagem corporal com escalas específicas para crianças ainda são restritas (Neves et al., 2017). Atualmente, existem dois instrumentos disponíveis para essa faixa etária. O *Eating Behaviours and Body Image Test* (EBBIT) foi adaptado para meninas brasileiras de 9 a 12 anos por Galindo e Carvalho (2007). Este instrumento é composto por dois fatores, sendo apenas um deles, a insatisfação com a imagem corporal. Como segunda possibilidade, a Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras (ESCB; Kakeshita, Silva, Zanatta, & Almeida, 2009) foi desenvolvida para avaliar a insatisfação com a imagem corporal de crianças de 7 a 12 anos.

Embora a contribuição desses instrumentos para avaliar a imagem corporal de crianças no Brasil, algumas considerações podem ser realizadas. Com relação ao EBBIT, a extensão das afirmativas e a forma de resposta em escala likert adaptada do modelo utilizado para adolescentes e adultos constituem aspectos negativos do mesmo, já que podem ser consideradas cansativas em se tratando de crianças (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010; Pasquali, 2013). Além disso, é um instrumento disponível em português para a avaliação de meninas brasileiras, mas não contempla os meninos. Ademais seu estudo de validação é pautado apenas na Análise Fatorial Exploratória (Rotação Varimax) e na consistência interna, não apresentando outros indicadores psicométricos importantes.

Quanto à ESCB, alguns autores ressaltam que pode existir uma grande diferença em termos de desenvolvimento corporal de crianças de sete anos e aquelas com 12 anos (Papalia & Feldman, 2013). Apesar disso, a escala abrange toda essa faixa etária sem diferenciação entre as silhuetas por idade. Somado à isso, com relação aos indicadores de validade e confiabilidade, Kakeshita et al. (2009) verificaram apenas a fidedignidade teste-reteste. Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento de um instrumento de avaliação que seja mais sensível às alterações da imagem corporal de crianças e também que tenha um grau de compreensão de seus itens apropriado para a faixa etária.

Ademais, embora o aumento do número de estudos em imagem corporal nos últimos anos e, consequente ampliação de novas ferramentas avaliativas (Ferreira, Castro, & Morgado, 2014), os achados em crianças ainda são restritos. Alguns autores ressaltam a dificuldade da avaliação da imagem corporal em crianças e, consequentemente, a escassez de medidas existentes para este público (Fortes et al., 2014; Neves et al., 2017; Smolak, 2011). De acordo com Fortes et al. (2014), existe a necessidade de mais estudos focados nesse público, pois os métodos utilizados para a avaliação da imagem corporal em crianças devem levar em consideração as especificidades dessa etapa da vida. Vale ressaltar que a qualidade de toda e qualquer pesquisa está intimamente relacionada à escolha dos métodos utilizados para responder aos objetivos propostos (Cash, 2011a).

Nesse sentido, o presente estudo justifica-se devido à escassez de instrumentos para a avaliação de aspectos da imagem corporal em crianças brasileiras. Considera-se que a criação de um novo instrumento para crianças traga grandes contribuições para a avaliação deste construto neste público. Salienta-se que uma imagem corporal negativa durante a infância pode ser fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias em idades tardias. Tendo em vista a saúde mental infantil, torna-se necessário ampliar o campo de estudo sobre este tema em meninos e meninas.

Espera-se que esse trabalho colabore com os profissionais que lidam diretamente com o público infantil a fim de que eles possam: ter entendimento mais profundo e consistente sobre a imagem corporal em crianças; identificar precisamente grupos de risco para o desenvolvimento de alterações na imagem corporal; propor intervenções efetivas; acompanhar o impacto de suas intervenções; rastrear o desenvolvimento da imagem corporal em investigações longitudinais com grandes número de crianças. De modo mais importante, este estudo visa também instrumentalizar os profissionais para que sejam capazes de contribuir de forma veemente para que as crianças entre 7 a 11 anos criem estratégias de desenvolver sua imagem corporal em um caminho integrado e positivo. Dessa forma, as crianças seriam beneficiadas com a promoção da saúde e bem-estar físico e psicológico.

A presente tese apresenta-se dividida em três capítulos: 1) “Referencial teórico” o qual apresentará os temas relacionados à pesquisa (Infância, Imagem corporal, Avaliação da Imagem corporal na Infância e Criação de novas escalas de medida); 2) “Criação de uma nova escala para avaliação da imagem corporal na infância” que refere-se a todo o percurso de desenvolvimento

dessa nova ferramenta, incluindo metodologia, resultados e discussão de cada uma das quatro etapas desse processo; 3) “Considerações Finais” que reunirá todos os principais resultados desta tese.

OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Desenvolver e padronizar um instrumento avaliativo de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo para crianças brasileiras entre 7 a 11 anos, de ambos os sexos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Criar um conjunto de itens que irão compor a escala, bem como as instruções ao pesquisador e aos participantes.

Investigar a qualidade teórica dos itens por meio de julgamento de peritos e de crianças brasileiras.

Verificar indicadores de validade e de confiabilidade da nova escala.

HIPÓTESES

HIPÓTESE GERAL

O novo instrumento é adequado para a avaliação de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo para crianças brasileiras de ambos os sexos, com indicadores satisfatórios de validade e confiabilidade.

HIPÓTESES ESPECÍFICAS

O conjunto de itens, bem como as instruções ao pesquisador e aos participantes é adequado.

O novo instrumento possui qualidade teórica atestada pelos peritos e por crianças brasileiras.

O novo instrumento apresenta bons indicadores de validade e confiabilidade.

CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, será apresentado o referencial teórico que embasa a pesquisa, justificando a necessidade do desenvolvimento de novas formas de avaliação da imagem corporal na infância. Inicialmente, será feita uma exposição do período da infância, descrevendo brevemente as facetas do desenvolvimento humano (físico, cognitivo e psicossocial) além de uma apresentação sobre as etapas do desenvolvimento infantil (primeira e segunda infância), com ênfase maior à terceira infância, já que se trata da idade alvo da presente tese. Em seguida, o construto da imagem corporal será conceituado e será realizada uma contextualização sob a ótica da perspectiva sociocultural na população em geral, além da transposição dessa perspectiva para a população infantil. Posteriormente, será feita uma análise sobre a avaliação da imagem corporal na infância, através de uma revisão integrativa de estudos recentes com esse propósito. Por fim, o processo de criação de novas escalas de medida será descrito (em suas quatro fases), já que esse é o procedimento metodológico adotado por esta tese.

Espera-se que, ao final deste capítulo, o desenvolvimento de um novo instrumento de medida em imagem corporal para crianças brasileiras esteja claramente justificado.

1.1 INFÂNCIA

A infância é uma fase extremamente significativa, por ser considerada a base da formação humana (Papalia & Feldman, 2013). A definição desse período da vida varia entre os autores. Para Bee e Boyd (2011) e Papalia e Feldman (2013), a infância é o período que vai desde o nascimento até o início da adolescência. Por meio do critério cronológico, a WHO (2005) considera que o fim da infância e início da adolescência se dá por volta dos 10 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), considera criança, todo indivíduo de zero até 12 anos de idade incompletos. Ressalta-se que esse estatuto foi regulamentado no Brasil com a contribuição do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), o qual tem como objetivo promover a defesa dos direitos das

crianças, ajudar a dar resposta às suas necessidades e contribuir para o seu desenvolvimento (UNICEF, 2016).

A infância é caracterizada por intensas e importantes mudanças relacionadas ao crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, Guedes (2011) aponta que durante as duas primeiras décadas de vida, a principal atividade do organismo humano é “crescer” e “desenvolver-se”. Crescimento e desenvolvimento são conceitos indissociáveis, porém diferentes. O crescimento é definido como um processo resultante da multiplicação e da diferenciação celular que determina alterações físicas nas dimensões do corpo inteiro ou de segmentos específicos, em relação ao fator tempo, do nascimento à idade adulta (Gallahue & Ozmun, 2003; Guedes & Guedes, 1997; Guedes, 2011). Malina, Buchard e Bar-Or (2009) complementam que o crescimento é considerado o aumento do tamanho do corpo como um todo, ou de partes dele.

Já o desenvolvimento é caracterizado por modificações evolutivas em órgãos e sistemas do organismo humano que promovem o aperfeiçoamento de suas complexas funções (Guedes & Guedes, 1997; Guedes, 2011). Refere-se a alterações no nível de funcionamento de um indivíduo ao longo do tempo e é um processo permanente de alteração (Gallahue & Ozmun, 2003). Para Papalia e Feldman (2013), o chamado desenvolvimento humano tem início nos seres humanos desde o momento da concepção e perdura até o fim da vida. Bee e Boyd (2011) relatam que a “ciência do desenvolvimento” refere-se ao estudo de mudanças relacionadas à idade, no comportamento, pensamento, emoções e relacionamentos sociais.

De acordo com Levin (1997), o termo desenvolvimento (desenrolar, desdobrar, estender ou desfazer um rolo) implica no desdobramento das diferentes funções motoras e fisiológicas. O autor ainda estabelece diferenças entre “a estrutura do sujeito e o desenvolvimento da criança”. Para ele, a estrutura é a linguagem, implica uma constância; constitui-se em relação com o outro e é constituinte; não se desenvolve. Já o desenvolvimento, é do corpo em seus aspectos motores, verbais, mentais; constrói-se em relação à demanda do outro; supõe um processo de construção, de aprendizagem e de maturação. Em adição, Levin (1997) considera que não há um desenvolvimento igual ao outro, pois a estrutura subjetiva torna esse processo singular para cada indivíduo.

Sendo assim, entende-se que o crescimento refere-se essencialmente às transformações quantitativas, enquanto o desenvolvimento engloba simultaneamente tanto as transformações quantitativas quanto as qualitativas (Guedes, 2011). Além disso, o desenvolvimento é resultante

de aspectos associados ao próprio processo de crescimento físico, à maturação biológica e às experiências vivenciadas pelo indivíduo, sejam elas no desempenho motor, emocional, social ou cognitivo. Dessa forma, considera-se que desenvolvimento é um conceito mais abrangente que crescimento (Guedes & Guedes, 1997; Guedes, 2011). Para Papalia e Feldman (2013), o desenvolvimento humano ocorre relacionado a três domínios: o físico, o cognitivo e o psicossocial.

1.1.1 Desenvolvimento físico

O desenvolvimento físico refere-se ao crescimento do corpo e do cérebro, incluindo os padrões de mudança nas capacidades sensoriais, habilidades motoras e saúde (Papalia & Feldman, 2012). Os marcos do desenvolvimento físico que as crianças compartilham (amadurecimento do cérebro, aquisição de habilidades motoras, puberdade) resultam de interações entre fatores maturacionais e experienciais (Bee & Boyd, 2011). O processo de desenvolvimento é composto por uma série de períodos alternados de crescimento rápido e de consolidação. Na infância, esses intervalos de crescimento e estabilidade são muito curtos. O cérebro cresce mais durante esses surtos do que de maneira suave e contínua. Durante a infância, também ocorre a lateralização, tanto das funções cerebrais, quanto da dominância manual. A lateralização também está associada ao desenvolvimento da percepção espacial que se refere à capacidade de identificar e influenciar relacionamentos de objetos no espaço (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2012; Shaffer & Kipp, 2012).

A forma e as proporções do corpo também mudam. À medida que os bebês crescem, a proporção do tamanho da cabeça em relação ao restante do corpo diminui permitindo adotar a posição ereta. A dimensão das mãos e dos pés normalmente alcança o tamanho adulto no final da infância ou início da adolescência. Os sistemas esquelético e muscular das crianças devem atravessar diversos marcos maturacionais críticos até que eles consigam desempenhar tarefas complexas. Os ossos sofrem alterações tanto em número quanto em qualidade. Ao nascer, o crânio, por exemplo, é formado por diversos ossos separados por espaços chamados fontanelas. Ao longo do desenvolvimento esses ossos se fundem formando apenas um. Além disso, os ossos

de um bebê são mais macios em comparação aos de um adulto, e o processo de endurecimento ósseo é denominado calcificação (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2012; Shaffer & Kipp, 2012).

Os músculos sofrem alterações em qualidade da infância até a adolescência. Eles tendem a se tornar mais longos e mais compactos, acompanhando o estirão de crescimento. Com isso, os indivíduos tornam-se mais fortes em apenas poucos anos. Ressalta-se que essa modificação é visível em ambos os sexos, porém é mais acentuada em meninos. A diferença entre os sexos na massa muscular e na força parece ser resultado de diferenças hormonais, embora a diversidade nos padrões de exercício ou aptidão física também contribuam para isso (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2012; Shaffer & Kipp, 2012).

O desenvolvimento dos músculos proporciona o desenvolvimento motor. Para Gallahue e Ozmun (2003), este pode ser considerado como a contínua alteração no comportamento ao longo do ciclo da vida, realizado pela interação entre as necessidades da tarefa, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente. Willrich, Azevedo e Fernandes (2009) consideram o desenvolvimento motor como um processo sequencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, que proporciona ao indivíduo a aquisição de habilidades motoras, as quais progridem de movimentos simples e desorganizados para aqueles complexos e organizados.

As habilidades motoras referem-se a processos sensoriais integrativos e decisivos que precedem o desempenho de um movimento observável (Gallahue & Ozmun, 2003). Elas podem ser habilidades de movimento (ou habilidades motoras grossas) e habilidades manipulativas (ou habilidades motoras finas) (Bee & Boyd, 2011). A primeira se desenvolve mais cedo em relação à segunda. Portanto, a criança aprende primeiro a engatinhar, andar, correr, saltar, e só mais tarde é capaz de recortar utilizando uma tesoura, ou manipular um lápis ou comer utilizando talheres (Bee & Boyd, 2011).

Em sua experiência sobre a clínica psicomotora, Levin (1995) aponta que a psicomotricidade situa-se numa ponte entre a estrutura psíquica (psi) e a estrutura neuro-motora (motricidade). Sua própria estrutura constitui em efeito e consequência dessa ligação. Sendo assim, a psicomotricidade seria uma articulação, que parte de uma ordem simbólica (a linguagem) que possibilita conceber o corpo, os gestos, o movimento, o tônus, o espaço, as posturas, os objetos e o tempo, como o dizer corporal de um sujeito.

É importante considerar o desenvolvimento motor infantil, pois atrasos motores acarretam prejuízos que podem se estender até a fase adulta (Willrich et al., 2009). Vários fatores que envolvem habilidades motoras e desenvolvimento físico interagem de maneiras complexas como o desenvolvimento cognitivo e afetivo (Gallahue & Ozmun, 2003). Dessa forma, aspectos relacionados ao desenvolvimento cognitivo serão apresentados a seguir.

1.1.2 Desenvolvimento cognitivo

O desenvolvimento cognitivo envolve alterações nas habilidades mentais, tais como aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade (Papalia & Feldman, 2013). Estudiosos como Jean Piaget e Lev Vygotsky merecem destaque neste tópico por terem desenvolvido teorias a respeito do desenvolvimento cognitivo. Esses pesquisadores olham para o desenvolvimento humano a partir de pontos de vista de alguma forma diferentes, porém também existem algumas similaridades notáveis entre suas teorias.

Piaget (1970, 1971) observou grandes regularidades no desenvolvimento do pensamento das crianças e acreditava que elas desenvolvem uma série de entendimentos ou teorias sobre a forma como o mundo funciona baseado em sua exploração ativa do ambiente. Assim, alguns conceitos principais foram postulados por esse autor. O primeiro deles é o conceito de *esquema*, o qual constitui ações físicas (esquemas sensório motores, como, por exemplo, olhar ou estender os braços) ou mentais (classificar, comparar, inverter) utilizadas em diferentes tipos de situações. A *organização* é o processo de deduzir esquemas generalizáveis a partir de experiências específicas. O processo de *adaptação* complementa a organização, já que através dele, os esquemas que não se ajustam adequadamente aos desafios propostos são alterados. Três subprocessos fazem parte da adaptação: *assimilação* – assimilar ou absorver algum evento e torná-lo parte de um esquema existente; *acomodação* – envolve modificar um esquema como resultado de uma informação nova absorvida por assimilação; e *equilibração* – processo de colocar em equilíbrio assimilação e acomodação (Bee & Boyd, 2011; Munari, 2010; Papalia & Feldman, 2013; Piaget, 1970, 1971).

Para Piaget (1970, 1971) três pontos significativos de equilibração produzem uma sequência fixa de quatro estágios principais pelos quais o pensamento das crianças passa. O

raciocínio da criança se desenvolve nesses estágios universais que vão do nascimento à adolescência e em cada estágio a criança constrói um tipo de esquema diferente. São eles: 1) estágio sensório motor (do nascimento aos 24 meses); 2) estágio pré-operacional (dos 24 meses até aproximadamente 6 anos); 3) estágio de operações concretas (dos 6 aos 12 anos); 4) estágio de operações formais (a partir de 12 anos). Embora os quatro estágios sejam bem definidos, podem ocorrer diferenças individuais no ritmo com que as crianças atravessam esses estágios. Essas diferenças podem ser explicadas por distintas taxas de amadurecimento cerebral, que pode ser o resultado de fatores inatos ou ambientais (Bee & Boyd, 2011; Munari, 2010; Papalia & Feldman, 2013; Piaget, 1970, 1971).

Em relação aos avanços em habilidades cognitivas, Piaget ressalta que nos anos iniciais, a criança passa por subestágios do estágio sensório-motor: uso de reflexos (tais como sugar ou olhar); reações circulares primárias (repetição proposital de uma sensação corporal agradável obtida ao acaso); reações circulares secundárias (repetição intencional de uma ação para produzir efeito além do corpo da criança); coordenar esquemas secundários (uso de comportamentos previamente aprendidos para atingir suas metas); reações circulares terciárias (variação de uma ação para obter resultado semelhante); combinações mentais (evolução da aprendizagem por tentativa e erro para o uso de símbolos e conceitos). Já no estágio pré-operacional, a criança passa pelos seguintes avanços cognitivos: uso de símbolos, compreensão de identidades, entendimento de causa e efeito, capacidade de classificar, compreensão de números, empatia e teoria da mente. Dentre as capacidades cognitivas relacionadas ao estágio operacional concreto estão: pensamento espacial, causa e efeito, categorização, seriação e inferência transitiva, raciocínios indutivo e dedutivo, conservação, números e matemática. O último estágio descrito por Piaget (estágio de operações formais) é marcado pelo desenvolvimento da capacidade de pensar em termos abstratos e pelo uso do raciocínio hipotético-dedutivo (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013; Piaget, 1970, 1971).

Assim, como Piaget, Vygotsky enfatiza o envolvimento ativo da criança com o ambiente. Porém, enquanto para Piaget a própria criança absorve e interpreta as informações sobre o mundo com base em suas experiências, Vygotsky (1999) postulava que as crianças desenvolvem formas complexas de pensamento com base na interação social. Preocupado em entender as origens do conhecimento da criança, ele observou que atividades compartilhadas ajudam a criança a internalizar os modos de pensar da sociedade, cujos hábitos passam a ser seus. Assim, a

aprendizagem de novas habilidades cognitivas é conduzida por outro indivíduo (por exemplo, um adulto ou outra criança mais hábil) que modela e estrutura a experiência de aprendizagem da criança. Vygotsky introduziu o conceito de *zona de desenvolvimento proximal* que se refere à distância entre aquilo que a criança é capaz de realizar sozinha e o que pode ser realizado com assistência. À medida que a criança se torna mais hábil, a zona de desenvolvimento proximal amplia-se constantemente, incluindo tarefas cada vez mais difíceis. Aos poucos, a responsabilidade de direcionar e monitorar a aprendizagem passa a ser da própria criança, que se torna capaz de desempenhar determinada tarefa sozinha (Bee & Boyd, 2011; Ivic, 2010; Papalia & Feldman, 2013; Rabelo & Passos, 2016; Vygotsky, 1999).

Dessa forma, entende-se que o período da infância é marcado pelo aprendizado de tarefas importantes por volta de uma idade específica. Assim, compreender o desenvolvimento cognitivo da criança permite aos pais e professores avaliar se a criança está atravessando os marcos do desenvolvimento no tempo adequado. Ressalta-se que alguns fatores podem influenciar essa evolução, ocasionando diferenças individuais. Um deles é o desenvolvimento psicossocial.

1.1.3 Desenvolvimento Psicossocial

O desenvolvimento psicossocial abarca modificações na personalidade, emoções e relações sociais (Papalia & Feldman, 2013). Esses traços são formados ao longo dos anos com influência de fatores genéticos, sociais e ambientais. A hereditariedade é, sem dúvida, um fator importante, porém a aprendizagem também influencia o desenvolvimento psicossocial. Quando o bebê nasce, ele possui um temperamento inato que contribuirá fortemente para sua futura personalidade.

Personalidade se refere a padrões permanentes do indivíduo de resposta aos outros e ao ambiente e de suas interações com estes (Bee & Boyd, 2011). A personalidade permeia todos os relacionamentos da criança exercendo influência tão poderosa sobre os resultados do desenvolvimento quanto suas capacidades cognitivas. Cinco dimensões básicas surgem com o centro da personalidade de um indivíduo durante a infância e a forma como essas dimensões se manifestam são razoavelmente estáveis entre a adolescência e a vida adulta. A primeira delas se

refere à extroversão, a qual consiste no grau com que uma pessoa se desenvolve ativamente no mundo ou evita experiências sociais. A sociabilidade (segundo fator) é o grau com que as interações interpessoais de uma pessoa são caracterizadas por cordialidade e compaixão versus antagonismo. O terceiro fator faz referência à abertura ou intelecto e reflete a profundidade, complexidade e qualidade da vida mental e experiencial de uma pessoa. A escrupulosidade é considerada o quarto fator e traduz-se na força do controle do impulso de uma pessoa. O quinto e último fator é o neuroticismo, o qual se caracteriza pela forma com que a pessoa experimenta o mundo como angustiante ou ameaçador (Bee & Boyd, 2011). Parece que esses cinco grandes fatores fornecem uma descrição útil da estrutura da personalidade ao final da infância, adolescência e vida adulta.

Com relação às emoções, à medida que as crianças crescem, elas tornam-se mais conscientes de seus próprios sentimentos e dos sentimentos das outras pessoas. Algumas emoções como vergonha, raiva, orgulho, culpa, nojo, medo, surpresa, tristeza, alegria, euforia, amor serão experimentadas ao longo do desenvolvimento humano. Aos poucos, as crianças conseguirão regular ou controlar melhor suas emoções e responder ao sofrimento emocional alheio. Além disso, elas também aprenderão a verbalizar emoções conflitantes (Papalia & Feldman, 2013). As emoções sentidas pelas crianças terão influência em suas relações sociais.

As relações sociais tem grande importância durante o desenvolvimento infantil, já que seres humanos são seres sociais. Desde o começo, desenvolvem-se dentro de um contexto social e histórico. Para um bebê, o contexto imediato normalmente é a família. Entretanto, nesse contexto é preciso entender que a família estará sujeita a influências mais amplas e em constante transformação, tais como o trabalho e nível socioeconômico dos pais, as tendências sociais, a vizinhança, a comunidade e sociedade, entre outros. A cultura também define os ritmos da vida familiar e os papéis dos membros da família. Com a inserção da criança no ambiente escolar, a influência do grupo de pares surge de forma espontânea. Isso porque elas passam mais tempo fora de casa, visitando e socializando com os colegas, do que quando eram mais novas. Com isso, elas desenvolvem habilidades necessárias à socialização e aprendem habilidades de liderança, comunicação, cooperação, papéis e regras (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013).

Conforme relatado anteriormente, os três domínios do desenvolvimento apresentados (físico, cognitivo e psicossocial) estão inter-relacionados, já que qualquer mudança em um dos domínios afeta inevitavelmente o sistema inteiro (Bee & Boyd, 2011; Gallahue & Ozmun, 2003;

Papalia & Feldman, 2013). Ressalta-se que esses domínios estarão presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano.

1.1.4 Etapas do desenvolvimento infantil

O desenvolvimento humano ocorre em todas as etapas da vida e a divisão do ciclo de vida em períodos é uma construção social já que o desenvolvimento é contínuo e não há nenhum momento objetivamente definível para caracterizar a transição entre as fases (Gallahue & Ozmun, 2003; Papalia & Feldman, 2013). Entretanto, para permitir o entendimento das particularidades de cada etapa, Papalia e Feldman (2013) traçam oito períodos: período pré-natal, primeira infância, segunda infância, terceira infância, adolescência, início da vida adulta, vida adulta intermediária e vida adulta tardia. Nesse sentido, o público infantil, e mais precisamente a terceira infância, merece destaque por ser o alvo da pesquisa realizada na presente tese.

A primeira infância é o período que vai do nascimento até, aproximadamente, os três anos de idade. Nessa etapa, no âmbito físico, o cérebro aumenta em complexidade e é altamente sensível à influência ambiental, além disso, ocorre o crescimento físico e desenvolvimento das habilidades motoras rapidamente. Nessa faixa etária, a criança aprende a virar-se, alcançar objetos, sentar-se, ficar em pé, caminhar, correr e escalar. Quanto ao aspecto cognitivo, as capacidades de aprender e lembrar estão presentes e a compreensão e uso da linguagem se desenvolvem rapidamente. Trata-se do período sensório motor descrito por Piaget (1970, 1971). O uso dos símbolos e a capacidade de resolver problemas se desenvolvem por volta do final do segundo ano de vida. No enfoque psicossocial, formam-se vínculos afetivos com os pais e as pessoas mais próximas; ocorre a passagem gradual da dependência para a autonomia; a autoconsciência se desenvolve e aumenta o interesse por outras crianças (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013; Shaffer & Kipp, 2012).

Alguns fatores caracterizam o período entre os três e os seis anos, como a segunda infância. No aspecto físico, o crescimento é constante, a aparência torna-se mais esguia e as proporções corporais ficam mais parecidas às de um adulto. Além disso, surge a preferência pelo uso de uma das mãos e aprimoram-se as habilidades motoras finas e gerais e aumenta a força

física. A criança já é capaz de correr com facilidade, saltar, pular, jogar bola com as mãos ou com os pés. O aprimoramento da linguagem e da memória e o pensamento egocêntrico estão entre as características mais marcantes no âmbito cognitivo. Nessa idade, a maioria das crianças estará no estágio pré-operacional de Piaget (1970, 1971). Já na esfera psicossocial, a família ainda é o foco da vida social, mas outras crianças tornam-se importantes, pois o brincar torna-se mais imaginativo, mais elaborado e mais social. Nesse período também se desenvolve a identidade de gênero, aumenta a independência e a iniciativa. O autoconceito e a compreensão das emoções tornam-se mais complexas (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013; Shaffer & Kipp, 2012).

A terceira infância é a etapa que compreende a idade dos seis aos 11 anos de idade (Papalia & Feldman, 2013). Para Bee e Boyd (2011) essa fase é também conhecida como meninice. No âmbito físico, o crescimento torna-se mais lento e a saúde geral é mais estável em comparação às etapas anteriores (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013). As crianças crescem, em média, 5 a 7,5 centímetros em altura por ano nessa fase (Papalia & Feldman, 2013). A massa corporal também aumenta e há um acúmulo de tecido adiposo maior em meninas do que em meninos, característica que persistirá na idade adulta. O cérebro passa por dois surtos de crescimento nessa fase, um por volta dos seis aos oito anos, o qual está ligado à melhora nas habilidades motoras finas e coordenação olho-mão; e outro entre 10 e 12, associado a evolução na função da memória (Bee & Boyd, 2011). A percepção espacial complexa só estará fortemente lateralizada aos oito anos aproximadamente. A força física e as habilidades atléticas também aumentam nessa fase.

Com relação ao aspecto cognitivo, ocorre a diminuição do egocentrismo e as crianças começam a pensar com lógica e concretamente. O período compreendido como terceira infância coincide com o estágio de operações concretas, descrito por Piaget (1970, 1971). As habilidades de memória e linguagem aumentam. Algumas crianças demonstram necessidades educacionais e talentos especiais. Ganhos cognitivos permitem à criança beneficiar-se da instrução formal da escola. Destaca-se, nesse período, o processo de alfabetização. Muitas crianças de seis anos ainda não aprenderam a interpretar construções gramaticais adequadamente. Aos oito anos, a maioria das crianças já conseguem realizar essa tarefa. Nessa idade elas passam a olhar o significado de uma sentença como um todo em vez de focalizar apenas na ordem das palavras. A partir do momento em que as crianças conseguem ler e escrever, elas podem traduzir os sinais de uma

página em um padrão de sons e significados, desenvolver estratégias progressivas e sofisticadas para entender o que lêem e usar a palavra escrita para expressar ideias, pensamentos e sentimentos (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013; Shaffer & Kipp, 2012). Além das características individuais da própria criança, diversos fatores podem influenciar o desempenho escolar. Dentre eles, Papalia e Feldman (2013) destacam: as crenças de autoeficiência, o gênero, os estilos de parentalidade, o nível socioeconômico, a aceitação dos pares, os métodos educativos adotados, o tamanho da classe, o uso da mídia, entre outros.

Quanto à dimensão psicossocial, a correção reflete um deslocamento gradual no controle dos pais para a criança. Nos relacionamentos com iguais, os colegas assumem importância fundamental e a segregação de gênero se torna virtualmente completa aos seis ou sete anos, especialmente em amizades individuais. À medida que crescem, as crianças tornam-se mais conscientes de seus próprios sentimentos e dos sentimentos das outras pessoas. Elas podem regular ou controlar melhor suas emoções e responder ao sofrimento emocional alheio. O autoconceito torna-se mais complexo, afetando a autoestima. Ademais, um julgamento global do próprio valor surge primeiro em torno de sete ou oito anos. Por isso, nessa idade, as crianças são capazes de fazer críticas sobre si mesmas de forma mais realista, consciente, equilibrada e abrangente. À medida que elas formam seus sistemas representativos, seu autoconceito se torna mais amplo, integrando vários aspectos da identidade. A criança é capaz de comparar sua identidade real com sua identidade ideal, e sabe julgar sua medida em certos padrões sociais em comparação com outros (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013; Shaffer & Kipp, 2012). Essas mudanças podem se relacionar diretamente com conflitos associados à imagem corporal dessas crianças.

1.2 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal tem sido valorizada como foco de investigação científica, especialmente a partir da década de 1990 (Ferreira et al., 2014). A definição para esse conceito dada por Schilder (1999), apesar de não ser a mais recente, ainda é uma das mais utilizadas. Segundo este autor, a imagem corporal é compreendida como a “figuração de nosso corpo

formada em nossa mente” (Schilder, 1999, p.11). Atualmente, autores concordam que a imagem corporal é um construto complexo e multifacetado (Cash & Smolak, 2011; Slade, 1994). Além disso, envolve a imagem que o indivíduo tem do tamanho, da forma e do contorno de seu próprio corpo, bem como os sentimentos, pensamentos e comportamentos em relação a essas características (Cash & Smolak, 2011; Slade, 1994).

Pesquisadores contemporâneos subdividem a imagem corporal em duas dimensões: perceptiva e atitudinal (Cash & Smolak, 2011; Thompson, 2004; Thompson & van den Berg, 2002). A primeira define a exatidão no julgamento do tamanho, da forma e do peso corporais (Gardner & Boice, 2004). Para alguns autores (Cash & Smolak, 2011; Ferreira et al., 2014), a dimensão atitudinal é ainda subdividida em três componentes, a saber: 1) cognitivo, reflete pensamentos e crenças sobre o corpo e revelam um senso crítico mental a respeito dele; 2) comportamental, diz respeito às ações sobre ou relacionadas ao próprio corpo, como evitação de situações de exposição e adoção de comportamentos de checagem corporal; e 3) afetivo, referente às emoções e aos sentimentos direcionados ao corpo, incluindo a insatisfação corporal.

A partir de diversas perspectivas, cientistas comportamentais, físicos e filósofos têm teorizado acerca da natureza e significado da imagem corporal (Cash & Smolak, 2011). Nesse sentido, pesquisadores têm realizado observações sistemáticas para testar suas ideias e explorar os significados da imagem corporal. Cash e Smolak (2011) descreveram seis perspectivas para os estudos em imagem corporal, a saber: 1) Evolutiva; 2) Genética/Neurocientífica; 3) Cognitivo-comportamental; 4) Feminista; 5) Psicologia Positiva; e 6) Sociocultural. Cada uma delas será brevemente descrita a seguir.

A Perspectiva Evolutiva se baseia na Teoria da Seleção Natural de Charles Darwin. De acordo com ela, os indivíduos levam em consideração algumas características físicas para avaliar a qualidade e a desejabilidade de potenciais parceiros, a fim de aumentar suas próprias chances de sucesso reprodutivo. Assim, alguns traços fenotípicos dos seres humanos atuam como indicadores estéticos e são usados quando se formam julgamentos de atratividade (Swami, 2011). Dentre esses indicadores, estão vários componentes do rosto (como a simetria facial) e do corpo humano (como a relação cintura quadril), mas comportamentos humanos também são levados em consideração. A partir dessa ideia, Murnen, Poinsatte, Huntsman, Goldfarb e Glaser (2015) questionaram homens e mulheres universitários heterossexuais sobre suas preferências de tipo corporal para parceiros românticos e identificaram que os homens deram maior importância para

a silhueta corporal que escolheram para uma parceira do que as mulheres. A explicação desse achado sob a perspectiva evolutiva, segundo os autores, é que os homens estão mais preocupados em assegurar a viabilidade reprodutiva, enquanto as mulheres estão mais preocupadas com a capacidade de um parceiro para fornecer recursos (Murnen et al., 2015). Para Swami (2011), a combinação da Perspectiva Evolutiva a outras perspectivas provavelmente resultará em uma descrição mais abrangente da aparência humana e da imagem corporal.

De acordo com a Perspectiva Genética/Neurocientífica, os fatores psicossociais não são suficientes para explicar as diferenças individuais na imagem corporal. Essa teoria baseia-se na hipótese de que fatores genéticos e/ou biológicos podem aumentar a suscetibilidade a problemas de imagem corporal. Sendo assim, apesar da pressão da mídia e das relações sociais para homens e mulheres aderirem aos ideais do corpo na sociedade ocidental, apenas alguns indivíduos desenvolvem uma imagem corporal negativa (Suisman & Klump, 2011). Estudos com irmãos gêmeos ou adotados são poderosas ferramentas para investigar influências genéticas sobre um traço ou desordem. Esses estudos separam os efeitos genéticos dos efeitos ambientais examinando o grau de semelhança de um traço psicológico ou característica entre irmãos que compartilham diferentes quantidades de material genético. Para examinar o papel dos fatores genéticos e biológicos no desenvolvimento de problemas de imagem corporal, Klump et al. (2010) investigaram indivíduos gêmeos de diferentes idades (pré-adolescentes, adolescentes, adultos jovens e adultos) e identificaram que as influências genéticas foram significativas desde o início da adolescência até a idade adulta. Em adição, estudo sobre genética molecular demonstrou associação entre alguns genes humanos e a propensão para alterações na imagem corporal (Frieling et al., 2006). Dessa forma, Suisman e Klump (2011) apontam que embora as descobertas genéticas e biológicas até a data sejam promissoras, são necessárias mais investigações para compreender melhor a etiologia dos transtornos relacionados à imagem corporal. Além disso, é fundamental considerar os fatores genéticos para aprimorar modelos etiológicos existentes que tendem a se concentrar exclusivamente em fatores de risco psicossociais associados à imagem corporal.

Já para a Perspectiva Cognitivo-Comportamental, dois fatores principais moldam o desenvolvimento e o funcionamento da imagem corporal: os fatores históricos e os fatores proximais (Cash, 2011b). Os fatores históricos referem-se a eventos passados, atributos e experiências que predisõem ou influenciam o modo como as pessoas pensam, sentem e agem

em relação ao seu corpo. Dentre esses fatores, destacam-se: a socialização cultural, as experiências interpessoais, as características e mudanças físicas e as variáveis de personalidade. Já os fatores proximais da imagem corporal, pertencem aos eventos atuais da vida e consistem em reter e manter influências sobre as experiências da imagem corporal, incluindo o processamento da informação e os diálogos internos, as emoções da imagem corporal e as ações autorreguladoras. A distinção entre eventos históricos e proximais tem como objetivo diferenciar a aprendizagem cognitiva social anterior a eventos, experiências e reações mais imediatas. No entanto, assim como hoje inevitavelmente se torna ontem, os eventos proximais da imagem corporal podem ser armazenados e contribuir para a história cumulativa da imagem corporal. A Perspectiva Cognitivo-Comportamental tem sido relacionada a psicopatologias, tais como transtornos alimentares, distúrbio dismórfico corporal, bem como reações humanas às condições de alteração da aparência. Por isso, a maioria das pesquisas contemporâneas sobre imagem corporal deriva, direta ou implicitamente, de paradigmas cognitivos e/ou comportamentais na psicologia (Cash, 2011b; Veale, 2004).

Com relação à Perspectiva Feminista, ela é baseada na Teoria da Objetificação descrita por Fredrickson e Roberts (1997). Objetificar significa o ato de tratar uma pessoa como objeto. A Teoria da Objetificação postula que muitas meninas e mulheres internalizam as práticas de objetivação da cultura e monitoram habitualmente a aparência de seus corpos. As repercussões dessa auto-objetificação, por sua vez, permeiam uma série de estados emocionais, motivacionais e atencionais (Fredrickson & Roberts, 1997). A Perspectiva Feminista da imagem corporal afirma que a insatisfação corporal normativa das mulheres não é uma função da patologia individual, mas um fenômeno social sistêmico, já que o corpo serve como um locus de controle na vida das mulheres (McKinley, 2011). As sociedades ocidentais constroem uma dualidade entre corpo e mente, e as mulheres estão associadas ao corpo assim como os homens com a mente, sendo a mente e os homens mais valorizados do que o corpo e as mulheres. Isso cria um contexto que encoraja a construção social de mulheres e meninas como objetos a serem observados e avaliados, além da tentativa de encaixar seus corpos nos padrões culturais. De acordo com McKinley (2011), embora os estudos tenham avançado nessa área, ainda são necessários dados mostrando similaridades e diferenças entre diferentes grupos de mulheres (tais como mulheres de diferentes etnias, lésbicas, mulheres bissexuais, mulheres de classes sociais não-privilegiadas, mulheres com deficiência, meninas e mulheres mais velhas) para explicar melhor essa teoria.

Outra perspectiva recente que tem contribuído para os estudos em imagem corporal é a Perspectiva Positiva. Tylka (2011) argumenta que a teoria, pesquisa e prática da imagem corporal têm-se centrado no entendimento, prevenção e tratamento das suas características negativas. Assim, alguns pesquisadores reuniram esforços para o crescimento dos estudos nessa área, culminando com a publicação de um volume especial sobre o assunto na revista científica *Body Image* em 2015. De acordo com Tylka e Wood-Barcalow (2015), a imagem corporal positiva tem seu conceito próprio e é distinta de imagem corporal negativa. Sendo assim, baixa insatisfação corporal, baixa preocupação corporal e baixa discrepância do tamanho do corpo real-ideal não refletem automaticamente uma imagem corporal positiva. Autores mostram que a imagem corporal positiva é complexa e multifacetada e inclui fatores como: apreciação corporal; aceitação e amor pelo corpo; conceituação ampla da beleza; flexibilidade da imagem corporal; positividade interior; aceitação da funcionalidade do corpo; sintonia (responsividade do corpo, autocuidado); conversa corporal positiva; santificação do corpo; percepção da aceitação do corpo por outros; e filtragem da informação de modo a proteger o corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Webb, Wood-Barcalow, & Tylka, 2015). Assim, Tylka e Wood-Barcalow (2015) aconselham estudar e promover a imagem corporal positiva, já que trabalhar para entender e reduzir a imagem corporal negativa é insuficiente.

A Perspectiva Sociocultural é, atualmente, uma das mais utilizadas nos estudos em imagem corporal (Amaral, Carvalho, & Ferreira, 2014; Tiggemann, 2011). A presente tese adota esta perspectiva e o modelo teórico que a embasa serão descritos com mais detalhes a seguir.

1.2.1 Perspectiva Sociocultural da Imagem Corporal

A Perspectiva Sociocultural da Imagem Corporal foi descrita por Thompson, Heinberg, Altabe e Tantleff-Dunn (1999). Essa perspectiva apresenta quatro premissas principais: 1) A existência de ideais sociais de beleza, particulares para cada cultura; 2) que são transmitidos e reforçados por uma variedade de canais socioculturais; 3) para, então, serem internalizados pelos indivíduos; 4) de modo que exercem influência sobre o desenvolvimento de insatisfação com a aparência (Amaral et al., 2014; Thompson, et al., 1999; Tiggemann, 2011).

A primeira premissa é facilmente identificável nas sociedades ocidentais contemporâneas. Atualmente, existe uma forte valorização de um corpo considerado ideal, com ênfase na aparência física. Entre as mulheres, o padrão preconizado é um corpo extremamente magro, alto, jovem, com pernas longas, olhos grandes, cabelos longos, seios moderadamente grandes, e de pele clara (Murnen, 2011; Murnen et al., 2015). Para os homens, é valorizado um corpo mesomórfico e musculoso, com ombros largos, parte superior do corpo bem desenvolvida, músculos abdominais definidos e cintura e quadris estreitos (Murnen, 2011; Murnen et al., 2015).

Ainda de acordo com a primeira premissa, esses ideais de corpo são particulares para cada cultura. Nesse sentido, a prevalência de diferentes ideais socioculturais tem sido examinada em diferentes culturas. Embora evidências anteriores sugerissem que a adesão ao ideal de magreza seria menor em sociedades em desenvolvimento ou não-ocidentais, há um crescente consenso de que se tornou um fenômeno transnacional, geralmente atribuído à proliferação da mídia ocidental (Tiggemann, 2011). Recentemente, foi realizado um estudo transcultural o qual pesquisou 7.434 indivíduos em 26 países distribuídos em 10 grandes regiões do mundo sobre ideais de peso e insatisfação corporal (Swami et al., 2010). Os autores concluíram que a insatisfação corporal e o desejo de magreza são comuns em ambientes de alto nível econômico em todas as regiões do mundo, destacando a necessidade de atenção internacional para este problema (Swami et al., 2010). Dessa forma, embora possa haver alterações culturais com relação ao padrão de corpo ideal, pesquisadores de diversos países estão em conformidade ao dizer que esse padrão existe.

A segunda premissa trata da propagação desse corpo através de canais socioculturais. Esses canais podem ser traduzidos em três principais fontes de influência sobre a imagem corporal dos indivíduos: os pais, os amigos e a mídia, os quais são considerados poderosos e penetrantes fatores de transmissão do ideal de corpo. Por isso, o modelo sociocultural é, por vezes, chamado de modelo tripartite.

Os pais são considerados a primeira fonte de influência para o indivíduo já que, ao nascer, o contexto social imediato do bebê, normalmente, é a família (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013). Com relação à imagem corporal, Jones (2011) aponta que ela é moldada pelas experiências com outros no mundo social. As famílias fornecem as relações primárias no desenvolvimento e desempenham um papel fundamental na formação de atitudes e valores em seus filhos sobre a imagem corporal (Jones, 2011). Sendo assim, os pais podem exercer influência direta ou indireta sobre a imagem corporal de seus filhos. A primeira se traduz em

comentários diretos que os pais fazem sobre o corpo dos filhos, conversas e incentivos para a adoção de dietas ou práticas de atividades físicas. A segunda refere-se à aprendizagem de hábitos da família (Amaral et al., 2014), já que as atitudes expressas dos pais sobre a aparência, bem como suas avaliações de seus corpos, servem como modelo para que crianças e adolescentes valorizem ou critiquem a si mesmos e aos outros (Jones, 2011).

A influência dos amigos na vida dos indivíduos se inicia no final da infância e torna-se acentuada durante a adolescência (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013). Isso ocorre, especialmente, devido à inserção no ambiente escolar e à descentralização do controle da família. Além disso, nessa idade, o adolescente apresenta um sentimento de necessidade de pertencimento a grupos sociais (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013). Amigos normalmente compartilham interesses e valores semelhantes em uma variedade de áreas, incluindo a aparência. O nível de valorização da cultura do corpo ideal entre amigos é importante para a imagem corporal. Assim, as atitudes do grupo em relação à importância da aparência e as experiências em estratégias de mudança corporal (tais como adoção de dietas e práticas de atividade física) influenciam os indivíduos que querem se inserir nesse grupo. Quando os amigos compartilham uma maior preocupação com a aparência e endossam ideais de peso ou forma corporais, os indivíduos tendem a apresentar maior insatisfação corporal (Jones, 2011).

Dentre os três fatores de influência sociocultural, a mídia é considerada a mais pervasiva (Amaral et al., 2014). Os meios de comunicação de massa, incluindo a televisão, as revistas, os videogames, o cinema e a internet são parte importante da vida de milhões de crianças, adolescentes e adultos (Levine & Chapman, 2011). Imagens de corpos ideais são exibidas abundantemente nessas mídias, por exemplo, em *outdoors*, vitrines de lojas, revistas, televisão e internet e com isso, a quantidade de dinheiro, tempo e esforço investidos pelas pessoas na busca da beleza (através de roupas, cabelos, dieta, e na crescente popularidade dos procedimentos cirúrgicos cosméticos) só aumenta (Tiggemann, 2011). Como exemplo disso, ressalta-se que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, o Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo, ficando a frente dos EUA com 1.491.721 de procedimentos cirúrgicos no ano de 2013 (SBCP, 2014). Quanto maior a quantidade de tempo que homens e mulheres dispendem com o acesso a diferentes mídias focadas na aparência, maior tende a ser a internalização do ideal de corpo e a insatisfação corporal, levando os indivíduos a estratégias para modificar seus corpos (Levine & Chapman, 2011).

A terceira premissa trata dos mecanismos mediadores para a absorção dos padrões corporais propagados. Como os principais mecanismos, Tiggemann (2011) aponta a internalização e a comparação social. A internalização do ideal de corpo refere-se ao processo em que os indivíduos incorporam ou aceitam esse ideal, a ponto de afetar suas atitudes e comportamentos (Amaral et al., 2014). O termo original *thin-ideal internalization* (Thompson et al., 1999) pode ser traduzido como “internalização do ideal de magreza”. Assim, faz referência ao ideal de corpo magro. Entretanto o processo de internalização, vai além desse aspecto, incluindo características como a cor da pele, estatura e musculatura. Além disso, nos dias de hoje, a internalização também pode ser direcionada ao ideal de corpo atlético ou musculoso, especialmente como um mecanismo comum entre os homens (Karazsia & Crowther, 2009).

Com relação à comparação social, ela é derivada da Teoria da Comparação Social descrita por Festinger (1954). Em seu estudo, Festinger (1954) postula algumas hipóteses, dentre elas as de que: 1) existe, no organismo humano, um impulso para avaliar suas opiniões e suas habilidades; e 2) as pessoas avaliam as suas opiniões e habilidades em comparação, respectivamente, com as opiniões e habilidades dos outros. Sendo assim, o processo de comparação social é considerado de elevada importância para os seres humanos, e a escolha do padrão comparativo é um processo complexo (Amaral et al., 2014). Por exemplo, um indivíduo pode se comparar com um padrão considerado inferior ao seu próprio (*downward comparison*; Wills, 1981) ou a um padrão julgado como superior em relação ao atributo avaliado (*upward comparison*; Taylor & Lobel, 1989). Quando um indivíduo realiza comparações com padrões inferiores, geralmente leva a consequências positivas, como o aumento da autoestima, enquanto se forem realizadas comparações com padrões superiores, as consequências podem ser negativas, como diminuição da autoestima (Festinger, 1954).

Partindo da hipótese de que quanto mais rotineira ou habitual for uma comparação social, menos recursos cognitivos são provavelmente necessários para fazê-la, Want e Saiphoo (2017) testaram se comparações sociais com imagens de mídia exigem esforço mental, em uma amostra de estudantes do sexo feminino. Os resultados sugerem que comparações sociais com imagens midiáticas demandam pelo menos um pouco de esforço cognitivo, mesmo entre as mulheres que dizem que sentem pressão dos meios de comunicação (Want & Saiphoo, 2017).

A internalização e a comparação social são processos primordiais na conexão entre a influência sociocultural e a insatisfação corporal e os comportamentos de mudança corporal

(Amaral et al., 2014). E assim, ressalta-se a quarta e última premissa da perspectiva sociocultural, a qual fala sobre o modo com que cada indivíduo pode apresentar uma insatisfação com a aparência física, desencadeando transtornos alimentares. Rodgers, McLean e Paxton (2015) exploraram as relações longitudinais entre internalização, comparação de aparência social e insatisfação corporal, em uma amostra de adolescentes escolares. Os achados sugerem que a internalização do ideal midiático precede e prevê a comparação de aparências e que as intervenções de imagem corporal que visam a internalização do ideal de mídia e a comparação de aparência social bem como a insatisfação corporal provavelmente serão eficazes (Rodgers, et al., 2015). Tiggemann (2011) ainda aponta que, na sua forma mais simples, a partir do modelo sociocultural, todos os indivíduos sofreriam de insatisfação corporal extrema e distúrbios alimentares, o que não é claramente o caso. É preciso estar atento a uma série de fatores genéticos/biológicos e psicológicos que proporcionam individualidade aos sujeitos e determinam o grau em que um indivíduo estará vulnerável para atender às pressões socioculturais, tendo como consequências uma imagem corporal negativa e distúrbios alimentares (Tiggemann, 2011).

Em resumo, o modelo sociocultural postula que três fontes de influência (os pais, os amigos e a mídia) transmitem e reforçam os ideais de corpo existentes na sociedade. Cada indivíduo receberá essas informações de diferentes maneiras devido, principalmente, ao papel de mecanismos mediadores (internalização e comparação social). Assim, a internalização e a comparação social atuam como mediadores entre as influências socioculturais e o desenvolvimento de insatisfação com o corpo e a adoção de comportamentos de risco para transtornos alimentares. A representação gráfica do modelo original proposto por Thompson et al. (1999) para mulheres, é apresentada na Figura 1.

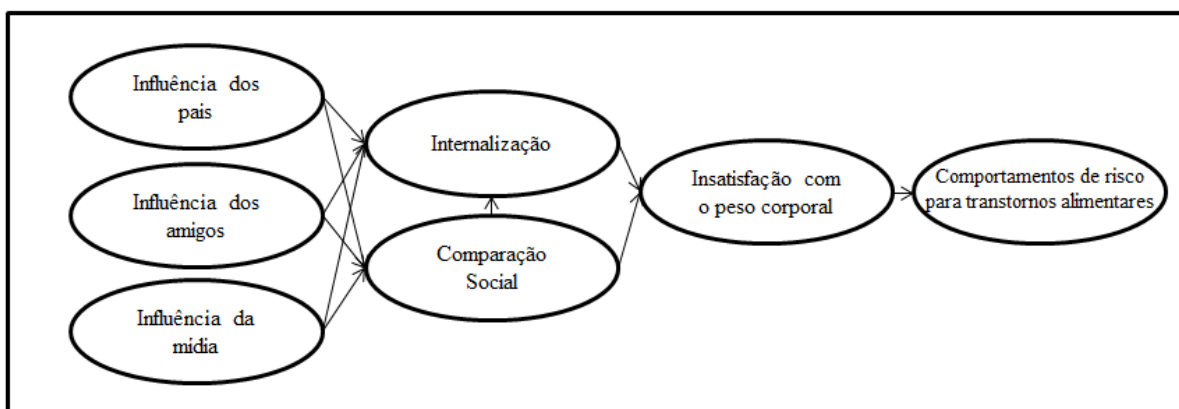


Figura 1. Modelo original dos três fatores proposto por Thompson et al. (1999) para mulheres

Adaptações desse modelo têm sido testadas por diversos autores, em diferentes populações e nacionalidades (Austin & Smith, 2008; Halliwell & Harvey, 2006; van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon, & Covert, 2002; Wal, Gibbons, & Grazioso, 2008; White & Halliwell, 2010). Como exemplos, é possível ressaltar a população de meninas adolescentes do México (Austin & Smith, 2008) e da Guatemala (Wal et al., 2008); meninos e meninas adolescentes da Inglaterra (Halliwell & Harvey, 2006; White & Halliwell, 2010); e mulheres universitárias dos Estados Unidos (van den Berg et al., 2002). Essa diversidade amostral comprova que o modelo sociocultural é aplicável em distintos contextos culturais.

No âmbito brasileiro, Carvalho (2016) desenvolveu um estudo com o objetivo de adaptar e avaliar o modelo sociocultural de imagem corporal, para adultos jovens brasileiros, bem como testar as diferenças entre os sexos no que concerne o modelo teórico. Como resultados, o autor relata que no modelo final para o sexo feminino, os pais e a mídia demonstraram caminho relacional significativo para a Internalização e Comparação Social. A influência dos amigos apresentou caminho relacional somente com a Comparação Social. Tanto a Internalização quanto a Comparação Social indicaram relação com a insatisfação com o peso corporal. Além disso, insatisfação com o peso conduziu aos comportamentos de risco para transtornos alimentares. A representação gráfica do modelo para mulheres de Carvalho (2016) está demonstrada na Figura 2.

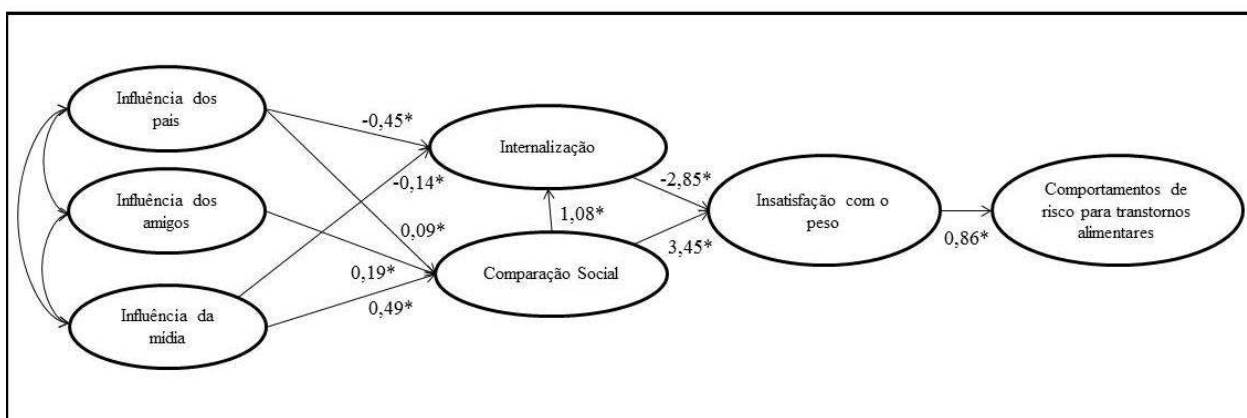


Figura 2. Modelo dos três fatores para mulheres brasileiras (Carvalho, 2016).

Legenda: * $p \leq 0,05$

Enquanto isso, no sexo masculino, a influência dos pais e da mídia conduziram à Internalização, e os amigos à Comparação Social. A mediação entre as influências socioculturais e a insatisfação com o peso e muscularidade foi observada pela Internalização e Comparação

Social, enquanto a insatisfação com a muscularidade esteve associada aos comportamentos de mudança corporal (Carvalho, 2016). O modelo proposto pelo autor para o sexo masculino está representado na Figura 3.

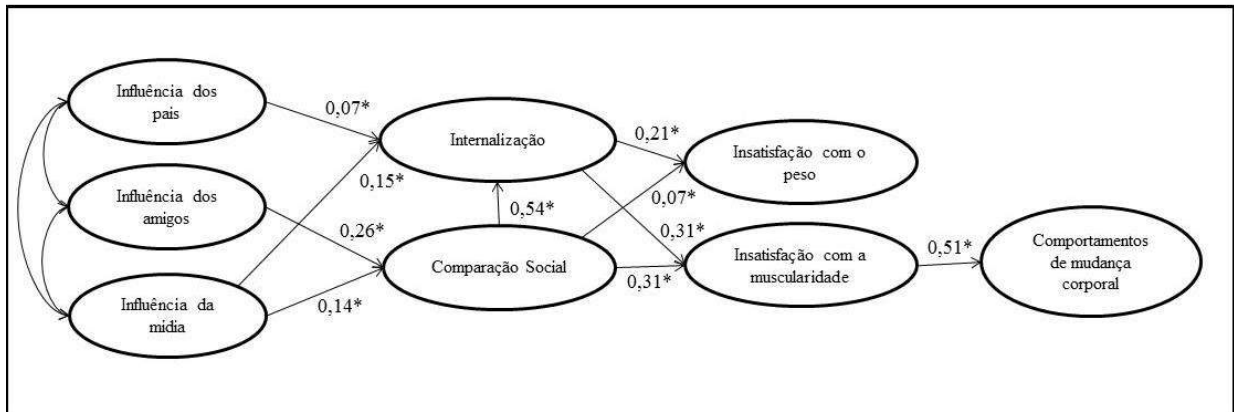


Figura 3. Modelo dos três fatores para homens brasileiros (Carvalho, 2016).

Legenda: * $p \leq 0,05$

Assim, após adaptações do modelo original proposto por Thompson et al. (1999), Carvalho (2016) concluiu que o Modelo dos Três Fatores adaptado para a realidade brasileira é válido e apresenta algumas distinções entre os sexos. Para as mulheres, é possível compreender o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal e a adoção de comportamentos de risco para transtornos alimentares. Já entre os homens, o modelo tripartite explica a adoção de comportamentos de mudança corporal.

Em meninas adolescentes brasileiras, Fortes et al (2016) construiu um modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares (Figura 4). Embora esse modelo tenha algumas semelhanças com o modelo sociocultural original (Thompson et al., 1999), especialmente na medida em que considera as pressões midiáticas influenciando a insatisfação corporal e tendo como desfecho os comportamentos de risco para transtornos alimentares, não é possível considerá-lo como um modelo sociocultural (tripartite). Isso porque Fortes et al. (2016) desconsidera as fontes de influências dos pais e dos amigos, além de não retratar os fatores mediadores (internalização e comparação social). Apesar disso, os autores trazem grandes contribuições para a literatura científica brasileira no entendimento do processo que desencadeia transtornos alimentares em meninas adolescentes.

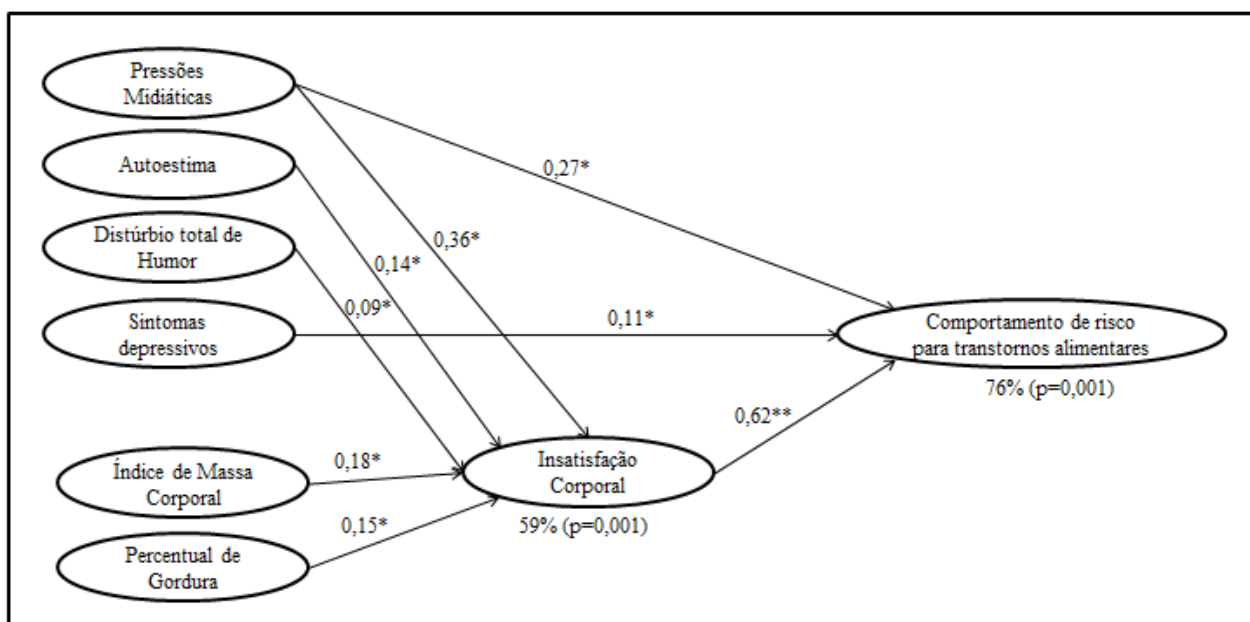


Figura 4. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em meninas adolescentes brasileiras (Fortes et al., 2016).

Legenda: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os estudos de Carvalho (2016) e Fortes et al. (2016) possibilitaram um melhor entendimento da perspectiva sociocultural no contexto nacional. Entretanto, os autores focaram seus estudos na população de universitários e adolescentes, respectivamente. A transposição desta perspectiva para a população de crianças será explicada no tópico a seguir

1.2.2 Perspectiva Sociocultural da Imagem Corporal em crianças

Após estudo de revisão de literatura sobre a imagem corporal em crianças, Neves et al. (2017) identificaram um único estudo no qual o modelo teórico foi testado nesse público (Evans, Tovée, Boothroyd, & Drewett, 2013). A pesquisa foi desenvolvida com 127 meninas com idades entre sete e 11 anos da Inglaterra. As participantes completaram medidas de internalização do ideal de magreza (SATAQ-I), insatisfação corporal (*software* computacional baseado em escalas de silhuetas), dieta (*Dutch Eating Behaviour Questionnaire for Children*), depressão (*Child Depression Inventory Short Form*), e atitudes alimentares desordenadas (*Children's Eating Attitude Test – ChEAT*).

Ressalta-se que o modelo proposto pelos autores (Evans et al., 2013) não é fiel ao modelo sociocultural proposto originalmente por Thompson et al (1999). Isso porquê as fontes primárias de influência sociocultural na imagem corporal (pais, amigos e mídia) não foram consideradas. O modelo testado pelos autores apoia-se na internalização do ideal de corpo magro, o qual é considerado um fator mediador para o entendimento global da imagem corporal. Isso enfraquece o entendimento de como as crianças “criam” esse ideal, para então, internalizá-lo.

De acordo com os autores, a internalização do ideal de magreza predisse distúrbios alimentares de forma direta e indireta (via insatisfação corporal, restrição dietética e depressão). As análises do caminho mostraram que um modelo sociocultural revisado se encaixava bem com os dados. Estes dados mostram que um quadro sociocultural para a compreensão da alimentação desordenada e insatisfação corporal de adultos é útil, com pequenas modificações, na compreensão do desenvolvimento de atitudes relacionadas em meninas jovens. Dessa forma, a influência midiática foi caracterizada como um forte fator de influência no desenvolvimento de comportamentos deletérios à saúde em meninas (Evans et al., 2013). A representação gráfica do modelo validado por Evans et al. (2013) está contida na Figura 5.

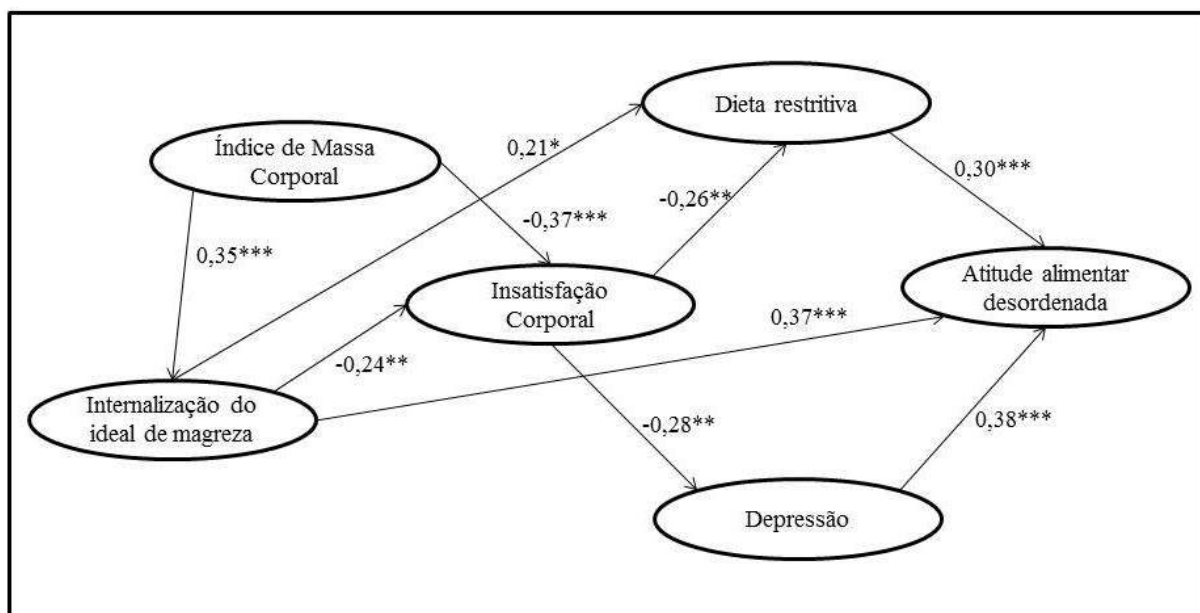


Figura 5. Modelo sociocultural para crianças da Inglaterra (Evans et al., 2013).
 Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Além do estudo de Evans et al (2013), algumas investigações acrescentam indícios isolados que contribuem para a crença de que as premissas da Perspectiva Sociocultural são válidas para crianças. A respeito da existência de um ideal corporal que é transmitido e reforçado pelos fatores de influência sociocultural, os brinquedos infantis são exemplos que reforçam uma beleza irreal desde a mais tenra idade, como a boneca Barbie ou as princesas Disney no caso das meninas, e o boneco Max Steel ou Super Heróis, para os meninos.

Estudo recente realizado por Rice, Prichard, Tiggemann, & Slater (2016) investigou o efeito da exposição à Barbie sobre a internalização do ideal de magreza, a autoestima e a insatisfação corporal em meninas australianas de cinco a oito anos. Os resultados indicaram que o grupo de meninas expostas à boneca Barbie, independentemente do formato, apresentaram mais alta internalização do ideal de magreza do que o grupo controle (exposição a brinquedos não humanos). Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas para a insatisfação corporal (através de escala de silhueta) e para a autoestima. Isso sugere que a interação com a Barbie pode incentivar as meninas no início da escola primária a adotar uma preferência por um corpo magro, mas sem efeito imediato na imagem corporal. Os autores advertem que o impacto em longo prazo da exposição de Barbie na imagem de corpo permanece desconhecido (Rice et al., 2016).

Com relação aos brinquedos voltados ao público infantil masculino, Baghurst, Hollander, Nardella, & Haff (2006) analisaram a evolução do formato corporal de cinco bonecos de ação (Batman, Super Homem, G.I. Joe, Hulk e Homem Aranha), ao longo de 25 anos. Para serem selecionados, os bonecos deveriam: ser de plástico, articulado, capaz de ficar em pé por conta própria; projetado especificamente para os meninos; estar no mercado há no mínimo 25 anos, permanecendo em produção durante todo esse período; além de possuir a forma de um corpo humano. As circunferências de pescoço, peito, braço, antebraço, cintura, coxa e panturrilha dos bonecos foram medidas e comparadas entre o brinquedo atual e original. Com exceção da cintura, determinou-se que todas as partes do corpo dos bonecos atuais foram significativamente maiores quando comparadas às suas contrapartes originais. Os resultados deste estudo indicam que os brinquedos de ação se tornaram mais musculosos nos últimos 25 anos. Além disso, os autores alertam que o aumento das dimensões dos bonecos pode contribuir para o desenvolvimento de uma idealização do tipo corporal concentrado em um físico magro e muscular, influenciando particularmente os meninos na mais tenra idade (Baghurst et al., 2006).

A influência dos pais sobre a imagem corporal de crianças já foi avaliada em algumas investigações (Damiano et al., 2015; Duchin, Marin, Mora-Plazas, & Villamor, 2015; Duchin et al., 2014; Michael et al., 2014; Swaminathan, Selvam, Pauline, & Vaz, 2013). Estudos apontaram que a insatisfação corporal materna foi positivamente relacionada ao ganho no Índice de Massa corporal (IMC) das crianças (Duchin et al., 2015; Duchin et al., 2014). Damiano et al. (2015) mostraram que as atitudes com relação ao tamanho corporal dos meninos estavam associadas à imagem corporal paterna, enquanto nas meninas, o desejo de figuras mais magras esteve relacionado a uma restrição alimentar materna. Nesse sentido, Michael et al. (2014) concluíram que a alimentação da mãe e do pai se associaram, respectivamente, à autoestima corporal para meninas e meninos. Destaca-se ainda a pesquisa de Swaminathan et al. (2013) na qual as crianças que foram percebidas por seus pais como acima do peso ou obesas foram altamente propensas a tentar perder peso. É possível que os pais tenham particular importância na imagem corporal de seus filhos e, por isso, devem ser levados em consideração em pesquisas com crianças, mesmo que essa influência não seja percebida por elas.

Os amigos também possuem lugar de destaque no modelo de influência sociocultural (Thompson et al., 1999). Alguns estudos relacionaram a insatisfação corporal das crianças com a influência dos pares (Harrison, Rowlinson, & Hill, 2016; Michael et al., 2014; Tatangelo & Ricciardelli, 2013). Para Michael et al. (2014), tanto para meninos quanto para meninas, ficar junto com os colegas e o medo de uma avaliação negativa pelos pares estiveram relacionados diretamente à autoestima corporal. Corroborando essa ideia, Harrison et al. (2016) mostraram que as crianças tendem a preferir as crianças magras nas escolhas de amizade, e demonstraram claros sinais de rejeição às figuras gordas. De acordo com Tatangelo e Ricciardelli (2013), os amigos ajudaram as crianças a reforçar e criticar as mensagens da mídia. Dessa forma, é possível inferir que os amigos são fundamentais no desenvolvimento da imagem corporal das crianças.

Apoiando a importância da mídia, Tatangelo e Ricciardelli (2013) mostraram que, enquanto os meninos admiravam o corpo de esportistas do sexo masculino, as atrizes e cantoras famosas eram consideradas como ideal de corpo para as meninas. Em adição, Daniels, Layh e Porzelius (2016) investigaram diferenças no conteúdo das revistas voltadas para o público de crianças pré-adolescentes versus adolescentes. Os resultados indicam que as revistas para adolescentes continham mais conteúdo de aparência do que aquelas para crianças pré-adolescentes, as quais não deixaram de apresentar esse conteúdo. Notícias focadas na aparência

estiveram presentes em mais da metade dos conteúdos das revistas para adolescentes e as propagandas com essa finalidade somavam quase três/quartos do total. Esses padrões sugerem que os leitores jovens de revistas estão expostos a um alto volume de conteúdo voltado para o corpo ideal (Daniels et al., 2016). Nesse sentido, os pais e os educadores devem revisar cuidadosamente essas revistas para determinar o tipo de conteúdo que permitirão que as crianças e adolescentes tenham acesso.

Sendo assim, embora existam indícios de que a perspectiva sociocultural seja válida para crianças, essa perspectiva ainda não pode ser testada no contexto brasileiro devido à escassez de instrumentos com indicadores de validade e fidedignidade para essa população. Dessa forma, o tópico a seguir visa analisar como a imagem corporal tem sido avaliada por estudos recentes.

1.3 AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA INFÂNCIA

A avaliação da imagem corporal em crianças é importante, pois, em termos da saúde geral, caso preocupações com o peso e forma corporal se apresentem nos indivíduos mais jovens, é possível o comprometimento psicológico ao longo das demais etapas da vida (Choi & Kim, 2014; Papalia & Feldman, 2013; Neves et al., 2017). Papalia e Feldman (2013) ainda complementam que, se não revertida, a insatisfação corporal pode progredir para transtornos alimentares na adolescência.

Nesse sentido, foi desenvolvida uma revisão de literatura (Neves et al., 2017) com o objetivo de analisar a produção científica referente à avaliação da imagem corporal em crianças. Realizou-se um cruzamento das palavras-chave: “body image” AND “child”, nas bases de dados Scopus, Medline e Biblioteca virtual de Saúde. Foram identificadas 7681 referências e, após critérios de exclusão, foram analisadas 33 publicações, datadas entre 2013 e 2016.

Com relação aos instrumentos, foi verificado que as escalas de silhuetas tiveram maior evidência, estando presentes em 60,6% dos estudos. As escalas *Collins Body Figure Rating Scale* e as Silhuetas de *Stunkard* mereceram destaque como as mais adotadas nas pesquisas. Isso também foi verificado por Hill (2011). Apesar de ser o tipo de ferramenta mais utilizada entre os

estudos com crianças, não existe um consenso entre os autores sobre qual dimensão da imagem corporal as escalas de silhuetas são capazes de avaliar.

Alguns autores apontam a avaliação da insatisfação corporal (dimensão atitudinal) como alvo das escalas de silhuetas. É o caso de Leite et al. (2014) e Garousi (2014), por exemplo, os quais identificaram que a maioria das crianças avaliadas estava insatisfeita com sua imagem corporal. Gardner e Brown (2010) apontam que escalas de silhuetas tendem a superestimar os valores de insatisfação encontrados. Além disso, esse instrumento permite ao indivíduo escolher apenas uma silhueta, de maneira que o classifica como satisfeito apenas se ele identificar a mesma figura como ideal e real. Dessa forma, esses resultados apontam que o método de avaliação utilizado pode influenciar na prevalência de insatisfação corporal, devendo ser analisada com cautela.

Outros autores adotaram as escalas de silhuetas relatando como objetivo a avaliação da acurácia (dimensão perceptiva) corporal das crianças. Nesse sentido, Costa, Silva, Almeida e Vasconcelos (2015) e Ling et al. (2015) encontraram prevalência de inacurácia elevada em crianças brasileiras e chinesas, respectivamente. Para Costa et al. (2015), a grande parte delas superestimou seu tamanho corporal. Já Ling et al. (2015) apontaram que a maioria de sua amostra subestimou sua imagem corporal. Destaca-se a importância da acurácia na estimativa do tamanho corporal nessa faixa etária, pois pode ser o primeiro passo para a adoção de comportamentos mais saudáveis de vida (Costa et al., 2015).

Ressalta-se que foram apresentados aqui a denominação do “aspecto da imagem corporal avaliado” utilizada pelos próprios autores de cada artigo. Entretanto, verificou-se que existem equívocos no que se refere aos conceitos adequados. Ou seja, em alguns casos, os autores relatam avaliar a “percepção corporal”, quando de fato utilizam instrumentos considerados mais sensíveis à avaliação da “insatisfação corporal”, como as escalas de silhuetas (Costa et al., 2015; Lizana, Simpson, Yáñez, & Saavedra, 2015). Laus et al. (2014) já haviam indicado a presença dessa confusão conceitual no contexto brasileiro. A presente pesquisa confirmou que isso também ocorre no contexto internacional.

Segundo Gardner (2011), poucas escalas de silhuetas têm sido desenvolvidas para medir a distorção do tamanho corporal. A validade ou fidedignidade da avaliação perceptiva só é possível quando se mede a diferença entre o tamanho real do indivíduo e seu julgamento do próprio tamanho corporal (Gardner, 2011). Neves, Morgado e Tavares (2015) chamam atenção para o

fato de que a avaliação da dimensão perceptiva da imagem corporal é considerada mais adequada quando aparatos tecnológicos de distorção da própria imagem do corpo do sujeito de pesquisa são utilizados, como por exemplo, fotos ou filmagens. Assim, é essencial o conhecimento profundo do construto da imagem corporal a ser investigado, a fim de produzir resultados confiáveis. Contudo, a partir dos estudos levantados parece que alguns autores relatam realizar uma avaliação desse aspecto da imagem corporal, mesmo sem fazê-lo adequadamente. É necessária cautela ainda maior quando se deseja avaliar a percepção da imagem corporal.

Outra ferramenta muito utilizada entre as pesquisas analisadas foram os questionários para a avaliação da imagem corporal em crianças (21,1%). Dentre os instrumentos utilizados encontram-se: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire* (SATAQ; em suas versões I e III); *Multidimensional Media Influence Scale*; *McKnight Risk Factor Survey IV*; *Mendelson Body Image Scale*.

A utilização do SATAQ esteve relacionada à avaliação da internalização do ideal de magreza, abordada pelos estudos de Brault, Aimé, Bégin, Valois e Craig (2015), Bird, Halliwell, Diedrichs e Harcourt (2013) e Ross, Paxton e Rodgers (2013). Brault et al. (2015) verificaram associação deste construto com o IMC, tendo em vista que meninas com IMC normal ou com sobrepeso reportaram mais pressão para serem magras quando comparadas às meninas com baixo peso. Já os meninos com baixo peso relataram mais consciência das normas do ideal de magreza do que os outros meninos (Brault et al., 2015).

Os estudos de Bird et al. (2013) e Ross et al. (2013) avaliaram, longitudinalmente, os efeitos de programas de intervenção para promover a imagem corporal positiva em crianças. Entre os resultados, estão a melhora na satisfação corporal (Bird et al., 2013), a diminuição das comparações corporais e melhora da autoestima (Ross et al., 2013) e a redução da internalização dos ideais de aparência culturalmente determinados (Bird et al., 2013; Ross et al., 2013). Utilizando outro questionário, Fairweather-Schmidt e Wade (2015) também apontaram a diminuição na preocupação com o peso e forma corporal como um resultado positivo de um programa de intervenção.

As perguntas diretas sobre a satisfação com o corpo também foram utilizadas por alguns estudos (n=6; 18,2%). Patalay, Sharpe e Wolpert (2015) encontraram baixa frequência de imagem corporal negativa em meninas e meninos ao perguntar diretamente para as crianças a respeito de sua satisfação com o próprio corpo. Também por meio desse método, Chung, Perrin e

Skinner (2013) apontaram que as crianças mais velhas percebiam com mais precisão o status do peso. Os autores ainda ressaltaram que meninas e meninos de todas as idades que se perceberam com sobrepeso foram mais propensos a se envolver em comportamentos de perda de peso. Nesse sentido, 47% das crianças estudadas por Leite et al. (2014) relataram que estavam tentando emagrecer e 32,9% expunham fazer dietas. Tendo isso em vista, parece que o excesso de peso é uma preocupação que aflige também os mais jovens.

Como outras formas de avaliação, um estudo avaliou o entendimento de crianças com relação a sua forma corporal através de desenhos e comentários a respeito do corpo (Martin, 2015). O autor identificou que meninas e meninos obesos de cinco anos de idade parecem não ter conhecimento de qualquer diferença na forma do corpo. Esta situação muda no grupo de crianças de 10 anos, no qual o excesso de peso é estigmatizado negativamente. Neste estudo, é apontado que crianças obesas desenvolvem estratégias de enfrentamento para lidar com as desvantagens físicas, insultos e exclusão por seus pares (Martin, 2015).

A entrevista e o grupo focal (n=2; 6,06%) também foram estratégias adotadas por alguns pesquisadores (Reulbach et al., 2013; Tatangelo & Ricciardelli, 2013). Para Tatangelo e Ricciardelli (2013), os grupos focais enfatizaram ainda mais como os pares reforçaram as mensagens dos meios de comunicação, mas também ajudaram as crianças a criticar as mesmas. Reulbach et al. (2013) constataram que a imagem corporal geral tinha uma associação mais forte com a perpetuação do bullying do que a classificação objetiva do peso derivado do IMC. Pesquisas adicionais ainda são necessárias para melhor compreender a associação entre o papel mediador da imagem corporal e a relação entre peso, vitimização e intimidação.

A partir dos estudos inseridos na revisão realizada (Neves et al, 2017), conclui-se que pesquisas têm sido feitas para avaliação da imagem corporal de crianças, principalmente no que se refere à dimensão perceptiva e dimensão atitudinal, com foco na insatisfação corporal. Em menor escala foram encontradas investigações que objetivaram avaliar outros elementos relacionados à imagem corporal. Talvez, esse fato seja devido à escassez de instrumentos sobre esses componentes para o público infantil, especialmente no âmbito nacional. Dessa forma, são recomendados estudos que criem ou validem escalas para crianças a fim de uma compreensão global da imagem corporal infantil. A necessidade de medidas mais precisas para avaliar a insatisfação corporal em crianças também foi apontada por Tatangelo, McCabe, Mellor e Mealey (2016). Smolak (2011) complementa que são raras as ferramentas de medidas as quais tiveram

suas características psicométricas claramente demonstradas para crianças. Por fim, vale ressaltar que estudos que avaliem a imagem corporal em crianças são considerados centrais para viabilizar benefícios para a saúde mental dos indivíduos ao longo de todo o desenvolvimento humano.

Sendo assim o tópico a seguir irá descrever todas as etapas para a criação de novas escalas de medida.

1.4 CRIAÇÃO DE NOVAS ESCALAS DE MEDIDA

Estabelecer de que forma fenômenos não diretamente observados (tais como: personalidade, felicidade, depressão, imagem corporal dos indivíduos) podem ser quantificados, é um processo complexo (Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015). De acordo com DeVellis (2012), quando se deseja medir um fenômeno que se acredita existir devido ao entendimento teórico do mundo, é aconselhável o uso de instrumentos de medida.

Instrumentos de medição são fundamentais no processo de avaliação psicológica, pois fornecem informações preciosas sobre os indivíduos (Hutz et al., 2015). Eles destinam-se a revelar níveis de variáveis teóricas que não são facilmente observáveis por meios diretos, as quais damos a denominação construto (DeVellis, 2012). Malhotra (2012) complementa que os questionários são um conjunto de perguntas que visam obter informações a respeito dos sujeitos. Ou ainda, para DeVellis (2012), são coleções de itens combinados em um escore composto.

Uma medida não tem como alvo um objeto como um todo, e sim alguma propriedade específica deste. Da mesma forma, a quantificação em psicologia não tem como alvo o ser humano em sua totalidade, e sim características particulares deste (Hutz et al., 2015). Autores indicam que, na existência de questionários previamente desenvolvidos e validados em outros idiomas, é preferível realizar a sua adaptação cultural em detrimento de construir novos instrumentos, já que esta é uma alternativa facilitadora para a troca de informações e divulgação do conhecimento entre a comunidade científica (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Coluci, Alexandre, & Milani, 2015; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993). Sendo assim, a criação de novos instrumentos é recomendada quando não existem ferramentas específicas para avaliar um construto de interesse específico em uma população distinta; ou ainda quando as

escalas existentes possuem fragilidades conhecidas ou baixos indicadores de qualidade psicométrica (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Pasquali, 2010).

O processo de desenvolvimento de novas escalas de medida requer grande rigor teórico e metodológico em todas as suas etapas (Clark & Watson, 1995; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Para isso, o pesquisador deve seguir, de maneira precisa e sistemática, quatro fases: Geração dos itens (Primeira Fase), Análise Teórica dos itens (Segunda Fase), Análise Empírica (Terceira Fase) e Análise Psicométrica dos itens (Quarta Fase). Compreender adequadamente todas as etapas desse procedimento é essencial para pesquisadores e profissionais da área de saúde preocupados em utilizar cada vez mais medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população (Alexandre & Coluci, 2011).

Dessa forma, esse capítulo se destina a descrever as etapas metodológicas que envolvem o processo de criação de novas ferramentas de medida. Procurou-se embasar em livros-chave no assunto (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010; Pasquali, 2013) e em artigos recentemente publicados nesse tema (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015; Morgado, Meireles, Neves, Amaral, & Ferreira, 2017; Reppold, Gurgel, & Hutz, 2014). Portanto, serão descritas a seguir cada uma das etapas desse processo separadamente.

1.4.1 Primeira Fase: Geração dos itens

A primeira etapa do processo de criação de escalas é comumente chamada de "geração de itens" e tem como objetivo criar um conjunto de itens que irão compor o instrumento em sua versão inicial. Para isso, inicialmente, é fundamental estabelecer a estrutura conceitual e definir os objetivos do instrumento, bem como a população envolvida (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015; Pasquali, 2010, 1998). Quanto melhor e mais completa for a especificação do construto, melhor será a garantia de que o instrumento será útil e válido (Pasquali, 2010, 1998). Com relação à população-alvo, sua adequada caracterização e definição servem como justificativa para a relevância da criação de um instrumento específico (Coluci et al., 2015).

O método para a geração inicial dos itens pode ser dedutivo, indutivo ou uma combinação de ambos. O primeiro envolve obter informações preexistentes sobre o construto e a população de

interesse através da consulta a estudos prévios. Pesquisa recente de revisão de literatura sobre construção de escalas (Morgado et al., 2017) apontou que a maioria dos 105 estudos analisados utilizam exclusivamente métodos dedutivos para a construção inicial dos itens.

Um procedimento que pode ser considerado como método dedutivo para a construção de escalas é a realização de uma extensa revisão de literatura junto às bases de dados nacionais e internacionais. De acordo com Morgado et al. (2017), este é o método dedutivo mais largamente utilizado. Autores destacam que o principal ponto fraco da elaboração de um questionário é a falta de teoria (Malhotra, 2012; Pasquali, 2010, 1998). Por isso, é essencial determinar o que o questionário pretende medir, para então estabelecer a sua estrutura e formular as frases que irão compô-lo. Morgado et al. (2017) complementam que a qualidade dos itens gerados depende diretamente de uma adequada definição conceitual. Sendo assim, uma ampla revisão de literatura permite ao pesquisador um detalhamento teórico do construto de interesse e de outros construtos relacionados, além de auxiliar na identificação daquilo que já existe sobre o assunto, tanto em termos de conteúdo, quanto em se tratando de escalas propriamente ditas.

A utilização de instrumentos pré-existentes também é apontada como um recurso de caráter dedutivo para a construção de novas escalas (Morgado et al., 2017). Pesquisadores podem basear-se em itens de escalas sobre o mesmo construto, porém para populações distintas, ou ainda de escalas que são destinadas para a população de interesse, entretanto que tratam de um construto diferente. Nesse sentido, itens pré-existentes podem ser utilizados na íntegra para o novo instrumento, ou sofrer pequenas alterações. É importante ressaltar que os itens não devem ser coletados a esmo ou "chutados", mas sim selecionados em função das definições teóricas que envolvem o construto (Pasquali 2010, 1998).

Com relação ao método indutivo para a geração inicial dos itens, ele se baseia em informações obtidas a partir da opinião da população-alvo (DeVellis, 2012; Morgado et al., 2017). Para isso, frequentemente são utilizados métodos qualitativos de pesquisa, como por exemplo, grupos focais e/ou entrevistas em profundidade (Coluci et al., 2015; Morgado et al., 2017; Pasquali 2010, 1998; Reppold et al., 2014). De acordo com Morgado et al. (2017), não há informação mais original e genuína sobre o construto de interesse do que aquela que pode ser obtida diretamente do grupo de pessoas a quem a nova escala se destina.

A combinação dos métodos dedutivo e indutivo é consistente com a indicação de DeVellis (2012) para a criação de novas medidas. Ambos são de extrema relevância nesse

processo e podem ser considerados complementares. Dessa forma, considerando que a geração de itens é uma das partes mais importantes do processo de desenvolvimento de novas escalas, Morgado et al. (2017) recomendam que futuras medidas sejam criadas a partir da definição apropriada do domínio conceitual baseada na combinação das abordagens dedutiva e indutiva.

Ainda sobre a geração dos itens propriamente ditos, Malhotra (2012) aponta algumas recomendações adicionais. De acordo com seus aconselhamentos, o pesquisador deve evitar: frases ambíguas, afirmações indutoras ou tendenciosas, alternativas implícitas, generalizações e estimativas. As perguntas devem ser curtas o suficiente para manter os entrevistados interessados, mas longas o suficiente para obter os dados necessários. Além disso, cada item deve ser desenvolvido com termos que não permitam ambiguidade de interpretação, ou seja, contendo uma única ideia (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Toda pergunta feita em um questionário deve contribuir de alguma forma para as informações desejadas. Se não houver uma utilização satisfatória para os dados resultantes de um item, ele deve ser eliminado (Malhotra, 2012).

Ademais, a linguagem utilizada deve ser clara e adequada à população escolhida (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Recomenda-se o emprego de palavras comuns para que o avaliado não tenha qualquer dificuldade na leitura e interpretação do instrumento. Os itens devem ser simples, claros, expressar uma ideia única, garantir a variabilidade da resposta, entre outros parâmetros (DeVellis, 2012; Pasquali, 2010, 1998). A formulação de um item é a tradução do conteúdo e da estrutura daquilo que se deseja perguntar em palavras. Instrumentos de medida de aspectos psicológicos frequentemente adotam a escrita em terceira pessoa do singular em forma de pergunta ou na primeira pessoa do singular em afirmativa.

As opções de resposta que serão fornecidas ao avaliado serão determinadas pela natureza da pergunta realizada (Malhotra, 2012). As escalas de respostas aos itens podem assumir muitas formas e a escolha mais adequada dependerá do contexto (Colucci et al., 2015). Por exemplo, ao perguntar “Você assiste televisão até tarde?”, as opções de resposta podem variar em uma escala de frequência de “nunca” a “sempre”. Entretanto, se o item for formulado em forma afirmativa “Eu assisto televisão até tarde.”, as opções de respostas mais apropriadas seriam de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Dessa forma, o desenvolvimento e escolha de um método para obtenção das respostas também é imprescindível na etapa inicial de construção de um novo instrumento.

As recomendações dos pesquisadores variam com relação à quantidade de itens que devem ser desenvolvidos nesta etapa inicial. Como durante o processo de análise dos itens pode ocorrer perda de uma quantidade significativa deles, é aconselhável que o número de itens criados na etapa inicial seja maior do que o desejado. Para DeVellis (2012), o conjunto inicial de itens deve ser três ou quatro vezes mais numeroso do que o número de itens desejados. Pasquali (2010, 1998) aponta que não é necessário iniciar com mais do que 10% da quantidade de itens que se deseja no instrumento final. Estudo de Morgado et al. (2017) identificou que várias escalas analisadas tiveram seu número final de itens reduzidos em mais de 50%. Dessa forma, é importante reforçar que o pesquisador deve estar atento ao número de itens construídos inicialmente, considerando a perda significativa de itens durante o processo de desenvolvimento da escala.

A ordem de apresentação dos itens no questionário também é um fator o qual o pesquisador deve estar atento. As perguntas devem ser formuladas em uma ordem lógica de raciocínio para o respondente. Isso poderá contribuir para que a tarefa de responder ao questionário não se torne cansativa e confusa. Além disso, convém formular algumas perguntas neutras no início do questionário, deixando aquelas mais delicadas para o decorrer do mesmo (Malhotra, 2012).

Além da geração dos itens propriamente ditos, nessa primeira etapa do processo de criação de instrumento, é necessário definir sobre outros parâmetros que regulam o ajuste da escala como um todo. Dentre estes estão: as instruções ao participante e ao pesquisador; o formato (ou *layout*) do instrumento; a forma de pontuação e somatório de escores.

As instruções ao participante e ao pesquisador também devem ser desenvolvidas e expostas de forma explícita nessa etapa. As instruções ao participante tem o objetivo de tornar claro como a tarefa de responder o questionário deve ser realizada, ou seja, especificar aquilo que o respondente deve fazer. Essas instruções devem ser detalhadas, porém o mais breve quanto possível, sem tornar a tarefa cansativa. Já as instruções ao pesquisador são úteis para criar uma sistematização da aplicação do instrumento. Além disso, elas deverão fornecer outras informações essenciais sobre o instrumento que não são mostradas em sua versão final para os respondentes. Isso permitirá a utilização do instrumento por futuros interessados mantendo as características as quais o instrumento foi originalmente desenvolvido (Pasquali, 2010).

O formato (ou *layout*) do instrumento também deve ser determinado. Por exemplo, a forma de apresentação dos itens pode ser em texto corrido ou enquadrado em tabela. Essa tabela pode ainda ser única para todos os itens, ou individual para cada item. O tamanho da fonte do texto também deve ser adequado para a população de destino. Crianças e idosos podem sentir necessidade de ler em letras maiores do que indivíduos adultos. De acordo com Malhotra (2012) o formato, o espaçamento e o posicionamento das perguntas tem um efeito significativo sobre os resultados.

A forma de pontuação e somatório de escores também deve estar clara para o pesquisador que está desenvolvendo uma nova escala. Mesmo consciente de que o instrumento ainda poderá ser modificado ao passar pelas demais etapas, é durante a geração dos itens que o pesquisador deve definir alguns fatores concernentes à pontuação e escore. Por exemplo: se o somatório final será traduzido em um valor único, ou se será permitida a soma parcial por subescala. Além disso, é importante determinar qual o valor atribuído a cada alternativa de resposta, e se haverá algum item que deve somar de maneira invertida no escore. Ademais, após a criação da totalidade dos itens, é possível estimar qual a variação total de pontos que é possível no instrumento (valores mínimos e máximos permitidos). Isso proporcionará ao pesquisador maior clareza para futuras análises estatísticas que serão realizadas, especialmente na terceira e na quarta etapas da pesquisa.

Levando em consideração todos os aspectos aqui relatados, o pesquisador terá condições de construir o novo instrumento adequadamente. Quando a etapa de criação do instrumento tiver sido finalizada, a nova escala poderá ser submetida à segunda fase da pesquisa: a Análise Teórica dos itens.

1.4.2 Segunda Fase: Análise Teórica dos itens

A fase da Análise Teórica dos itens tem a finalidade de verificar se a escala gerada representa adequadamente o construto. Nessa etapa, deve ser realizada a análise semântica dos itens e também a análise do conteúdo do teste (Pasquali, 2013, 2010, 1998). Para isso, após a construção do novo instrumento, é necessário ouvir outras opiniões a respeito dele: a opinião de

peritos do construto-alvo e da população de interesse (Morgado, Campana, Fortes, Ferreira, & Tavares, 2014; Pasquali, 2010, 1998; Reppold et al., 2014).

A avaliação do instrumento por especialistas é descrita por Alexandre e Coluci (2011) como o segundo estágio do procedimento da validade de conteúdo, já que o primeiro se dá através da definição adequada do construto ainda na construção dos itens. A recomendação de que a experiência e qualificação dos peritos sejam levadas em consideração para sua escolha é unânime entre os autores (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015; Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013, 2010, 1998). Dentre os quesitos essenciais para a seleção dos peritos destacam-se: publicar e pesquisar sobre o tema; ser especialista na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas; ou ainda ser um profissional experiente com a população do estudo (Alexandre & Coluci, 2011). Quanto ao número de juízes necessários para a avaliação do instrumento, Pasquali (2010, 1998) aponta que um número de seis especialistas será suficiente para realizar esta tarefa. Enquanto Coluci et al. (2015) recomendam de cinco a 10 peritos.

A avaliação por juízes pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos. O processo deve ser iniciado com o convite aos juízes que devem receber uma carta explicativa e um formulário desenvolvido especificamente para essa avaliação (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015). A carta convite deve explicar os objetivos da escala que está sendo desenvolvida, os conceitos implicados e a população-alvo. Todos os aspectos relevantes também devem ser explanados, tais como: a descrição do instrumento, sua pontuação e interpretação, seu formato de resposta. O uso de um formulário visa padronizar a avaliação de todos os especialistas sobre todos os aspectos necessários. Recomenda-se que os especialistas recebam instruções específicas sobre como avaliar cada item, o instrumento como um todo e como preencher o formulário que orienta a avaliação (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015).

A avaliação dos peritos deve considerar o instrumento como um todo (determinando sua abrangência) e também a análise dos itens individualmente (verificando sua clareza e pertinência) (Alexandre, & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015). Durante esse processo, os peritos podem sugerir inclusão, exclusão ou modificação de itens. Vale ressaltar que os formulários devem ser preenchidos individualmente pelos peritos (Pasquali, 2013), sem que haja interferência ou qualquer contato entre eles.

Na análise dos formulários, caso haja pontos controversos nas opiniões dos especialistas, o pesquisador pode solicitar explicações adicionais de forma a sanar quaisquer dúvidas. O percentual de concordância entre os peritos é utilizado frequentemente como forma de análise nesta etapa (Alexandre & Coluci, 2011). Pasquali (2013, 2010, 1998) recomenda uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes como critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere. Ao fim da análise dos peritos, o instrumento pode passar por alteração e deve ser então submetido ao pré-teste.

O pré-teste consiste na aplicação do instrumento a uma pequena amostra de entrevistados, com o objetivo de identificar e eliminar problemas potenciais (Malhotra, 2012). Uma escala não deve ser utilizada em uma pesquisa de campo sem um pré-teste adequado e abrangente, pois até mesmo o melhor questionário pode ser aperfeiçoado pelo pré-teste (Malhotra, 2012). Pasquali (2013, 2010, 1998) aponta que essa etapa visa verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros da população à qual o instrumento se destina, consistindo, portanto, na análise semântica do instrumento.

A amostra do pré-teste deve manter semelhanças com os entrevistados da pesquisa real. Ou seja, os entrevistados do pré-teste e da pesquisa principal devem ser extraídos da mesma população e, por isso, terão as mesmas características fundamentais, familiaridade com o assunto e atitudes e comportamentos de interesse (Malhotra, 2012). Entretanto, Pasquali (2013, 2010, 1998) recomenda que a amostra do pré-teste deve ser constituída por indivíduos do estrato mais baixo (de habilidade) da população-alvo. Isso porque, hipoteticamente, se o instrumento for entendível por essa amostra, ele não apresentará problemas em amostras de maior habilidade, que também deve ser consultada para garantir a "validade aparente" do teste.

Em geral, o tamanho da amostra do pré-teste é pequeno, e os autores divergem quanto ao número adequado de pessoas. Para Malhotra (2012), essa amostra deve variar entre 15 a 30 entrevistados, dependendo da heterogeneidade da população visada. No ponto de vista de Coluci et al. (2015), 30 a 40 indivíduos da população-alvo são suficientes. Pasquali (2013, 2010, 1998) indica aplicar o instrumento a aproximadamente 30 pessoas da população-alvo, ou ainda realizar essa avaliação em pequenos grupos de pessoas com três ou quatro indivíduos.

Quanto aos procedimentos do pré-teste, para Coluci et al. (2015) e Malhotra (2012), ele deve ser realizado de forma individual e pessoalmente, para que o entrevistador possa perceber as reações do participante frente ao instrumento. Malhotra (2012) ainda recomenda que o pré-teste

envolva a análise protocolar (responder ao questionário “pensando em voz alta”) e o *debriefing* (descrever o significado de cada pergunta). Para Pasquali (2013, 2010, 1998), quando realizado em grupo, a técnica de *brainstorming* tem mostrado eficácia na avaliação da compreensão dos itens.

Após o pré-teste, a escala pode passar por novas edições ou correções, com relação aos problemas identificados. Se a revisão for significativa, um novo pré-teste é recomendado, utilizando uma amostra diferente de entrevistados (Malhotra, 2012). Os procedimentos devem ser repetidos até que não sejam mais necessárias mudanças e o instrumento esteja pronto para a análise empírica e psicométrica.

1.4.3 Terceira Fase: Análise Empírica

Após a conclusão da análise teórica dos itens (peritos e pré-teste), a versão mais atualizada da escala precisa ser aplicada a uma amostra grande e representativa da população-alvo para a realização da análise empírica dos itens. Essa análise deve se concentrar na performance individual de cada item, para ver quais deles são apropriados para fazer parte da nova escala (DeVellis, 2012).

A amostra que faz parte dessa etapa, mais uma vez, deve possuir as mesmas características da população de interesse. Deve ser preservada a faixa etária, o nível socioeconômico, o nível de escolaridade, dentre outras características biosociodemográficas (Pasquali, 2010). O cálculo para determinar o tamanho dessa amostra deve levar em consideração o número de itens que a escala possui na sua última versão. De acordo com Pasquali (2010), cinco a 10 participantes por item ou 100 participantes por fator são suficientes. DeVellis (2012) e Hair Júnior, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009) comentam que o tamanho da amostra deve ser o maior possível para garantir a estabilidade do fator.

A forma de calcular o tamanho amostral tem sido campo de amplo debate entre alguns autores atuais. Eles apontam que a regra da proporção (*thumb rule*) pode não garantir a validade dos dados. Isso porquê outros parâmetros importantes como o tamanho do efeito e o poder desejado, o número de variáveis latentes e observadas, e o nível de significância adotado devem

ser observados (Goodhue, Lewis, & Thompson, 2006, 2007; Wolf, Harrington, Clark, & Miller, 2013; Westland, 2010). Entretanto, pesquisa de revisão recente desenvolvida por Morgado et al. (2017) identificou que a maioria das pesquisas sobre criação de escalas ainda utilizam a regra da proporção para o cálculo do tamanho de amostra. Assim, por ser a regra mais utilizada e largamente adotada no meio científico, essa regra será adotada na presente investigação.

Alguns aspectos dos itens precisam ser julgados na análise empírica. De acordo com DeVellis (2012), são eles: correlação interitem; correlação item-escore total; variância; média de escores de cada item; e confiabilidade. A análise desses aspectos individualmente para cada item permite ao pesquisador eliminar os itens que apresentem problemas, ou tenham distribuição distorcida e desequilibrada. Ou até mesmo estar em estado de alerta com relação a esses itens nas análises psicométricas mais robustas.

A primeira qualidade que deve ser buscada em um conjunto de itens de uma escala é que eles sejam altamente intercorrelacionados. Cada item deve apresentar alta correlação com o escore verdadeiro da variável latente (correlação item-escore total) e também alta correlação com os demais itens da escala (correlação interitem). Para Hair Júnior et al. (2009), o valor de 0,50 é estabelecido como mínimo para correlação item-total. Quanto mais alta a correlação entre os itens, mais alta a sua confiabilidade individual. Quanto mais confiáveis os itens forem individualmente, mais confiável será também a escala como um todo (DeVellis, 2012).

Outro atributo valorizado para o item de uma escala é que ele apresente alta variância. Se todos os indivíduos derem respostas idênticas para um determinado item, significa que ele não é capaz de diferenciar os indivíduos quanto ao construto que está sendo mensurado (DeVellis, 2012). Sendo assim, itens devem ser mantidos na escala quando apresentarem alta variância (Hair Júnior et al., 2009).

Uma média próxima ao centro de intervalo possível dos escores é também desejável. A média de pontuação para cada item individualmente, será a soma da pontuação assinalada por todos os indivíduos para cada item, dividida pelo número de indivíduos respondentes. Nesse caso, se a média for próxima a um dos extremos do intervalo possível, então o item será falho em detectar certos valores do construto e, conseqüentemente, também apresentará baixa variância (DeVellis, 2012).

Um dos indicadores mais importantes da qualidade de uma escala é sua confiabilidade, medida por intermédio do coeficiente alfa de Cronbach. Todos os problemas relatados

anteriormente (uma média não central, baixa variabilidade, fraca correlação inter-item e item-escore total) tenderão a reduzir o alfa da escala (DeVellis, 2012). Na análise empírica, os valores de alfa devem ser analisados para cada subescala separadamente, e também é aconselhável verificar como ficaria esse valor com a exclusão de cada item individual. O valor de alfa está relacionado ao número de itens da escala e tende a ser maior se a escala possuir muitos itens. De acordo com Malhotra (2012), o valor mínimo aceitável para o alfa é de 0,60.

Após a análise empírica dos itens, a próxima etapa do processo de criação de escalas, é verificar as qualidades psicométricas do instrumento que está sendo desenvolvido.

1.4.3 Quarta Fase: Análise Psicométrica dos itens

A análise psicométrica é considerada uma continuação da análise empírica. Ela tem como objetivo verificar se o instrumento é válido e preciso. Para Coluci et al. (2015), instrumentos de avaliação só são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando demonstram boas propriedades psicométricas. Hutz et al. (2015) complementam que para que os testes sejam considerados adequados para uso, eles devem atender algumas exigências, e dentre elas, bons indicadores de validade.

Validade pode ser compreendida como o quanto um teste mede aquilo que se propõe a medir, ou seja, o quanto seus itens medem os comportamentos que são a expressão do traço latente que se deseja mensurar (Alexandre & Coluci, 2011; Hutz et al., 2015). O pesquisador deve preocupar-se em coletar evidências de validade de diferentes fontes, já que não há uma fonte única que seja suficiente para averiguar todos os aspectos que precisam ser considerados (Hutz et al., 2015). Vários autores descrevem três tipos de validade como sendo os principais: Validade de Conteúdo; Validade de Critério e Validade de Construto (Alexandre & Coluci, 2011; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013).

A validade de conteúdo é uma avaliação subjetiva, porém sistemática da exatidão com que o conteúdo de uma escala representa aquilo que se pretende medir (Malhotra, 2012). Ela é fundamental no desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas. O que garante a

validade de conteúdo é a cobertura adequada de todos os assuntos envolvidos pelo instrumento (Hutz et al., 2015).

Alexandre e Coluci (2011) apontaram controvérsias na literatura sobre a terminologia e o conceito da validade de conteúdo. Para alguns autores, a validade de conteúdo é analisada por juízes ou peritos que examinam se os itens da escala abrangem adequadamente todo o domínio do construto que está sendo medido (Malhotra, 2012). Para outros, a preocupação com a validade de conteúdo começa antes mesmo da construção dos itens, pois deve ser feito um exame sistemático do construto que se deseja avaliar, a fim de que ele esteja corretamente definido (Hutz et al., 2015). Assim, considera-se que a validade de conteúdo de instrumentos é garantida tanto pelo procedimento de elaboração dos mesmos quanto pela avaliação de especialistas, e dessa forma, ela é desenvolvida nas etapas 1 (geração dos itens) e 2 (análise teórica dos itens) do processo de criação de escalas.

A validade de critério reflete se uma escala funciona conforme o esperado em relação a outras variáveis escolhidas como critérios significativos (Malhotra, 2012). A validade de critério é dada pela avaliação da relação dos escores obtidos no teste em questão com os escores obtidos em outro teste que servirá de critério, o qual deve ser relevante, válido e não contaminado (Hutz et al., 2015).

Ela pode ser subdividida em dois tipos de acordo com o período de tempo envolvido: validade preditiva ou concorrente. A validade preditiva ocorre quando os escores do teste são obtidos em momento *e*, as medidas critério, em um momento posterior. É extremamente importante que se possa obter medidas que predizem resultados. A validade concorrente ocorre quando as duas medidas (de interesse e critério) são obtidas em um mesmo momento simultaneamente (Hutz, et al., 2015; Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014).

Para inferir a validade critério (seja preditiva ou concorrente), é realizada a análise estatística de correlação entre as medidas de interesse e a critério. Não há parâmetro estabelecido a respeito da magnitude de correlação para que o teste tenha a validade de critério atestada (Hutz et al., 2015). Entretanto, é aconselhável que o pesquisador busque na literatura medidas de correlação entre as variáveis de interesse para fins de referência.

A validade de construto aborda a questão de qual construto ou característica a escala está realmente medindo (Malhotra, 2012). Ela exige uma sólida teoria sobre a natureza do construto

que está sendo avaliado e como ele se relaciona com outros construtos. A validade de construto é o tipo de validade mais sofisticado e difícil de estabelecer (Malhotra, 2012).

Alguns procedimentos podem ser utilizados para avaliar indicadores da validade de construto. O primeiro deles é a análise fatorial, a qual permite identificar fatores ou variáveis específicas que descrevem o construto de interesse. Ela pode ser exploratória (AFE) ou confirmatória (AFC). A primeira explora os dados e fornece ao pesquisador informações sobre quantos fatores são necessários para melhor representar os dados (Morgado et al., 2014). A AFE pode ser empregada como um método que reduz os dados provenientes de um conjunto de escores a um número menor de fatores (Hutz et al., 2015). Já a segunda, é indicada quando há uma teoria prévia que suporta a análise (Morgado et al., 2014). A AFC testa o quanto os dados reais se ajustam a um modelo teórico utilizando a variável em questão e os domínios que sejam relevantes para explicá-la (Hutz et al., 2015).

A validade de construto pode ainda ser mensurada por meio de duas outras validades: a convergente e a divergente ou discriminante (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). A validade convergente indica até onde a escala se correlaciona positivamente com outras medidas do mesmo construto (Malhotra, 2012). Na validade discriminante, é preciso que se verifique se os escores do teste não se relacionam com escores de outros testes com os quais não se deve relacionar (Hutz et al., 2015), ou ainda, envolve demonstrar a falta de correlação entre construtos divergentes (Malhotra, 2012).

Além das evidências de validade, o pesquisador que está desenvolvendo uma nova escala deve estar atento à sua confiabilidade. A confiabilidade é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes (Alexandre & Coluci, 2011; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Já para DeVellis (2012), a confiabilidade da escala é a proporção de variância atribuída ao escore verdadeiro da variável latente.

Segundo Hutz et al. (2015) e Pasquali (2013), a confiabilidade é frequentemente chamada por outras denominações, tais como: fidedignidade, fiabilidade, confiança, consistência interna, estabilidade ou precisão. A fidedignidade é uma propriedade psicométrica fundamental para que um teste seja considerado válido, ou seja, uma escala que apresentar baixa confiabilidade não poderá ser considerada válida para replicações futuras (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012).

Pasquali (2013) aponta que a fidedignidade ou precisão de um teste diz respeito à característica de medir sem erros. Entretanto, Hutz et al. (2015) consideram que qualquer tipo de

medição está sujeita a erros. Um erro pode ser traduzido como a diferença entre os escores observados e escores verdadeiros. Dois tipos mais comuns de erros podem influenciar os escores de um teste: erro sistemático e erro aleatório. O primeiro, afeta a mensuração de forma constante, isto é, influencia da mesma forma no escore observado, cada vez que se faz a mensuração, e por isso ele é menos preocupante. Já o segundo, decorre de variações ou diferenças aleatórias nos respondentes ou em situações de mensuração e, dessa maneira, podem enviesar mais fortemente os resultados (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Os erros devem ser evitados ao máximo e, portanto, o pesquisador deve ter todo cuidado possível antes, durante e depois das testagens (Hutz et al., 2015).

A confiabilidade pode ser verificada de diferentes maneiras. Os seguintes métodos podem ser utilizados para sua avaliação: consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach), teste-reteste, formas alternativas, método *split-half*, e equivalência inter-observadores (Alexandre & Coluci, 2011; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013).

A confiabilidade pela consistência interna se preocupa com a homogeneidade dos itens da escala. Uma escala é internamente consistente quando seus itens são fortemente correlacionados (DeVellis, 2012). O cálculo desse coeficiente gera um valor de 0 a 1, e quanto maior este, maior a confiabilidade da escala. Os parâmetros para a interpretação do alfa diferem entre os autores. De acordo com Malhotra (2012), valores acima de 0,6 são considerados satisfatórios. Para Hutz et al. (2015), valores entre 0,6 e 0,69 são questionáveis e somente a partir de 0,7 são aceitáveis, sendo bom ou excelente, alfa acima de 0,8 e 0,9, respectivamente. DeVellis (2012) descreve que o valor considerado ideal seria entre 0,8 e 0,9. Autores apontam que esse valor tende a aumentar de acordo com o número de itens da escala. Quanto maior o número de itens, maior tende a ser o alfa (Malhotra, 2012; Pasquali, 2013). Ressalta-se ainda que outros fatores aleatórios também podem influenciar o valor de alfa, como por exemplo a atenção dos participantes ao responder o teste, ou mesmo, a capacidade de concentração. Sendo assim, em amostras de crianças, a utilização de um valor de alfa mais baixo como parâmetro é claramente justificada.

Na confiabilidade teste-reteste, os entrevistados respondem a mesma escala em dois momentos diferentes e com condições de equivalência tão próximas quanto possível (Malhotra, 2012). O teste-reteste avalia a estabilidade dos escores no momento 1 e no momento 2 (Hutz et al., 2015). O intervalo de tempo entre as aplicações desempenha um papel importante no

coeficiente de correlação obtido. Se o intervalo de tempo for curto demais, o coeficiente tenderá a ser maior do que em períodos maiores, de vários meses (Hutz et al., 2015). Para Malhotra (2012) é ideal um espaço de duas a quatro semanas entre as avaliações. Para verificar a confiabilidade no teste-reteste, é determinado o coeficiente de correlação (r de Pearson) entre as aplicações (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013). A força ou magnitude do relacionamento entre duas medidas pode ser considerada: fraca (0 a 0,3), moderada (entre 0,4 e 0,6) ou forte (entre 0,7 e 0,9) (Dancey & Reidy, 2013). Alguns problemas são atrelados à análise de confiabilidade teste-reteste. Entre eles, é possível apontar: o efeito da aprendizagem dos sujeitos e possíveis alterações da característica avaliada entre as aplicações (Malhotra, 2012).

A confiabilidade de formas alternativas consiste em aplicar duas formas equivalentes da escala a um mesmo grupo de indivíduos. Essa estratégia permite minimizar o erro do efeito de aprendizagem, mas por outro lado, a construção de formas equivalentes da mesma escala é dispendiosa e trabalhosa. As duas versões da escala devem apresentar o mesmo conteúdo, número de itens, formato, opções de resposta, quantidade de itens invertidos, dificuldade ou atratividade para o avaliado, instruções e cobrir os mesmos domínios (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013). Sendo assim, com raras exceções, é possível aplicar dois testes equivalentes a uma mesma amostra.

O método *split-half* consiste em dividir a escala desenvolvida em duas metades equivalentes e os escores das duas metades são, então, correlacionados. Uma correlação elevada indica alta confiabilidade. O pesquisador deve estar atento ao procedimento adotado para a divisão das metades, já que estas devem ser equivalentes quanto ao número e conteúdo dos itens e dimensões (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013). A separação das metades pode ocorrer de forma aleatória, itens pares e ímpares, ou ainda de forma simples (por exemplo, do caso de um instrumento com 40 itens, adota-se a primeira metade do item 1 ao 20 e a segunda do item 21 ao 40). A crítica relacionada a este método é que coeficientes distintos podem ser obtidos dependendo da forma como foi executada a divisão das metades (Hutz et al., 2015).

Alguns tipos de teste podem estar mais propensos à avaliação subjetiva do pesquisador. Nesses casos, é prudente avaliar a fidedignidade do avaliador. Para isso, avaliadores diferentes devem aplicar o mesmo teste a um grupo de indivíduos e os escores obtidos para cada um deles

são correlacionados (Hutz et al., 2015; Keszei, Novak, & Streiner, 2010; Morgado et al., 2014). Devido a todos esses indicadores de confiabilidade apresentados (consistência interna, teste-reteste, formas alternativas, método split-half, e equivalência inter-observadores), pode-se entender que a aplicação de uma única forma de avaliação da confiabilidade não garante que o instrumento seja estável.

Sintetizando, este capítulo teve como objetivo apresentar de forma detalhada as etapas necessárias para a construção de escalas, ressaltando a importância da manutenção do rigor científico nesse processo. O conhecimento de todas as etapas aqui descritas poderá proporcionar maior consistência durante o percurso metodológico para a criação de uma escala de medida para a imagem corporal de crianças brasileiras, além de contribuir para que as limitações mais comuns (tais como limitações nas características da amostra, limitações metodológicas, limitações psicométricas, limitações nos itens, entre outras) presentes no processo de desenvolvimento de novas escalas sejam evitadas (Morgado et al., 2017).

CAPÍTULO 2: CRIAÇÃO DE UMA NOVA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA INFÂNCIA

Este capítulo busca descrever as etapas do desenvolvimento e avaliação das qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo na infância. Para isso, inicialmente, a caracterização e os aspectos éticos da pesquisa serão apresentados. Na sequência, serão expostas cada uma das quatro etapas do desenvolvimento e validação da nova escala: “Geração dos itens”, “Análise teórica”, “Análise Empírica” e “Análise Psicométrica”. Dessa forma, todo o percurso metodológico será descrito de maneira detalhada (incluindo a descrição dos participantes, procedimentos de coletas e análise dos dados). Em seguida, serão apresentados os resultados encontrados e, por fim, os mesmos serão confrontados com a literatura científica na discussão.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como misto sequencial (Thomas, Nelson, & Silverman, 2012). Este tipo de pesquisa ocorre através da conjugação de elementos qualitativos e quantitativos para responder aos objetivos propostos. Na presente investigação, a etapa qualitativa ocorreu em um primeiro momento e a etapa quantitativa, em seguida. Dessa forma, os resultados da primeira parte influenciam a segunda parte.

2.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) seguindo a Resolução 466/12. A aprovação ocorreu em 03/02/2016, por meio do parecer número 1.402.233 e número de inscrição CAAE: 50481715.0.0000.5147 (ANEXO I). Por se tratar de um projeto composto por quatro etapas, em

cada uma delas, todas as crianças e seus responsáveis assinaram o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação de Menor (TCLE), respectivamente, específico para cada etapa da pesquisa.

Na etapa da “Geração dos itens”, por exemplo, o TALE continha as seguintes explicações: *“caso aceite o nosso convite, você irá participar de uma discussão em grupo com a duração aproximada de 50 minutos. Neste, você e outros participantes irão conversar sobre assuntos relacionados ao corpo.”*; *“Essa conversa será gravada e filmada. Sua opinião será a base para a construção dos itens de um questionário.”*. Essas informações não estavam contidas nos termos das demais etapas, já que são específicas da Geração dos itens. Dessa forma, para cada etapa, os termos buscavam explicar os procedimentos referentes à mesma.

Além disso, nas quatro etapas da pesquisa, os responsáveis pelas crianças foram informados de que não teriam nenhum custo ou vantagem financeira. Ressalta-se que foi garantido o anonimato dos participantes e os dados ficarão arquivados por um período de cinco anos.

2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS

2.3.1 Métodos

Esta etapa da pesquisa pode ser considerada qualitativa descritiva e teve como objetivo desenvolver um conjunto inicial de itens para compor a nova escala, bem como as instruções ao pesquisador e ao participante, formato e escore de avaliação. Para isso, foi utilizada a combinação das abordagens indutiva e dedutiva (Morgado et al., 2014). Na primeira abordagem, foi realizada uma revisão integrativa da literatura que cruzou os termos “imagem corporal” e “crianças” em três bases de dados, buscando referências dos últimos três anos (Neves et al., 2017). Além disso, foram identificados instrumentos existentes para avaliação da imagem corporal especialmente em adolescentes. Alguns itens foram baseados em itens desses instrumentos, fazendo adaptações para o público infantil.

A segunda abordagem foi conduzida através da metodologia de grupo focal. De acordo com Breakwell et al. (2010), este método consiste na formação de grupos de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo, em profundidade. Sendo assim, buscou-se garantir que o conjunto de itens da nova escala fosse embasado não só em autores renomados e respeitados na área da imagem corporal, mas também na opinião da população-alvo.

2.3.1.1 Participantes

A etapa do grupo focal foi realizada em duas escolas definidas por conveniência na cidade de Juiz de Fora/MG. Em cada escola, foram realizados dois encontros de grupos focais, sendo um composto por meninas e outro por meninos. Os grupos também foram separados por idades, seguindo os anos letivos (2º e 3º ano e 4º e 5º ano). Dessa forma, para que houvesse maior variabilidade de respostas e opiniões das crianças, optou-se pelo cruzamento dos grupos entre as escolas: na escola A foram realizados os grupos 1 (meninas de 2º e 3º ano) e 2 (meninos de 4º e 5º ano); e na escola B, os grupos 3 (meninas de 4º e 5º ano) e 4 (meninos de 2º e 3º ano).

Segundo recomendações de Breakwell et al. (2010) e Kind (2004), grandes grupos são difíceis de controlar e existe a possibilidade de formação de subgrupos, o que compromete a pesquisa. Em contrapartida, um número reduzido de participantes contribui para a obtenção de profundidade e amplitude nas respostas. Buscou-se atingir um número ideal de seis crianças em cada grupo e para isso, os alunos foram selecionados por sorteio, através da lista de chamada de cada turma. Ressalta-se que estudo qualitativo realizado por Tatangelo e Ricciardelli (2013) também adotou como método a realização de grupos focais com crianças, sendo que os grupos foram operacionalizados com pequeno número de participantes (4 participantes em cada) e separados por sexo.

Para cada grupo, foram convidadas 12 crianças (através de sorteio pela lista de chamada), para que se atingisse o número ideal de seis participantes em cada um. No grupo 1, seis meninas entregaram os TCLEs assinados, e na data agendada, quatro compareceram. No grupo 3, foram devolvidos cinco TCLEs assinados e três meninos participaram efetivamente do encontro. Nos

grupos 2 e 4, seis TCLEs foram recolhidos com o consentimento dos pais e todas as crianças fizeram parte dos grupos focais, sendo o G2 feminino e o G4 masculino. Sendo assim, a amostra total foi composta por 19 crianças, sendo 10 meninas e 9 meninos, de 6 a 11 anos (média = 8,36 anos; desvio padrão = 1,42 anos).

Como critérios de inclusão na pesquisa, as crianças deveriam estar matriculadas e frequentando regularmente as aulas nas escolas selecionadas para esta etapa da investigação; saber ler e escrever; e entregar o TCLE assinado pelo responsável. Ressalta-se que para a seleção dos sujeitos que representariam a população-alvo do grupo focal, buscou-se manter características similares com a amostra que responderá o questionário no futuro.

2.3.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, estabeleceu-se contato, por conveniência, com a direção de duas escolas públicas da cidade de Juiz de Fora/MG, sendo uma da esfera federal (escola A) e outra municipal (escola B). A escola A está localizada na região central da referida cidade e seus alunos são selecionados por sorteio. A escola B está situada em um bairro afastado da região central do município, podendo caracterizar os alunos como moradores da periferia. Após a explanação dos objetivos e métodos do estudo, as direções de ambas as escolas consentiram com a realização da pesquisa por escrito.

No caso da escola federal, como os grupos focais aconteceram após o horário escolar, as crianças sorteadas levaram para casa o TCLE específico dos grupos focais (ANEXO II) para que os responsáveis autorizassem a sua participação, e também um bilhete explicando a data e o horário da realização da pesquisa (ANEXO III), já que elas deveriam permanecer na escola após o horário de saída habitual. Na escola municipal, a direção consentiu com a realização dos grupos durante o horário escolar. Dessa forma, foi necessária apenas a distribuição dos termos para o consentimento dos pais.

Em ambas as escolas, os TCLEs deste momento específico foram distribuídos com uma semana de antecedência da data de realização dos grupos. As coordenações das escolas se responsabilizaram pelo recolhimento dos termos assinados ao longo da semana. Na véspera da

data agendada, a pesquisadora responsável compareceu às escolas para a conferência dos mesmos e para lembrar aos alunos que o grupo aconteceria no dia seguinte.

Todos os grupos focais aconteceram em salas disponibilizadas pelas escolas, com a presença de quatro pesquisadores: duas moderadoras, uma observadora e uma auxiliar da pesquisa. Todos eles já possuíam experiência em grupos focais anteriores. É importante ressaltar que os pesquisadores envolvidos atuaram de modo a ganhar a confiança e o comprometimento das crianças para que estas se sentissem à vontade para expressar suas ideias. De acordo com Breakwell et al. (2010), os pesquisadores devem contribuir para que o clima durante os encontros seja de tolerância e isento de censura para que os participantes conversem de um modo livre acerca de assuntos pessoais.

Com relação à duração dos encontros, segundo orientações de Breakwell et al. (2010), em se tratando de crianças, os mesmos não devem ser longos evitando a dispersão e o cansaço dos participantes. Grupos focais com crianças realizados por Tatangelo e Ricciardelli (2013) tiveram uma duração aproximada de 45 minutos. Sendo assim, a duração média dos encontros foi de 69,25 minutos (DP=11,78 minutos).

No momento da coleta de dados, os alunos foram recebidos nas salas com um lanche individual, o qual teve como objetivo propiciar um ambiente mais receptivo às crianças. Este foi composto por uma fruta (banana), um copo de suco, e biscoitos de água e sal. Durante esse momento, deu-se início a interação entre os participantes e a apresentação individual para os demais.

Após finalizado o lanche, foi realizada uma breve explicação da pesquisa às crianças, e foi distribuído o TALE (ANEXO IV) para que as elas consentissem sua participação voluntária. As crianças foram informadas que neste tipo de pesquisa existe a necessidade de gravação em áudio e vídeo, mas que esse é um procedimento normal, com o qual elas não deveriam se preocupar. Essa explicação foi fornecida para que as câmeras não causassem estranhamento e também não fossem motivos de distração por parte das crianças.

Em seguida, as moderadoras deram início ao encontro, fomentando questões relativas à imagem corporal de crianças. Um roteiro semiestruturado previamente planejado (ANEXO V) serviu como guia para orientar a discussão, mas com certa flexibilidade para modificações que pudessem surgir no momento de cada encontro. Este roteiro foi elaborado inicialmente pela

pesquisadora responsável pela pesquisa e, antes da sua aplicação, passou pela apreciação de duas professoras especialistas em pesquisa qualitativa.

2.3.1.3 Análise dos dados

A técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) foi utilizada para analisar os dados dos grupos focais. Inicialmente, todas as gravações de áudio e vídeo referentes aos encontros foram transcritas na íntegra. Posteriormente, as três etapas de análise propostas pela autora foram seguidas: 1) pré-análise - refere-se a operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais; 2) exploração do material - consiste na decomposição, codificação ou enumeração dos dados em função de regras previamente formuladas; 3) tratamento dos resultados e interpretação - caracteriza-se pela realização de inferências. Por fim, vale ressaltar que foi utilizada a análise de conteúdo categórica (na qual as falas são agrupadas em categorias) e do tipo temática (na qual as categorias são agrupadas por temas semelhantes) (Bardin, 2011).

Ressalta-se que, a fim de preservar a identidade das crianças participantes, seus nomes foram ocultados, e, ao invés deles, cada participação recebeu um código de identificação. Esse código é composto pelo número da sessão de grupo a qual a criança participou (G1, G2, G3, ou G4); seguido pelo número da criança (P1, P2, P3, (...) a P19); pela identificação do sexo da criança (♂ para meninos e ♀ para meninas); e por fim a idade do participante. O código completo pode ser exemplificado como: “G1, P1, ♀, 7 anos”.

2.3.2 Resultados e Discussão da geração dos itens

Os grupos focais geram discussões interativas e naturais pois levam os participantes a falar livremente e relatar suas experiências individuais (Grogan & Richards, 2002; Hargreaves & Tiggemann, 2006). Após a análise de conteúdo categórica e temática dos quatro grupos focais realizados, três grandes categorias emergiram a partir das falas das crianças. São elas: (1)

Preocupações com aspectos específicos do corpo, (2) Preocupações com o corpo, e (3) Comportamentos relacionados ao corpo. Cada uma dessas categorias originou um fator na nova escala que recebeu o mesmo nome e serão descritos e discutidos separadamente. É importante salientar que, em adição às falas dos participantes, alguns instrumentos previamente existentes foram utilizados para o desenvolvimento dos itens da nova escala e, por isso, algumas discussões sobre eles serão apresentadas em conjunto com as categorias.

2.3.2.1 Preocupações com aspectos específicos do corpo

O primeiro tópico que mereceu atenção nas análises dos grupos focais foi o fato de que as crianças apresentaram uma tendência a relatar preocupações com aspectos específicos do corpo, separadamente. Preocupar-se significa o estado de quem se encontra absorvido por uma ideia; com pensamento dominante, ou ainda importar-se, incomodar-se, inquietar-se (Michaelis, 2017). De acordo com Thompson et al. (1999), a satisfação com o corpo é multidimensional e pode estar relacionada a diferentes aspectos corporais. Durante o desenvolvimento dos grupos, as crianças deram destaque a traços como cabelos e cor da pele, mencionaram diversas características faciais (por exemplo, olhos, nariz, bochecha, orelhas, boca, dentes), além de outras partes do corpo (por exemplo, braço, peito, cintura, barriga, bumbum, pernas, joelhos, pés). A menção a esses aspectos, na maioria das vezes, esteve atrelada a adjetivos que expressam qualidades ou características da parte do corpo a que se referem. Dessa forma, a categoria “preocupações com aspectos específicos do corpo” englobará as preocupações das crianças relacionadas à partes específicas do corpo mencionadas por elas.

Na análise dos grupos focais, uma das partes corporais de maior destaque foram os cabelos, sendo mencionados por participantes de todos os quatro grupos realizados. Isso também foi observado nas pesquisas de Cipriani (2016) e Cipriani, Neves, Morgado, Silva e Ferreira (submetido). Em estudo qualitativo com grupos focais, Tatangelo e Ricciardelli (2013) apontaram que as meninas de 8 a 10 anos frequentemente se engajaram em conversas sobre a aparência, e um dos focos dessas conversas é o cabelo. No presente estudo, os cabelos foram apontados: na descrição da própria aparência; entre as partes do corpo que as crianças mais gostam e também

que menos gostam; na descrição de como deve ser uma menina bonita (nos grupos masculinos); e até nas comparações da aparência com os demais participantes dos grupos. Dentre os adjetivos utilizados para caracterização dos cabelos estão: liso, cacheado, curto, longo, bonito, feio, entre outros. As falas a seguir são alguns exemplos dessas alusões:

[descrição da própria aparência] O meu cabelo é longo. A minha mãe quer cortar. Desde pequena eu nasci com muito cabelo. Aí se eu não fizer cachinho, o meu cabelo fica igual uma bruxa de desenho (G1, P4, ♀, 7 anos).

[parte do corpo que mais gosta] Ah! Eu amo o meu cabelo também. Mas eu queria um cabelo cacheado. Assim, se ele tivesse um cacheado pelo menos eu iria ficar feliz (G2, P5, ♀, 10 anos).

[como deve ser uma menina bonita] A minha sobrinha é uma menina bonita. O cabelo dela é bonito demais. Ela tem um cabelo mais liso e bem longo mesmo (G3, P13, ♂, 10 anos).

[comparações da aparência] Tem que comparar. Tem que olhar para o colega para ver se o colega é igual. Ele parece comigo. Porque o cabelo parece (G4, P15, ♂, 6 anos).

Outro aspecto o qual as crianças também deram ênfase foi a aparência do rosto. Schilder (1999) já apontava a importância especial que o rosto tem para a imagem corporal como um todo. Isso porque, segundo o autor, “é a parte mais expressiva do corpo e aquela que pode ser vista por todos” (Schilder, 1999, p. 264). Assuntos relacionados ao aspecto do rosto surgiram em três dos quatro grupos realizados. A fala dos participantes 2 e 11 representam com clareza o quanto as crianças consideram marcantes os traços do rosto, embora elas ainda não saibam expressar o motivo dessa importância:

[parte do corpo que mais gosta] O rosto porque... sei lá. Porque o rosto é importante (G1, P2, ♀, 8 anos).

[como deve ser uma menina bonita] Eu acho bonita uma pessoa com os traços do rosto bonito. Aí eu acho que tem que ser igual as coisas, não

pode ser uma coisa muito diferente da outra. Os traços do rosto são importantes (G3, P11, ♂, 10 anos).

Nesse mesmo sentido, diversas características faciais também foram mencionadas. Dentre elas estão: testa, olhos, nariz, boca, dentes, bochecha e orelhas. A partir das falas dos participantes, foi possível identificar que eles se preocupam com essas características pois tem claro quais são os estereótipos de beleza associados a essas partes. De acordo com Murnen (2011), o ideal de beleza, especialmente feminino, inclui olhos claros, cílios alongados, lábios carnudos e nariz fino. Segue abaixo alguns relatos das crianças do presente estudo exemplificando essas questões:

[como é uma pessoa bonita] Com olho azul (G2, P6, ♀, 9 anos). Tem um na minha sala que tem olho verde (G2, P7, ♀, 9 anos).

[como é uma pessoa bonita] Vamos supor, não querendo ofender as pessoas, mas assim... as pessoas que tem o nariz muito grande, a boca muito grande...aí não fica bom. (G3, P11, ♂, 10 anos).

[parte do corpo que menos gosta] Eu não gosto do meu dente. Porque o meu dente é muito torto... (G1, P1, ♀, 7 anos).

[descrição da própria aparência] Eu tenho... Eu acho que eu tenho muita bochecha (G4, P15, ♂, 6 anos)

[descrição da própria aparência] O meu rosto é meio retinho aqui assim... e também não é muito cheinho assim... Só as minhas bochechinhas de quando eu era pequena. Minha bochecha até caía de tão grande (...) as minhas bochechas já são rosadinhas. (G1, P4, ♀, 7 anos).

[parte do corpo que menos gosta] Eu não gosto da minha orelha porque ela é grande. (G2, P5, ♀, 10 anos).

A cor da pele, também foi um atributo corporal bastante destacado pelos participantes, principalmente durante a descrição de sua própria aparência. Especialmente as crianças de etnia negra descreveram seu tom de pele como sendo “moreno”, “preto” ou “café com leite”. Máximo, Larrain, Nunes e Lins (2012) identificaram que crianças de 9 a 12 anos apresentaram uma

tendência ao branqueamento na autocategorização racial. Os resultados obtidos por esses pesquisadores apontaram que 71% das crianças negras se descreveram como morenas e 23%, como brancas. De acordo com os autores, isso ocorreu devido à uma atribuição de características socialmente favoráveis (beleza e comunicabilidade) às figuras brancas e de características desfavoráveis socialmente (desonestidade) às figuras morenas e negras. Na presente investigação, a descrição do tom de pele ocorreu de maneira natural, já que o tema do grupo focal era o próprio corpo. Sendo assim, não foi observado entre as crianças participantes a atribuição de aspectos negativos à raça negra. As falas a seguir exemplificam a autodescrição do corpo com relação à essa característica:

Eu sou morena (G2, P9, ♀, 10 anos).

E eu sou mais clara (G2, P10, ♀, 9 anos).

Cada um tem uma cor diferente (G2, P6, ♀, 9 anos).

Eu tenho os olhos pretos. Eu sou preto. Meu cabelo é preto. Minha perna é preta. Meu nariz é preto. Minha boca é preta. Eu sou preto. Ah, eu sou alto. Mais nada (G4, P19, ♂, 8 anos).

A minha cor é café com leite. Eu tenho olho preto. Cabelo castanho. Meu cabelo tem parte que é branca. Tem fios que é branco. Mas o resto é preto. As pernas é café com leite escuro. As costas está queimado. [sic] (G4, P15, ♂, 6 anos)

Nos grupos focais femininos, características corporais relacionadas à magreza foram enaltecidas. De forma semelhante, em estudo de Tatangelo e Ricciardelli (2013), a maioria das meninas discutiram em seus grupos focais a importância da magreza. No presente estudo, as meninas relataram se preocupar com o peso corporal e com o tamanho da barriga e cintura. Elas ainda identificaram que “ter barriga grande” ou “pancinha”, como seus pais ou tios, seria um atributo corporal negativo. Expressões como “cintura boa” e “barriga de tanquinho” também surgiram em seus depoimentos:

Eu gosto de ver quanto que eu estou pesando. Para ver se eu engordei um pouquinho, se minha cintura está boa (G2, P8, ♀, 10 anos).

Eu fico puxando a barriga [para dentro] para olhar no espelho. Eu gosto de ter barriga de tanquinho (G2, P7, ♀, 9 anos).

O meu pai fala que eu sou gordinha igual a ele (G1, P2, ♀, 8 anos)

O meu pai tem uma barriga grande (G1, P4, ♀, 7 anos).

O meu pai também. Só que ele fala que eu sou gordinha que nem ele.

Mas, no caso, ele é gordo, né?! Eu sou gordinha (G1, P2, ♀, 8 anos).

Tem uma pancinha, igual assim o meu pai (G1, P4, ♀, 7 anos).

Acho que a barriga do meu tio é desse tamanho (G1, P3, ♀, 6 anos).

Além de atributos relacionados à magreza, os seios e as nádegas também foram apontados pelas meninas durante a descrição de como seria um corpo bonito. Na sua linguagem, elas denominaram essas partes corporais como “peitão”, “bundão” ou “bundona”. No ponto de vista das meninas, ter seios e nádegas grandes e avantajados foram enaltecidas como positivas entre elas.

Um peito que parece que colocou silicone, tia (G2, P8, ♀, 10 anos).

Eu gosto da Anita. Ela tem um peito e um bundão. (G2, P7, ♀, 9 anos)

Eu queria ser a minha irmã. A minha irmã tem um peito que nem essa menina aí que elas estão falando. E uma bundona também, tia (G2, P6, ♀, 9 anos).

Já em um dos grupos realizados com meninos, a linguagem “peito bombadão” e “peito bombadasso” foi frequente. Os meninos falaram sobre “ter peito bombadasso” como uma característica corporal valorizada pelo sexo oposto. Além disso, o braço e a “barriga de tanquinho” também foram destacados pelos meninos. Os diálogos abaixo exemplificam essa questão:

Elas [as mulheres] gostam de homem forte. Com peito bombadão (G4, P16, ♂, 8 anos).

O meu pai consegue mexer os peitos (G4, P15, ♂, 6 anos).

Peito bombadasso é bomba? (G4, P18, ♂, 7 anos).

Peito bombadasso (G4, P16, ♂, 8 anos).

[pesquisadora pergunta o que é bomba] Bomba é o peito mexe. Tunts tunts tunts. [fazendo gestos do peito subir e descer] (G4, P15, ♂, 6 anos)

Bombadão é grande. Igual desse menino aqui (G4, P19, ♂, 8 anos).

Eu conheço um cara treinador do meu irmão na academia que eu acho particularmente o corpo dele feio. Porque o braço dele é muito grande e ele não é alto. Aí eu acho que não fica legal (G2, P11, ♂, 10 anos).

Eu não gosto do meu braço (G2, P12, ♂, 7 anos)

Eu gosto de ter barriga de tanquinho (G2, P13, ♂, 8 anos).

De acordo com Murnen (2011), o corpo ideal para mulheres, preconizado nas sociedades ocidentais, é fortemente associado à magreza e, mais especificamente, à aspectos que reforçam um corpo sexy. Os seios grandes, o quadril largo e a cintura fina, estão entre essas características (Murnen, 2011). Já entre os meninos, o corpo ideal enfatiza a muscularidade, estruturado por ombros largos afilando a uma cintura fina (“forma de V”), músculos abdominais bem definidos (“*six pack abs*” ou “barriga de tanquinho”) (Murnen, 2011). Sendo assim, a musculatura peitoral bem definida reforça esse padrão corporal. Tendo isso em vista, é possível que os meninos e as meninas participantes do presente estudo tenham exaltado essas características corporais devido ao desejo de alcançar esse corpo propagado como ideal.

Os membros inferiores também foram citados pelas crianças, entretanto com menor destaque. As pernas, joelhos e pés surgiram em alguns grupos focais ligados à partes do corpo que as crianças mais gostam e menos gostam e também entre as coisas que elas gostariam de alterar em seu corpo. Com relação aos pés, duas meninas relataram que gostariam de ter pé pequeno. Já quanto às pernas e aos joelhos, em alguns momentos as falas das crianças não se referiam a características estéticas dessas partes corporais. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

[parte do corpo que mais gosta e menos gosta] Eu gosto da minha perna porque com a perna dá para fazer muitas coisas. Dá pra ficar em diferentes posições (...). Eu não gosto do meu joelho. Eu gosto dele, mas

eu sempre tenho uma coisa em relação ao joelho. Quando eu vou esticar a minha perna, eu não consigo esticar muito (G3, P12, ♂, 10 anos).

[o que gostaria de mudar no corpo] Eu queria que os meus dois joelhos fossem mais resistentes porque eu sempre caio de joelho e machuca (G3, P11, ♂, 10 anos).

[o que gostaria de mudar no corpo] O meu pé é grande. É de família mesmo. Eu queria ter um pé menor. Queria calçar exatamente como uma criança calça (G1, P2, ♀, 8 anos).

[o que gostaria de mudar no corpo] Eu queria mudar a minha altura e o meu pé. Eu queria que meu pé fosse pequeno (G2, P10, ♀, 9 anos).

As escalas que consideram partes corporais são consideradas facilmente compreensíveis e viáveis para aplicação na prática clínica e na pesquisa científica. Ferramentas como estas existem no âmbito da pesquisa científica há algum tempo. Secord e Jourard (1953) desenvolveram a *Body Cathexis Scale* (BCS) como uma possibilidade de avaliação dos sentimentos positivos relacionados com partes ou aspectos do corpo. Esse instrumento já foi aplicado em diversas populações (Balogun, 1986; Boscaglia, Skouteris, & Wertheim, 2003; Goodwing, Astbury, & McMeeken, 2000; Tucker, 1985) e, dentre elas, foram identificados alguns estudos que utilizaram a escala em crianças no contexto internacional (Clance, Mitchell, & Engelman, 1980; Noland & Gruber, 1976).

No contexto brasileiro, Conti, Latorre, Hearst e Segurado (2009), validaram a *Body Area Scale* (BAS) para adolescentes e apontaram a necessidade de considerar a avaliação da satisfação com o seu peso e com diferentes partes do corpo, capturando informações abrangentes sobre a imagem corporal. Além disso, os autores relataram que, especialmente para indivíduos mais jovens, os instrumentos demorados devem ser evitados, e as escalas de silhuetas, por serem de fácil compreensão, são recomendadas.

Levando as escalas por áreas corporais em consideração, somado aos depoimentos das crianças durante os grupos focais, foram desenvolvidos itens para compor o fator “Preocupações com aspectos específicos do corpo”. Esse fator envolve as preocupações, ou a insatisfação das crianças com relação à partes corporais específicas. Foram hipotetizados 18 itens, que estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Hipótese inicial dos itens do fator “Preocupações com aspectos específicos do corpo”.

Item	Suporte teórico
1. Cabelo	GF; BAS; BCS; Tatangelo e Ricciardelli (2013); Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
2. Testa	GF; Cipriani (2016).
3. Olhos	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
4. Nariz	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
5. Bochecha	GF.
6. Orelhas	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
7. Boca	GF; BAS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
8. Dentes	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
9. Rosto	GF; BCS; Cipriani (2016); Conti, Latorre et al. (2009); Schilder (1999).
10. Cor da pele	GF; BAS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
11. Braço	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
12. Peito	GF; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
13. Cintura	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
14. Barriga	GF; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
15. Bumbum	GF; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
16. Pernas	GF; BAS; BCS; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).
17. Joelhos	GF; BCS.
18. Pés	GF; Cipriani (2016); Cipriani et al., (submetido).

Legenda: GF= grupo focal; BCS = *Body Cathexis Scale*; BAS = *Body Area Scale*.

Fonte: A autora (2017).

2.3.2.2 Preocupações com o corpo

Além das preocupações com partes corporais específicas, as crianças também demonstraram estar atentas ao aspecto do corpo no geral. Nesse sentido, a preocupação com o corpo, relaciona-se à insatisfação que um indivíduo tem com determinada característica. Thompson et al. (1999) descrevem que insatisfação com o corpo pode estar direcionada: ao peso corporal; à algum aspecto específico do corpo; e à aparência de uma forma geral. Levando em consideração as falas das crianças e o conceito de insatisfação como multidimensional descrito por Thompson et al (1999), a categoria “preocupações com o corpo” englobará as preocupações das crianças relacionadas à aparência global, à muscularidade, à gordura, ao peso e à altura.

Com relação à insatisfação com a aparência geral, não foi observado consenso nas falas das crianças. Alguns participantes relataram estar satisfeitos e gostar de seus corpos, enquanto outros tiveram opiniões divergentes desta. Essa incongruência também foi observada em diferentes estudos na literatura da área. Ao perguntar diretamente para crianças a respeito de sua satisfação com o próprio corpo, Patalay et al. (2015) encontraram baixa frequência de imagem corporal negativa em meninas e meninos. Por outro lado, a partir dos estudos de Leite et al. (2014) e Ling et al. (2015), os quais valeram-se de escalas de silhuetas, a maioria das crianças avaliadas estava insatisfeita com algum aspecto da sua aparência. Essa contradição também foi relatada entre as crianças do presente estudo como demonstram as falas dos participantes 11, 12 e 17:

Eu não gosto de ser assim não (G4, P17, ♂, 7 anos).

Eu acho que do jeito que eu sou já está bom. Eu não preciso mudar não.

Cada um gosta de ser do jeito que é (G3, P12, ♂, 10 anos).

Não tem nada que eu queria fazer que eu precise mudar o meu corpo. Eu gosto do meu corpo (G3, P11, ♂, 10 anos).

A muscularidade foi um aspecto que chamou a atenção das crianças, especialmente entre os meninos. Nesse sentido, a muscularidade foi ressaltada como um fator positivo entre eles e, também, entre algo valorizado pelo sexo oposto. Estudo realizado por Skelton, Irby, Guzman e

Beech (2012) corrobora essa ideia já que, para os meninos de 8 a 12 anos que participaram de grupos focais, a saúde parecia estar ligada a noções pouco realistas sobre muscularidade. Dessa forma, ser musculoso foi considerado como sinônimo de ser saudável. Para os autores, essa compreensão limitada e superficial da saúde aponta a necessidade de maior educação e medidas de informação e esclarecimento para essa faixa etária. Na presente investigação, as falas dos meninos ilustram a ideia da muscularidade como um fator positivo da aparência corporal:

Elas [as meninas] gostam de homem forte. Tem peito bombadão (G4, P16, ♂, 8 anos)

[sobre a imagem do menino musculoso] Eu acho com certeza que é legal ser assim. Para poder ficar se exibindo. Se eu fosse fortão assim, eu ia com certeza. Eu acho que é legal ser assim (G3, P13, ♂, 10 anos).

Eu gostei daquele menino ali [mostrando a foto do menino musculoso] Porque ele é forte. Ser forte é bom (G4, P15, ♂, 6 anos).

Durante as falas das crianças participantes do presente estudo, foi possível observar uma aversão à gordura. De forma semelhante, Martin (2015) apontou que crianças de cinco e de 10 anos apresentaram, de forma consistente e enfática, opiniões negativas acerca de ser gordo. Para as crianças de cinco anos, existiu uma clara visão de que ser gordo é o mesmo que ser feio. A menor capacidade das crianças obesas de jogar com os demais foi frequentemente sinalizada, pelas crianças entrevistadas acima de 10 anos de idade, como uma das principais desvantagens. De fato, a capacidade de fazer esportes com os colegas foi a razão mais citada por ambos os sexos nesta faixa etária para querer perder peso. As experiências e histórias do dia-a-dia das crianças lhes dizem que crianças gordas são desprovidas (Martin, 2015). Na presente investigação, em um diálogo entre os participantes do G4, a ideia de que a gordura é um aspecto negativo foi reforçada pelos meninos, estando atrelada a ideia de capacidade inferior:

Eu não gosto de ser gordo não (G4, P19, ♂, 8 anos).

Porque corre menos (G4, P18, ♂, 7 anos).

É, porque a pança fica pesada e você corre menos (G4, P15, ♂, 6 anos).

Se tem a pança, se um carinha vier te bater, você cai na hora. Aí você não consegue, você já está no chão. Se você for gordo (G4, P18, ♂, 7 anos).

Gordo não corre muito. Eu gosto de ser pequeno porque eu corro muito (G4, P15, ♂, 6 anos).

Eu não gosto de pessoa gorda (G4, P19, ♂, 8 anos).

Tia, pessoa gorda não tem nada a ver (G4, P18, ♂, 7 anos).

Porque é esquisito. É muito gordo (G4, P19, ♂, 8 anos).

Além disso, comentários negativos de outras pessoas a respeito da gordura foram relatados pelas crianças do presente estudo. Garousi (2014) já havia identificado atitudes lipofóbicas relacionadas significativamente ao IMC em meninas. Harrison et al. (2016) investigaram as preferências das crianças entre os personagens de histórias infantis que variavam em peso. Os resultados apontaram que os julgamentos das crianças foram afetados pela gordura, com clara preferência à figuras magras e rejeição àquelas obesas, estando, assim, relacionados à satisfação com a aparência e aceitação social. As falas dos participantes retratam que os comentários a respeito da aparência afetam os sentimentos das crianças com relação ao seu corpo.

Algumas pessoas falam que eu sou barriguda (...) O meu pai fala que eu sou gordinha igual a ele. Mas, no caso, ele é gordo, né?! Eu sou gordinha. (G1, P2, ♀, 8 anos).

Tem um menino que fica chamando meu primo de baleia. Porque meu primo é um pouco gordinho. Ele não faz nada para cuidar do corpo. Ele se sente mal (G4, P14, ♂, 8 anos).

Tia, teve uma vez que o meu colega. Ele humilhou o meu outro colega. Fez ele chorar. Ele zuou. Falou que ele era gordo. Falou que parecia uma baleia assassina (G4, P18, ♂, 7 anos).

A magreza foi apontada como um fator positivo, especialmente para o sexo feminino. Já entre os meninos, alguns deles relataram medo de serem demasiadamente magros. Essa atitude demonstra uma tendência à adequação do que é considerado corpo ideal para os diferentes sexos, tendo em vista que a magreza é preconizada para o sexo feminino, mas não para o sexo

masculino (Murnen, 2011). Sendo assim, enquanto as meninas valorizaram esse padrão corporal, os meninos demonstraram uma tendência ao equilíbrio, ou seja, não tinham vontade de ser muito magros, mas só um pouco.

Eu fico puxando [para dentro] a barriga para olhar no espelho, aí depois eu solto (...) Eu gosto de parecer magrinha... (G2, P7, ♀, 9 anos).

[como é um corpo de menina bonita] A minha sobrinha é uma menina bonita (...) O corpo dela é bonito. Ela é magra. Acho que só (G3, P13, ♂, 10 anos).

Meu primo me chama de magrelo e eu falo assim: “Você também é”. Eu não gosto de ser magrelo. Eu queria ser um pouquinho magrelo só (G4, P18, ♂, 7 anos).

Ainda no sentido da preocupação em ser gordo, as crianças relataram estarem atentas ao seu peso corporal. É interessante apontar que tanto meninos quanto meninas disseram controlar essa medida, demonstrando preocupação com o quanto pesam. Entretanto, pesquisadores apontam que as meninas podem apresentar maior dificuldade em lidar com o julgamento do seu peso e suas dimensões corporais do que os meninos (Fortes et al., 2014; Smolak, 2011). A preocupação com o peso corporal foi avaliada em estudo de intervenção realizado por Fairweather-Schmidt e Wade (2015). De acordo com os autores, essa preocupação esteve presente em meninas e meninos australianos, porém reduziu com o programa de intervenção aplicado. As falas das crianças do presente estudo podem indicar que a preocupação com o excesso de peso aflige aos mais jovens, independentemente do sexo.

Eu gosto de me pesar para ver se eu estou gordo ou estou magro (G4, P19, ♂, 8 anos).

Eu gosto de ver quanto que eu estou pesando. Para ver se eu engordei um pouquinho, se minha cintura está boa (G2, P8, ♀, 10 anos).

Eu gosto de me pesar para ver se eu estou gordo ou estou magro. (G4, P19, ♂, 8 anos).

Eu gosto de me pesar para ver se eu engordei um pouco porque até agora está 30 quilos só. Por enquanto. E eu queria engordar pelo menos um pouco. (G3, P13, ♂, 10 anos).

Além do peso corporal, a estatura também chamou a atenção das crianças. Ao serem perguntadas sobre o desejo de mudar alguma coisa em seus corpos, elas relataram vontade de ser “mais altas” ou “maiores” ou ainda “grandes”. De forma semelhante, “ser mais alto” foi apontado como uma vantagem entre as crianças de 5 anos no estudo de Martin (2015). As falas das participantes 5 e 10 exemplificam essa questão:

Eu mudaria. Eu queria ser grande. Grande, bem grande mesmo. Porque pequena eu não alcanço nada. (G2, P5, ♀, 10 anos).

Eu queria mudar a minha altura e o meu pé (G2, P10, ♀, 9 anos).

Em conjunto com as informações coletadas nos grupos focais, algumas escalas pré-existentes foram consultadas na construção dos itens do fator “preocupações com o corpo”. Mendelson e White (1982) elaboraram a *Body Esteem Scale* (BES) para a avaliação da autoestima do corpo para crianças. A escala reflete como uma pessoa valoriza sua aparência e corpo ou ainda como uma pessoa acredita que está sendo avaliada por outros. Ela é composta por 24 itens dicotômicos (respostas em sim ou não) e foi considerada pelos autores como adequada para leitores a partir de 7 anos. Nesse sentido a escala já foi utilizada em outras pesquisas para avaliação da autoestima relacionada ao corpo de crianças (Choi & Kim, 2014; Shriver et al., 2013). Por isso, alguns de seus itens foram modificados e incorporados à nova escala em desenvolvimento. Somado a isso, o *Eating Behaviours and Body Image Test* (EBBIT), também foi considerado. Criado por Candy e Fee (1998), o instrumento foi adaptado e validado para amostra brasileira feminina de 9 a 12 anos por Galindo e Carvalho (2007). O EBBIT é útil para uma avaliação precoce, rastreando atitudes indicadoras de possíveis distúrbios no comportamento alimentar. O questionário é composto por dois fatores: fator 1 – insatisfação com a imagem corporal e restrição alimentar; e fator 2 – comer em excesso. Outra ferramenta que foi examinada durante a criação dos itens para a nova escala foi o *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Desenvolvido originalmente por Cooper et al. (1987), foi validado para adolescentes brasileiros

por Conti, Cordás e Latorre (2009). Seus itens, expressam as preocupações com a forma e com o peso corporal, mas como foram desenvolvidos para adolescentes, foram necessárias adaptações para o público infantil.

Dessa forma, tendo em vista as falas das crianças e as escalas pré-existentes, foram desenvolvidos 16 itens para compor o fator “Preocupações com o corpo”, os quais estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Hipótese inicial dos itens do fator “Preocupações com o corpo”

Item	Referência
19. Sua aparência corporal te incomoda?	GF; BES.
20. Você se preocupa com seu peso?	GF; BES; EBBIT.
24. Você gostaria de ser mais magro (a)?	GF; BES; EBBIT; Martin (2015).
26. Você se sente com o corpo muito redondo?	GF; BSQ; Martin (2015).
28. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?	GF; BSQ; Martin (2015).
30. Você se preocupa em ter “dobrinhas” em seu corpo?	GF; BSQ.
32. Você gostaria de ter músculos definidos?	GF; Skelton et al. (2012).
34. Você gostaria de alterar sua aparência corporal?	GF; BES.
37. Você se acha mais gordo (a) que outras crianças da sua idade?	GF; EBBIT; Martin (2015).
38. Você gostaria de ser mais forte?	GF; Skelton et al. (2012).
40. Você tem medo de ficar gordo(a)?	GF; BSQ.
42. Você olha para seu corpo e deseja acabar com a gordura?	GF; EBBIT.
45. Sua altura atual te incomoda?	GF; Martin (2015).
47. Você gosta do seu corpo como ele é?	GF; BES.
51. Seu peso atual te incomoda?	GF; BES; EBBIT.
52. Você se acha gordo (a)?	GF; EBBIT; Martin (2015).

Legenda: GF= Grupo Focal; BES= *Body Esteem Scale*; BSQ = *Body Shape Questionnaire*; EBBIT = *Eating Behaviours and Body Image Test*.

Fonte: A autora (2017).

2.3.2.3 Comportamentos relacionados ao corpo

A terceira categoria que emergiu a partir das falas das crianças foi a de “comportamentos relacionados ao corpo”. Em um conceito geral, comportamento significa um conjunto de ações que o indivíduo adota face às interações propiciadas pelo meio onde está envolvido (Michaelis, 2017). Para Campana e Tavares (2009, p.109), os comportamentos de cada pessoa podem ser “a expressão encarnada de alguns aspectos da identidade corporal” e, por isso, podem expressar conflitos ou angústias do indivíduo, merecendo atenção especial. No conceito de imagem corporal, os comportamentos direcionados ao corpo fazem parte do seu componente atitudinal (Cash & Smolak, 2011; Ferreira et al., 2014), e como alguns exemplos destacam-se: evitação da exposição corporal, a checagem corporal, a comparação do corpo com o de outros indivíduos, a prática de exercícios com o intuito de modificar o corpo (emagrecer ou ganhar músculos), a adoção de alterações na alimentação com a mesma finalidade, entre outros. Alguns desses comportamentos foram verificados nas falas das crianças e, sendo assim, a criação desta categoria é justificada.

Durante a realização dos grupos focais, constatou-se que a checagem corporal é um recurso frequentemente utilizado pelas crianças. A checagem corporal inclui ações constantes de autoavaliação do corpo, tais como: verificação periódica do peso corporal, exame do tamanho e da forma corporal (através de espelhos ou outras superfícies reflexivas); toque do corpo em busca de gordura corporal “indesejável”; entre outros (Mountford, Haase, & Waller, 2006; Shafran, Fairburn, Robinson, & Lask, 2004). Algumas falas dos participantes podem ser exemplos da adoção desses comportamentos:

Eu gosto de ver quanto que eu estou pesando. Para ver se eu engordei um pouquinho, se minha cintura está boa (G2, P8, ♀, 10 anos).

Eu me peso uma vez por dia. Eu gosto de me pesar (G4, P17, ♂, 7 anos).

Eu gosto de me pesar para ver se eu engordei um pouco porque até agora está 30 quilos só. Por enquanto. E eu queria engordar pelo menos um pouco (G3, P13, ♂, 10 anos).

Todo dia que eu olho no espelho, eu estou igualzinha um bambu (G2, P9, ♀, 10 anos).

Eu tenho bochecha grande [apertando a bochecha]. (G4, P17, ♂, 7 anos).

De acordo com Campana e Tavares (2009), caso os comportamentos de checagem corporal sejam repetidos compulsivamente, consumindo tempo e energia do indivíduo, isso pode indicar uma imagem negativa do corpo. Em estudo realizado com jovens universitários, Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho e Ferreira (2013) apontaram que a checagem corporal esteve associada às atitudes alimentares inadequadas e à insatisfação corporal, independentemente do sexo do indivíduo. No público infantil, estudo de Neves et al. (2017) não identificou investigações que buscassem avaliar a checagem corporal em crianças, e por isso, os autores ressaltam a necessidade de novas pesquisas com essa intenção.

Somado a isso, o uso de determinadas vestimentas foi destaque nas falas das crianças. Estudo de Jellinek, Myers e Keller (2016) buscaram determinar o efeito das roupas de bonecas (roupa de banho ou social) e do tipo de corpo (magro ou com sobrepeso) sobre a insatisfação corporal de meninas de seis a oito anos. Os autores identificaram que o tipo de corpo das bonecas influenciou a insatisfação corporal de meninas, tanto com trajes de banho quanto com roupas sociais. Isso já demonstra a importância que meninas tendem a atribuir às vestimentas. Durante um determinado momento da reunião do G1, quando a pesquisadora perguntou “*Como vocês acham que uma pessoa tem que ser para ser bonita?*”, algumas meninas relataram usar “roupas bonitas” como estratégias adotadas:

(...) É só se maquiar e pronto (...) Colocar uma roupa bonita e pronto. Melhor ser bonita e ser normal. (G1, P4, ♀, 7 anos).

Colocar uma roupa bem bonita, colocar uns brinquinhos bonitinhos. (G1, P2, ♀, 8 anos).

O uso de roupas também esteve associado à imitação de celebridades. Em estudo qualitativo realizado por Tatangelo e Ricciardelli (2013), tanto meninas quanto meninos relataram copiar celebridades os quais eles tem prestígio quanto ao estilo de roupa utilizada, corte de cabelo, etc. Segundo os autores, as meninas tiveram tendência a copiar atrizes e cantoras

famosas, enquanto os meninos buscavam comportamentos semelhantes aos de ídolos do esporte. No presente estudo, dois diálogos a esse respeito podem ser citados como exemplos. Vale ressaltar que ambos foram observados nos grupos focais femininos.

Mc Guimê. Ele é muito lindo. (...) Ele tem um boné. Ele usa um boné. Acho que se ele tivesse aqui na escola eu iria desmaiar (G2, P6, ♀, 9 anos).

A Anitta. Eu acho ela bonita. (...) As roupas dela são bonitas. (G2, P10, ♀, 9 anos).

E ela tem um peitão e uma bundona. Um corpão. Mas eu gosto mais do Mc Guimê (G2, P6, ♀, 9 anos).

A Mc Tati Zaqui. Eu amo a Mc Tati. Eu queria ter o cabelo dela. Azul (G2, P5, ♀, 10 anos).

Eu gosto da Larissa Manuela (G1, P3, ♀, 6 anos).

Ééé.. É uma que faz “Cúmplices de um Resgate”. Eu adoro ela! (G1, P4, ♀, 7 anos).

Eu ia falar ela também (G1, P1, ♀, 7 anos)

Eu acho ela linda! (...) Porque as vezes que eu vejo ela na revista eu adoro tudo que ela usa. Aí eu acho ela muito bonita, até na TV (G1, P4, ♀, 7 anos).

Em um dos grupos masculinos, foi identificado que os meninos apresentam certa vaidade ao se arrumar e ao escolher as roupas que vão usar. Além da escolha da roupa, eles demonstraram estar atentos a marcas de roupas (por exemplo *All Star*, Nike e Polo), com o intuito de atingir o “estilo playboy”. O diálogo a seguir comprova essa questão:

Eu tirei foto de estilo playboy. Foto de playboy com tênis bonito. Jaqueta preta. Cordão grandão. E um boné (G4, P14, ♂, 8 anos).

Eu fui para roça ontem e eu fiquei de jaqueta, calça, tênis *All Star* e um *cordaozão* aqui que tem aquele “S” assim... que tem um risco no meio (G4, P15, ♂, 6 anos).

Eu gosto de ser metido. Eu gosto de escolher a roupa que vou sair (G4, P19, ♂, 8 anos).

Eu gosto de escolher uma calça, uma jaqueta, um tênis... (G4, P15, ♂, 6 anos).

Tênis da Nike (G4, P16, ♂, 8 anos).

Da Polo (G4, P14, ♂, 8 anos).

Eh, esse aí que você está usando. E aquele carro de luxo. Aquele carrão rebaixado de luxo. Aí a gente fica tirando onda lá de jaqueta (G4, P15, ♂, 6 anos).

Questionamentos a outras pessoas sobre a própria forma e aparência física são descritos como mais um exemplo de comportamento de checagem corporal (Mountford et al., 2006; Shafran et al., 2004). No presente estudo, esse comportamento esteve presente nos relatos dos participantes 2 e 12. Suas falas demonstram uma tendência de verificar a opinião de outras pessoas significativas com relação à aparência.

Quando eu vou me arrumar, eu pergunto para a minha avó primeiro se está bom. Porque antes de eu sair, vai que eu coloco um short que a minha avó não gosta?! Eu falo assim: “Está bom vó?!” Ela fala: “Ah, está bonitinho”. Quando não está bom, ela fala assim: “Ah, vamos colocar outra coisa. Essa não está boa”. Se bobear, até ela achar uma roupa bonitinha, ela revira o guarda-roupa, mas ela acha (G1, P2, ♀, 8 anos).

Às vezes, eu pergunto porque um dia eu estou me sentindo diferente. Aí no outro eu pergunto, por exemplo, um dia eu estou sentindo que eu fiquei mais alto, aí eu vou e pergunto. Se eu engordei mais ou emagreci mais (G3, P12, ♂, 10 anos)

A ação de comparar a forma e a aparência física ou partes específicas do corpo com outras crianças também foi verificada nas falas dos participantes do presente estudo. É importante ressaltar que relatos direcionados à comparação social surgiram nos quatro grupos realizados e tanto as meninas quanto os meninos disseram ou demonstraram adotar esse comportamento. Festinger (1954) já havia apontado que existe, no organismo humano, um impulso para avaliar suas opiniões e suas habilidades. Nesse sentido, as falas das crianças do presente estudo confirmam que esse impulso está presente mesmo em indivíduos da mais tenra idade:

Tem que comparar. Tem que olhar para o colega para ver se o colega é igual (G4, P15, ♂, 6 anos).

[Quando alguém está] olhando com olhar reparador, minha filha. Ela está com uma amiga e ela fica olhando para a gente (G2, P8, ♀, 10 anos).

Eu gosto de ver meus amigos quando passo o ano, às vezes a gente mistura a sala, aí eu gosto de reparar para ver o que mudou (G3, P12, ♂, 10 anos).

As cores podem ser diferentes. Por exemplo: ela é mais branca. Eu sou mais morena (G1, P2, ♀, 8 anos).

Eu acho que criança ser assim não seria muito legal porque quando ele for grande ele vai ser um monstro né?! Do tamanho dele (figura, seria muito grande aí eu acho que não seria legal (G3, P11, ♂, 10 anos).

As comparações podem ocorrer de maneira espontânea e não intencional (Mussweiler, Ruter, & Epstude, 2004), ou de maneira estratégica e deliberada com a escolha intencional de um padrão de comparação (Festinger, 1954). Dependendo da intensidade e frequência que um indivíduo se engaja em um processo de comparação e também com o padrão o qual é utilizado para tal (o padrão pode ser superior ou inferior ao indivíduo na característica em questão), esse processo pode ocasionar consequências negativas na imagem corporal das pessoas.

A prática de exercícios físicos para modificação corporal foi mais um comportamento relatado pelas crianças. Tanto meninos quanto meninas disseram que atividades como Zumba, academia e musculação podem ser utilizadas para “ficar mais magro”, “acabar com a barriga”, ganhar “mais corpo e mais bunda”, dentre outros. As falas a seguir demonstram essa questão:

Se o mais gordinho quisesse ficar mais magro, era só ele ficar mais diferente. Exercitar mais, fazer dieta. Fazer alguma coisa diferente (...) Eu acho que tem que se cuidar. Não ficar mais parado... que pra ficar mais bonito tem que se exercitar. O corpo. (G3, P12, ♂, 10 anos).

Fazer exercício para ficar com corpo bonito. Porque se não ficar vai ficar fraquinho. O exercício faz a gente ficar mais forte e mais resistente (G3, P13, ♂, 10 anos).

Academia também dá mais corpo, dá mais bunda (G2, P9, ♀, 10 anos).

Fazer exercício é muito legal. Deixa o corpo bonito (G2, P6, ♀, 9 anos).

A minha mãe faz Zumba também para acabar com a barriga. A Zumba queimou umas gordurinhas. A Zumba queima (G2, P8, ♀, 10 anos)

A minha prima faz academia. Eu não sei porque. Para emagrecer. A minha prima já é magra, mas ela fala que tem que emagrecer mais. Ela vai ficar transparente (G2, P10, ♀, 9 anos).

Ainda com relação à prática de exercícios, Skelton et al. (2012), ao investigar a percepção de meninos de oito a 12 anos sobre saúde, apontaram que esta se baseia na aparência muscular e na frequência de exercício. Os meninos consideraram que a aptidão física é importante, e ter *six-pack abs* (expressão no português: *barriga de tanquinho*) era indicativo de saúde. Além disso, quando solicitados a fornecer exemplos de indivíduos saudáveis, eles listaram principalmente celebridades ou pessoas que eles conheciam com físicos musculares, reforçando a ideia de que, para eles, indivíduos engajados em "exercitar todos os dias" e que tinham "muitos músculos" eram modelos de saúde.

Já na investigação de Tatangelo e Ricciardelli (2013), o termo *fit* foi frequentemente adotado por meninas e meninos para descrever um corpo ideal. Esse termo apresentou-se atrelado à prática de exercícios físicos e à manutenção de características e habilidades físicas desejáveis pelas crianças. Entre os meninos, o esporte foi apontado como um meio de atingir o corpo ideal. Nesse sentido, eles apontaram que seriam mais felizes se fossem mais musculosos. Já entre as meninas, elas disseram que gostariam de ter mais músculos, mas não um corpo muito musculoso pois não seria atraente. Elas ressaltaram a importância da magreza como o melhor tipo corporal.

As crianças do presente estudo também perceberam que a alimentação pode contribuir para alcançar esse ideal de corpo. As práticas de restrição alimentar foram reconhecidas como ferramentas úteis para emagrecer. Nessa perspectiva, os membros da família podem servir de modelos a serem seguidos, e os hábitos alimentares dos pais podem influenciar as crianças (Damiano et al., 2015; Michael et al., 2014; Swaminathan et al., 2013). De acordo com Goodell, Johnson, Antono, Power e Hughes (2017), o papel que os pais desempenham no desenvolvimento de hábitos alimentares em crianças em idade pré-escolar é fundamental, pois eles são os "guardiões de alimentos". Sendo assim, possivelmente, as falas das crianças relacionadas à alimentação sofre grande influência dos pais. Como exemplos, ressalta-se os seguintes trechos:

A minha mãe é muito magrinha. Na verdade, ela come muito pouco. Eu sou mais igual ao meu pai. O meu pai come muito. Eu como muito igual o meu pai (G1, P3, ♀, 6 anos).

Ah, porque eu não gosto muito de comer porque eu me acho gorda (G1, P2, ♀, 8 anos).

Chocolate engorda (G2, P7, ♀, 9 anos).

Se o mais gordinho quisesse ficar mais magro, era só ele ficar mais diferente. Exercitar mais, fazer dieta. Fazer alguma coisa diferente (G3, P12, ♂, 10 anos).

Eu acho que eu sou magrinho. Às vezes, eu acho que eu sou um pouco gordinho, eu gosto de comer as coisas (...) se quiser ficar gordo é só comer [risos] (G3, P12, ♂, 10 anos).

Eu sou gordo, como demais (G4, P14, ♂, 8 anos).

Somado a isso, em adolescentes, Banna, Buchthal, Delormier, Creed-Kanashiro e Penny (2016) objetivaram compreender as influências socioculturais na alimentação utilizando métodos qualitativos. Os autores identificaram que essas influências ocorrem nos níveis individual (intrapessoal), social (interpessoal) e ambiental (comunidade). As influências individuais sobre o comportamento incluíam o conhecimento relacionado à nutrição, a falta de recursos financeiros para comprar alimentos e as preocupações com a imagem corporal. No nível social, os pais

promoveram uma alimentação saudável, fornecendo conselhos sobre a seleção de alimentos e refeições caseiras. O ambiente físico também influenciou a ingestão, com os alimentos disponíveis nas escolas sendo predominantes.

Destaca-se ainda que para a criação dos itens da categoria “comportamentos relacionados ao corpo”, alguns itens de questionários pré-existentes foram utilizados como inspiração. Os primeiros deles foram: o *Body Checking Questionnaire* (BCQ) para mulheres (Campana, 2007) e o *Male Body Checking Questionnaire* (MBCQ) para homens (Carvalho, Conti, Ribeiro, Amaral, & Ferreira, 2014). Esses instrumentos se propõem a avaliar especificamente comportamentos de checagem corporal, sendo que o primeiro reflete melhor as preocupações das mulheres, e o segundo, dos homens. Além destes, o EBBIT (Galindo & Carvalho, 2007) e o BSQ (Conti, Cordás, et al., 2009) também foram consultados. O EBBIT, por possuir uma subescala destinada a ponderar sobre o “comer em excesso”, apresenta alguns itens que representam comportamentos direcionados ao corpo. Já o BSQ, embora seja destinado a avaliar a insatisfação e as preocupações com a forma do corpo, engloba algumas afirmativas que expressam ações, e consequentemente comportamentos.

Dessa forma, esses instrumentos foram considerados, já que alguns de seus itens retratam comportamentos relacionados ao corpo. Entretanto, os itens foram adaptados para o público infantil, para que então, pudessem compor o conjunto inicial de itens da nova escala. Sendo assim, o Quadro 3 apresenta a hipótese inicial dos 19 itens desenvolvidos para o fator “Comportamentos relacionados ao corpo”.

Quadro 3. Hipótese inicial dos itens do fator “Comportamentos relacionados ao corpo”

Item	Referência
21. Você compara a sua aparência com a de outras crianças?	GF; BSQ; MBCQ; Festinger (1954).
22. Você usa roupas para esconder o seu corpo?	GF; BCQ; Jellinek et al. (2016); Tatangelo e Ricciardelli (2013).
23. Você faz exercícios para acabar com a gordura de seu corpo?	GF; EBBIT; Skelton et al. (2012); Tatangelo e Ricciardelli (2013).
25. Você belisca partes de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	GF; BSQ; BCQ; MBCQ; Mountford et al. (2006); Shafran et al. (2004).
27. Você deixa de comer lanches (por exemplo, cachorro quente, hambúrguer, pizza) para perder peso?	GF; EBBIT; Banna et al. (2016).
29. Você evita usar roupas que mostram as formas do seu corpo?	GF; BSQ; BCQ; Jellinek et al. (2016); Tatangelo e Ricciardelli (2013).
31. Você deixa de comer mesmo quando está com fome, com medo de engordar?	GF; EBBIT; Banna et al. (2016).
33. Você passa muito tempo se olhando no espelho?	GF; BSQ; MBCQ; Mountford et al. (2006); Shafran et al. (2004).
35. Você faz muito exercício para melhorar a forma do seu corpo?	GF; BSQ; Skelton et al. (2012); Tatangelo e Ricciardelli (2013).
36. Você deixa de comer comidas gordurosas (por exemplo batata frita, salgadinhos) para perder peso?	GF; EBBIT; Banna et al. (2016).
39. Você acha que deveria comer menos que o normal para melhorar sua aparência?	BF; BSQ; EBBIT; Banna et al. (2016).
41. Você faz muito exercício para ficar musculoso(a)?	GF; Skelton et al. (2012); Tatangelo e Ricciardelli (2013).
43. Você tenta perder peso comendo menos que o normal?	GF; EBBIT; Banna et al. (2016).
44. Você se pesa frequentemente para controlar seu peso?	GF; Mountford et al. (2006); Shafran et al. (2004).
46. Você compara partes do seu corpo com outras crianças?	GF; MBCQ; Festinger (1954).

48. Você faz muito exercício para perder peso?	GF; Skelton et al. (2012); Tatangelo e Ricciardelli (2013).
49. Você passa muito tempo olhando partes do seu corpo no espelho?	GF; BSQ; MBCQ; Mountford et al. (2006); Shafran et al. (2004).
50. Você compara o tamanho de seus músculos com o de outras crianças?	GF; MBCQ; Festinger (1954).
53. Você deixa de fazer algumas refeições para perder peso?	GF; EBBIT; Banna et al. (2016).

Legenda: GF= Grupo Focal; BCQ = *Body Checking Questionnaire*; BSQ = *Body Shape Questionnaire*; EBBIT = *Eating Behaviours and Body Image Test*; MBCQ = *Male Body Checking Questionnaire*.

Fonte: A autora (2017).

2.3.2.4 Informações gerais da escala

Em conjunto com a criação dos itens, foram desenvolvidas algumas informações gerais da nova escala, tais como: título, formato do instrumento, instruções ao pesquisador e ao participante e também a forma de análise do instrumento através de escores. A nova escala foi intitulada “Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância” e recebeu a sigla “EPCCI”.

Quanto ao formato, optou-se pela apresentação dos itens em formato de tabela com três opções de resposta. Tem-se na literatura que a forma mais usual de opções de resposta em escala Likert seria a de cinco pontos, sendo que neste modelo as respostas aos itens são mais facilmente discriminadas (Dalmoro & Vieira, 2013; Malhotra, 2012). Alguns autores destacam que aquelas com sete pontos, ao mesmo tempo em que ampliam essa diferenciação, seriam mais difíceis de responder (Dalmoro & Vieira, 2013; Malhotra, 2012). Optou-se por desenvolver a escala Likert lúdica de três pontos. Dessa forma, acredita-se reduzir as possíveis dúvidas e confusões por parte das crianças ao interpretar e responder ao item. Essa estratégia já foi adotada em estudo anterior para avaliação de crianças (Clance et al., 1980). Além disso, a utilização de imagens lúdicas é considerada um fator atrativo para elas.

Sendo assim, na primeira subescala, os itens referem-se à partes do corpo, ou seja, são compostos por apenas uma palavra ou expressão. Como opções de resposta, a criança deverá assinalar em “carinhas” ou “*smiles*” que refletem expressões faciais de sentimentos: ☺= Satisfeito (1 ponto); ☹= Nem satisfeito e nem insatisfeito (2 pontos); ☹= Insatisfeito (3 pontos).

Com relação ao desenvolvimento dos itens para a segunda e terceira subescalas, a redação dos itens pode ser de duas maneiras principais: em afirmativas ou perguntas. Tendo em vista que a segunda opção é considerada mais direta e clara, em se tratando do público infantil, os itens foram desenvolvidos em forma de pergunta. As opções de respostas nestas subescalas foram criadas utilizando “mãozinhas” que expressam a concordância ou não com a pergunta: ✋= Não (1 ponto); ✋✋= Mais ou menos (2 pontos); ✋= Sim (3 pontos).

O escore total da escala é calculado pela soma dos itens e quanto maior a pontuação obtida, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas. Futuros pesquisadores que optarem por utilizar essa escala, também terão a opção de analisar o escore separadamente por subescala. Essas informações estão contidas nas instruções ao pesquisador a fim de promover um padrão a ser seguido no momento da aplicação. Em se tratando de instrumentos psicométricos, é de extrema importância a sistematização do momento da coleta de dados para a redução de possíveis vieses na aplicação da nova escala. Para os participantes, explicações breves e diretas estão contidas no novo instrumento. O Quadro 4 apresenta as referidas instruções.

Quadro 4. Instruções iniciais da escala.

Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância (EPCCI)
Instruções ao pesquisador Esta escala foi desenvolvida para a aplicação em crianças com idade entre 6 anos (desde que já tenham concluído o processo de alfabetização) e 11 anos. Os itens foram elaborados para identificar grupos de risco com maiores preocupações com o corpo e comportamentos deletérios associados à imagem corporal. Para isso, a escala é composta por três subescalas: (1) Preocupação com aspectos específicos do corpo; (2) Preocupação com o corpo; e (3) Comportamentos relacionados ao corpo. Na primeira subescala, a criança deverá responder como ela se sente em relação a algumas partes do seu corpo. Assim, o avaliado possui três opções de resposta: 😊= Satisfeito (1 ponto); 😐= Nem satisfeito e nem insatisfeito (2 pontos); ☹= Insatisfeito (3 pontos). Na segunda e terceira subescalas, a criança deverá responder a perguntas sobre preocupações com aspectos gerais da aparência e comportamentos relacionados ao corpo. Serão fornecidas três opções de resposta: ✋= Não (1 ponto); 👉 ✋= Mais ou menos (2 pontos); 👉= Sim (3 pontos). Para o escore total da escala, as pontuações de cada item devem ser somadas e quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas. Destaca-se que, o escore também pode ser somado para cada subescala de forma independente. Dessa forma, quanto maiores os escores obtidos para as subescalas 1, 2 e 3, maiores as preocupações com partes específicas do corpo, as preocupações com o peso e aspectos gerais da aparência e os comportamentos deletérios direcionados ao corpo, respectivamente. Por fim, ressalta-se a necessidade de retirar este quadro informativo com as instruções ao pesquisador no momento da aplicação da escala para as crianças.
Instruções ao participante Gostaríamos de saber como você se sente em relação a algumas partes de seu corpo. Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente. Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião. Siga a legenda: 😊= Satisfeito 😐= Nem satisfeito e nem insatisfeito ☹= Insatisfeito

Instruções ao participante
Agora, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre suas atitudes em relação ao seu corpo. Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa sua opinião. Siga a legenda:  = Não;   = Mais ou menos;  = Sim

Fonte: A autora (2017).

2.3.3 Considerações sobre a geração dos itens

Nesta primeira etapa da pesquisa denominada “Geração dos itens”, buscou-se desenvolver um conjunto inicial de itens para compor a nova escala avaliativa da imagem corporal em crianças, bem como as instruções ao pesquisador e ao participante, formato e escore de avaliação. Ao fim dessa etapa, a nova escala foi intitulada “Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância” e sua sigla é EPCCI.

Foram desenvolvidos 53 itens a partir das falas das crianças nos grupos focais, da literatura prévia e de escalas preexistentes. Esses itens estão divididos em três subescalas: (1) Preocupações com aspectos específicos do corpo, (2) Preocupações com o corpo, e (3) Comportamentos relacionados ao corpo.

A primeira versão da escala encontra-se no ANEXO VI e foi a versão que seguiu para a avaliação dos juízes na próxima etapa da pesquisa.

2.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS

Essa etapa objetiva examinar a validade de conteúdo e realizar a análise semântica do instrumento proposto na fase anterior por meio do julgamento de peritos e da população-alvo. Ela é denominada análise teórica dos itens e abrange duas apreciações diferentes, porém, interligadas. Inicialmente, será descrito o processo das análises dos peritos para, em seguida, apresentar a avaliação do público-alvo (pré-teste).

2.4.1 Julgamento dos peritos

2.4.1.1 Métodos

Essa etapa pode ser caracterizada como uma abordagem qualitativa e descritiva (Thomas et al., 2012).

2.4.1.1.1 *Participantes*

Segundo Pasquali (2013), são necessários no mínimo seis juízes para o julgamento do conteúdo da nova escala, caracterizando a análise da “validade de conteúdo”. É aconselhável que sejam pessoas com conhecimento do construto e/ou com experiência no processo de construção de escalas. Essas recomendações foram rigorosamente seguidas. Dessa forma, foram convidados dez peritos, todos eles pesquisadores na área da imagem corporal. Destes, oito possuem experiência no processo de criação ou validação de escalas psicométricas e quatro são estudiosos da faixa etária infantil. Vale ressaltar ainda que, quanto à titulação dos peritos convidados, sete são doutores e três são mestres. Quanto à área de formação, dois peritos eram formados em Psicologia, dois em Nutrição, uma em Letras, cinco em Educação Física.

2.4.1.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora responsável entrou em contato, por correio eletrônico, com os peritos escolhidos. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, assim como sobre o processo do desenvolvimento do novo instrumento. Após o aceite para a participação, a autora forneceu um formulário de orientação para a avaliação (ANEXO VII), buscando a padronização entre os avaliadores. Este formulário foi enviado por e-mail e, nesta mesma ocasião, foi solicitado o retorno em um prazo de até 15 dias. Oito peritos enviaram seus comentários dentro desse prazo, e optou-se por prorrogar o tempo de resposta para os dois restantes buscando obter as respostas de todos eles, o que aconteceu, de fato. Ressalta-se que o retorno também foi efetuado por e-mail.

O formulário de avaliação dos peritos foi construído seguindo orientações de estudos anteriores (Coluci et al., 2015; Morgado, 2013). Nele, os peritos deveriam julgar a escala em duas fases. Na primeira, “Análise do Instrumento”, os peritos deveriam atribuir as notas -1 (Não Claro), 0 (Pouco claro) ou 1 (Muito claro) para o título, formato, instruções ao pesquisador e ao participante e escore do instrumento. Caso eles assinalassem -1 ou 0, foi solicitado que fizessem sugestões para o aperfeiçoamento do instrumento.

Na segunda fase de julgamento da escala, “Avaliação da Validade de Conteúdo”, os peritos opinaram quanto a Representatividade, Redação e Pertencimento aos Fatores para cada item individualmente. No primeiro quesito, os peritos deveriam observar se os itens realmente representam o construto que envolve a escala, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos propostos. Para isso, foi fornecida a seguinte legenda: -1 (Não, o item não se refere a preocupações e/ou comportamentos relacionados ao corpo), 0 (Duvidoso, não tenho certeza se o item se refere a preocupações e/ou comportamentos relacionados ao corpo), ou 1 (Sim, o item se refere a preocupações e/ou comportamentos relacionados ao corpo).

Com relação ao segundo quesito (Redação), eles deveriam analisar a semântica dos itens, ou seja, se foram redigidos de forma que o conceito estivesse claro e compreensível e se expressam adequadamente o que se espera medir. Foi utilizado o mesmo sistema de atribuição de

notas, seguido a legenda: -1 (Inadequado, o item deve ser retirado), 0 (Inadequado, o item deve ser reformulado), ou 1 (Adequado, o item deve ser mantido da forma atual).

No terceiro quesito (Especificação dos Fatores), foi apresentada uma breve descrição dos conceitos que envolvem os três fatores que constituem a escala (“Preocupação com aspectos específicos do corpo”, “Preocupação com o corpo” e “Comportamentos relacionados ao corpo”). Os itens foram apresentados a seguir separadamente por fator, e foi solicitado que os peritos julgassem a sua adequação ao referido fator de acordo com a legenda: -1 (Inadequado, o item não pertence a esse fator), 0 (Não tenho certeza se o item pertence a esse fator), ou 1 (Adequado, o item pertence a esse fator).

Em todos os quesitos, havia espaço adicional para comentários individuais caso o perito atribuisse as notas -1 ou 0 para algum item. Eles também poderiam propor a inclusão de novos itens ou a exclusão daqueles considerados inadequados, seguindo a recomendação de DeVellis (2012). Além disso, ao fim do formulário, foi reservado um espaço para comentários adicionais gerais.

2.4.1.1.3 Análise dos dados

A análise desta etapa consistiu em estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa). Segundo Pasquali (2013), é recomendada a utilização de um critério de concordância de 80% entre os peritos para que seja conferida a validade de conteúdo da nova escala. Esse critério foi adotado nas análises de todos os quesitos. Sendo assim, tendo em vista que todos os dez peritos convidados aceitaram participar e retornaram com os formulários devidamente preenchidos, os quesitos avaliados deveriam ter a aprovação de pelo menos oito peritos.

2.4.1.2 Resultados e Discussão

A primeira fase do julgamento dos peritos consistiu na análise quanto: título e sigla, formato, instruções ao pesquisador e ao participante e escore total. As notas atribuídas por cada um deles para cada quesito avaliado estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Julgamento dos peritos quanto ao título e sigla, formato, instruções ao pesquisador e ao participante e escore total.

Quesito	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	Frequência*
Título e sigla	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Formato	-1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	6
Instruções ao pesquisador	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
Instruções ao participante	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
Escore total	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Legenda: J = Juiz

* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A Autora (2017).

Inicialmente, embora todos os peritos tenham atribuído nota máxima para o título, o Juiz 1 fez comentários adicionais ao fim do formulário de avaliação. Ele apontou:

Em sua forma atual, o instrumento mede apenas a insatisfação relacionada ao excesso de peso, mas a criança também pode desenvolver preocupações por ser muito magra. Sugiro que você modifique o objetivo da escala – ao invés de avaliar “Preocupação com o corpo” que ela se proponha a avaliar “Preocupação com o excesso de peso” OU inclua questões sobre insatisfação relacionada à magreza. Caso você opte por não inserir questões sobre a magreza, sugiro mudança no título. Sugestão: ‘Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Excesso de Peso na Infância.

Considerando esse apontamento como relevante ao construto avaliado pela nova escala, optou-se por adicionar itens relacionados à preocupação com a magreza. Foram incluídos dois itens no fator “Preocupações com o corpo”: “Você gostaria de ser mais gordo(a)?”, “Você tem medo de ficar muito magro(a)?”. Os dois itens a seguir foram incluídos no fator “Comportamentos relacionados ao corpo”: “Você come mais do que tem vontade para engordar?”, “Você usa roupas que te fazem parecer mais gordo(a)?”. Vale ressaltar que todos esses itens incluídos foram sugeridos pelo mesmo perito. Dessa forma, o título manteve sua escrita como originalmente desenvolvido. Ressalta-se ainda que a inserção de tais itens pode ser justificada por algumas falas dos grupos focais. Especialmente entre os meninos, foi mencionado um receio e um descontentamento em ser muito magro (Ver capítulo 2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS).

Com relação ao formato, a escala contou com a concordância de seis peritos. Os peritos que avaliaram este quesito como 0 ou -1, propuseram sugestões. O Juiz 2 destacou:

Gostaria apenas de registrar que alguns pesquisadores demonstram preocupações com escalas likert de 3 pontos. Há discussão de que a escala com maior número de pontos seria mais discriminatória (ex.: 5 pontos), enquanto aquelas com 7 pontos seriam difíceis de responder (e.g., dúvida do respondente sobre qual escore selecionar). Nesse sentido, e compreendendo que 3 pontos sejam favoráveis e adequado para crianças, destaco que esse valor pode comprometer a análise fatorial. Possivelmente haverá dificuldade de discriminar o fator 1 do fator 2.

Entende-se que a utilização de três opções de respostas em escala *Likert* aumenta a dificuldade de discriminação entre os itens (Dalmoro & Vieira, 2013). Contudo, espera-se que esse formato minimize as possíveis confusões por parte das crianças, tornando-se mais adequado quando comparado às demais possibilidades. Sendo assim, o formato lúdico e em três opções de resposta foi desenvolvido levando em consideração principalmente o público-alvo investigado. Essa questão será efetivamente respondida na próxima etapa do desenvolvimento da pesquisa: o pré-teste.

Tendo em vista o formato da subescala 1, o perito 4 atentou para a compreensão das crianças mais novas (6 anos) em relação ao conceito de satisfação. Foi destacado que: “O conceito de satisfação ainda é muito abstrato para essa idade. O termo insatisfação ainda é mais abstrato, o que poderia prejudicar a validade do instrumento”. Sua sugestão foi a substituição de “satisfeito” para “gosto”, “nem satisfeito e nem insatisfeito” para “gosto mais ou menos” e “insatisfeito” para “não gosto”. Essa alteração foi realizada acreditando facilitar a compreensão das crianças. Sendo assim, a legenda para a subescala 1 foi modificada para: ☺ = Gosto, ☹ = Gosto mais ou menos, ☹ = Não Gosto.

Concernente ao formato das subescalas 2 e 3, os peritos 1 e 10 apontaram que a opção intermediária das subescalas 2 e 3 (👉👉 mais ou menos) pode ser fator confundidor para as crianças. O primeiro sugeriu a substituição da expressão “mais ou menos” por “às vezes” utilizando a representação da mão com o polegar na horizontal 🤚 (Às vezes). O perito 10 assinalou que a figura representada pela mão com o polegar para cima e outra com o polegar para baixo (representando “mais ou menos”) pode ser um problema para o julgamento de crianças de menor idade. Vale ressaltar que a escolha dessas figuras se deu com base no maior acesso por estarem disponíveis na opção “inserir símbolo” do *Microsoft Word*. Futuros pesquisadores poderiam facilmente reproduzir os mesmos símbolos da escala desenvolvida. Dessa forma, optou-se por manter os símbolos originalmente desenvolvidos e submetê-los à avaliação do público-alvo na fase do pré-teste para esclarecer tais dúvidas.

Quanto às instruções ao pesquisador, nove peritos deram um parecer positivo para esse quesito. Entretanto, foram realizadas algumas sugestões. O juiz 1 fez dois apontamentos: (1) “Nas instruções ao pesquisador, a informação de que ‘Apenas o item 47 possui escore reverso’ não está presente.” e (2) “Outro ponto importante (embora pareça óbvio) é que você deixe muito claro que esta é uma escala autoaplicativa e, portanto, as próprias crianças devem respondê-la.” Concordando que essas informações são de extrema importância para os futuros pesquisadores que virão a trabalhar com a nova escala, essas sugestões foram acatadas.

Ainda com relação às instruções ao pesquisador, o juiz 3 realizou algumas sugestões com relação ao nome das subescalas. Na subescala 1, ele propôs a utilização de “partes específicas do corpo” ao invés de “aspectos específicos do corpo”; e na subescala 2, “preocupação com o aspecto geral do corpo” ao invés de apenas “preocupação com o corpo”. Concernente ao seu primeiro apontamento, considera-se mais adequado manter a denominação “aspectos específicos

do corpo” já que alguns itens (por exemplo, Cor da pele), não são “partes” do corpo, e sim, aspectos. Dessa forma, essa consideração foi descartada. Já com relação à sua segunda sugestão, acredita-se que ela seja pertinente e, sendo assim, a nomenclatura da segunda subescala passou a ser “Preocupação com o aspecto geral do corpo”.

O quesito “Instruções ao participante” obteve 80% de concordância entre os juízes. Entretanto, três peritos fizeram comentários sobre uma mesma questão: o uso da palavra “atitude” nas instruções para a segunda e terceira subescala. O juiz 2 relatou: “Me inquieta a palavra ‘atitude’ por dois motivos: (1) Compreensão semântica por parte das crianças; (2) Possíveis confusões teóricas com o ‘comportamento’. Como imagino que o foco é o comportamento sugiro utilizar essa forma na parte II do instrumento (cabecalho).” De forma a legitimar esse comentário, os juízes 1 e 3 apontaram, respectivamente: “Essa instrução indica que as perguntas serão exclusivamente sobre comportamentos, mas apenas um dos fatores avalia comportamento. Sugestão: ‘Gostaríamos de saber como você se sente e conhecer um pouco mais sobre suas atitudes em relação ao seu corpo’; e “Na segunda parte, na primeira frase, sugere-se incluir ...atitudes e comportamentos em relação...”. Dessa forma, fica claro que o conceito de “atitude” para esses peritos se diferencia daquele que é adotado na presente tese. Acredita-se que o conceito de “atitude” em relação ao corpo envolve os sentimentos, as crenças e os comportamentos direcionados a ele (Cash & Smolak, 2011). Sendo assim, as atitudes englobam comportamentos. Portanto, essa instrução foi modificada buscando simplificar a linguagem e evitar possíveis confusões conceituais entre futuros pesquisadores, como segue: “Agora, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você”.

No que diz respeito ao escore final, esse quesito obteve 100% de concordância entre os juízes e não foram realizados comentários para modificações. Dessa forma, tanto o cálculo do escore total da EPCCI, quanto a possibilidade de avaliação dos escores por subescala, foram mantidos da forma como foram desenvolvidos.

Na segunda fase de julgamento da escala, os peritos avaliaram cada item individualmente quanto a sua Representatividade, Redação e Pertencimento aos Fatores. As respostas dos juízes quanto à representatividade e à redação dos itens estão apresentadas nos Anexos VIII e IX, respectivamente. No quesito representatividade, todos os itens atingiram o valor mínimo para que permanecessem na nova escala. Em outras palavras, todos os itens foram julgados pelos peritos como relevantes e adequados por refletir os conceitos envolvidos. Já no quesito redação, os itens

19, 23, 26, 32, 34, 35, 39 e 42 não atingiram o percentual mínimo de concordância entre os peritos (80%). Dessa forma, optou-se pela exclusão dos mesmos tendo em vista o melhor refinamento da escala.

Outras exclusões ocorreram com os itens 37 (“Você se acha mais gordo(a) que outras crianças de sua idade?”) e 52 (“Você se acha gordo(a)?”). No primeiro caso, o juiz 1 destacou que a interpretação desse item é complicada pois “não tem como saber, de fato, se a criança é ou não mais gorda que as outras”. Para o item 52, o perito 7 considerou-o problemático, já que: “se uma criança magra se considerar gorda, isso reflete uma inacurácia na percepção corporal, e não uma insatisfação com o corpo.” Esse perito ainda acrescentou: “Por outro lado, se uma criança está, de fato, com sobrepeso, e assinala que concorda com essa afirmativa, ela será classificada como insatisfeita quando, na verdade, isso apenas reflete que a criança tem uma boa percepção corporal.” Concordando com os peritos em ambos os casos, optou-se pela eliminação desses itens.

Alguns pares de itens foram considerados semelhantes por alguns peritos. Nesses casos, optou-se pela manutenção de apenas um deles. Isso ocorreu com os itens 33 (“Você passa muito tempo se olhando no espelho?”) e 49 (“Você passa muito tempo olhando partes de seu corpo no espelho?”), apontados como análogos pelo perito 1. Elegeu-se o item 33 para a manutenção na escala, e o 49 foi excluído. Além disso, o perito 4 sugeriu substituir o verbo “passa” por “fica” para melhorar a redação do item. Sendo assim, a escrita do item mantido passou a ser: “Você fica muito tempo se olhando no espelho?”.

Os itens 27 e 36 foram analisados como equivalentes pelo perito 7. Ambos os itens tratam do comportamento de deixar de comer para perder peso. Eles se diferenciavam apenas com relação ao tipo de comida já que o 27 tratava de “lanches” e o 36 de “comidas gordurosas”. Decidiu-se pela unificação dos itens e também pela substituição da expressão “perder peso” por “emagrecer”. Portanto, o novo item foi reformulado para: “Você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas (por exemplo, hambúrguer, pizza e batata frita) para emagrecer?”.

Alguns itens foram escritos para ressaltar o comportamento de usar roupas com o intuito de esconder o corpo e foram considerados semelhantes pelo perito 8. São eles: 22 (“Você usa roupas para esconder seu corpo?”) e 29 (“Você evita usar roupas que mostram as formas de seu corpo?”). Além disso, após a sugestão do perito 1 de inserir alguns itens voltados à preocupação com a magreza, foi adicionado mais uma pergunta com essa ideia (“Você usa roupas que te

fazem parecer mais gordo(a)?”). Ponderando que a escrita do item sugerido pelo perito 1 seria mais direta e adequada para responder aos objetivos da escala, os itens 22 e 29 foram excluídos e, em seu lugar, foram mantidos dois itens, sendo um voltado para a preocupação com a magreza e outro com a gordura (“Você usa roupas que te fazem parecer mais magro(a)?”).

Três itens foram escritos para investigar o comportamento de comparação social das crianças. Um deles perguntava sobre a comparação da aparência (item 21), outro sobre a comparação de partes do corpo (item 46) e o terceiro sobre a comparação do tamanho de músculos (item 50). Os peritos 1 e 7 julgaram que, tendo em vista essa semelhança, os itens deveriam ser unificados contribuindo para a redução do tamanho final da escala. Por isso, esses itens foram integrados em um novo, com linguagem mais direta ao público-alvo: “Você compara seu corpo com o de outras crianças?”.

Com relação às pequenas alterações na escrita, na primeira subescala, alguns peritos sugeriram a utilização do plural em três aspectos avaliados. Sendo assim, a redação dos itens foi alterada para: Cabelos, Bochechas e Braços. Além disso, o perito 9 sugeriu que os itens 20 (Você se preocupa com seu peso?), 45 (Sua altura atual te incomoda?) e 51 (Seu peso atual te incomoda?) fossem realocados na subescala 1. Dessa forma, as perguntas foram excluídas e a criança deveria assinalar como se sente em relação ao seu “peso” e sua “altura”. Essa sugestão foi acatada e os itens “peso” e “altura” foram inseridos na subescala “Preocupações com aspectos específicos do corpo”.

Algumas sugestões para alteração da redação dos itens foram realizadas na segunda e terceira subescalas. O Quadro 5 apresenta os itens em sua escrita original, as sugestões de alterações por parte dos peritos e as reformulações realizadas nos itens. No total, cinco itens sofreram modificações.

Quadro 5. Reformulação de itens de acordo com as sugestões dos juízes.

Item original	Sugestões dos Juízes	Item reformulado
25. Você belisca partes de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	J1: Você belisca seu corpo para ver o quanto de gordura você tem? J7: Você belisca partes de seu corpo para ver se está gordo (a)? J8: Você belisca partes do seu corpo para checar a gordura corporal?	Você belisca partes de seu corpo para ver se está gordo (a)?
41. Você faz muito exercício físico para ficar musculoso(a)?	J6 e J7: Substituir “musculoso” por “forte”.	Você faz muito exercício físico para ficar forte?
43. Você tenta perder peso comendo menos que o normal?	J4: Substituir “perder peso” por “emagrecer”. J4 e J8: Retirar a expressão “que o normal”	Você tenta emagrecer comendo menos?
44. Você se pesa frequentemente para controlar seu peso?	J4: Substituir “frequentemente” por “sempre”; Substituir “controlar” por “saber”	Você se pesa sempre para saber seu peso?
53. Você deixa de fazer algumas refeições para perder peso?	J4: Acrescentar exemplos para “refeições”. Sugestão: café da manhã, almoço ou jantar.	Você deixa de fazer refeições (por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar) para emagrecer?

Legenda: J = Juiz.

Fonte: A Autora (2017).

Por fim, os peritos julgaram a escala quanto à especificação dos fatores. As respostas dos peritos para cada item avaliado estão apresentadas no Anexo X. Ressalta-se que todos os itens

obtiveram a concordância de pelo menos 8 peritos. Sendo assim, a partir da análise de especialistas na área, todos os itens foram considerados adequados e pertencentes aos fatores propostos inicialmente, refletindo os conceitos envolvidos em cada um deles.

2.4.1.3 Considerações sobre o julgamento dos peritos

Nesta etapa, a EPCCI foi avaliada por peritos quanto ao título, formato, instruções, escore total, representatividade, redação e especificação por fatores. O instrumento manteve seu título, sigla, formato e cálculo do escore como originalmente desenvolvidos. Foram realizadas algumas modificações nas instruções ao pesquisador e ao participante. Ademais, quatro itens voltados para a preocupação com a magreza foram inseridos, 16 foram excluídos e 14 sofreram modificações na escrita. A nova versão da escala está composta por 41 itens, sendo 20 da subescala “Preocupação com aspectos específicos do corpo”, 8 da subescala “Preocupação com aspectos gerais do corpo” e 13 da subescala “Comportamentos relacionados ao corpo”. A segunda versão da EPCCI após o julgamento dos peritos encontra-se no Anexo XI e seguiu para o julgamento da população-alvo (pré-teste).

2.4.2 Julgamento do público-alvo (Pré-teste)

Após as modificações propostas pelos peritos, a nova versão da EPCCI foi submetida à avaliação da população-alvo. A realização da etapa do pré-teste é justificada devido à necessidade de identificar e eliminar problemas potenciais na escala, pelo ponto de vista das crianças. Não foi estipulado o número máximo de pré-testes que seriam concretizados. Optou-se pela realização de sucessivas coletas até que o questionário não precisasse de novas alterações (Malhotra, 2012). Assim, no total, foram necessários dois pré-testes, que serão descritos a seguir.

2.4.2.1 Métodos

Essa etapa caracteriza-se como uma abordagem qualitativa e descritiva. O pré-teste é realizado por meio da aplicação do questionário a um pequeno grupo de respondentes com características semelhantes à da população-alvo (Hair Júnior et al., 2009).

2.4.2.1.1 Participantes

Buscando manter a coerência com a população-alvo do questionário, participaram dos pré-testes crianças de ambos os sexos, alfabetizadas, com idade entre 6 e 11 anos. Elas deveriam estar matriculadas e frequentando regularmente às aulas na escola da rede municipal convidada (escola C) e entregar o TCLE específico para essa etapa assinado pelo responsável (ANEXO XII).

De acordo com alguns autores, em geral, o tamanho da amostra do pré-teste é pequeno (Coluci et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2013, 2010, 1998). Buscou-se atingir o número ideal de 10 crianças a cada nova coleta do pré-teste. Para isso, tendo em vista que a taxa de

retorno do TCLE assinado frequentemente é baixa, 20 crianças foram sorteadas, e levaram o TCLE para casa a fim de que se obtivesse o número desejado.

2.4.2.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora estabeleceu contato, por conveniência, com uma escola pública da rede municipal (escola C) da cidade de Juiz de Fora/MG. Tendo em vista a recomendação de que, no pré-teste, o questionário deve ser compreendido por indivíduos de estratos sociais mais baixos (Pasquali, 2013, 2010, 1998), essa escola foi selecionada por estar localizada em um bairro afastado da região central do município, com características de menor poder aquisitivo. Vale ressaltar que optou-se por não realizar essa etapa na mesma escola da etapa anterior (Grupo Focal). Considerou-se necessário a seleção de uma outra escola no sentido de evitar que uma mesma criança participasse de mais de um grupo, ou ainda que houvesse algum tipo de interferência ou contato entre as crianças da primeira para a segunda etapa da pesquisa.

Após a explanação dos objetivos e métodos desta etapa do estudo, a direção da escola C consentiu com a realização da pesquisa por escrito. Os alunos foram selecionados aleatoriamente, mantendo um equilíbrio entre os sexos e as idades. As crianças sorteadas levaram para casa o TCLE específico do pré-teste para que os responsáveis autorizassem a sua participação. Os TCLEs foram distribuídos com uma semana de antecedência da data de realização da coleta. A coordenação da escola se responsabilizou pelo recolhimento dos termos assinados ao longo da semana. Na véspera da data agendada, a pesquisadora responsável compareceu à escola para a conferência dos mesmos e para lembrar aos alunos que a entrevista aconteceria no dia seguinte.

As coletas de dados aconteceram durante o horário escolar, em sala disponibilizada pela escola. As crianças foram recrutadas individualmente e foi realizada uma breve explicação da pesquisa. O TALE específico dessa etapa (ANEXO XIII) foi lido, e as crianças assinaram consentindo a sua participação voluntária. Elas foram informadas que a entrevista seria gravada em áudio e que esse procedimento é normal neste tipo de pesquisa. As gravações foram realizadas através de um *smartphone* da marca *Samsung*, modelo A5. Foi dado o início a

entrevista, seguindo o formulário do primeiro pré-teste elaborado previamente (ANEXO XIV). Neste, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico simples para acesso a dados pessoais (idade, sexo, ano escolar e prática de atividade física). Em seguida, elas foram interrogadas sobre o significado do conjunto de símbolos utilizados como opções de resposta para a EPCCI. Assim, as crianças explicaram com suas próprias palavras o seu entendimento quanto ao conjunto de carinhas (☹, 😐 e ☺) e aos dois conjuntos de mãozinhas (👍, 👎 e 🤔) e (👍, 🙌 e 🙏). Quanto a esse último, elas ainda apontaram qual das duas opções de mãozinhas era a sua preferida. Logo após, realizou-se a análise protocolar e o *debriefing* segundo recomendações de Malhotra (2012), ou seja, as crianças responderam aos itens em voz alta, dando explicações para suas respostas e demonstrando o seu entendimento sobre o que estava sendo perguntado. A opção de fazer os dois processos simultaneamente para cada item justifica-se para que o procedimento não se tornasse extenso para a população-alvo. Além disso, elas ainda responderam sobre a dificuldade e o cansaço no preenchimento do instrumento. Por fim, foi realizada a avaliação antropométrica dos participantes de massa corporal e estatura. Vale ressaltar que todo o primeiro pré-teste foi realizado em forma de entrevista, com a pesquisadora lendo as questões para as crianças. Esse procedimento foi adotado com o intuito de verificar a compreensão das crianças em relação aos itens da EPCCI.

Após o primeiro pré-teste, a EPCCI sofreu modificações e considerou-se necessário a realização do segundo pré-teste. Este foi desenvolvido na mesma escola, tomando o cuidado de que aquelas crianças que participaram na etapa anterior, não seriam incluídas novamente neste momento. Foi elaborado um Formulário do Segundo Pré-teste (ANEXO XV) para direcionar o procedimento. As crianças responderam a um questionário sociodemográfico, e em seguida, deram a sua opinião a respeito dos significados dos termos: “forte”, “musculoso”, “aparência” e “imagem visual”. Logo após, deu-se início à análise protocolar e *debriefing*. Nesse segundo pré-teste, optou-se pela realização do procedimento de maneira autoaplicável, ou seja, as próprias crianças leram as questões e explicaram em voz alta. Após o preenchimento, a pesquisadora indagou aos participantes sobre os motivos para cada resposta, verificando se eles compreenderam aquilo que estavam respondendo. Assim como no primeiro pré-teste, as crianças apontaram sua dificuldade e cansaço no preenchimento da EPCCI e, além disso, tiveram suas medidas antropométricas aferidas. Ao fim dessa etapa, considerou-se que as modificações que

deveriam ser realizadas na escala eram mínimas e que não haveria a necessidade de um terceiro pré-teste.

2.4.2.1.3 Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu de duas maneiras. Inicialmente, foi calculada a frequência absoluta e relativa para os quesitos: dificuldade para responder às afirmativas, cansaço no preenchimento do instrumento, e qual o conjunto de imagens para as mãozinhas foi o preferido pelas crianças. No segundo momento, as respostas das crianças para cada item foram analisadas qualitativamente, levando em consideração a subjetividade da pesquisadora a respeito dos comportamentos das crianças durante a entrevista.

2.4.2.2 Resultados e Discussão

Ao todo, participaram do primeiro pré-teste 11 crianças, sendo seis meninas e cinco meninos. A média de idade dos participantes foi de 8,09 anos, com desvio padrão de 1,75 anos. A Tabela 2 apresenta os dados descritivos da amostra, em frequência absoluta e relativa para sexo, etnia, ano escolar e prática de atividade física; e de média e desvio padrão para a massa corporal, estatura e IMC.

Tabela 2. Dados descritivos da amostra do primeiro pré-teste.

Variável	Amostra	
	N	%
Sexo		
Feminino	6	54,5
Masculino	5	45,5
Ano escolar		
1º ano	3	27,3
2º ano	2	18,2
3º ano	3	27,3
4º ano	2	18,2
5º ano	1	9,0
Etnia		
Branca	5	45,5
Negra	2	18,2
Amarela	-	-
Parda	4	36,3
Indígena	-	-
Prática de atividade física		
Sim	3	27,3
Não	8	72,7
	M	DP
Massa corporal (kg)	32,4	7,43
Estatura (m)	1,33	0,12
IMC (kg/m ²)	18,10	2,68

Fonte: A Autora (2017).

Quanto à dificuldade das crianças para responder a EPCCI, cinco (45,5%) apontaram não sentir dificuldade, quatro (36,3%) sinalizaram que tiveram pouca dificuldade e duas (18,2%) relataram muita dificuldade ao realizar esta tarefa. Com relação ao cansaço no preenchimento do instrumento, sete (63,7%) mencionaram que não foi cansativo, duas (18,2%) avaliaram como

pouco cansativo e duas (18,2%) qualificaram a EPCCI como muito cansativa. Na percepção da pesquisadora, duas crianças eram muito tímidas, e estavam com vergonha de responder em voz alta. Uma criança tinha dificuldade de concentração e durante toda a entrevista ela se distraiu com muita facilidade. Além disso, algumas crianças apontaram dificuldades em perguntas específicas que serão analisadas separadamente. Após essa análise, espera-se que no segundo pré-teste a dificuldade e o cansaço das crianças em responder a EPCCI seja reduzido.

No que se refere ao entendimento das crianças com relação às figuras utilizadas como opções de resposta, todos os participantes demonstraram compreensão do significado das carinhas. Isso pode ser comprovado pelas falas a seguir: “Essa aqui é uma cara de feliz. Essa aqui tá rindo mais ou menos. E essa uma cara triste. (P20, ♀, 8 anos)”; “Esse alegria. Esse aqui eu não sei o nome... É mais ou menos, alegre e triste ao mesmo tempo. E esse aqui é a tristeza. (P26, ♂, 6 anos)”; “Feliz. Mais ou menos. Triste. (P27, ♂, 7 anos)”. Dessa forma, considerou-se adequado a manutenção do conjunto de carinhas sem quaisquer alterações.

Concernente aos dois conjuntos de mãozinhas apresentados para as crianças, observou-se que ambos foram compreendidos em sua maioria. As falas dos participantes a seguir retratam esse entendimento: “Eu acho que esse tá dizendo sim. Esse mais ou menos. E esse não. (P24, ♀, 10 anos)”; “Essa aqui é quando a pessoa mostra o beleza. Esse aqui é tudo bom e tudo ruim. E esse aqui é ruim. (P23, ♀, 6 anos)”. Entretanto, a partir das entrevistas, a impressão da pesquisadora foi que o uso de dois símbolos para expressar o “mais ou menos” em uma única opção de resposta causou certo desconforto às crianças: “Esse aqui é beleza, esse aqui é beleza, esse é não e não. Sim, sim, não, não. (P26, ♂, 6 anos)”; “Sim. Sim e não. Não (P28, ♂, 8 anos)”. Isso quer dizer que parece que algumas delas entenderam como se houvesse duas opções de resposta, ao invés de uma única para expressar o meio termo. Dessa forma, acredita-se que somente uma mãozinha com o polegar para o lado possa reduzir erros no entendimento da EPCCI.

Todavia, o conjunto de símbolos “  e ”, além de não ser fornecido pelo *Microsoft Office*, ainda foi confundido pelo participante 29 com um “soco”: “hum.. Beleza. Mais ou menos beleza. Um soco...não beleza. (P29, ♂, 9 anos)”. Tendo isso em vista, optou-se por manter os símbolos  e , fornecidos pela ferramenta universal de edição de texto, e rotacionar em 90°

esse símbolo, gerando uma nova imagem “”. Esse novo conjunto (,  e ) foi testado no segundo pré-teste.

Com relação aos 20 itens da primeira subescala da EPCCI “Preocupações com aspectos específicos do corpo”, foi observado que as crianças entenderam a qual aspecto corporal os itens se referiam, não necessitando de quaisquer alterações neles. Entretanto, muitas vezes, elas responderam ao item pensando na funcionalidade de cada parte corporal. As falas seguintes demonstram alguns exemplos: “Gosto [dos meus olhos]. Porque da pra ver as coisas. (P29, ♂, 9 anos)”;

“Gosto [do meu nariz] porque dá pra cheirar as coisas... Da pra respirar. (P26, ♂, 6 anos)”;

“Gosto [da minha orelha]. Porque tem como ouvir o que nos falam. (P24, ♀, 10 anos)”;

“Ah... Eu gosto [do bumbum] pra sair a comida...[risos] (P29, ♂, 9 anos); “Gosto [das minhas pernas]. Porque eu não quero ficar sem perna. Não quero ficar sem andar. (P21, ♀, 8 anos)”.

Tatangelo e Ricciardelli (2013) já haviam apontado, em seu estudo qualitativo, que ao perguntar aos meninos sobre a aparência física, eles estão mais focados nas habilidades ou capacidades. Dessa forma, a pesquisadora considerou necessário reforçar no enunciado da EPCCI a ideia de avaliar as partes corporais quanto à sua aparência. Assim, às instruções aos participantes foram alteradas para: “Gostaríamos de saber como você se sente em relação a aparência de algumas partes do seu corpo.”. Além disso, optou-se por uma alteração na ordem de apresentação dos itens, de modo que o “rosto” seja apresentado logo em seguida de “cabelo” já que nesta parte corporal, as crianças falaram mais da aparência e menos da funcionalidade quando comparado aos demais aspectos corporais. Assim, os itens iniciais da escala retratariam melhor essa ideia.

Acerca das subescalas “Preocupação com o corpo” e “Comportamentos relacionados ao corpo”, os itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 não apresentaram problemas quanto ao entendimento das crianças. Por isso, eles foram mantidos sem quaisquer modificações.

O item 4 (“Você belisca partes de seu corpo para ver está gordo(a)?”), embora as crianças tenham compreendido o significado de “beliscar” elas não associaram esse ato à checagem corporal. O entendimento delas esteve relacionado ao sentido que é comumente utilizado, ou seja, beliscar com o intuito de causar dor ou punição, podendo deixar marcas: “Mais ou menos... Mas assim... Eu não belisco muito não senão fica a marca. (P24, ♀, 10 anos)”;

“Não. Belisca é fazer assim. Eu não gosto porque doi. (P21, ♀, 8 anos)”. Considerando que a checagem corporal é um comportamento importante a ser avaliado, optou-se pela alteração do item da seguinte maneira:

“Você aperta partes de seu corpo para ver está gordo(a)?”. Este novo item foi testado no segundo pré-teste.

No caso do item 8 (“Você se preocupa em ter ‘dobrinhas’ em seu corpo?”), as crianças demonstraram dificuldade em saber o significado de “dobrinhas”. As seguintes falas demonstram essa situação: “Não. Isso se eu tiver dobrinhas no meu corpo eu não vou conseguir andar. E se der dobrinha debaixo do meus pés eu também não vou conseguir andar. (P26, ♂, 6 anos)”; “O que é dobrinhas? (P21, ♀, 8 anos)”; “Como assim? Na barriga? (P24, ♀, 10 anos)”. Tendo em vista que a preocupação com a gordura corporal já foi contemplada em outros itens, optou-se pela exclusão do mesmo.

Dois itens estão direcionados ao desejo e ao comportamento de “ser forte”. São eles: 11 “Você gostaria de ser mais forte?” e 13 “Você faz muito exercício físico para ficar forte?”. Em ambos os casos, parece que os participantes julgaram o “ser forte” no sentido literal de “ter força” e não relacionado à musculatura corporal. Isso pode ser exemplificado nas falas a seguir: “Um pouquinho forte. Mais ou menos. Porque se eu comer muito e ficar muito forte, eu vou conseguir levantar até essa escola. (P26, ♂, 6 anos)”; “Forte pra ser mais pesada? (P24, ♀, 10 anos)”. A fim de direcionar as crianças para o entendimento desejado com os itens, decidiu-se alterá-los para: “Você gostaria de ser mais musculoso(a) (por exemplo, ter barriga de ‘tanquinho’)?”; “Você faz muito exercício físico para ficar musculoso(a) (por exemplo, ter barriga de ‘tanquinho’)?”. No próximo pré-teste, a pesquisadora ficou atenta a estas questões.

Com relação ao item 14 (“Você tenta emagrecer comendo menos?”), verificou-se que o termo “dieta” surgiu da fala de algumas crianças para explicar o significado de “comendo menos”: “Uma vez eu tentei fazer dieta, mas eu não deixo de comer não. Se for pra eu emagrecer, eu tiro assim pão, macarrão, coisas gordurosas. Então mais ou menos. (P24, ♀, 10 anos)”. Dessa forma, for acreditar que o termo dieta esteja popularmente associado à restrição alimentar, e por considerá-lo de mais fácil entendimento para as crianças, este item foi modificado para: “Você tenta emagrecer fazendo dieta?”.

Após as modificações realizadas, a EPCCI foi submetida a um segundo pré-teste. Neste, participaram 10 crianças, sendo cinco meninas e cinco meninos (média de idade: 8,4 anos; desvio padrão: 1,64). A caracterização da amostra neste momento está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Dados descritivos da amostra do segundo pré-teste.

Variável	Amostra	
	N	%
Sexo		
Feminino	5	50
Masculino	5	50
Ano escolar		
1º ano	2	20
2º ano	2	20
3º ano	4	40
4º ano	-	-
5º ano	2	20
Etnia		
Branca	5	50
Negra	4	40
Amarela	-	-
Parda	1	10
Indígena	-	-
Prática de atividade física		
Sim	-	-
Não	10	100
	M	DP
Massa corporal (kg)	32,31	8,34
Estatutura (m)	1,37	0,11
IMC (kg/m ²)	16,82	2,80

Fonte: A Autora (2017).

Com relação à dificuldade e ao cansaço relatados pelas crianças no segundo pré-teste, quatro (40%) e sete (70%) consideraram “nada difícil” e “nada cansativo”, respectivamente, enquanto que seis (60%) apontaram “um pouco difícil” e três (30%), “um pouco cansativo”. Apesar de que os percentuais tenham melhorado em relação ao primeiro pré-teste, foram

observadas algumas questões que causaram dificuldades para as crianças. Em primeiro lugar, percebeu-se que as crianças mais novas, embora conseguissem ler aquilo que estava escrito, não interpretavam o contexto de cada item, especialmente na segunda e terceira subescalas. Bee e Boyd (2011), Papalia e Feldman (2013) e Shaffer e Kipp (2012) já haviam relatado que muitas crianças de seis anos ainda não aprenderam a interpretar construções gramaticais adequadamente. Dessa forma, o ciclo de alfabetização pode não ter se concretizado ainda nessa faixa etária. Sugere-se assim, que a nova escala seja aplicada apenas para as crianças a partir de 7 anos, mantendo-se o caráter de autorrelato.

Em segundo lugar, observou-se dificuldade das crianças na marcação das respostas nas tabelas. Algumas delas pularam linhas, e outras marcaram duas vezes o mesmo item. Parece que esse tipo de formato não é o ideal para esta faixa etária. Na tentativa de minimizar erros e facilitar a marcação por parte do público-alvo, optou-se por modificar a forma de apresentação da EPCCI, aumentando o espaçamento entre os itens.

Em terceiro lugar, parece que algumas questões pontuais podem ser facilitadas nas “Instruções ao participante”. A conjugação verbal utilizada anteriormente (“Gostaríamos”), assim como a palavra “legenda” causaram estranhamento na leitura. Além disso, considerou-se necessário enfatizar a questão da avaliação quanto à aparência corporal, tendo em vista que algumas crianças ainda responderam pensando na funcionalidade. Ademais, com relação às expressões “aparência” e “imagem visual”, a primeira foi entendida pela maioria das crianças, enquanto a segunda, por apenas três. Embora isso tenha ocorrido, considerou-se necessário trazer no enunciado um exemplo para reforçar a questão da aparência corporal. Sendo assim, o novo enunciado passou a ser:

Quadro 6. Novas instruções ao participantes após alteração no pré-teste.

Instruções ao participante
Responda como você se sente em relação à aparência de algumas partes do seu corpo. Imagine que você está em frente a um espelho e diga como se sente com o que está vendo. Pense em como cada parte é para você. Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente:  = Gosto;  = Gosto mais ou menos;  = Não Gosto Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

Fonte: A autora (2017).

Com relação ao entendimento das palavras “forte” e “musculoso”, observou-se que as crianças compreendem a primeira em seu sentido literal: “Forte é segurar muito peso (P32, ♀, 7 anos)”; “Forte é ser bravo... forte é inteligente (P35, ♂, 11 anos)”; “Forte é uma pessoa que defende os outros e ajuda os outros (P38, ♂, 10 anos)”. Já o termo “musculoso” foi compreendido no sentido esperado, relacionado à aparência muscular, ou seja, à quantidade de músculos: “É uma pessoa muito muito forte. Que malha todo dia e vai na academia todo dia. Não é a mesma coisa.... Porque o forte ajuda os outros defende os outros.. E o musculoso vai na academia todo dia (P38, ♂, 10 anos)”; “É ter muito músculo (P32, ♀, 7 anos)”. Sendo assim, em todos os itens, optou-se pela manutenção do termo “musculoso”.

Todos os itens da primeira subescala da EPCCI “Preocupações com aspectos específicos do corpo” foram entendidos pelas crianças, embora o caráter da funcionalidade tenha persistido para algumas delas. Para a segunda e a terceira subescalas, “Preocupação com o corpo” e “Comportamentos relacionados ao corpo”, não houve dificuldade com relação ao entendimento de itens específicos. Apenas em alguns itens o uso do artigo “a” entre parênteses nos adjetivos causou dúvida durante a leitura dos participantes. Com o intuito de sanar qualquer problema com relação ao gênero, decidiu-se por separar a apresentação da escala em duas versões. Assim, na versão para meninas, todos os adjetivos seguiram a conjugação para o feminino (magra, gorda, musculosa) e, da mesma forma, na versão para meninos, foram utilizados adjetivos no masculino (magro, gordo, musculoso).

Após as pequenas alterações realizadas, nenhum outro pré-teste foi realizado. Ressalta-se que, ao final da análise do segundo pré-teste, a EPCCI passou pela revisão de uma especialista em língua portuguesa. Essa correção teve como objetivo adequar os itens da escala às regras do idioma e evitar que a escala passasse para a próxima etapa com possíveis erros ortográficos. Com isso, as versões masculina e feminina da EPCCI foram aperfeiçoadas e estão representadas nos ANEXOS XVI e XVII, respectivamente. Essas versões foram as que seguiram para a próxima etapa: Análise empírica e Psicométrica dos dados.

2.4.2.3 Considerações sobre os pré-testes

Ao longo dos dois procedimentos de pré-teste realizados, a EPCCI foi reformulada. Alguns quesitos foram alterados para proporcionar um melhor entendimento da escala por parte do público-alvo. Dentre esses quesitos estão: o formato da escala, as instruções aos participantes, as opções de resposta das mãozinhas. Algumas modificações também foram realizadas na redação de itens específicos para sanar quaisquer dúvidas destacadas pelas crianças. Ressalta-se ainda que optou-se pela separação das versões para meninos e meninas, mantendo o conteúdo de todos os itens e alterando apenas a linguagem no masculino ou feminino, respectivamente. Após a conclusão dos pré-testes, a EPCCI está composta por 40 itens divididos em três fatores que são apresentados em duas partes. Na parte 1, o fator “Preocupação com aspectos específicos do corpo” corresponde aos itens 1 a 20. Já os fatores “Preocupação com o aspecto geral do corpo” (itens 3, 5, 7, 11, 15, 18, 19) e “Comportamentos relacionados ao corpo” (1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 20) compõem a segunda parte do instrumento.

Durante a Análise Teórica dos itens tanto os peritos quanto indivíduos da população-alvo expressaram suas opiniões sobre a EPCCI. Esses procedimentos proporcionaram conferir a validade de conteúdo à nova escala. Sendo assim, deu-se início à terceira etapa da pesquisa: a Análise Empírica e Psicométrica da EPCCI.

2.5 TERCEIRA E QUARTA ETAPAS: ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA DOS DADOS

2.5.1 Métodos

Esta etapa da pesquisa é caracterizada como quantitativa e transversal. As pesquisas quantitativas buscam traduzir as informações e opiniões em números, para então, classificá-las e analisá-las. Quanto ao corte temporal, pesquisas transversais caracterizam-se por avaliar como determinadas variáveis se comportam em um único momento (Thomas et al., 2012) e, por isso, obtém informações uma única vez a respeito dos participantes (Breakwell et al., 2010).

Nessa investigação, as análises visam obter informações sobre a validade e a confiabilidade da EPCCI, estimando tanto a qualidade de cada item separadamente, quanto do conjunto de itens como um todo (DeVellis, 2012).

2.5.1.1 Participantes

Para esta etapa, optou-se por realizar as análises separadamente entre os sexos. Isso justifica-se devido a diferenças na imagem corporal já demonstradas por pesquisadores renomados na área (Cash & Smolak, 2011; Thompson 2004). Além disso, estudos de validação recentes têm conduzido análises empíricas e psicométricas separadamente entre homens e mulheres, e têm encontrado algumas diferenças nas escalas em decorrência das especificidades de cada sexo (Schaefer et al., 2017; Rodgers et al., 2015).

Assim, foi adotado um cálculo amostral, separadamente por sexo, seguindo as recomendações de alguns autores (DeVellis, 2012; Hair Júnior et al., 2009; Morgado et al., 2017; Pasquali, 2010) os quais estipulam que, para a adequada análise das qualidades psicométricas, é necessária uma amostra mínima de 05 participantes por item para a análise fatorial exploratória e outros 10, para a análise fatorial confirmatória, totalizando 15 indivíduos para cada item da escala

que se deseja avaliar. Como a versão desenvolvida da EPCCI é composta por um total de 40 itens, considerou-se uma amostra de 600 meninas e 600 meninos como o ideal a ser atingido nesta investigação.

Foram adotados os mesmos critérios de inclusão e exclusão das etapas anteriores da pesquisa. Ressalta-se ainda que as escolas participantes das etapas 1 e 2 não foram consideradas na etapa 3 para que a mesma criança não participasse em mais de um momento.

Com o intuito de obter uma maior diversidade amostral, os participantes foram selecionados a partir de diferentes escolas das cinco regiões Brasil. Com isso, buscou-se atingir uma maior heterogeneidade geográfica, cultural e econômica. A seleção das escolas foi realizada por conveniência, estabelecendo parcerias com professores e/ou pesquisadores atuantes em diferentes cidades.

2.5.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Em todas as cidades participantes da pesquisa, buscou-se adotar os mesmos procedimentos para que houvesse padronização entre as mesmas. Inicialmente, foi estabelecido contato com professores e/ou pesquisadores parceiros do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC) atuantes em diferentes escolas e regiões. Os objetivos e procedimentos da pesquisa foram explicados a eles e foi disponibilizado um resumo do projeto endereçado às escolas (ANEXO XVIII). Em seguida, estes colaboradores entraram em contato com as direções das escolas para solicitar autorização para a realização da pesquisa.

Após o consentimento destas, foram agendados os melhores dias e horários para as coletas de dados, de acordo com o calendário escolar e de atividades de cada instituição de ensino. Os pesquisadores receberam, então, todo o material para a coleta: TCLE dos responsáveis específico para esta etapa (ANEXO XIX), conjunto de questionários, conjunto de escala de silhuetas, balança e estadiômetro (quando solicitado), além de uma carta com as instruções para a padronização das coletas (ANEXO XX).

Alguns dias antes da data previamente agendada para a coleta, os pesquisadores, com o auxílio da direção das escolas, entregaram o TCLE para as crianças e foi solicitado que elas

retornassem, no dia seguinte, com o mesmo assinado pelos pais e/ou responsáveis. Nesta ocasião, foi explicado que haveria uma pesquisa na escola, e que todos só poderiam participar mediante a entrega do TCLE assinado. Até o presente momento, a taxa de retorno dos TCLEs assinados pelos responsáveis, concordando com a participação das crianças tem sido de aproximadamente, 80%.

No momento da coleta propriamente dita, foi explicado às crianças que elas responderiam algumas perguntas com o objetivo de conhecer seus sentimentos com relação ao corpo. Além disso, foi dito a elas que todos os itens não têm respostas certas ou erradas, e por isso, elas deveriam responder ao seu formulário de forma individual, sem pedir a opinião do colega. Após a explicação inicial, as crianças assinaram o TALE específico da etapa 3 (ANEXO XXI). Na sequência, os participantes responderam, individualmente, aos instrumentos de coleta. À medida que terminavam, as crianças eram encaminhadas a um local reservado, para a aferição das medidas antropométricas (massa corporal e estatura) e para a escolha das escalas de silhuetas que melhor representavam seu corpo atual e ideal. Destaca-se que a coleta de dados foi realizada nas próprias salas de aula, com as crianças sentadas em suas carteiras, utilizando seu próprio material escolar. A duração da coleta foi de aproximadamente 1 hora aula (50 min), estendendo-se por mais uma aula, caso houvesse necessidade.

2.5.1.3 Instrumentos

Um questionário sociodemográfico foi desenvolvido pela pesquisadora responsável (ANEXO XXII) com o intuito de acessar dados pessoais dos participantes. Nesse, constavam perguntas diretas a fim de avaliar: idade; escolaridade; escola e cidade de origem; prática de atividade física e frequência semanal; além de duas perguntas diretas sobre satisfação e preocupação com o corpo.

Além da EPCCI, em suas versões masculina e feminina, foram aplicados outros instrumentos no momento da coleta de dados. O *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4Revised* (SATAQ-4R) avalia a internalização dos ideais de aparência e pressões para alcançar o ideal social (proveniente principalmente da mídia, de pais, amigos e pessoas

próximas). O instrumento foi desenvolvido recentemente por Schaefer et al. (2017) em populações de meninas adolescentes e universitários de ambos os sexos. O instrumento teve suas características psicométricas testadas recentemente em meninos e meninas brasileiras por Neves, Meireles, Morgado, Amaral e Ferreira (submetido) e mostrou ser uma ferramenta com adequados ajustes psicométricos para estes públicos.

Assim, o SATAQ-4R-Male (ANEXO XXIII) e o SATAQ-4R-Female (ANEXO XXIV) contam com 22 e 25 itens, respectivamente. Os participantes assinalam o quanto concordam com as afirmativas em três opções de resposta: 🙅 = Não (1 ponto); 🙄 = Às vezes (2 pontos); 👍 = Sim (3 pontos). As cinco subescalas do SATAQ-4R-Female são: 1) Internalização: magreza; 2) Internalização: muscularidade; 3) Internalização: aparência física; 4) Pressão: amigos/outras pessoas significantes; 5) Pressão pela mídia. Já para os meninos, as subescalas são: 1) Internalização: magreza; 2) Internalização: muscularidade; 3) Internalização: aparência física; 4) Pressão: família/amigos/outras pessoas significantes; 5) Pressão pela mídia.

A Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras (ESCB) foi utilizada para avaliar a insatisfação corporal dos participantes. Esse instrumento será utilizado para verificar a validade convergente da EPCCI. A escolha desse instrumento justifica-se por ser o único instrumento desenvolvido no Brasil e válido para a avaliação da imagem corporal de crianças entre 7 e 12 anos (Kakeshita et al., 2009). A escala é composta por 11 figuras, confeccionadas em cartões individuais com representação da figura humana para meninos e outras 11 figuras para meninas. As imagens da representação deste instrumento estão no Anexo XXV. O IMC de cada imagem varia 1,7 kg/m² a cada cartão, com o mínimo de 12 kg/m² e máximo de 29 kg/m². Apresentada a escala para as crianças, foi perguntado: “Qual figura representa o seu corpo atual?” e “Qual figura representa o corpo que você gostaria de ter?” A insatisfação corporal é calculada por meio da diferença entre a silhueta escolhida como representativa do corpo real e a escolhida para representar o corpo ideal. Quanto maior a discrepância, maior o nível de insatisfação, sendo que valores positivos indicam o desejo de diminuir a silhueta corporal, enquanto valores negativos, aumentá-la. No estudo de validação da escala (Kakeshita et al., 2009), indicadores da validade da escala foram verificados pela correlação entre o índice de massa corporal (IMC) real (mensurado) e IMC percebido como atual (silhueta escolhida como atual), obtendo correlação ($r = 0,61$, $p < 0,01$). A reprodutibilidade da escala foi averiguada por meio da metodologia de teste-reteste.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as silhuetas escolhidas como atual quando comparados os dois momentos (teste e reteste), evidenciando a fidedignidade da escala.

Além disso, foram coletados dados antropométricos (massa corporal e estatura) para o cálculo do IMC. As classificações do IMC seguiram as recomendações para a idade, de acordo com a World Health Organization (Onis et al., 2007), classificando a criança em: baixo peso, peso normal, sobrepeso e obeso.

2.5.1.4 Análise dos dados

Análise dos dados foi conduzida em três etapas: 1) análise descritiva; 2) análise empírica; e 3) análise psicométrica. Na análise descritiva, apresentou-se a distribuição dos participantes por região do Brasil, bem como as frequências absoluta e relativa da idade, ano escolar, prática de atividade física, tipo e localização das escolas e caracterização da renda das famílias.

Para a análise empírica, foram verificadas as médias, desvios padrões, frequências relativas para cada item individualmente. Além disso, os itens foram julgados quanto a: correlação entre os itens, correlação item-escore total e variância (Morgado et al., 2014; Pasquali, 2013).

A análise psicométrica consistiu na verificação de indicadores de validade e confiabilidade da EPCCI. Quanto a validade de conteúdo, destaca-se que a mesma já foi avaliada na etapa 2 através a opinião dos peritos e público alvo. A validade de construto foi testada tanto internamente quanto externamente. As análises fatoriais exploratória e confirmatória foram utilizadas para testar a validade de construto interna. A primeira busca explorar ou fornecer informações sobre o número de fatores necessários para a melhor representação dos dados; já a segunda tem o objetivo de confirmar ou rejeitar uma teoria (Morgado et al., 2014). As correlações do novo instrumento com o IMC, SATAQ-4R, ESCB, e com as duas perguntas diretas realizadas, foram realizadas para a análise da estrutura externa. Além disso, a confiabilidade do novo instrumento foi testada através do cálculo da consistência interna (coeficiente alpha de Cronbach). Vale ressaltar que, para este foi considerado adequado valor acima de 0,60 (Malhotra, 2012).

Em todos os casos o nível de significância foi de $p < .05$. Os softwares utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na sua versão 19.0 e o *Lisrel* versão 8.51.

2.5.2 Resultados

2.5.2.1 Dados Descritivos

Participaram do presente estudo 1238 crianças. No entanto, 70 foram excluídas por terem deixado algum dado incompleto. Assim, a amostra total do presente estudo foi composta por 1168 crianças com idade entre 7 e 11 anos, sendo 597 meninos (Média de idade=9,32; DP=1,24) e 571 meninas (Média de idade=9,17; DP=1,23). Cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), 6 estados, distrito federal e 16 cidades foram contemplados. A Tabela 4 sintetiza os locais em que as coletas foram realizadas, bem como a frequência absoluta e relativa de participantes por estado brasileiro, tanto para a amostra total, quanto por sexo.

Tabela 4. Distribuição dos participantes da pesquisa por locais de coleta de dados.

Região	Estado	Amostra total		Meninas		Meninos	
		N	%	N	%	N	%
Sudeste	Rio de Janeiro	165	14,1	68	11,9	97	16,2
	Minas Gerais	433	37,0	230	40,3	203	34,0
Sul	Santa Catarina	199	17,1	100	17,5	99	16,6
Nordeste	Rio Grande do Norte	54	4,6	26	4,6	28	4,7
	Ceará	119	10,2	50	8,8	69	11,6
Norte	Rondônia	105	9,0	54	9,4	51	8,5
Centro-Oeste	Distrito Federal	93	8,0	43	7,5	50	8,4
TOTAL		1168	100	571	100	597	100

Legenda: n= valor absoluto; %= valor relativo.

Fonte: A autora (2017).

A Tabela 5, apresenta os dados descritivos iniciais dos participantes da pesquisa. Ressalta-se que entre a idade, ano escolar e caracterização da renda das famílias observou-se uma distribuição equilibrada entre os participantes do presente estudo. Com relação à prática de atividade física, a maioria (74,5%) relatou estar engajado em algum tipo de atividade regular. Dentre algumas das atividades mais apontadas pelas crianças, estão: futebol, natação, ballet e lutas. Concernente à classificação do IMC, 64,0% das crianças foram consideradas eutróficas. Além disso, observou-se uma maior parte das crianças que estudavam em escolas estaduais (45,5%) e afastadas do centro da cidade (44,6%).

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa da idade, ano escolar, sexo e prática de atividade física das crianças.

		Amostra total		Meninas		Meninos	
		N	%	N	%	N	%
Idade							
	7	108	9,2	55	9,6	53	8,9
	8	244	20,9	132	23,1	112	18,8
	9	281	24,1	141	24,7	140	23,5
	10	318	27,2	146	25,6	172	28,8
	11	217	18,6	97	17,0	120	20,0
Ano escolar							
	2º ano	184	15,8	97	17,0	87	14,6
	3º ano	265	22,7	135	23,6	130	21,8
	4º ano	420	36,0	202	35,4	218	36,5
	5º ano	299	25,5	137	24,0	162	27,1
Prática de atividade física							
	Sim	870	74,5	402	70,4	468	78,4
	Não	298	25,5	169	29,6	129	21,6
Classificação do IMC							
	Baixo peso	85	7,3	38	6,7	47	7,9
	Adequado	747	64,0	377	66,0	370	62,0
	Sobrepeso	150	12,8	83	14,5	67	11,2

	Obesidade	186	15,9	73	12,8	113	18,9
Tipo de escola							
	Particular	319	27,3	153	26,8	166	27,8
	Municipal	318	27,2	150	26,3	168	28,1
	Estadual	531	45,5	268	46,9	263	44,1
Localização da escola							
	Central	432	37,0	211	37,0	221	37,0
	Próxima ao centro	215	18,4	89	15,6	126	21,1
	Afastada do centro	521	44,6	271	47,5	250	41,9
Caracterização da renda das famílias							
	Classe alta	-	-	-	-	-	-
	Classe média/alta	219	18,8	106	18,6	113	18,9
	Classe média	289	24,7	148	25,9	141	23,6
	Classe média/baixa	312	26,7	132	23,1	180	30,2
	Classe baixa	348	29,8	185	32,2	163	27,3

Legenda: n= valor absoluto da amostra; %= valor relativo da amostra; IMC= Índice de Massa Corporal

Fonte: A autora (2017).

Na sequência, serão apresentadas os resultados das análises empírica e psicométrica separadamente para meninos e meninas. Acredita-se que a condução das análises em separado possibilita verificar as características particulares de ambos os sexos, já que a escala poderia se comportar de maneira diferente devido às especificidades de cada sexo.

2.5.2.2 Resultados da amostra de meninas

2.5.2.2.1 Análise Empírica dos dados da amostra de meninas

Nesta etapa, objetivou-se avaliar a distribuição de resposta individual, variância, média, mediana e desvio-padrão de cada um dos 40 itens da EPCCI entre as meninas (n = 571). Os parâmetros de referência levam em consideração cinco opções de resposta em escala Likert, sendo que a média de escores deve ser entre 1,5 e 4,5 e a variância idealmente acima de 0,7 (Pasquali, 2010). Tendo em vista que a escala proposta para crianças apresenta três opções de resposta, utilizou-se como parâmetro valores proporcionais aos indicados: média de escores entre 0,9 e 2,7 e variância idealmente acima de 0,42. Assim, os itens que apresentaram valores fora destes parâmetros foram analisados com cautela na próxima etapa, sendo considerados possíveis candidatos à eliminação. A Tabela 6 apresenta a análise descritiva das respostas das meninas. É possível observar que todos os itens apresentaram médias consideradas adequadas. Entretanto, alguns problemas de variância foram identificados e esses itens foram analisados com cautela na próxima etapa.

Tabela 6. Análise empírica das respostas das meninas.

Item	Respostas (%) ¹			Variância	Média	Mediana	DP
	1 😊	2 😐	3 😞				
1. Cabelos	83,5	12,6	3,9	0,239	1,20	1,0	0,49
2. Rosto	79,0	18,7	2,3	0,225	1,23	1,0	0,47
3. Testa	63,9	28,0	8,1	0,408	1,44	1,0	0,64
4. Olhos	90,2	6,1	3,7	0,191	1,13	1,0	0,44
5. Nariz	68,7	23,1	8,2	0,404	1,39	1,0	0,64
6. Bochechas	84,9	10,7	4,4	0,245	1,19	1,0	0,49
7. Orelhas	71,8	20,8	7,4	0,377	1,35	1,0	0,61
8. Boca	90,5	6,7	2,8	0,164	1,12	1,0	0,40
9. Dentes	57,8	30,3	11,9	0,487	1,54	1,0	0,70
10. Cor da Pele	91,4	6,5	2,1	0,138	1,10	1,0	0,37
11. Braço	81,3	14,2	4,6	0,270	1,23	1,0	0,52
12. Peito	74,3	20,8	4,9	0,311	1,31	1,0	0,56
13. Cintura	75,8	16,5	7,7	0,372	1,32	1,0	0,61
14. Barriga	56,7	24,3	18,9	0,615	1,62	1,0	0,78
15. Bumbum	75,3	18,9	5,8	0,328	1,30	1,0	0,57
16. Pernas	76,9	17,9	5,3	0,309	1,28	1,0	0,56
17. Joelhos	64,4	26,8	8,8	0,423	1,44	1,0	0,65
18. Pés	69,4	21,4	9,3	0,426	1,40	1,0	0,65
19. Peso	58,8	24,5	16,6	0,578	1,58	1,0	0,76
20. Altura	79,7	13,8	6,5	0,326	1,27	1,0	0,57
Item	Respostas (%) ²			Variância	Média	Mediana	DP
	1 👉	2 👉👉	3 👉👉👉				

21. Você compara seu corpo com o de outras crianças?	62,5	21,5	15,9	0,569	1,53	1,0	0,75
22. Você usa roupas que fazem você parecer mais gorda?	74,6	16,6	8,8	0,401	1,34	1,0	0,63
23. Você gostaria de ser mais magra?	43,3	12,6	44,0	0,875	2,00	2,0	0,94
24. Você aperta partes de seu corpo para ver se está gorda?	62,9	15,9	21,1	0,668	1,58	1,0	0,82
25. Você gostaria de ser mais musculosa, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?	53,2	14,2	32,6	0,817	1,79	1,0	0,90
26. Para emagrecer, você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas, por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita?	52,7	21,9	25,4	0,708	1,72	1,0	0,84
27. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?	37,5	19,8	42,7	0,801	2,05	2,0	0,89
28. Você usa roupas que fazem você parecer mais magra?	35,0	22,4	42,6	0,772	2,07	2,0	0,88
29. Você deixa de comer com medo de engordar?	65,8	17,9	16,3	0,577	1,50	1,0	0,76
30. Você fica muito tempo se olhando no espelho?	36,1	25,7	38,2	0,743	2,02	2,0	0,86
31. Você tem medo de ficar gorda?	26,8	15,9	57,3	0,749	2,30	3,0	0,87
32. Você faz muito exercício físico para ficar musculosa, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?	56,0	25,2	18,7	0,610	1,63	1,0	0,78
33. Você tenta emagrecer fazendo dieta?	57,3	21,0	21,7	0,665	1,64	1,0	0,81
34. Você se pesa sempre para saber o seu peso?	31,3	34,7	34,0	0,654	2,03	2,0	0,81
35. Você gosta de seu corpo como ele é?	13,5	18,6	67,3	0,521	2,54	3,0	0,72
36. Você faz muito exercício físico para emagrecer?	51,1	28,4	20,5	0,623	1,69	1,0	0,79
37. Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?	76,9	15,8	7,4	0,360	1,30	1,0	0,60
38. Você gostaria de ser mais gorda?	86,5	8,9	4,6	0,239	1,18	1,0	0,49
39. Você tem medo de ficar muito magra?	42,7	21,2	36,1	0,785	1,93	2,0	0,89
40. Você come mais do que tem vontade para engordar?	73,2	18,0	8,8	0,405	1,36	1,0	0,64

Legenda: Respostas¹: 1 = Gosto; 2 = Gosto mais ou menos; 3 = Não Gosto; DP: Desvio padrão;
Respostas²: 1 = Não; 2 = Às vezes; 3 = Sim.

Fonte: A autora (2017).

Em seguida, calculou-se a correlação item-escore total (valor ideal entre 0,3 e 0,7), correlação entre os itens (valor ideal acima de 0,20) e a confiabilidade medida através do alfa de

Cronbach de cada subescala (valor ideal) acima de 0,6. Na Tabela 7, é possível verificar estes indicadores detalhadamente. Percebe-se que os itens 10, 20, 22, 25, 26, 28, 32, 34, 38, 39 e 40 apresentaram valores de correlação item-escore total insuficientes. Além disso, a correlação média entre os itens e o alfa de Cronbach da subescala “Preocupação com aspectos gerais do corpo” foram abaixo do valor ideal. A subescala “Comportamentos relacionados ao corpo” também apresentou valor inadequado de correlação média entre os itens. A partir desses achados, é possível que os fatores inicialmente hipotetizados não se confirmem empiricamente. As análises seguintes verificarão essa possibilidade.

Tabela 7. Análise empírica dos itens para a EPCCI-F.

Fator	Item	Correlação item-escore total	Correlação média entre os itens	Alfa de Cronbach
Preocupação com aspectos específicos do corpo	1	0,330	0,258	0,871
	2	0,384		
	3	0,360		
	4	0,302		
	5	0,386		
	6	0,399		
	7	0,344		
	8	0,380		
	9	0,358		
	10	0,294		
	11	0,386		
	12	0,333		
	13	0,487		
	14	0,572		
	15	0,317		
	16	0,362		
	17	0,426		
	18	0,365		
	19	0,485		
	20	0,275		

	23	0,436		
	25	0,265		
Preocupação com	27	0,495		
aspectos gerais do	31	0,378	0,088	0,457
corpo	35	0,448		
	38	0,012		
	39	-0,083		
	21	0,307		
	22	0,292		
	24	0,372		
	26	0,264		
	28	0,245		
Comportamentos	29	0,385		
relacionados ao	30	0,301	0,167	0,725
corpo	32	0,274		
	33	0,398		
	34	0,148		
	36	0,346		
	37	0,318		
	40	0,134		

Fonte: A autora (2017).

2.5.2.2.2 Análise Psicométrica dos dados da amostra de meninas

A) Análise Fatorial Exploratória (AFE) – meninas

Inicialmente, conduziu-se a AFE com uma amostra aleatória de 286 crianças (aproximadamente sete crianças por item). Essa amostra foi selecionada no banco de dados do total dos participantes.

Para a AFE, o modelo que apresentou melhor ajuste foi o de extração através do método “Principais componentes” e de rotação Varimax. Para tanto, foram realizadas 10 rodadas a fim de chegar ao resultado mais ajustado aos parâmetros de referência. Todo o percurso da AFE, incluindo as exclusões realizadas em cada uma das rodadas, encontra-se no Anexo XXVI.

A Tabela 8 apresenta os valores de referência utilizados para esta análise, bem como os valores encontrados no modelo final para a presente amostra.

Tabela 8. Valores de referência e valores encontrados para AFE-meninas.

Índices	Valores de referência ¹	Modelo final
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin	> 0,6	0,829
Esfericidade de Bartlett	$p \leq 0,05$	0,0001
KMO individual	> 0,6	Mínimo = 0,652 Máximo = 0,872
Comunalidades	> 0,5	Mínimo = 0,545 Máximo = 0,756
Carga fatorial	> 0,5	Mínimo = 0,536 Máximo = 0,855

Fonte: ¹: Hair et al. (2009).

O Quadro 7 e as Tabelas 9, 10 e 11 apresentam os Testes de KMO e Bartlett, o KMO individual dos itens, as comunalidades dos itens e as cargas fatoriais de cada item, respectivamente, da última rodada.

Quadro 7. Teste de KMO e Bartlett para a amostra feminina – última rodada.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,829
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	1315,535
	Gl	136
	p	0,0001

Legenda: gl = grau de liberdade.

Fonte: SPSS versão 19.0

Tabela 9. KMO individual dos itens para a amostra feminina – última rodada.

		Matrizes anti-imagem ^a																
		AA3	AA5	AA7	AA8	AA12	AA13	AA14	AA15	AA19	AA23	AA25	AA27	AA31	AA32	AA33	AA35	AA36
Correlação anti- imagem	AA3	0,796^b	-0,223	-0,269	0,021	-0,007	0,043	-0,017	-0,051	-0,064	0,015	-0,116	-0,028	0,023	-0,024	0,066	-0,029	0,044
	AA5	-0,223	0,867^b	-0,206	-0,131	-0,064	0,067	-0,105	-0,093	-0,052	-0,012	0,013	-0,040	-0,041	0,023	-0,022	0,032	0,011
	AA7	-0,269	-0,206	0,839^b	-0,178	-0,083	-0,078	-0,025	-0,109	0,016	-0,026	0,094	0,066	-0,059	-0,011	0,019	-0,061	-0,027
	AA8	0,021	-0,131	-0,178	0,818^b	-0,057	-0,171	-0,035	-0,248	0,079	-0,001	-0,004	0,107	0,026	-0,107	-0,073	-0,109	0,026
	AA12	-0,007	-0,064	-0,083	-0,057	0,850^b	-0,120	-0,066	-0,248	-0,091	0,025	0,019	-0,069	-0,004	-0,030	-0,014	0,137	0,040
	AA13	0,043	0,067	-0,078	-0,171	-0,120	0,880^b	-0,221	-0,014	-0,158	0,033	0,029	-0,079	-0,006	-0,055	-0,059	-0,131	0,049
	AA14	-0,017	-0,105	-0,025	-0,035	-0,066	-0,221	0,870^b	-0,042	-0,348	-0,128	-0,065	-0,080	-0,078	0,043	0,040	-0,189	-0,057
	AA15	-0,051	-0,093	-0,109	-0,248	-0,248	-0,014	-0,042	0,814^b	-0,038	0,019	0,017	-0,069	0,037	-0,015	0,029	0,121	0,045
	AA19	-0,064	-0,052	0,016	0,079	-0,091	-0,158	-0,348	-0,038	0,853^b	-0,079	0,059	-4,909E-005	-0,017	-0,039	-0,051	-0,190	0,085
	AA23	0,015	-0,012	-0,026	-0,001	0,025	0,033	-0,128	0,019	-0,079	0,873^b	-0,083	-0,131	-0,193	0,042	-0,280	-0,065	-0,167
	AA25	-0,116	0,013	0,094	-0,004	0,019	0,029	-0,065	0,017	0,059	-0,083	0,673^b	-0,102	-0,053	-0,419	0,006	-0,004	0,050
	AA27	-0,028	-0,040	0,066	0,107	-0,069	-0,079	-0,080	-0,069	-4,909E-005	-0,131	-0,102	0,853^b	-0,330	0,018	-0,110	-0,039	-0,041
	AA31	0,023	-0,041	-0,059	0,026	-0,004	-0,006	-0,078	0,037	-0,017	-0,193	-0,053	-0,330	0,844^b	0,073	-0,042	0,054	-0,083
	AA32	-0,024	0,023	-0,011	-0,107	-0,030	-0,055	0,043	-0,015	-0,039	0,042	-0,419	0,018	0,073	0,652^b	-0,008	-0,006	-0,355
	AA33	0,066	-0,022	0,019	-0,073	-0,014	-0,059	0,040	0,029	-0,051	-0,280	0,006	-0,110	-0,042	-0,008	0,833^b	0,016	-0,305
	AA35	-0,029	0,032	-0,061	-0,109	0,137	-0,131	-0,189	0,121	-0,190	-0,065	-0,004	-0,039	0,054	-0,006	0,016	0,846^b	-0,070
AA36	0,044	0,011	-0,027	0,026	0,040	0,049	-0,057	0,045	0,085	-0,167	0,050	-0,041	-0,083	-0,355	-0,305	-0,070	0,766^b	

a. GRUPO12 = 1,00

b. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Fonte: SPSS versão 19.0

Tabela 10. Comunalidades dos itens para a amostra feminina – última rodada.

	Inicial	Extração
AA3	1,000	0,718
AA5	1,000	0,573
AA7	1,000	0,545
AA8	1,000	0,559
AA12	1,000	0,549
AA13	1,000	0,609
AA14	1,000	0,678
AA15	1,000	0,618
AA19	1,000	0,623
AA23	1,000	0,613
AA25	1,000	0,569
AA27	1,000	0,577
AA31	1,000	0,621
AA32	1,000	0,756
AA33	1,000	0,557
AA35	1,000	0,659
AA36	1,000	0,579

Fonte: SPSS versão 19.0

Tabela 11. Cargas fatoriais de cada item na AFE para a amostra feminina – última rodada.

	Fator				
	1	2	3	4	5
AA3	0,833				
AA5	0,650				
AA7	0,577				
AA8		0,650			
AA12		0,710			
AA13			0,664		
AA14			0,697		
AA15		0,753			
AA19			0,724		
AA23				0,716	
AA25					0,711
AA27				0,732	
AA31				0,767	
AA32					0,855
AA33				0,649	
AA35			0,781		
AA36					0,536

Fonte: SPSS versão 19.0

Dessa forma, a partir da AFE, foram eliminados 23 itens e o modelo de melhor ajuste foi composto por 17 itens divididos em cinco fatores: Fator 1 (3, 5 e 7), Fator 2 (8, 12 e 15), Fator 3 (13, 14, 19 e 35), Fator 4 (23, 27, 31 e 33) e Fator 5 (25, 32 e 36). Após a leitura dos itens de acordo com o agrupado proposto da AFE, identificou-se que o item 35 (Você gosta do seu corpo como ele é?) foi alocado em um fator composto apenas por áreas corporais. Buscando um melhor ajuste teórico do modelo, optou-se por testar na AFC o seu posicionamento no Fator 4. Figueiredo Filho e Silva Junior (2010) apontam que, na AFC, é prudente o pesquisador se embasar na perspectiva teórica para justificar a inclusão ou exclusão de variáveis na análise.

Dessa forma, esse foi o modelo testado na Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

B) Análise Fatorial Confirmatória (AFC) – meninas

Após os resultados da AFE, buscou-se verificar a validade do modelo proposto através da AFC. Segundo recomendações de Pasquali (2010), são necessários pelo menos 10 participantes por item para a realização dessa análise. Como a AFE apontou uma estrutura de cinco fatores com 17 itens, uma amostra mínima seria de 170 crianças. Foram incluídas 285 crianças para a condução dessa análise. Todas elas foram distintas daquelas que participaram da AFE, totalizando aproximadamente 16 crianças por item.

Considerando que os dados da presente pesquisa não são aderentes à distribuição normal, utilizou-se o método *Unweighted Least Squares* (ULS) para a mensuração do ajuste geral do modelo. Ademais, conforme apontam Hair Júnior et al. (2009), o método ULS tem sido usualmente empregado na análise de dados não paramétricos e, por esse motivo, foi utilizado neste estudo.

A Tabela 12 apresenta os valores de referência utilizados no percurso da AFC para o ajuste geral do modelo, bem como aqueles encontrados na presente análise. Observa-se que todos os valores foram considerados adequados, apontando os primeiros indícios de que o modelo de cinco fatores e 17 itens, sugerido na AFE, pode guardar relação com a realidade dos dados.

Tabela 12. Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a EPCCI-F.

Índices de ajuste absoluto ou incremental	Valores referência¹	Valores encontrados
X^2/GL – Qui-quadrado normado	Ideal <3	2,48
RMSEA - Raiz do erro quadrático médio de aproximação	< 0,08	0,072
GFI – Índice de qualidade de ajuste	> 0,90	0,955
AGFI – Índice ajustado de qualidade do ajuste	> 0,90	0,937
NFI – Índice de ajuste normado	> 0,90	0,900
NNFI – Índice de ajuste não normado	> 0,90	0,940
CFI – Índice de ajuste comparativo	> 0,90	0,952

¹**Fonte:** Hair Júnior et al. (2009).

Após o ajustamento do modelo, os resíduos normalizados dos construtos foram verificados como uma medida da unidimensionalidade da escala. De acordo com Hair Júnior et al. (2009), resíduos abaixo de 2,58 são considerados adequados. Verificou-se que o resíduo positivo mais alto foi de 4,0 entre os itens 33 e 36, e o maior resíduo negativo foi entre 25 e 36 (-4,4). No entanto, todos os demais parâmetros encontrados estiveram dentro dos limites ideais e, por isso, o modelo foi considerado adequado. A Figura 6 demonstra graficamente a distribuição desses resíduos.

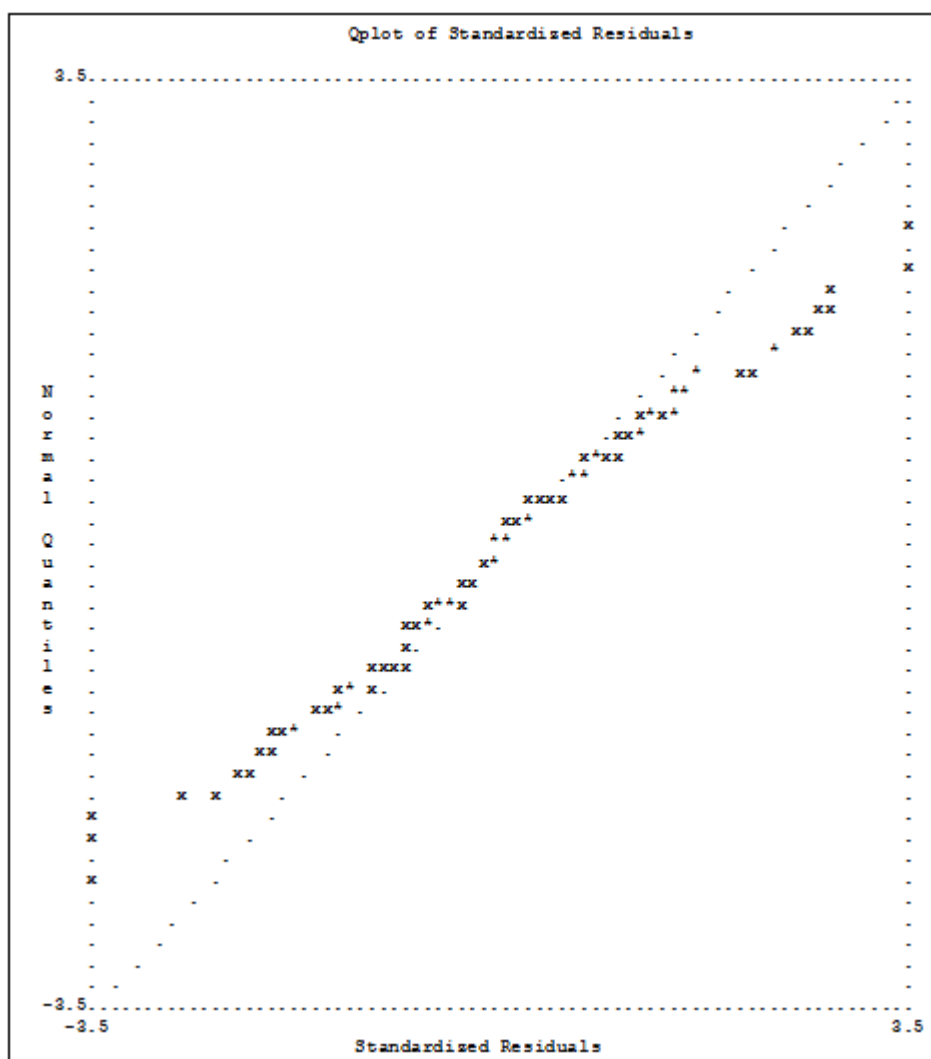


Figura 6. Resíduos padronizados do modelo ajustado para meninas.

Fonte: LISREL[®] 8,51

Além disso, foram verificadas as cargas fatoriais como um primeiro indicador da validade convergente, sendo que cargas altas sobre um fator indicam que as mesmas

convergem para um ponto comum, confirmando, de fato, que os itens são indicadores de um construto específico (Hair Júnior et al., 2009). Na AFC, o valor mínimo ideal para as cargas fatoriais é de 0,3 (Hair Júnior et al., 2009). Neste estudo, as cargas fatoriais dos itens na AFC variaram entre 0,313 (item 31) e 0,828 (item 36), oferecendo os primeiros indícios de validade convergente.

A partir destes resultados, avaliou-se um modelo de caminhos (*path analysis*) para as relações causais entre os construtos. A Figura 7 apresenta o diagrama visual da escala para as meninas. Resultados mais detalhados da AFC podem ser visualizados no Anexo XXVII.

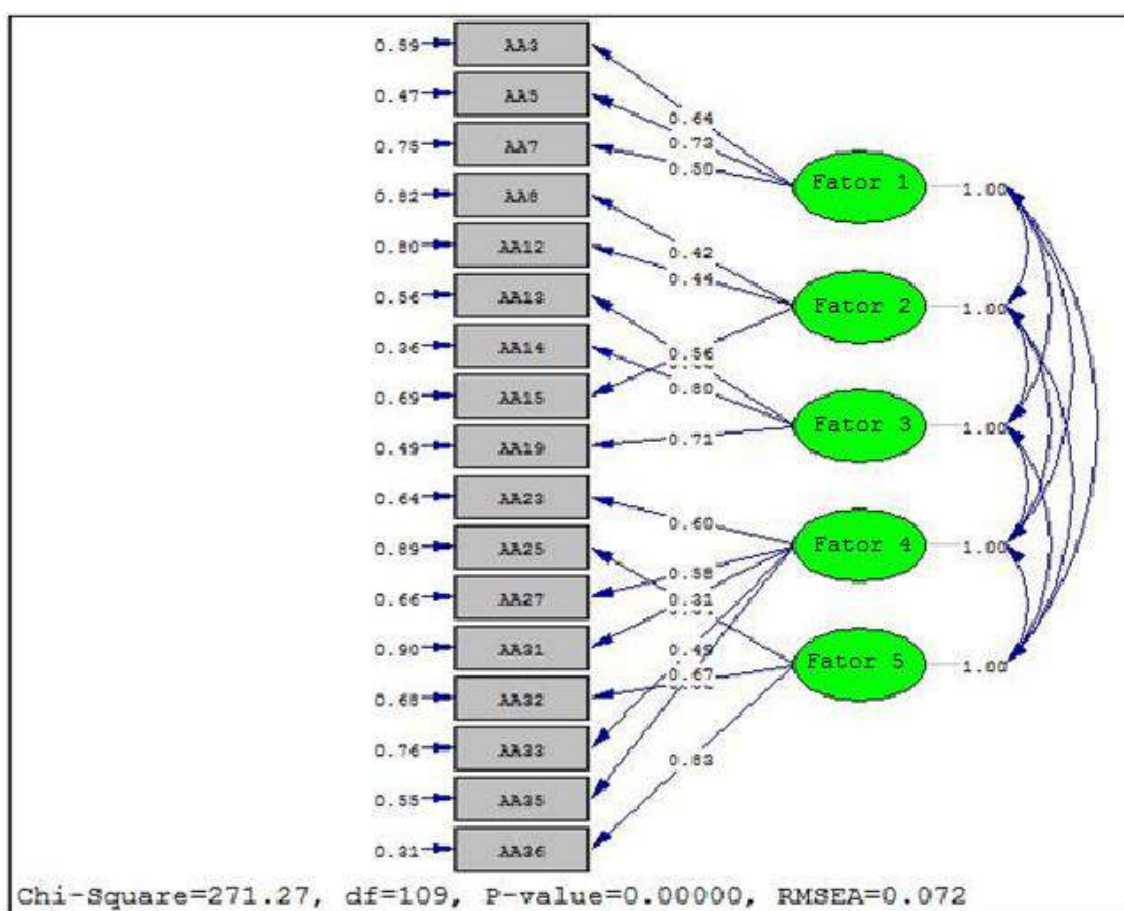


Figura 7. Modelo da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao corpo para Crianças - Feminina (EPCCI-F).

Fonte: LISREL[®] 8,51

A partir dos achados da AFE e AFC, confirmou-se uma estrutura fatorial composta por cinco subescalas, totalizando 17 itens. É possível perceber que a subescala “Preocupações com aspectos específicos do corpo” hipotetizada inicialmente com 20

itens, foi subdividida em três novos fatores que agruparam as áreas corporais em: Fator 1 “Áreas corporais do rosto” (itens 3 “Testa”, 5 “Nariz”, 7 “Orelha”), Fator 2 “Áreas corporais relacionadas a atratividade” (itens 8 “Boca”, 12 “Peito”, 15 “Bumbum”), Fator 3 “Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso” (itens 13 “Cintura”, 14 “Barriga”, 19 “Peso”).

Além disso, observou-se que as subescalas originalmente desenvolvidas “Preocupações com aspectos gerais do corpo” e “Comportamento relacionados ao corpo” foram reorganizadas em dois novos fatores, sendo que os itens se agruparam de acordo com a preocupação corporal (magreza ou muscularidade). Sendo assim, o Fator 4 “Preocupação com a magreza” foi composto pelos itens 23 “Você gostaria de ser mais magra?”, 27 “Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?”, 31 “Você tem medo de ficar gorda?”, 33 “Você tenta emagrecer fazendo dieta?” e 35 “Você gosta de seu corpo como ele é?”. Já o Fator 5 “Comportamento/desejo direcionado a muscularidade” compreendeu os itens 25 “Você gostaria de ser mais musculosa, por exemplo, ter barriga de ‘tanquinho?’”, 32 “Você faz muito exercício físico para ficar musculosa, por exemplo, ter barriga de ‘tanquinho?’” e 36 “Você faz muito exercício físico para emagrecer?”.

C) Outros indicadores de validade de construto – Meninas

Análises de correlação foram realizadas a fim de verificar indicadores de validade convergente, utilizando a amostra total de meninas (n= 571). Para tanto, foram considerados tanto o escore total da EPCCI-F quanto as pontuações das suas cinco subescalas com a IMC, SATAQ-4R total e suas subescalas, Escala de Silhuetas (insatisfação) e as duas perguntas realizadas sobre satisfação e preocupação corporal. A Tabela 13 apresenta os valores das correlações de Spearman.

Verifica-se que o escore total da EPCCI-F foi significativamente associado a todas as variáveis de análise. As subescalas da EPCCI-F apresentaram correlações significantes e positivas ou negativas com algumas medidas convergentes, como pode ser observado na Tabela 13.

Tabela 13. Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da EPCCI-F total e suas subescalas.

Variável	EPCCI-F total	EPCCI-F1	EPCCI-F2	EPCCI-F3	EPCCI-F4	EPCCI-F5
IMC	0,362*	-0,005	-0,019	0,336*	0,361*	0,227*
SATAQ-4R total	0,649*	0,194*	0,144*	0,358*	0,593*	0,526*
SATAQ-4R	0,376*	0,083	0,035	0,131*	0,260*	0,610*
muscularidade						
SATAQ-4R magreza	0,661*	0,154*	0,090*	0,390*	0,702*	0,432*
SATAQ-4R aparência	0,394*	0,220*	0,137*	0,231*	0,336*	0,243*
SATAQ-4R	0,461*	0,155*	0,117*	0,308*	0,435*	0,291*
amigos/pessoas próximas						
SATAQ-4R mídia	0,407*	0,182*	0,153*	0,229*	0,358*	0,284*
ESCB-insatisfação	0,377*	0,010	0,057	0,338*	0,415*	0,183*
Satisfação corporal	-0,403*	-0,207*	-0,296*	-0,464*	-0,246*	-0,076
Preocupação corporal	0,161*	-0,014	0,041	0,019	0,235*	0,122*

*p<0,01. Legenda: EPCCI-F = Escala de Preocupações e Comportamentos relacionados ao corpo – feminina; F1 = fator 1; F2 = fator 2; F3 = fator 3; F4 = fator 4; F5 = fator 5; IMC = Índice de Massa Corporal; SATAQ-4R = *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4Revised*; ESCB = Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras.

Fonte: A autora (2017).

Análises de comparações entre grupos foram confeccionadas a fim de verificar a validade discriminante da escala. Os resultados dessas análises podem ser verificados na Tabela 14. A EPCCI-F foi capaz de discriminar grupos por estado nutricional, tipo de escola e situação econômica. Sendo assim, os escores das crianças com baixo peso diferiram daquelas com sobrepeso e obesidade; aquelas classificadas como “adequado” tiveram escores mais baixos do que aquelas com sobrepeso e obesidade. Além disso, as crianças que estudavam em escolas particulares diferiram daquelas do tipo estadual. Por fim, crianças pertencentes à classe econômica baixa apresentaram escores menores quando comparadas àquelas das classes média/alta e média/baixa.

Tabela 14. Validade discriminante da EPCCI-F em relação a idade, ano escolar, prática de atividade física, classificação do IMC, tipo de escola, localização da escola e caracterização da renda das famílias.

Variável	EPCCI-F total		Qui-quadrado	p
	Média	Mediana		
Idade				
7	27,2	26	0,202	0,995
8	26,9	26		
9	27,1	26		
10	27,0	26		
11	26,8	27		
Ano escolar				
2º ano	27,3	26	4,283	0,233
3º ano	27,1	26		
4º ano	26,3	26		
5º ano	27,8	27		
Prática de atividade física				
Sim	27,13	26	32738,50	0,494
Não	26,78	26		
Classificação do IMC				
Baixo peso ^{a,b}	23,9	22	70,708	0,0001*
Adequado ^{c,d}	25,8	25		
Sobrepeso ^{a,c}	30,4	31		
Obesidade ^{b,d}	30,8	31		
Tipo de escola				
Particular ^e	27,8	27	8,176	0,017*
Municipal	27,7	26		
Estadual ^e	26,2	26		
Localização da escola				
Central	26,6	27	1,543	0,462
Próxima ao centro	27,7	26		
Afastada do centro	27,1	26		
Caracterização da renda das famílias				

Classe alta	-	-		
Classe média/alta ^f	27,7	28		
Classe média	27,1	26	8,135	0,043*
Classe média/baixa ^g	27,7	26		
Classe baixa ^{f,g}	26,0	25		

*p<0,05.

Legenda: ^a = diferença entre baixo peso e sobrepeso; ^b = diferença entre baixo peso e obesidade; ^c = diferença entre adequado e sobrepeso; ^d = diferença entre adequado e obesidade; ^e = diferença entre particular e estadual; ^f = diferença entre classe média/alta e classe baixa; ^g = diferença entre classe média/baixa e classe baixa.

Fonte: A Autora (2017).

2.5.2.2.3 Análise empírica após modelo final ajustado – Meninas

A fim de realizar novamente uma análise empírica considerando os 17 itens nos cinco fatores finais, considerou-se a amostra total do estudo (n=571 meninas). Foram avaliadas a correlação item-escore total, a correlação média entre os itens e o alfa de Cronbach para cada subescala. A Tabela 15 apresenta a análise empírica dos itens após o ajuste do modelo. Com relação à confiabilidade da EPCCI-F como um todo, calculada através do alfa de Cronbach, encontrou-se valor considerado adequado e elevado ($\alpha=0,795$).

Tabela 15. Análise empírica dos itens para a EPCCI-F – ajustada.

Fator	Item	Correlação item- escore total	Correlação média entre os itens	Alfa de Cronbach
Áreas corporais do rosto	AA3	0,305	0,396	0,663
	AA5	0,346		
	AA7	0,295		
Áreas corporais relacionadas a atratividade	AA8	0,329	0,296	0,554
	AA12	0,264		
	AA15	0,282		
Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso	AA13	0,486	0,526	0,766
	AA14	0,606		
	AA19	0,508		
Preocupação com a magreza	AA23	0,518	0,318	0,705
	AA27	0,482		
	AA31	0,370		
	AA33	0,414		
	AA35	0,468		
Comportamento/desejo direcionado a muscularidade	AA25	0,245	0,344	0,602
	AA32	0,258		
	AA36	0,357		

Fonte: A Autora (2017).

Apesar de alguns itens não atingirem os valores mínimos ideais para as correlações item-escore total, os demais requisitos foram atendidos e, por isso, justifica-se a sua manutenção na escala.

2.5.2.2.4 Ponto de corte – Meninas

De acordo com Hutz et al. (2015), a interpretação dos escores de um teste é tão importante quanto seu desenvolvimento de forma adequada. Isso porque é por meio dos pontos de corte que é possível atribuir significado aos escores obtidos pelo sujeito.

Assim, a fim de estabelecer os pontos de corte da EPCCI-F, utilizou-se os percentis 25% e 75%, considerando a amostra total de crianças do sexo feminino (n=571). Sendo assim, futuros pesquisadores interessados em aplicar a escala devem utilizar a seguinte classificação: baixa preocupação corporal (17 a 23 pontos), moderada preocupação corporal (24 a 31 pontos) e alta preocupação corporal (32 a 51 pontos).

Em síntese, a Tabela 16 apresenta os resultados encontrados relacionados aos ajustes gerais e do modelo de mensuração e a versão final da EPCCI-F é apresentada na sequência.

Tabela 16. Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da EPCCI-F.

Fator	Item	Confiabilidade	Validade convergente		Validade discriminante	U	Medidas ajustamento
			Carga fatorial (AFC)	Correlações			
Áreas corporais do rosto	AA3	α=0,663	0,639	A EPCCI-F total foi significativa e positivamente associada à ESCB, IMC, SATAQ-4R e subescalas e preocupação corporal. Correlação significativa e negativa foi identificada entre a satisfação corporal.	A EPCCI-F foi capaz de discriminar grupos por estado nutricional, tipo de escola e situação econômica.	Maior resíduo positivo: 4,000	X ² /GL = 2,48 RMSEA = 0,072 NFI = 0,900 NNFI = 0,940 CFI = 0,952 GFI = 0,955 AGFI = 0,937
	AA5		0,729				
	AA7		0,504				
Áreas corporais relacionadas a atratividade	AA8	α=0,554	0,419				
	AA12		0,442				
	AA15		0,556				
Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso	AA13	α=0,760	0,663				
	AA14		0,798				
	AA19		0,713				
Preocupação com a magreza	AA23	α=0,705	0,604				
	AA27		0,579				
	AA31		0,313				
	AA33		0,490				
	AA35		0,674				
Comportamento/desejo direcionado a muscularidade	AA25	α=0,602	0,338				
	AA32		0,564				
	AA36		0,828				

Legenda:

Fonte: A Autora (2017)

**Versão FINAL da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionadas ao
Corpo de Crianças – VERSÃO FEMININA (EPCCI-F)**

Instruções ao pesquisador

Esta escala foi desenvolvida para ser utilizada no formato de auto relato em crianças com idade entre 7 anos e 11 anos que já tenham concluído o processo de alfabetização. Ela também pode ser aplicado com o auxílio de um leitor, nos casos em que a criança apresente dificuldade com a leitura.

Os itens foram elaborados para identificar grupos de risco com maiores preocupações com o corpo e comportamentos deletérios associados à imagem corporal. Para isso, a escala é composta por 17 itens divididos em cinco fatores: 1) “Áreas corporais do rosto”; 2) “Áreas corporais relacionadas a atratividade”; 3) “Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso”; 4) “Preocupação com a magreza”; e 5) “Comportamento/desejo direcionado a muscularidade”.

Na primeira parte, a criança deverá responder como ela se sente em relação a algumas partes do seu corpo. Assim, o avaliado possui três opções de resposta:

😊 = Gosto (1 ponto); 😊 = Gosto mais ou menos (2 pontos); ☹ = Não gosto (3 pontos).

Na segunda parte, a criança deverá responder a perguntas sobre preocupações com aspectos gerais da aparência e comportamentos relacionados ao corpo. Serão fornecidas três opções de resposta: 🙅 = Não (1 ponto); 🙋 = Às vezes (2 pontos); 👍 = Sim (3 pontos).

Para o escore total da escala, as pontuações de cada item devem ser somadas e quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas. Destaca-se que o item 16 (Você gosta de seu corpo como ele é?) da EPCCI-F apresenta escore invertido.

Para a interpretação do escore final da EPCCI-F, os pesquisadores devem considerar: 17 a 23 pontos = baixa preocupação corporal, 24 a 31 pontos = moderada preocupação corporal e 32 a 51 pontos = alta preocupação corporal.

Destaca-se que, o escore também pode ser somado para cada subescala de forma independente. Dessa forma, quanto maiores os escores obtidos para as subescalas 1 a 5, maiores as preocupações com áreas corporais do rosto; áreas corporais relacionadas à atratividade; áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso; preocupação com a magreza; e comportamento/desejo direcionado a muscularidade, respectivamente.

Por fim, ressalta-se a necessidade de retirar este quadro informativo com as instruções ao pesquisador no momento da aplicação da escala para as crianças.

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE

Responda como você se sente em relação à aparência de algumas partes do seu corpo.

Imagine que você está em frente a um espelho e diga como se sente com o que está vendo.

Pense em como cada parte do seu corpo é para você.

Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente.

😊 = **Gosto**; 😐 = **Gosto mais ou menos**; ☹ = **Não gosto**

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

1. Testa	😊	😐	☹
2. Nariz	😊	😐	☹
3. Orelhas	😊	😐	☹
4. Boca	😊	😐	☹
5. Peito	😊	😐	☹
6. Cintura	😊	😐	☹
7. Barriga	😊	😐	☹
8. Bumbum	😊	😐	☹
9. Peso	😊	😐	☹

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE – MENINAS

Agora, para conhecer um pouco mais sobre você, responda às perguntas abaixo.

Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa a sua opinião.

 = **Não**;  = **Às vezes**;  = **Sim**

10. Você gostaria de ser mais magra?			
11. Você gostaria de ser mais musculosa, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?			
12. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?			
13. Você tem medo de ficar gorda?			
14. Você faz muito exercício físico para ficar musculosa, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?			
15. Você tenta emagrecer fazendo dieta?			
16. Você gosta de seu corpo como ele é?			
17. Você faz muito exercício físico para emagrecer?			

2.5.2.3 Resultados da amostra de meninos

2.5.2.3.1 Análise Empírica dos dados da amostra de meninos

Este tópico visa apresentar os resultados da análise empírica de cada um dos 40 itens da EPCCI para a amostra masculina (n=597). Na Tabela 17 foram analisados os mesmos indicadores em relação a amostra feminina: distribuição de resposta individual, variância, média de escores, mediana e desvio-padrão. Ressalta-se que em relação a variância e média dos escores, optou-se por seguir também os mesmos critérios adotados para a amostra feminina: variância (idealmente acima de 0,42) e média de escores (ideal entre 0,9 e 2,7). Destaca-se ainda que, assim como ocorreu entre as meninas, na amostra de meninos todos os itens apresentaram médias consideradas adequadas, mas os valores de variância foram baixos em alguns itens. Assim, esses itens foram analisados com cautela na próxima etapa.

Tabela 17. Análise empírica das respostas dos meninos.

Item	Respostas (%) ¹			Variância	Média	Mediana	DP
	1 ☺	2 ☹	3 ☹				
1. Cabelos	85,8	11,1	3,2	0,208	1,17	1,00	0,45
2. Rosto	76,0	20,9	3,0	0,258	1,27	1,00	0,51
3. Testa	67,5	26,1	6,4	0,366	1,39	1,00	0,60
4. Olhos	86,9	9,9	3,2	0,200	1,16	1,00	0,44
5. Nariz	70,7	24,3	5,0	0,327	1,34	1,00	0,57
6. Bochechas	72,9	21,1	6,0	0,343	1,33	1,00	0,58
7. Orelhas	66,7	24,6	8,7	0,419	1,42	1,00	0,64
8. Boca	85,3	12,9	1,8	0,175	1,16	1,00	0,41
9. Dentes	66,2	24,5	9,4	0,434	1,43	1,00	0,65
10. Cor da Pele	87,1	9,5	3,4	0,203	1,16	1,00	0,45
11. Braço	86,3	10,7	3,0	0,200	1,16	1,00	0,44
12. Peito	72,0	19,4	8,5	0,403	1,36	1,00	0,63
13. Cintura	67,5	25,3	7,2	0,384	1,39	1,00	0,61
14. Barriga	57,6	26,6	15,7	0,559	1,58	1,00	0,74
15. Bumbum	62,1	24,3	13,6	0,522	1,51	1,00	0,72
16. Pernas	83,9	12,2	3,9	0,237	1,19	1,00	0,48
17. Joelhos	76,5	19,3	4,2	0,284	1,27	1,00	0,53
18. Pés	82,7	13,2	4,0	0,248	1,21	1,00	0,49
19. Peso	62,1	25,0	12,9	0,509	1,50	1,00	0,71

20. Altura	78,4	13,9	7,7	0,362	1,29	1,00	0,60
Item	Respostas (%) ²						
	1 	2 	3 	Variância	Média	Mediana	DP
21. Você compara seu corpo com o de outras crianças?	67,0	18,3	14,7	0,545	1,47	1,00	0,73
22. Você usa roupas que fazem você parecer mais gordo?	72,7	16,2	16,2	0,458	1,38	1,00	0,67
23. Você gostaria de ser mais magro?	47,2	18,8	34,0	0,796	1,87	2,00	0,89
24. Você aperta partes de seu corpo para ver se está gorda?	61,8	18,1	20,1	0,646	1,59	1,00	0,80
25. Você gostaria de ser mais musculoso, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?	17,9	14,9	67,2	0,609	2,49	3,00	0,78
26. Para emagrecer, você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas, por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita?	48,2	22,4	29,3	0,741	1,81	2,00	0,86
27. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?	42,7	18,4	38,9	0,816	1,96	2,00	0,90
28. Você usa roupas que fazem você parecer mais magro?	37,5	25,1	37,4	0,750	1,99	2,00	0,86
29. Você deixa de comer com medo de engordar?	66,2	15,9	17,9	0,609	1,51	1,00	0,78
30. Você fica muito tempo se olhando no espelho?	59,6	21,4	18,9	0,621	1,59	1,00	0,79
31. Você tem medo de ficar gordo?	42,5	14,4	43,0	0,857	2,00	2,00	0,92
32. Você faz muito exercício físico para ficar musculoso, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?	26,0	29,5	44,6	0,672	2,18	2,00	0,82
33. Você tenta emagrecer fazendo dieta?	59,0	17,3	23,8	0,705	1,64	1,00	0,84
34. Você se pesa sempre para saber o seu peso?	38,2	31,8	30,0	0,676	1,92	2,00	0,82
35. Você gosta de seu corpo como ele é?	10,7	15,1	74,2	0,447	1,36	3,00	0,66
36. Você faz muito exercício físico para emagrecer?	43,9	28,0	28,1	0,697	1,84	2,00	0,83
37. Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?	72,5	16,2	11,2	0,462	1,38	1,00	0,68
38. Você gostaria de ser mais gordo?	80,1	10,7	9,2	0,391	1,29	1,00	0,62
39. Você tem medo de ficar muito magro?	42,2	18,6	39,2	0,815	1,97	2,00	0,90
40. Você come mais do que tem vontade para engordar?	65,7	20,4	13,9	0,529	1,48	1,00	0,73

Legenda: Respostas¹: 1 = Gosto; 2 = Gosto mais ou menos; 3 = Não Gosto; DP: Desvio padrão;

Respostas²: 1 = Não; 2 = Às vezes; 3 = Sim.

Fonte: A autora (2017).

Em complemento da análise empírica da amostra masculina, na Tabela 18 estão apresentados os valores de correlação item-escore total, correlação entre os itens e confiabilidade medida através do alfa de Cronbach de cada subescala, seguindo os mesmos valores de referência utilizados na amostra feminina. Alguns itens apresentaram valores de correlação item-escore total insuficientes (1, 8, 9, 10, 18, 20, 25, 38, 39, 21, 22, 26, 30, 32, 34, 40). Além disso, a correlação média entre os itens das subescalas “Preocupação com aspectos gerais do corpo” e “Comportamentos relacionados ao corpo” foram abaixo do valor ideal. A subescala “Preocupação com aspectos gerais do corpo” também apresentou valor inadequado de consistência interna. Apesar desses indicadores, nenhum item foi excluído e todas essas questões serão reavaliadas com cautela nas próximas etapas.

Tabela 18. Análise empírica dos itens para a EPCCI-M.

Fator	Item	Correlação item-escore total	Correlação média entre os itens	Alfa de Cronbach
Preocupação com aspectos específicos do corpo	1	0,192	0,229	0,854
	2	0,400		
	3	0,381		
	4	0,307		
	5	0,353		
	6	0,393		
	7	0,356		
	8	0,270		
	9	0,258		
	10	0,251		
	11	0,351		
	12	0,347		
	13	0,421		
	14	0,484		
	15	0,398		
	16	0,362		
	17	0,326		

	18	0,249		
	19	0,409		
	20	0,190		
Preocupação com aspectos gerais do corpo	23	0,344		
	25	0,200		
	27	0,369		
	31	0,307	0,081	0,399
	35	0,324		
	38	0,019		
	39	0,023		
Comportamentos relacionados ao corpo	21	0,214		
	22	0,213		
	24	0,340		
	26	0,234		
	28	0,333		
	29	0,380		
	30	0,292	0,164	0,721
	32	0,254		
	33	0,379		
	34	0,232		
	36	0,326		
	37	0,351		
	40	0,077		

Fonte: A autora (2017).

2.5.2.3.2 Análise Psicométrica dos dados da amostra de meninos

A) Análise Fatorial Exploratória (AFE) – meninos

A AFE foi conduzida com uma amostra aleatória selecionada a partir do total de participantes da pesquisa. Nesta etapa, foram incluídos 398 meninos (aproximadamente dez crianças por item).

Assim como na amostra de meninas, o modelo que melhor se adequou aos dados foi o proposto pela extração “Principais componentes” combinado à rotação Varimax. Foram necessárias, no total, nove rodadas a fim de chegar ao resultado mais ajustado aos parâmetros de referência. O Anexo XXIX apresenta todo o percurso da AFE, incluindo as exclusões realizadas em cada uma das rodadas.

Os valores de referência e aqueles encontrados no modelo final para a presente amostra estão apresentados na Tabela 19.

Tabela 19. Valores de referência e valores encontrados para AFE-meninos.

Índices	Valores de referência¹	Modelo final
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin	> 0,6	0,762
Esfericidade de Bartlett	$p \leq 0,05$	0,0001
KMO individual	> 0,6	Mínimo = 0,656 Máximo = 0,829
Comunalidades	> 0,5	Mínimo = 0,517 Máximo = 0,724
Carga fatorial	> 0,5	Mínimo = 0,503 Máximo = 0,824

Fonte: ¹ : Hair Júnior et al. (2009).

Os Testes de KMO e Bartlett, o KMO individual dos itens, as comunalidades dos itens e as cargas fatoriais de cada item da última rodada estão apresentados no Quadro 8 e nas Tabelas 20, 21 e 22, respectivamente.

Quadro 8. Teste de KMO e Bartlett para a amostra masculina – última rodada.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,762
Qui-quadrado aprox.		1139,356
Teste de esfericidade de Bartlett	Gl	105
	P	0,0001

Legenda: gl = grau de liberdade.

Fonte: SPSS versão 19.0

Tabela 20. KMO individual dos itens para a amostra masculina – última rodada.

		Matrizes anti-imagem ^a														
Correlação anti-imagem		OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17	OO18	OO19	OO21	OO29	OO31	OO33	OO34	OO35	OO37
	OO5	0,805^b	-0,090	-0,022	-0,216	-0,006	-0,172	-0,265	-0,024	0,095	-0,004	-0,079	0,021	0,023	-0,002	-0,030
	OO13	-0,090	0,816^b	-0,339	-0,158	0,031	-0,120	-0,034	0,003	-0,002	0,009	0,002	-0,074	-0,009	0,014	-0,030
	OO14	-0,022	-0,339	0,748^b	-0,051	-0,011	-0,021	-0,007	-0,443	0,023	-0,003	-0,035	-0,091	0,020	-0,036	-0,066
	OO15	-0,216	-0,158	-0,051	0,829^b	-0,121	-0,096	0,060	-0,077	-0,042	0,050	-0,086	0,036	-0,120	-0,075	0,039
	OO16	-0,006	0,031	-0,011	-0,121	0,787^b	-0,275	-0,147	-0,096	-0,059	-0,057	0,126	0,058	-0,056	-0,170	-0,060
	OO17	-0,172	-0,120	-0,021	-0,096	-0,275	0,790^b	-0,248	0,032	0,057	-0,017	0,001	-0,070	0,020	0,064	0,021
	OO18	-0,265	-0,034	-0,007	0,060	-0,147	-0,248	0,756^b	0,005	0,031	0,046	0,078	0,104	-0,068	-0,142	-0,033
	OO19	-0,024	0,003	-0,443	-0,077	-0,096	0,032	0,005	0,739^b	-0,013	-0,027	-0,008	-0,100	0,051	-0,204	0,114
	OO21	0,095	-0,002	0,023	-0,042	-0,059	0,057	0,031	-0,013	0,736^b	-0,042	-0,066	-0,063	-0,125	-0,155	-0,102
	OO29	-0,004	0,009	-0,003	0,050	-0,057	-0,017	0,046	-0,027	-0,042	0,714^b	-0,274	-0,156	-0,028	0,023	-0,259
	OO31	-0,079	0,002	-0,035	-0,086	0,126	0,001	0,078	-0,008	-0,066	-0,274	0,680^b	-0,018	-0,158	-0,102	0,010
	OO33	0,021	-0,074	-0,091	0,036	0,058	-0,070	0,104	-0,100	-0,063	-0,156	-0,018	0,761^b	-0,190	-0,040	-0,241
	OO34	0,023	-0,009	0,020	-0,120	-0,056	0,020	-0,068	0,051	-0,125	-0,028	-0,158	-0,190	0,656^b	0,136	-0,033
	OO35	-0,002	0,014	-0,036	-0,075	-0,170	0,064	-0,142	-0,204	-0,155	0,023	-0,102	-0,040	0,136	0,762^b	-0,055
	OO37	-0,030	-0,030	-0,066	0,039	-0,060	0,021	-0,033	0,114	-0,102	-0,259	0,010	-0,241	-0,033	-0,055	0,715^b

Fonte: SPSS versão 19.0

Tabela 21. Comunalidades dos itens para a amostra masculina – última rodada.

	Inicial	Extração
OO5	1,000	0,544
OO13	1,000	0,560
OO14	1,000	0,724
OO15	1,000	0,567
OO16	1,000	0,581
OO17	1,000	0,606
OO18	1,000	0,594
OO19	1,000	0,672
OO21	1,000	0,598
OO29	1,000	0,531
OO31	1,000	0,517
OO33	1,000	0,554
OO34	1,000	0,547
OO35	1,000	0,640
OO37	1,000	0,659

Fonte: SPSS versão 19.0

Tabela 22. Cargas fatoriais de cada item na AFE para a amostra masculina – última rodada.

	Fator				
	1	2	3	4	5
OO5	0,655				
OO13		0,652			
OO14		0,824			
OO15		0,503			
OO16	0,632				
OO17	0,759				
OO18	0,758				
OO19		0,752			
OO21					0,677
OO29			0,684		
OO31				0,665	
OO33			0,665		
OO34				0,699	
OO35					0,711
OO37			0,797		

Fonte: SPSS versão 19.0

Assim, a AFE eliminou 25 itens e propôs uma estrutura fatorial composta por cinco fatores: Fator 1 (5, 16, 17 e 18), Fator 2 (13, 14, 15 e 19), Fator 3 (29, 33 e 37), Fator 4 (31 e 34) e Fator 5 (21 e 35). Entretanto, de acordo com as recomendações de Hair Júnior et al. (2009), para que um fator seja sustentado, são necessários no mínimo três itens. De acordo com a AFE, os fatores 4 e 5 seriam compostos por apenas dois itens cada. Dessa forma, após a leitura dos itens restantes em cada fator, e buscando um melhor ajuste teórico do modelo (Figueiredo Filho & Silva Junior, 2010), optou-se pela tentativa de agrupar os fatores 4 e 5 propostos pela AFE em dois grandes fatores para serem testados na AFC: Fator 1 - Áreas corporais (5, 13, 14, 15, 16, 17, 18, e 19) e Fator 2 – Preocupação com a magreza (21, 29, 31, 33, 34, 35 e 37).

Portanto, esse foi o modelo testado na Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

B) Análise Fatorial Confirmatória (AFC) – meninos

Com o intuito de confirmar o modelo proposto na AFE e ajustado conforme a teoria, conduziu-se a AFC para testar a estrutura fatorial composta por dois fatores e 15 itens. A amostra utilizada para esta análise foi de 199 meninos, distintos daqueles incluídos na AFE, seguindo a recomendação de Pasquali (2010) de um mínimo de 10 participantes por item.

Assim como na amostra feminina, devido a característica não-normal dos dados, o método ULS foi escolhido para a mensuração do ajuste geral do modelo. Além disso, Hair Júnior et al. (2009) aponta que este método tem sido usualmente empregado na análise de dados não paramétricos.

A primeira tentativa da AFC mostrou a necessidade de excluir os itens 21 e 34 devido a baixas cargas fatoriais apresentadas (0,165 e 0,255, respectivamente). Com essa exclusão, o modelo final foi composto por 13 itens divididos em dois fatores. Os valores de referência para os indicadores, bem como os valores encontrados para o ajuste geral do modelo estão representados na Tabela 23. É possível observar a adequação dos valores de X^2/GL , RMSEA, GFI, AGFI, NNFI e CFI, indicando boa adequação do modelo.

Tabela 23. Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a EPCCI-M.

Índices de ajuste absoluto ou incremental	Valores referência¹	Valores encontrados
X^2/GL – Qui-quadrado normado	Ideal <3	2,24
RMSEA - Raiz do erro quadrático médio de aproximação	< 0,08	0,079
GFI – Índice de qualidade de ajuste	> 0,90	0,950
AGFI – Índice ajustado de qualidade do ajuste	> 0,90	0,929
NFI – Índice de ajuste normado	> 0,90	0,900
NNFI – Índice de ajuste não normado	> 0,90	0,931
CFI – Índice de ajuste comparativo	> 0,90	0,944

¹**Fonte:** Hair Júnior et al. (2009).

Após o ajustamento do modelo, os resíduos normalizados dos construtos foram verificados como uma medida da unidimensionalidade da escala. De acordo com Hair Júnior et al. (2009), resíduos abaixo de 2,58 são considerados adequados. A Figura 8 representa o diagrama de resíduos padronizados do modelo ajustado para meninos. O maior resíduo negativo encontrado foi de -2,3, dentro do limite apropriado. O maior resíduo positivo ficou fora dos limites padrões (4,0). Todavia, da mesma forma na versão da escala feminina, como os demais parâmetros estavam ajustados, considerou-se este o melhor modelo para a EPCCI-M.

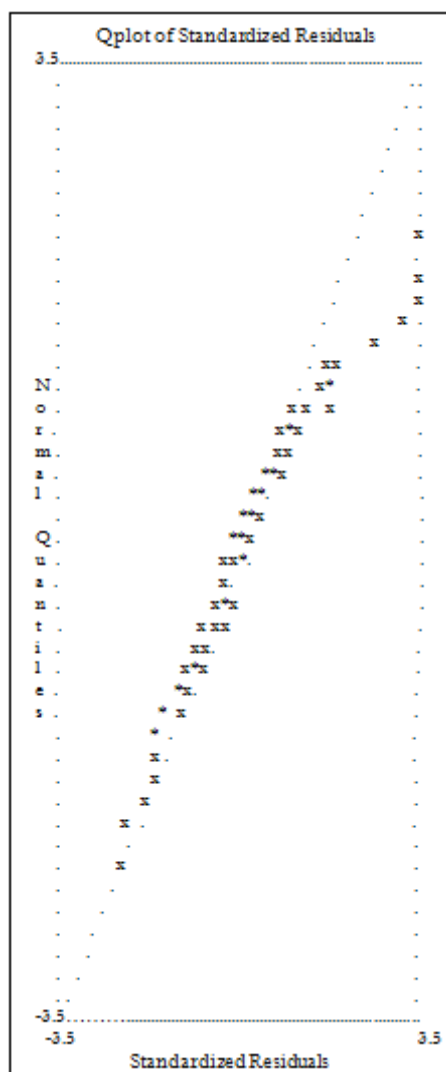


Figura 8. Resíduos padronizados do modelo ajustado para meninos.

Fonte: LISREL® 8,51

Após a exclusão dos itens 21 e 34, todas as cargas fatoriais de cada item no seu respectivo fator foram consideradas adequadas (acima de 0,3 de acordo com Hair Júnior et al., 2009), variando de 0,315 (item 35) e 0,699 (item 37). Esses indicadores fornecem os primeiros indícios da validade convergente da escala. Isso porque cargas altas sobre um fator indicam que as mesmas convergem para um ponto comum, confirmando que os itens avaliam um construto específico (Hair Júnior et al., 2009).

O diagrama visual do modelo ajustada da escala masculina pode ser visualizado na Figura 9. Todo o percurso da AFC está apresentado no Anexo XXX.

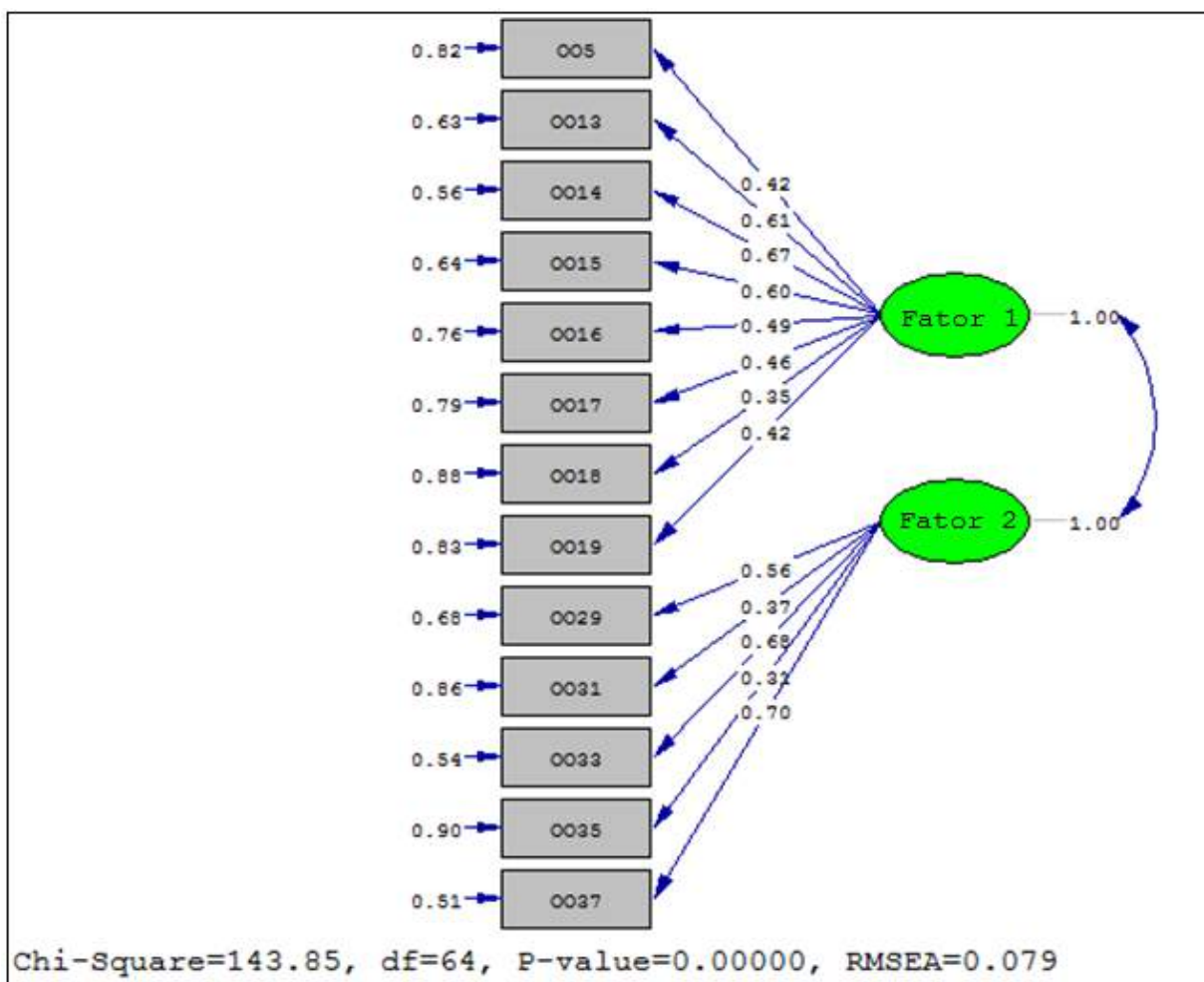


Figura 9. Modelo da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao corpo para Crianças - Masculina (EPCCI-M).

Fonte. LISREL[®] 8,51

Após o percurso de ambas as análises fatoriais, bem como sob o olhar da perspectiva teórica, a estrutural fatorial da EPCCI-M foi composta por duas subescalas e 13 itens.

Originalmente, o fator “Preocupações com aspectos específicos do corpo” foi desenvolvido com 20 itens. Destes, oito itens se mantiveram, a saber: 5 “Nariz”, 13 “Cintura”, 14 “Barriga”, 15 “Bumbum”, 16 “Pernas”, 17 “Joelhos”, 18 “Pés” e 19 “Peso”.

A segunda subescala foi compreendida por cinco itens, sendo que três deles foram originalmente desenvolvidos no fator “Comportamentos relacionados ao corpo” (item 29 “Você deixa de comer com medo de engordar?”, 33 “Você tenta emagrecer fazendo dieta?” e 37 “Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?”); e dois deles no fator “Preocupações com aspectos gerais do corpo” (item 31 “Você tem medo de

ficar gordo?”, e 35 “Você gosta do seu corpo como ele é?”). Por isso, optou-se por renomear este fator para “Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo”.

C) Outros indicadores de validade de construto – Meninos

A validade convergente da EPCCI-M foi verificada através de análises de correlação (Spearman). O escore total da EPCCI-M e suas duas subescalas foram correlacionadas ao IMC, SATAQ-4R e suas subescalas, Escala de Silhuetas e as duas perguntas realizadas sobre satisfação e preocupação corporal (Tabela 24). Ressalta-se que para essas análises foi considerada a amostra total de meninos (n= 597).

Verificou-se correlações significantes positivas e negativas entre o escore total da EPCCI-M e todas as variáveis convergentes. O mesmo foi identificado para a EPCCI-M F2. Algumas correlações com a EPCCI-M F1 foram também confirmadas, como pode ser observado na Tabela 24.

Tabela 24. Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da EPCCI-M total e suas subescalas.

Variável	EPCCI-M total	EPCCI-M	EPCCI-M
		F1	F2
IMC	0,210*	0,127*	0,223*
SATAQ-4R total	0,397*	0,172*	0,458*
SATAQ-4R muscularidade	0,239*	0,050	0,318*
SATAQ-4R magreza	0,435*	0,183*	0,521*
SATAQ-4R aparência	0,294*	0,151*	0,337*
SATAQ-4R Família/amigos/pessoas próximas	0,309*	0,132*	0,354*
SATAQ-4R mídia	0,276*	0,131*	0,308*
ESCB-insatisfação	0,223	0,125	0,261*
Satisfação corporal	-0,344*	-0,330*	-0,241*
Preocupação corporal	0,151*	0,070	0,175*

*p<0,01. EPCCI-M = Escala de Preocupações e Comportamentos relacionados ao corpo- Masculina; F1 = fator 1; F2 = fator 2; IMC = Índice de Massa Corporal; SATAQ-4R = *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4Revised*; ESCB = Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras.

Fonte: A autora (2017).

A validade discriminante da escala masculina também foi verificada através de análises de comparações entre grupos por idade, ano escolar, prática de atividade física, estado nutricional, tipo e localização da escola e situação econômica (Tabela 25). Assim como na escala feminina, os resultados demonstraram que a EPCCI-M foi capaz de discriminar grupos por estado nutricional, tipo de escola e situação econômica. Sendo assim, os escores dos meninos com “baixo peso” foram significativamente menores do que aqueles com “sobrepeso” e “obesidade”; e aqueles com IMC “adequado” tiveram menor preocupação do que aqueles “obesos. Além disso, da mesma forma que na escala feminina, os meninos estudantes de escolas particulares diferiram daqueles das escolas estaduais. Por fim, os meninos pertencentes à classe econômica baixa apresentaram escores menores quando comparadas àqueles da classe média/alta.

Tabela 25. Validade discriminante da EPCCI-M em relação a idade, ano escolar, prática de atividade física, classificação do IMC, tipo de escola, localização da escola e caracterização da renda das famílias.

Variável	EPCCI-M total		Qui-quadrado	P
	Média	Mediana		
Idade				
7	20,47	20	6,103	0,192
8	19,17	18		
9	18,90	19		
10	18,55	18		
11	18,95	18		
Ano escolar				
2º ano	20,02	19	7,596	0,055
3º ano	19,31	19		
4º ano	18,69	18		
5º ano	18,61	18		
Prática de atividade física				
Sim	19,04	19	28844,000	0,438
Não	18,83	17		

Classificação do IMC

Baixo peso ^{a,b}	17,14	16		
Adequado ^c	18,52	18		
Sobrepeso ^a	19,58	20	41,315	0,0001*
Obesidade ^{b,c}	20,98	21		

Tipo de escola

Particular ^d	19,77	19		
Municipal	18,83	19	7,182	0,028*
Estadual ^d	18,61	17		

Localização da escola

Central	19,27	18		
Próxima ao centro	18,25	17	4,375	0,112
Afastada do centro	19,13	19		

Caracterização da renda das famílias

Classe alta	-	-		
Classe média/alta ^e	19,60	18		
Classe média	19,22	19	8,372	0,039*
Classe média/baixa	18,93	19		
Classe baixa ^e	18,45	17		

*p<0,05.

Legenda: ^a = diferença entre baixo peso e sobrepeso; ^b = diferença entre baixo peso e obesidade; ^c = diferença entre adequado e obesidade; ^d = diferença entre particular e estadual; ^e = diferença entre classe média/alta e classe baixa.

Fonte: A Autora (2017).

2.5.2.3.3 Análise empírica após modelo final ajustado – Meninos

Foi realizada uma nova análise empírica levando em consideração os 13 itens divididos em dois fatores finais da EPCCI-M. Para tal, a amostra total de meninos (n=597) foi utilizada. Os mesmos indicadores analisados para as meninas foram também adotados na amostra masculina (correlação item-escore total, correlação média entre os itens e alfa de Cronbach para cada subescala). A consistência interna da escala total foi considerada adequada (alfa de

Cronbach=0,724). Os valores encontrados na análise empírica ajustada estão apresentados na Tabela 26. Observa-se que todos os itens apresentaram valores adequados e, por isso, justifica-se a sua manutenção na escala.

Tabela 26. Análise empírica dos itens para a EPCCI-M – ajustada.

Fator	Item	Correlação item- escore total	Correlação média entre os itens	Alfa de Cronbach
Preocupações com aspectos específicos do corpo	OO5	0,358	0,277	0,750
	OO13	0,448		
	OO14	0,528		
	OO15	0,393		
	OO16	0,340		
	OO17	0,342		
	OO18	0,348		
	OO19	0,423		
Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo	OO29	0,313	0,299	0,616
	OO31	0,330		
	OO33	0,340		
	OO35	0,320		
	OO37	0,306		

Fonte: A Autora (2017).

2.5.2.3.4 Ponto de corte – Meninos

Foram desenvolvidos pontos de corte para possibilitar uma melhor interpretação dos resultados. Essa interpretação é fundamental para atribuir significado aos escores obtidos pelo sujeito (Hutz et al., 2015). Os percentis 25% e 75% da EPCCI-M foram analisados para classificar os meninos com: baixa preocupação corporal (13 a 15 pontos), moderada preocupação corporal (16 a 21 pontos) e alta preocupação corporal (22 a 39 pontos). Recomenda-se que esta classificação seja utilizada em estudos futuros. Ressalta-se que esta análise levou em consideração a amostra total de meninos do estudo (n=597).

A Tabela 27 sintetiza os resultados encontrados relacionados aos ajustes gerais e do modelo de mensuração da EPCCI-M e a versão final da escala está apresentada a seguir.

Tabela 27. Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da EPCCI-M.

Fator	Item	Confiabilidade	Validade convergente		Validade discriminante	U	Medidas ajustamento
			Carga fatorial (AFC)	Correlações			
Preocupações com aspectos específicos do corpo	OO5	$\alpha=0,750$	0,419	A EPCCI-M total foi significativa e positivamente associada à IMC, SATAQ-4R e subescalas e preocupação corporal. Correlação significativa e negativa foi identificada entre a satisfação corporal	A EPCCI-M foi capaz de discriminar grupos por estado nutricional, tipo de escola e situação econômica.	Maior resíduo positivo: 4,039	$X^2/GL = 2,24$ RMSEA = 0,079 NFI = 0,900 NNFI = 0,931 CFI = 0,944 GFI = 0,950 AGFI = 0,929
	OO13		0,605				
	OO14		0,666				
	OO15		0,603				
	OO16		0,490				
	OO17		0,458				
	OO18		0,353				
	OO19		0,417				
Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo	OO29	$\alpha=0,616$	0,561			Maior resíduo negativo: -2,355	
	OO31		0,373				
	OO33		0,679				
	OO35		0,315				
	OO37		0,699				

Legenda:

Fonte: A Autora (2017).

**Versão FINAL da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionadas ao
Corpo de Crianças – VERSÃO MASCULINA (EPCCI-M)**

Instruções ao pesquisador

Esta escala foi desenvolvida para ser utilizada no formato de auto relato em crianças com idade entre 7 anos e 11 anos que já tenham concluído o processo de alfabetização. Ela também pode ser aplicado com o auxílio de um leitor, nos casos em que a criança apresente dificuldade com a leitura.

Os itens foram elaborados para identificar grupos de risco com maiores preocupações com o corpo e comportamentos deletérios associados à imagem corporal. Para isso, a versão masculina final (EPCCI-M) engloba 13 itens e dois fatores: 1) “Preocupações com aspectos específicos do corpo”; e 2) “Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo”.

Na primeira parte, a criança deverá responder como ela se sente em relação a algumas partes do seu corpo. Assim, o avaliado possui três opções de resposta:

😊 = Gosto (1 ponto); 😊 = Gosto mais ou menos (2 pontos); ☹ = Não gosto (3 pontos).

Na segunda parte, a criança deverá responder a perguntas sobre preocupações com aspectos gerais da aparência e comportamentos relacionados ao corpo. Serão fornecidas três opções de resposta: 🙅 = Não (1 ponto); 🙋 = Às vezes (2 pontos); 👍 = Sim (3 pontos).

Para o escore total da escala, as pontuações de cada item devem ser somadas e quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas. Destaca-se que o item 12 (Você gosta do seu corpo como ele é?) da EPCCI-M apresenta pontuação invertida.

Para a interpretação do escore final da EPCCI-M, os pesquisadores devem considerar: 13 a 15 pontos = baixa preocupação corporal, 16 a 21 pontos = moderada preocupação corporal e 22 a 39 pontos = alta preocupação corporal.

Destaca-se que, o escore também pode ser somado para cada subescala de forma independente. Dessa forma, quanto maiores os escores obtidos para as subescalas 1 e 2, maiores as preocupações aspectos específicos do corpo; e preocupações e comportamentos relacionados ao corpo, respectivamente.

Por fim, ressalta-se a necessidade de retirar este quadro informativo com as instruções ao pesquisador no momento da aplicação da escala para as crianças.

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE

Responda como você se sente em relação à aparência de algumas partes do seu corpo.

Imagine que você está em frente a um espelho e diga como se sente com o que está vendo.

Pense em como cada parte do seu corpo é para você.

Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente.

😊 = **Gosto**; 😐 = **Gosto mais ou menos**; ☹ = **Não gosto**

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

1. Nariz	😊	😐	☹
2. Cintura	😊	😐	☹
3. Barriga	😊	😐	☹
4. Bumbum	😊	😐	☹
5. Pernas	😊	😐	☹
6. Joelhos	😊	😐	☹
7. Pés	😊	😐	☹
8. Peso	😊	😐	☹

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE – MENINOS

Agora, para conhecer um pouco mais sobre você, responda às perguntas abaixo.

Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa a sua opinião.

 = **Não**;  = **Às vezes**;  = **Sim**

9. Você deixa de comer com medo de engordar?			
10. Você tem medo de ficar gordo?			
11. Você tenta emagrecer fazendo dieta?			
12. Você gosta do seu corpo como ele é?			
13. Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?			

2.5.3 Discussão

A terceira e quarta etapas da presente tese objetivaram investigar os parâmetros de validade e confiabilidade da EPCCI-F e da EPCCI-M em amostras de meninas e meninos brasileiros, respectivamente. Para tanto, foram utilizadas análises empíricas (através de variância, média, correlação item-escore total, correlação interitem e confiabilidade) e análises psicométricas (AFE, AFC, confiabilidade, validade convergente, discriminante) separadamente entre os sexos. Ainda foram desenvolvidos pontos de corte para possibilitar a interpretação dos escores.

Para ambas as amostras, as análises empíricas levaram em consideração valores ideais proporcionais aos recomendados por Pasquali (2010). Isso porque, os parâmetros determinados pelo autor referem-se à escalas Likert de cinco pontos. Como a EPCCI-F e a EPCCI-M apresentam três opções de resposta, a média de escores de cada item deveria estar entre 0,9 e 2,7 e a variância idealmente acima de 0,42. Após essa adequação, nenhum item foi considerado problemático em relação à média em ambas as escalas. No entanto, quanto à variância, 19 itens da EPCCI-F e 16 itens da EPCCI-M apresentaram valores fora do ideal. Tendo em vista a correlação item-escore total, 11 itens e 16 itens das escalas feminina e masculina, respectivamente, apresentaram valores abaixo do mínimo esperado. Mesmo com esses problemas indicados, não houve eliminação de itens neste momento. Optou-se por redobrar a atenção nestes quesitos nas próximas etapas.

Ainda na análise empírica, quanto à adequação de cada subescala, valores inadequados foram verificados quanto à correlação média entre os itens das subescalas “Preocupações com aspectos gerais do corpo” e “Comportamentos relacionados ao corpo” em ambas as escalas. De maneira semelhante, tanto na EPCCI-F quanto na EPCCI-M, o alfa de Cronbach não atingiu parâmetro adequado para a subescala “Preocupações com aspectos gerais do corpo”. Os baixos valores identificados para as subescalas na análise empírica, podem sugerir problemas com a estrutura fatorial hipotetizada inicialmente. Por isso, somada à recomendação da utilização da AFE e da AFC em conjunto (DeVellis, 2012; Morgado et al., 2017; Pasquali, 2010), optou-se por conduzir ambas as análises de forma consecutiva.

Para as meninas, a AFE verificou que os itens foram apropriados para a análise fatorial de acordo com o teste de esfericidade de Bartlett e o valor do Kaiser-Meyer-Olkin. No total, foram necessárias 10 rodadas e 23 itens foram excluídos. O modelo de melhor ajuste propôs uma solução com 17 itens divididos em cinco fatores: 1) “Áreas corporais do rosto”; 2) “Áreas corporais relacionadas a atratividade”; 3) “Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso”; 4) “Preocupação com a magreza”; 5) “Comportamento/desejo direcionado a muscularidade”. Esse modelo foi confirmado na AFC apresentando todos os parâmetros analisados dentro do ideal.

A partir deste momento, foi realizada uma leitura cuidadosa dos itens a fim de compreender, do ponto de vista teórico, os resultados encontrados na estatística. Inicialmente, as áreas corporais foram hipotetizadas como um fator único, seguindo o exemplo de escalas prévias *Body Cathexis Scale* (Secord & Jourard, 1953) e *Body Area Scale* (Conti et al., 2009). Após a realização da AFE e AFC, este fator único foi dividido em três novos outros. O primeiro fator agrupou áreas corporais do rosto (“Testa”, “Nariz”, “Orelha”). Schilder (1999) já havia apontado que o rosto é a parte mais expressiva do corpo. Neste sentido, é compreensível que estes itens tenham se agrupado separadamente. O segundo fator englobou “Boca”, “Peito” e “Bumbum”, partes corporais estas relacionadas à atratividade. De acordo com Murnen (2011), a representação cultural da mulher ideal ressalta características de um corpo sexy, dentre elas: lábios carnudos, seios grandes e nádegas arredondadas. Essas partes corporais se mostraram importantes para as meninas avaliadas no presente estudo e, por isso, sua união se justifica empiricamente.

Os fatores 3 “Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso” e 4 “Preocupação com a magreza” envolveram as preocupações das meninas voltadas ao ideal de magreza. De acordo com Murnen (2011), o corpo ideal para mulheres, preconizado nas sociedades ocidentais, é fortemente associado à magreza. Em estudo qualitativo de Tatangelo e Ricciardelli (2013), a maioria das crianças do sexo feminino discutiu em seus grupos focais a importância da magreza. Por isso, as partes corporais “Cintura”, “Barriga” e “Peso” constituíram-se a subescala 3, enquanto os itens “Você gostaria de ser mais magra?”, “Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?”, “Você tem medo de ficar gorda?”, “Você tenta emagrecer fazendo dieta?” e “Você gosta de seu corpo como ele é?”, formaram a subescala 4. A existência de dois fatores na EPCCI-F relacionados a esse ideal reforçam a preocupação com a magreza entre as meninas brasileiras.

O Fator 5 incluiu os itens: “Você gostaria de ser mais musculosa, por exemplo, ter barriga de ‘tanquinho’?”, “Você faz muito exercício físico para ficar musculosa, por exemplo, ter barriga de ‘tanquinho’?” e “Você faz muito exercício físico para emagrecer?”. É possível perceber que estes três itens indicam uma preocupação das meninas direcionada à muscularidade e a prática de exercícios físicos para atingir um corpo ideal. Estudo anterior demonstrou que as meninas, além de ressaltarem a importância da magreza como o melhor tipo corporal, também gostariam de ter mais músculos (Tatangelo & Ricciardelli, 2013). Assim, a presença do fator denominado “Comportamento/desejo direcionado a muscularidade” se justifica em uma escala avaliativa das preocupações relacionadas ao corpo de meninas brasileiras.

Na AFE realizada com a amostra masculina, o teste de esfericidade de Bartlett e o valor do Kaiser-Meyer-Olkin apontaram valores adequados, indicando a aplicabilidade da análise fatorial. Após 9 rodadas, 25 itens da EPCCI-M foram eliminados. A estrutura fatorial de melhor ajuste foi composta por cinco fatores. No entanto, dois destes apresentaram apenas dois itens cada. Segundo Hair Júnior et al. (2009), para a manutenção de um fator são necessários no mínimo três itens. Assim, após a leitura cuidadosa dos itens, para a AFC, optou-se por ajustar o modelo proposto na AFE de forma a agrupar fatores com temas semelhantes em dois grandes grupos: 1) “Preocupações com aspectos específicos do corpo”; e 2) “Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo”. Ressalta-se que Figueiredo Filho e Silva Júnior (2010) defendem a possibilidade de alterar a estrutura da AFE frente a necessidade de ajuste à teoria. Foram verificados parâmetros adequados desta estrutura fatorial na AFC, confirmando que o modelo é apropriado.

O primeiro fator da EPCCI-M agrupou as áreas corporais preservadas após a AFE (“Nariz”, “Cintura”, “Barriga”, “Bumbum”, “Perna”, “Joelhos”, “Pés”, e “Peso”). Assim, a AFC confirmou a hipótese inicial de manter as áreas corporais como um fator único. A *Body Cathexis Scale* (Secord & Jourard, 1953) e a *Body Area Scale* (Conti et al., 2009), utilizadas como referência para o desenvolvimentos dos itens, consideram as partes do corpo no geral, não realizando diferenciação por fatores. Dessa forma, um único fator englobando todas as áreas corporais foi a melhor solução fatorial.

O segundo fator identificado para a EPCCI-M foi denominado como “Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo”, já que reuniu dois itens originalmente desenvolvidos no fator “preocupações” (“Você tem medo de ficar gordo?” e “Você gosta do seu corpo como ele

é?”) e outros três itens do fator inicial “comportamentos” (“Você deixa de comer com medo de engordar?”, “Você tenta emagrecer fazendo dieta?” e “Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?”). Inicialmente, hipotetizou-se que para os meninos, os itens relacionados à muscularidade se mostrariam mais relevantes. Isso porque, em homens adultos, o ideal corporal preconizado na sociedade enfatiza um desenvolvimento muscular, especialmente na parte superior do corpo, com ombros largos e abdominal definido (Cafri et al., 2005; Murnen, 2011). Entretanto, para os meninos do presente estudo, a aversão à gordura mostrou-se mais forte, já que os itens sustentados ressaltam essa lipofobia. É possível que as preocupações típicas dos homens adultos ainda não estejam tão presentes entre os meninos mais novos.

Quanto à confiabilidade da EPCCI-F e da EPCCI-M e suas subescalas, com exceção de apenas uma subescala, os alfas de Cronbach foram satisfatórios, variando de $\alpha=0,602$ a $\alpha=0,795$. Seguindo os parâmetros estabelecidos por Hair Júnior et al. (2009) e Pasquali (2010), esses valores encontrados podem ser considerados adequados. Isso indica que as escalas apresentam consistência interna e que os itens medem o mesmo construto (DeVellis, 2012; Hair Júnior et al., 2009; Hutz et al., 2005). Nesse sentido, entende-se que um dos principais indicadores de confiabilidade foi considerado satisfatório para ambas as escalas. Apenas a subescala “Áreas corporais relacionadas a atratividade” da EPCCI-F apresentou valor de confiabilidade igual a $\alpha=0,554$. Ressalta-se que esta é composta por três itens, o qual é considerado o número mínimo de itens aceitável em escalas de atitude. O valor reduzido de itens pode comprometer a confiabilidade de uma subescala (Hair Júnior et al., 2009). Além disso, a presente investigação trata-se de um estudo exploratório e, como tal, aceitou-se um valor de alfa pouco abaixo do mínimo estipulado.

Tendo em vista a validade convergente da escala, os resultados indicaram que quanto maiores as pontuações obtidas na EPCCI-F e EPCCI-M, maiores também o IMC, a preocupação corporal e a internalização dos ideais corporais e pressão para atingir esses ideais (SATAQ-4R e subescalas). Além disso, a EPCCI-F também correlacionou-se positivamente com a escala de silhuetas. De forma contrária, quanto maiores as pontuações na EPCCI-F e EPCCI-M, menor a satisfação corporal. Por se tratarem de facetas da imagem corporal negativa, as correlações das novas escalas com a insatisfação corporal já eram esperadas (Evans et al., 2013; Neves et al., 2017). Além disso, estudos prévios realizados com o público infantil verificaram relação entre a

imagem corporal negativa e IMC (Evans et al., 2013; Leite et al., 2014; Neves et al., 2017; Wallander et al., 2013) e o SATAQ (Bird et al., 2013; Evans et al., 2013; Neves et al., 2017; Ross et al., 2013). Dessa forma, esses resultados confirmaram a validade convergente da EPCCI-F e EPCCI-M.

No que concerne à validade discriminante, a EPCCI-F e a EPCCI-M foram capazes de distinguir grupos por estado nutricional, tipo de escola e situação econômica. Como já era esperado, meninas e meninos com sobrepeso e obesidade apresentaram uma imagem corporal mais negativa quando comparados àqueles com baixo peso e adequado (Evans et al., 2013; Leite et al., 2014; Neves et al., 2017; Wallander et al., 2013). No entanto, não há evidências suficientes para se supor relevante associação entre a imagem corporal e fatores econômicos no público infantil (Contento, Basch, & Zybert, 2003; Pereira, Graup, Lopes, Borgatto, & Daronco, 2009). Os achados da presente investigação indicaram que estudantes de escolas particulares e da classe média/alta apresentaram imagem corporal mais negativa do que aqueles de escolas estaduais e da classe baixa. Assim, essas relações ainda precisam ser melhor exploradas.

Finalmente, três classificações foram definidas para cada uma das escalas tendo em vista o escore dos participantes: baixa, moderada e elevada preocupação corporal. Pasquali (2010) sugere que o pesquisador deve determinar a forma de analisar os resultados provenientes de uma nova escala. No entanto, estudo de revisão de Morgado et al. (2017) apontou que uma das principais limitações de pesquisas de desenvolvimento de escalas foi a falta dessa classificação. Assim, futuros pesquisadores devem utilizar os pontos de corte determinados para a interpretação dos resultados da EPCCI-F e da EPCCI-M.

CAPÍTULO 3: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente tese foi desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo a respeito de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo para crianças brasileiras entre 7 e 11 anos, de ambos os sexos. A partir das quatro etapas desta tese, foi criado um instrumento em duas versões: a Escala de Preocupações e Comportamentos relacionados ao corpo na Infância, versão feminina (EPCCI-F) e versão masculina (EPCCI-M). Ambas demonstraram bons indicadores de validade e confiabilidade para o público alvo e estão disponíveis para serem utilizadas no contexto científico e clínico. Acredita-se que estas novas escalas possam contribuir com profissionais que lidam diretamente com o público infantil a fim de que eles sejam capazes de: ter um entendimento mais profundo e consistente sobre a imagem corporal em crianças; identificar grupos de risco para o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal; propor intervenções efetivas; acompanhar o impacto de suas intervenções; rastrear o desenvolvimento da imagem corporal em investigações longitudinais com grande número de crianças.

Considerando as especificidades do público em questão, o percurso de desenvolvimento da presente tese foi um grande desafio. De acordo com Breakwell et al. (2010), as crianças constituem um grupo particularmente difícil de ser avaliado por diversas questões, dentre elas: a dificuldade de concentração; o vocabulário reduzido que pode comprometer o entendimento de determinadas questões; tendência a responder o que elas pensam que o entrevistador quer ouvir. Assim, durante todo o percurso metodológico, levou-se em consideração as peculiaridades desse público, bem como as recomendações teóricas de pesquisadores renomados na área de desenvolvimento de escalas. Nesse contexto, teoria e prática caminharam simultaneamente conectadas, visando trazer maior qualidade teórica, empírica e psicométrica ao instrumento criado.

Na primeira etapa desta tese, os itens da nova escala foram desenvolvidos através de revisão de literatura, escalas prévias e grupos focais. Extensa e criteriosa revisão de literatura confirmou a necessidade da criação de escalas para crianças brasileiras e indicou a importância de avaliar não só a insatisfação corporal, como também os comportamentos relacionados ao corpo, a fim de uma compreensão global da imagem corporal infantil (Neves et al., 2017).

Algumas escalas pré-existentes foram consultadas na construção dos itens (por exemplo: *Body Cathexis Scale*, *Body Area Scale*, *Body Esteem Scale*, *Eating Behaviours and Body Image Test* e *Body Shape Questionnaire*). Ressalta-se que essas medidas se destinam à população de adolescentes e adultos e, por isso, foram realizadas adaptações para melhor adequação para o público infantil. Somado a isso, os grupos focais compostos por meninas e meninos possibilitaram ouvir a opinião genuína da população alvo a respeito de aspectos relacionados à imagem corporal. Sendo assim, a combinação dessas estratégias possibilitou a criação de 53 itens divididos em três temas iniciais: 1) Preocupações com aspectos específicos do corpo; 2) Preocupações com o corpo; e 3) Comportamentos relacionados ao corpo.

A segunda etapa objetivou realizar a análise teórica dos itens por meio do julgamento de peritos e da população-alvo. Os peritos analisaram todos os itens individualmente, bem como o formato, as instruções ao pesquisador e ao participante e as opções de resposta. No pré-teste, as crianças responderam aos itens em forma de entrevista a fim de verificar o entendimento dos mesmos. A avaliação rigorosa pela qual todos os itens foram submetidos implicou em modificações para proporcionar um melhor entendimento da escala por parte do público-alvo. Ressalta-se que ainda nesta etapa, deu-se início à divisão das versões feminina e masculina do instrumento. Assim, a EPCCI apresentou indícios de validade de conteúdo, qualidade teórica fundamental para as etapas seguintes.

As etapas 3 e 4 englobaram análises empíricas e psicométricas em meninas e meninos das cinco regiões do Brasil. Estas foram as mais desafiadoras para o desenvolvimento da presente tese, por demandarem energia para tornar possível as coletas em diferentes cidades e estados brasileiros. Após todo o esforço dedicado, foi possível atingir uma amostra grande e representativa da população alvo, atingindo as recomendações de Pasquali (2010) e DeVellis (2012) para as análises pretendidas. A AFE e AFC foram realizadas como uma forma robusta de avaliar indicadores da validade de construto. Morgado et al. (2017) relataram a importância de contemplar ambas as análises na criação de escalas, considerando amostras independentes proporcionalmente ao número de itens da escala. Ao final desse processo, a versão feminina da escala (EPCCI-F) é composta por 17 itens divididos em cinco fatores: 1) “Áreas corporais do rosto”; 2) “Áreas corporais relacionadas a atratividade”; 3) “Áreas corporais relacionadas à magreza/excesso de peso”; 4) “Preocupação com a magreza”; e 5) “Comportamento/desejo direcionado a muscularidade”. A versão masculina final (EPCCI-M) engloba 13 itens e dois

fatores: 1) “Preocupações com aspectos específicos do corpo”; e 2) “Preocupações e comportamentos relacionados ao corpo”. Ambas as versões apresentaram indicadores de validade convergente e discriminante. Futuros pesquisadores interessados em utilizar as escalas devem ter em mente que tratam-se de instrumentos de autorrelato, que mostraram ser adequados para crianças brasileiras de 7 a 11 anos. As opções de resposta para os participantes variam em uma escala Likert de três pontos e cada resposta recebe um valor correspondente que deverá ser somado para o escore final, sendo que, quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos relacionados ao corpo.

Ressalta-se o rigor metodológico que a EPCCI-F e EPCCI-M foram submetidas. Os produtos desta tese tiveram como base os parâmetros recomendados e isso só foi possível devido ao passo a passo conduzido sistematicamente. Salienta-se ainda que buscou-se minimizar as limitações apontadas no estudo de Morgado et al. (2017) no que se refere ao desenvolvimento de novas ferramentas de avaliação psicológica. A criação das escalas foi considerada um avanço para a literatura na área, especialmente em relação aos instrumentos prévios disponíveis no Brasil para a avaliação da imagem corporal em crianças. Enquanto a ESCB (Kakeshita et al., 2009) foi validada apenas por meio da fidedignidade teste-reteste e o EBBIT (Galindo & Carvalho, 2007) por meio da AFE e consistência interna, ambas as versões da EPCCI apresentaram diversos indicadores de validade e confiabilidade.

Outro avanço em relação às escalas preexistentes diz respeito à forma de aplicação da EPCCI. As opções de resposta em forma de desenhos lúdicos visam se aproximar da realidade da maioria das crianças da sociedade atual. Meninos e meninas estão, em sua grande parte, em constante contato com esse tipo de diagrama visual, através dos *smiles* e “*mãozinhas*” presentes em aparelhos e aplicativos tecnológicos. Assim, no processo de criação dessas escalas, o cuidado com a especificidade do público-alvo esteve presente em todo momento. Tendo em vista o apontamento de Cash (2011a) de que a qualidade da pesquisa está intimamente relacionada à escolha de métodos e ferramentas adequadas, a EPCCI-F e a EPCCI-M se constituem como instrumentos capazes de medir preocupações e comportamentos de crianças brasileiras de 7 a 11 anos.

São recomendados estudos futuros que busquem avaliar um modelo teórico de imagem corporal para crianças brasileiras, possibilitando um maior entendimento desse processo na mais tenra idade. Além disso, pesquisas longitudinais poderiam contribuir para verificação de relação

de causa e efeito entre a imagem corporal e outras variáveis psicológicas em crianças. Recomenda-se ainda a adaptação transcultural da escala para outros países e idiomas. Por fim, ainda sugere-se que sejam desenvolvidas propostas de intervenção, promovendo a imagem corporal de crianças em um caminho sadio.

A presente tese contribui em diversos aspectos para a literatura na área. Entretanto, algumas limitações devem ser apontadas. Inicialmente, na primeira etapa da pesquisa, um dos grupos focais contou com um número reduzido de participantes, o que foi cuidadosamente analisado. Levou-se em consideração o preconizado por Barbour (2009) que defende um mínimo de três participantes para a existência de um grupo, denominado *mini group*. Além disso, ressalta-se que os grupos focais complementaram as informações obtidas a partir da revisão de literatura (Neves et al., 2017) para o desenvolvimento dos itens. Acredita-se que a combinação dos métodos indutivo e dedutivo tenha contribuído para maior qualidade desta etapa da pesquisa.

O baixo tamanho amostral no pré-teste também pode ser considerado como uma limitação. Foram incluídas 22 crianças no pré-teste (dez no primeiro e 11 no segundo). Pesquisadores da área aconselham um mínimo de 15 participantes (Coluci et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2013, 2010, 1998). Todavia, buscou-se a realização de entrevistas individuais até que se atingisse o ponto de saturação. Ao final do segundo pré-teste, não foram indicados problemas na escala e, por isso, o número de participantes coletados foi suficiente para responder aos objetivos desta etapa.

Na terceira e quarta etapas, como a coleta de dados era muito extensa, ela foi realizada por diferentes pesquisadores treinados, além da própria responsável pela pesquisa, caracterizando como uma outra limitação. Em alguns casos, isso pode contribuir para o aumento do viés intrapesquisador. Todavia, essa foi uma medida necessária para garantir a heterogeneidade amostral, já que o Brasil é um país de grandes dimensões geográficas, incluindo neste estudo crianças de todas as suas cinco regiões. Ademais, instruções detalhadas foram disponibilizadas e explicadas a todos os envolvidos, para que houvesse uma padronização desse processo. Outra limitação destas etapas caracteriza-se pela utilização de apenas uma medida para a avaliação da confiabilidade (alfa de Cronbach). Entretanto, este valor é o mais utilizado em estudos de criação e validação de escalas (Morgado et al., 2017).

Após o percurso metodológico cuidadosa e meticulosamente percorrido, acredita-se que a EPCCI-F e a EPCCI-M são medidas com bons indicadores de validade e confiabilidade. Por isso,

as escalas encontram-se adequadas para avaliação de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo em crianças brasileiras de ambos os sexos. Espera-se que estas escalas contribuam com os profissionais da área da saúde que lidam diretamente com o público infantil já que possibilitam o entendimento mais profundo do desenvolvimento da imagem corporal em meninos e meninas.

REFERÊNCIAS

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068.
- Amaral, A. C. S., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2014). A cultura do corpo perfeito: Influência sociocultural sobre a imagem corporal. In M. E. C., Ferreira, M. R., Castro, & F. F. R., Morgado (Orgs.), *Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa* (pp. 173-185). Juiz de Fora, MG: Editora UFJF.
- Austin, J. L., & Smith, J. E. (2008). Thin Ideal Internalization in Mexican Girls: A Test of the Sociocultural Model of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 448-457.
- Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B., & Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3(1), 87-91.
- Balogun, J. A. (1986) Reliability and construct validity of the Body Cathexis Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 62, 927-935
- Banna, J.C., Buchthal, O.V., Delormier, T., Creed-Kanashiro, H.M., & Penny, M.E. (2016). Influences on eating: A qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Peru. *BMC Public Health*, 16(1), 1-11.
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (3a ed.). São Paulo: Edições 70.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-91.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento*. (12ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bird, E. L., Halliwell, E., Diedrichs, P. C., & Harcourt, D. (2013). Happy Being Me in the UK: A controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. *Body Image*, 10, 326-334.
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(1), 41-45
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1990.

- Brault, M. C., Aimé, A., Bégin, C., Valois, P., & Craig, W. (2015). Heterogeneity of sex-stratified BMI trajectories in children from 8 to 14 years old. *Physiology & Behavior*, 142(1), 111-120.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 215-239.
- Campana, A. N. N. B. (2007). Tradução, adaptação transcultural e validação do “Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)” e do “Body Checking Questionnaire (BCQ)” para a língua portuguesa no Brasil (Dissertação de mestrado). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Campana, A. N. N. B., & Tavares, M. C. G. C. (2009). *Avaliação da Imagem corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa*. São Paulo: Phorte Editora.
- Candy, C., & Fee, V. (1998). The underlying dimensions and psychometric properties of the Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) for preadolescent girls. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 117-127.
- Carvalho, P. H. B. (2016). Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos três fatores de imagem corporal para jovens brasileiros. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG.
- Carvalho, P. H. B., Conti, M. A., Ribeiro, M. S., Amaral, A. C. S. & Ferreira, M. E. C. (2014). Avaliação Psicométrica do Male Body Checking Questionnaire (MBCQ). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 700-709.
- Carvalho, P. H. B., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F. D., & Ferreira, M. E. C. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 108-114.
- Cash, T. F. (2011a). Crucial Considerations in the Assessment of Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 129-137). New York, NY: The Guildford Press.
- Cash, T. F. (2011b). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 39-47). New York, NY: The Guildford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

- Choi, J. H., & Kim, K. E. (2014). The Relationship between Self-esteem, Body Image and Eating Attitudes of Children Accessing Community Child Centers. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 6(4), 211-222.
- Chung, A. E., Perrin, E. M., & Skinner, A. C. (2013). Accuracy of Child and Adolescent Weight Perceptions and Their Relationships to Dieting and Exercise Behaviors: NHANES. *Academic Pediatrics*, 13(4), 371-378.
- Cipriani, F. M. (2016). Imagem corporal na infância: uma investigação qualitativa. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG.
- Cipriani, F. M., Neves, C. M., Morgado, F. F. R., Silva, M. A., & Ferreira, M. E. C. (submetido). Imagem corporal na infância: uma investigação qualitativa com grupos focais. *Paideia*.
- Clance, P. R., Mitchell, M., & Engelman, S. R. (1980). Body Cathexis in Children as function of awareness training and Yoga. *Journal of Clinical Child and Psychology*, 82-85.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936.
- Conti, M. A., Cordás, T. A., & Latorre, M. R. D. O. (2009). Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 9(3), 331-338.
- Conti, M. A., Latorre, M. R. D. O., Hearst, N., & Segurado, A. (2009). Adaptação transcultural, validação e confiabilidade da Body Area Scale para adolescentes brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10), 2179-2186.
- Contento, I. R., Basch, C., & Zybert, P. (2003). Body image, weight, and food choices of Latina women and their young children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 5(5), 236-348.
- Cooper, P. J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Costa, L. C., Silva, D. A., Almeida, S. S., & Vasconcelos, F. A. (2015). Association between inaccurate estimation of body size and obesity in schoolchildren. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 220-226.
- Dalmoro, M., & Vieira, K. M. (2013). Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. *Revista Gestão Organizacional*, 6(Ed. Espe.), 161-174.

- Damiano, S. R., Gregg, K. J., Spiel, E. C., McLean, S. A., Wertheim, E. H., & Paxton, J. S. (2015). Relationships between body size attitudes and body image of 4-year-old boys and girls, and attitudes of their fathers and mothers. *Journal of Eating Disorders*, 3(16), 1-10.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para Psicologia*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso.
- Daniels, E.A., Layh, M. C., & Porzelius, L. K. (2016). Grooming ten-year-olds with gender stereotypes? A content analysis of preteen and teen girl magazines. *Body Image*, 19, 57-67.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: Theory and applications*. (3rd ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Duchin, O., Marin, C., Mora-Plazas, M., & Villamor, E. (2015). Maternal body image dissatisfaction and BMI change in school-age children. *Public Health Nutrition*, 19(2), 287-292.
- Duchin, O., Mora-Plazas, M., Marin, C., Leon, C. M., Lee, J. M., Baylin A, & Villamor, E. (2014). BMI and sociodemographic correlates of body image perception and attitudes in school-aged children. *Public Health Nutrition*, 17(10), 2216-2225.
- Evans, E. H., Tovée, M. J., Boothroyd, L. G., & Drewett, R. F. (2013). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11-year-old girls: Testing a sociocultural model. *Body Image*, 10, 8-15.
- Fairweather-Schmidt, A. K., & Wade, T. D. (2015). Piloting a perfectionism intervention for pre-adolescent children. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 67-73.
- Ferreira, M. E. C., Castro, M. R., & Morgado, F. F. R. (2014). *Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa*. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Figueiredo Filho, D. B., & Silva Junior, J. A. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185.
- Fortes, L. S., Filgueiras, J. F., Oliveira, F. C., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2016). Etiological model of disordered eating behaviors in Brazilian adolescent girls. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e000024115.
- Fortes, L. S., Kakeshita, I. S., Filgueiras, J. F., Pasian, S. R., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E.C. (2014). Imagem corporal e Infância. In M. E. C., Ferreira, M. R., Castro, & F. F. R., Morgado (Orgs.), *Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa* (pp. 49-65). Juiz de Fora, MG: Editora UFJF.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women. Quarterly*, 21, 173-206.

- Frieling, H., Römer, K. D., Wilhelm, J., Hillemacher, T., Kornhuber, J., de Zwaan, M., et al. (2006). Association of catecholamine-O-methyltransferase and 5-HTTLPR genotype with eating disorder-related behavior and attitudes in females with eating disorders. *Psychiatric Genetics*, 16(5), 205-208.
- Galindo, E. M. C., & Carvalho, A. M. P. (2007). Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do Eating Behaviours and Body Image Test para uso com crianças do sexo feminino. *Revista de Nutrição*, 20(1), 47-54.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2003). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. (2ª ed.). São Paulo: Phorte Editora.
- Gardner, R. M. (2011). Perceptual Measures of Body Image for adolescents and adults. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 146-153). New York, NY: The Guildford Press.
- Gardner, R. M., & Boice, R. (2004). A computer program for measuring body size distortion and body dissatisfaction. *Behaviour Research Methods, Instruments & Computers*, 36(1), 89-95.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Comparison of video distortion and figural drawing scale for measuring and predicting body image dissatisfaction and distortion. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 794-798.
- Garousi, S. (2014). Body Weight Concerns and Antifat Attitude in Iranian Children. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1587-1593.
- Gonçalves, S., Silva, M., Gomes, A. R., & Machado, P. P. P. (2012). Disordered Eating among Preadolescent Boys and Girls: The Relationship with Child and Maternal Variables. *Nutrients*, 4(4), 273-285.
- Goodell, L. S., Johnson, S. L., Antono, A. C., Power, T. J., & Hughes, S. O. (2017). Strategies Low-Income Parents Use to Overcome Their Children's Food Refusal. *Maternal and Child Health Journal*, 21(1), 68-76.
- Goodhue, D., Lewis, W., & Thompson, R. (2006). PLS, small sample size, and statistical power in MIS research. In System Sciences, 2006. HICSS'06. *Proceedings of the 39th Annual Hawaii International Conference*, 8, 202b-202b.
- Goodhue, D., Lewis, W., & Thompson, R. (2007). Research note – Statistical power in analysing interaction effects: Questioning the advantage of PLS with product indicators. *Information Systems Research*, 18(2), 211-227.
- Goodwin, A., Astbury, J., & McMeeken, J. (2000). Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 442-447.
- Gray, W. N., Simon, S. L., Janicke, D. M., & Dumont-Driscoll, M. (2011). Moderators of Weight-Based Stigmatization Among Youth Who Are Overweight and Non-overweight: The

- Role of Gender, Race, and Body Dissatisfaction. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(2), 110-116.
- Grogan, S., & Richards, H. (2002). Body image: Focus groups with boys and men. *Men and Masculinities*, 4, 219-232.
- Guedes, D. P. (2011). Crescimento e desenvolvimento aplicado à Educação Física e ao Esporte. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 25(N.E.), 127-40.
- Guedes, D. P., & Guedes, J. E. R. P. (1997). *Crescimento composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes*. São Paulo: CLR Balieiro.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. E. (1993). Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-32.
- Hair Júnior, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed.). São Paulo: Bookman.
- Halliwel, E., & Harvey, M. (2006). Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 11(Pt 2), 235-248.
- Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2006). 'Body image is for girls' A qualitative study of boys' body image. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 567-576.
- Harrison, S., Rowlinson, M., & Hill, A. J. (2016). "No fat friend of mine": Young children's responses to overweight and disability. *Body Image*, 18, 65-73.
- Hill, A. J. Body image assessment of Children. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 138-145). New York, NY: The Guildford Press.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.
- Ivic, I. (2010). *Lev Semionovich Vygotsky*. (Coleção educadores MEC). Recife: Editora Massangana.
- Jellinek, R. D., Myers, T. A., & Keller, K. L. (2016). The impact of doll style of dress and familiarity on body dissatisfaction in 6- to 8-year-old girls. *Body Image*, 18, 78-85.
- Jones, D. C. (2011). Interpersonal and Familial Influences on the Development of Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 110-118). New York, NY: The Guildford Press.
- Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P., & Almeida, S. S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263-270.

- Karazsia, B. T., & Crowther, J. H. (2009). Social body comparison and internalization: Mediators of social influences on men's muscularity oriented body dissatisfaction. *Body Image*, 6(2), 105-112.
- Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), 319-323.
- Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(15), 124-136.
- Klump, K. L., Burt, S. A., Spanos, A., McGue, M., Iacono, W. G., & Wade, T. D. (2010). Age Differences in Genetic and Environmental Influences on Weight and Shape Concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 679-688.
- Laus, M. F., Kakeshita, I. S., Costa, T. M., Ferreira, M. E., Fortes, L. S., & Almeida, S. S. (2014). Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 331-346.
- Leite, A. C. B., Ferrazzi, N. B., Mezdari, T., & Höfelmann, D. A. (2014). Insatisfação corporal em escolares de uma cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 24(1), 54-61.
- Levin, E. (1995). *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem* (1a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Levin, E. (1997). *A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor*. 1a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Levine, M. P., & Chapman, K. (2011) Media influences on body image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 101-109). New York, NY: The Guildford Press.
- Ling, F. C. M., McManus, A. M., Knowles, G., Masters, R. S. W., & Polman, R. C. J. (2015). Do children emotionally rehearse about their body image? *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1133-1141.
- Lizana, P. A., Simpson, C., Yáñez, L., & Saavedra, K. (2015). Body image and weight status of children from rural areas of Valparaíso, Chile. *Nutricion Hospitalaria*, 31(2), 698-703.
- Malhotra, N. (2012). *Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada*. (6ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Malina, R. M., Bouchard, C., & Bar-Or, O. (2009). *Crescimento, Maturação e Atividade Física* (2a ed.). São Paulo: Phorte.
- Martin, G. M. (2015). Obesity in question: understandings of body shape, self and normalcy among children in Malta. *Sociology of Health & Illness*, 37(2), 212-26.

- Máximo, T. A. C. de O., Larrain, L. F. C. R., Nunes, A. V. de L., & Lins, S. L. B. (2012). Processos de identidade social e exclusão racial na infância. *Psicologia em Revista*, 18(3), 507-526.
- McKinley, N. M. (2011). Feminist Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 48-55). New York, NY: The Guildford Press.
- Mendelson, B. K., & White, D. R. (1982). Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 54, 899-905.
- Michael, S. L, Wentzel, K., Elliott, M. N., Dittus, P. J., Kanouse, D. E., Wallander, J. L., ..., & Schuster, M. A. (2014). Parental and Peer Factors Associated with Body Image Discrepancy among Fifth-Grade Boys and Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(1), 15-29.
- Michaelis (2017). Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=RxW4>. Acesso em: 18/01/2017.
- Morgado, F. F. R. (2013). Escala de autoaceitação para pessoas com cegueira congênita ou precoce: desenvolvimento e investigação psicométrica. Tese (Doutorado em Educação Física). Universidade Estadual de Campinas.
- Morgado, F. F. R., Campana, A. N. N. B., Fortes, L. S., Ferreira, M. E. C., & Tavares, M. C. G. C. F. (2014). Diretrizes teóricas e metodológicas para criação de escalas de medida em imagem corporal. In M. E. C. Ferreira, M. R. Castro, & F. F. R. Morgado. *Imagem corporal: reflexões diretrizes e práticas de pesquisa*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Morgado, F. F. R., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2017). Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30(3), 1-20.
- Mountford, V., Haase, A., & Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: associations between cognitions and behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 708-715.
- Munari, A. (2010). *Jean Piaget*. (Coleção educadores MEC). Recife: Editora Massangana.
- Murnen, S. K. (2011). Gender and body images. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 173-179). New York, NY: The Guildford Press.
- Murnen, S. K., Poinssatte, K., Huntsman, K., Goldfarb, J., & Glaser, D. (2015). Body ideals for heterosexual romantic partners: Gender and sociocultural influences. *Body Image*, 12, 22-31.
- Mussweiler, T., Ruter, K., & Epstude, K. (2004). The man who wasn't there: Subliminal social comparison standards influence self-evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(5), 689-696.

- Neves, C. M., Meireles, J. F. F., Morgado, F. F. R., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (submetido). Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do SATAQ-4R para crianças brasileiras.
- Neves, C. M., Cipriani, F. M., Meireles, J. F. F., Morgado, F. F. R., & Ferreira (2017). Imagem corporal na infância: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(3), 1-9.
- Neves, N. A., Morgado, F. F. R., & Tavares, M. C. G. C. F. (2015). Avaliação da Imagem Corporal: Notas Essenciais para uma Boa Prática de Pesquisa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 375-380.
- Noland, N., & Gruber, J. J. (1976). Relationships between selected personality and motor variables in emotionally disturbed children. *Research Quarterly of the American Alliance for Health, Physical Education and Recreation*, 47(4), 741-749.
- Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660-667.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. (12ª ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-213.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2013). *Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação*. (5ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Patalay, P., Sharpe, H., & Wolpert, M. (2015). Internalising symptoms and body dissatisfaction: untangling temporal precedence using cross-lagged models in two cohorts. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 56(11), 1223-1230.
- Pereira, E. F., Graup, S., Lopes, A. S., Borgatto, A. F., & Daronco, L. S. E. (2009). Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socio-econômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 253-262.
- Piaget, J. (1970). *O nascimento da inteligência na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J. (1971). *A formação do símbolo na criança*. Imitação, jogo e sonho, imagem e representação. (Trad. Alvaro Cabral.) Rio de Janeiro: Zahar.
- Rabelo, E. T., & Passos, J. S. (2016). *Vygotsky e o desenvolvimento humano*. Disponível em: <http://www.josesilveira.com> Acesso em: 15/12/2016.

- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2014). O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 307-310.
- Reulbach, U., Ladewig, E. L., Nixon, E., O'Moore, M., Williams, J., & O'Dowd, T. (2013). Weight, body image and bullying in 9-year-old children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(4), 288-293.
- Rice, K., Prichard, I., Tiggemann, M., & Slater, A. (2016). Exposure to Barbie: Effects on thin-ideal internalisation, body esteem, and body dissatisfaction among young girls. *Body Image*, 19, 142-149.
- Rodgers, R. F., Mclean, S. A., & Paxton, S. J. (2015). Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: Implications for the Tripartite Influence Model. *Developmental Psychology*, 51(5), 706-713.
- Ross, A., Paxton, S. J., & Rodgers, R. F. (2013). Y's Girl: Increasing body satisfaction among primary school girls. *Body Image*, 10, 614-618.
- Schaefer, L. M., Harriger, J. A., Heinberg, L. J., Soderberg, T., & Thompson, J. K. (2017). Development and Validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised (SATAQ-4R). *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 104-117.
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: As energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Secord, P. F., & Jourard, P. F. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2012). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência* (8a ed.). São Paulo: Cengage Learning.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.
- Shriver, L. H., Harrist, A. W., Page, M., Tait, L. H., Moulton, M., & Topham, G. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. *Body Image*, 10(1), 78-84.
- Skelton, J. A., Irby, M. B., Guzman, M. A., & Beech, B. M. (2012). Children's Perceptions of Obesity and Health: A Focus Group Study With Hispanic Boys. *Infant, Child and Adolescent Nutrition*, 4(5), 289-296.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502.
- Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 67-75). New York, NY: The Guilford Press.

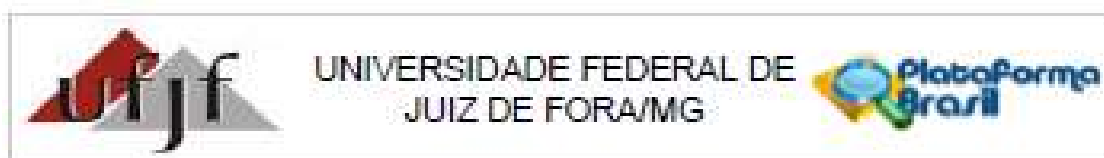
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2014). De acordo com a ISAPS, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/de-acordo-com-a-isaps-brasil-lidera-ranking-de-cirurgias-plasticas-no-mundo/> Acesso em 10/01/2017.
- Suisman, J. L., & Klump, K. L. (2011). Genetic and Neuroscientific Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 29-38). New York, NY: The Guildford Press.
- Swami, V. (2011). Evolutionary Perspectives on Human Appearance and Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 20-28). New York, NY: The Guildford Press.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D. ... & Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 309-325.
- Swaminathan, S., Selvam, S., Pauline, M., & Vaz, M. (2013). Associations between body weight perception and weight control behaviour in South Indian children: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 3(3), 1-8.
- Tatangelo, G. L., & Ricciardelli, L. A. (2013). A qualitative study of preadolescent boys' and girls' body image: Gendered ideals and sociocultural influences. *Body Image*, 10, 591-598.
- Tatangelo, G. L., McCabe, M., Mellor, D., & Mealey, A. (2016). A systematic review of body dissatisfaction and sociocultural messages related to the body among preschool children. *Body Image*, 18, 86-95.
- Taylor, S. E., & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96(4), 569-575.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2012). *Métodos de pesquisa em atividade física*. (5a ed.) São Paulo: Artmed.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image: Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7-14.
- Thompson, J. K., & van den Berg, P. (2002). Measuring body image attitudes among adolescents and adults. In: T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspective on human appearance and body image. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 12-19). New York, NY: The Guilford Press.
- Tucker, L. A. (1985). Dimensionality and factor Satisfaction of the Body Image Construct: A gender comparison. *Sex Roles*, 12(9), 931-937.
- Tylka, T. L. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 56-64). New York, NY: The Guildford Press.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129.
- UNICEF (2016). Fundo das Nações Unidas para a Infância. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/unicef/> Acesso em 03/01/2017.
- van den Berg, P., Thompson, J. K., Obrowski-Brandon, K., & Covert, M. (2002). The Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance: A covariance structure modelling investigation testing the meditational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007-1020.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125.
- Vygotsky, L. S. (1999). *O desenvolvimento psicológico na infância*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wal, J. S. V., Gibbons, J. L., & Grazioso, M. P. (2008). The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *Eating Behaviors*, 9(3), 277-284.
- Wallander, J. L., Kerbawy, S., Toomey, S., Lowry, R., Elliott, M. N., Escobar-Chaves, S. L., et al. (2013). Is obesity associated with reduced health-related quality of life in Latino, black and white children in the community? *International Journal of Obesity (London)*, 37:920-925.
- Want, S. C., & Saiphoo, A. (2017). Social comparisons with media images are cognitively inefficient even for women who say they feel pressure from the media. *Body Image*, 20, 1-6.
- Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image* 14, 130-145.
- Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Application*, 9(6), 476-487.
- White, J., & Halliwell, E. (2010). Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image*, 7(3), 227-233.

- Willrich, A., Azevedo, C. C., & Fernandes, J. O. (2009). Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Revista de Neurociência*, 17(1), 51-56.
- Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90(2), 245-271.
- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., & Miller, M. W. (2013). Sample size requirements for structural equation models: an evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 913-934.
- World Health Organization [WHO] (2005). Nutrition in adolescence: Issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da Dimensão Atitudinal da Imagem Corporal para Crianças

Pesquisador: Maria Elisa Caputo Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50481715.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.402.233

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 35.035-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 3100-3788 Fax: (32) 3100-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.402.200

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Outubro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CERIUFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_548711.pdf	18/12/2015 10:46:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Desenvolvimento e avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Crianças.docx	18/12/2015 10:46:00	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pre Teste.docx	18/12/2015 10:45:27	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Grupo Focal.docx	18/12/2015 10:41:28	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Análise Empírica.docx	18/12/2015 10:40:51	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito

Endereço: JOSE LOURENÇO KELLER SN
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 35.035-000
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32) 3100-3785 Fax: (32) 3100-3785 E-mail: cep.proposco@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.402/2015

Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOAnáliseEmpírica.docx	18/12/2015 10:40:51	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOPreteste.docx	18/12/2015 10:40:26	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOGrupoFocal.docx	18/12/2015 10:40:05	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOAnáliseEmpírica.docx	18/12/2015 10:39:35	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	declaração joao xxiii.pdf	05/08/2015 11:55:26		Aceito
Outros	declaração escola municipal.pdf	05/08/2015 11:55:17		Aceito
Outros	declaração apogeu.pdf	05/08/2015 11:55:08		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	04/08/2015 21:10:57		Aceito
Outros	Curriculo-do-Sistema-de-Curriculos-Lattes-Maria-Elisa-Caputo-Ferreira.pdf	08/07/2015 10:00:50		Aceito
Outros	Curriculo-do-Sistema-de-Curriculos-Lattes-Juliana-Fernandes-Figueiras-Meireles.pdf	08/07/2015 10:00:33		Aceito
Outros	Curriculo-do-Sistema-de-Curriculos-Lattes-Clara-Mockdece-Neves.pdf	08/07/2015 10:00:22		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Pedro Henrique Berbert de Carvalho).pdf	08/07/2015 09:59:54		Aceito
Outros	Instrumentos.doc	08/07/2015 09:59:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32) 3102-3755 Fax: (32) 3102-3755 E-mail: cnp.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Processo: 1.402.233

JUIZ DE FORA, 03 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KILMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2103-3788 Fax: (32)2103-3788 E-mail: cep-propetro@ufjf.edu.br



ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Focal

O menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da dimensão atitudinal da Imagem Corporal para Crianças”**. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver e avaliar as qualidades de um instrumento avaliativo da representação mental do corpo de crianças.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da representação mental do corpo de crianças.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso concorde com a participação, o aluno irá fazer parte de uma discussão em grupo com a duração aproximada de 50 minutos. Neste, ele e outros participantes irão conversar sobre assuntos relacionados ao corpo de crianças. Essa conversa será gravada e filmada. A opinião da criança será a base para a construção dos itens de um questionário.**

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. Ele será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O (A) Sr. (a), como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **“RISCOS MÍNIMOS” isto é, o mesmo risco existente em atividade rotineiras, como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **: um avanço nas pesquisas psicológicas em crianças, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar insatisfação com o corpo em crianças.**

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor 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(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **LABESC** e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, responsável pelo menor _____, fui informado (a) 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 a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original 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 20____.

Assinatura do (a) Responsável

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP: **Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF**

Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador 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 III

Bilhete entregue na escola A para o agendamento dos grupos focais

Juiz de Fora, 17 de Março de 2016.

Prezada Família,

O menor, sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar de uma pesquisa desenvolvida pela aluna de Doutorado em Psicologia da UFJF Clara Mockdece Neves. As explicações sobre os procedimentos estão detalhadas no Termo de Consentimento em anexo.

Se você concordar com a participação do menor, ele fará parte de um encontro, com mais 5 crianças, agendados da seguinte maneira:

- No caso de alunos do 2º e 3º ano - Dia 22/03/2015 (3ª feira) – às 17:20 horas
- No caso de alunos do 4º e 5º ano - Dia 23/03/2015 (4ª feira) – às 17:20 horas

Neste dia, pedimos que você busque o aluno às 18:40, no Colégio de Aplicação João XXIII, já que o encontro terá a duração aproximada de 1h e 20 min.

Será oferecido um lanche (biscoito, fruta e suco) antes do início do grupo.

Caso concorde com a participação do aluno, favor assinar o termo em anexo e devolvê-lo na coordenação de ensino (aos cuidados da Miriam) na próxima sexta ou segunda-feira.

Cordialmente,

Clara Mockdece Neves
(24) 98802-7662



ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISACOMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Focal**

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da dimensão atitudinal da Imagem Corporal para Crianças**”. Nesta pesquisa pretendemos **desenvolver e avaliar as qualidades de um instrumento avaliativo da representação mental do corpo de crianças**.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto **surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da representação mental do corpo de crianças**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso aceite o nosso convite, você irá participar de uma discussão em grupo com a duração aproximada de 50 minutos. Neste, você e outros participantes irão conversar sobre assuntos relacionados ao corpo. Essa conversa será gravada e filmada. Sua opinião será a base para a construção dos itens de um questionário.**

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua 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 (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em “**RISCOS MÍNIMOS**” isto é, **o mesmo risco existente em atividade rotineiras, como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas psicológicas em crianças, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar insatisfação com o corpo em crianças.**

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. 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 originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ **(se já tiver documento)**, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) menor_____
Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador 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 V

Guia do Moderador – Grupo Focal

Materiais: Câmeras de vídeos
Crachás
Imagens – Livro “*Your Body is Awesome*”

Tópicos: I. Introdução e Comprometimento voluntário (TA)
II. Desenvolvimento
III. Dúvidas ou comentários
IV. Encerramento

Visão geral da sessão: O foco dessa discussão grupal é levantar questões sobre a imagem corporal de crianças, que darão suporte à adaptação do *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised* (SATAQ-4R) e a criação de uma nova escala de satisfação corporal para esse público. A sessão é interativa, com discussões a respeito de sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados ao corpo. É importante garantir a participação espontânea de todos.

I. INTRODUÇÃO E COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (10 minutos)

Ligar a câmera de vídeo.

Obrigada a todos pela presença.

Vocês estão aqui hoje para conversar sobre diferentes questões relacionadas ao corpo. Por isso, é importante a opinião verdadeira de vocês. Então, não existem respostas certas ou erradas, o importante são as ideias de cada um.

Nosso encontro está sendo gravado e filmado, mas vocês não precisam se preocupar. Isso é um padrão de todas as pesquisas desse tipo.

Bom, vamos começar lendo, juntos, o documento que explica a nossa pesquisa. Todas as informações importantes para o nosso encontro estão escritas nele.

Distribuição do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e leitura.

Alguém tem alguma dúvida? Cada um de vocês está disposto a participar deste grupo? Podemos combinar que vamos ser sinceros?

Então, peço que cada um escreva o seu nome no local indicado.

Como vocês podem ver também, temos aqui hoje a presença de mais três pesquisadoras que vão acompanhar o nosso encontro: a Juliana e a Lais que vão ficar só observando a nossa conversa e a Maria Elisa que pode fazer algumas perguntinhas para vocês também.

Vamos começar conhecendo melhor uns aos outros. Cada um pode nos dizer seu nome, idade, turma e alguma coisa legal que quiserem me contar sobre vocês. Eu vou começar.

Meu nome é Clara, tenho 26 anos. Sou formada em Educação Física e fiz mestrado em Psicologia. Agora estou no Doutorado em Psicologia também e eu estudo a Imagem Corporal de crianças. A nossa conversa de hoje é muito importante para o meu estudo e eu gostaria de conhecer melhor o que vocês pensam sobre o corpo de vocês. É isso. Quem quer ser o próximo?

II. Desenvolvimento (30 minutos)

Bom, para começar eu queria mostrar para vocês essa figura que eu encontrei em um livro que eu estava lendo e achei muito interessante. Olhem só todas essas crianças... O que vocês acham de cada uma delas? Que tal a gente criar uma história sobre essas crianças?



Agora, olhando para essas crianças, eu fiquei pensando como cada uma é de um jeito, né? O que vocês acham sobre cada um ser de um jeito?

E vocês? Como é o corpo de vocês?

Vocês gostam de ser assim? Por quê?

Criação da nova escala

Bom, agora eu fiquei curiosa, me contem uma coisa... quais as partes do corpo de vocês que vocês mais gostam? Por quê?

E quais partes vocês menos gostam? Por quê?

- (CORPO IDEAL) Como vocês gostariam de ser?

Eu tenho uma vizinha que toda hora ela vai na minha casa e fica me contando que para ser bonita tem que ter um monte de coisa... E vocês? Como vocês acham que uma pessoa tem que ser para ser bonita? Vocês poderiam contar como é esse corpo?

Essa minha vizinha me contou que ela faz um monte de coisa pra ser bonita... e vocês? Vocês fazem alguma coisa para ter esse corpo bonito que vocês me contaram?

E o corpo dos meninos(as)? Como tem que ser um corpo de menino(a) para ser bonito(a)? Vocês podem me explicar?

Qual parte do corpo dos(as) meninos(as) vocês acham mais bonita? Por quê?

Qual parte do corpo de vocês que vocês acham que os(as) meninos(as) mais gostam? Por quê?

- *(COMPORTAMENTO) Quando vocês estão em casa.... antes de sair a rua, ou até na escola.... Vocês costumam se olhar no espelho? Vocês gostam da imagem que veem? Por quê?*

Aqueles que não se olham, por que não se olham?

Na casa de vocês têm balança? Vocês se pesam? Por quê?

E me conta uma coisa... Vocês tem o costume de se comparar com outras crianças? Assim, olhar para o corpo do colega e ver o que tem diferente? E o que tem de igual? Vocês se lembram de alguma situação que vocês se compararam... Vocês poderiam me dar exemplo?

- *Os pais de vocês conversam com vocês sobre o corpo? O que eles falam?*

Vocês acham que os pais de vocês cuidam do corpo deles? Se Sim, como e por quê? Se Não, vocês sabem me dizer por quê?

- *E os amigos? Vocês conversam com os amigos de vocês sobre o corpo? O que vocês falam? Vocês acham que os amigos de vocês cuidam do corpo deles? Se Sim, como e por quê? Se Não, vocês sabem me dizer por quê?*

- *E de outras pessoas que vocês gostam... por exemplo, professores, avós, primos..... Vocês conversam sobre o corpo? O que vocês falam?*

- *Vocês assistem televisão? Qual programa vocês mais gostam? Tem algum personagem da televisão (ou pessoa famosa) que vocês gostam mais? Por quê? Como é o corpo dessa pessoa/personagem?*

- *(INTERNALIZAÇÃO CORPO MAGRO) Eu tenho duas sobrinhas. Uma é gordinha e a outra é mais magrinha. Vocês acham que elas gostam de ser assim? Por quê? E eu fiquei pensando, será ser de um jeito melhor do que de outro??? O que vocês acham? É melhor ser magrinha ou gordinha? Por quê?*

- *(INTERNALIZAÇÃO – muscularidade)*

- No grupo de MENINOS: Outro dia eu vi na televisão uma reportagem falando desse menino aqui. Ele mora lá na Romênia e tem um irmão. Eles gostam muito de estudar, de brincar e também de fazer exercícios. O que vocês acham dele?



- No grupo de MENINAS: Outro dia eu vi na televisão uma reportagem falando dessa menina aqui. Ela é conhecida como “Musinha Fitness”. Ela gosta muito de estudar, de brincar e também de fazer exercícios. O que vocês acham dela?



- (INTERNALIZAÇÃO – atratividade geral) Eu conheço uma menina que ela adora tirar foto das roupas que ela usa. Vocês fazem isso? Vocês gostam de tirar foto? Por quê?
Vocês escolhem as roupas que vocês usam quando saem de casa (por exemplo para passear, ou ir numa festa)? Por quê?

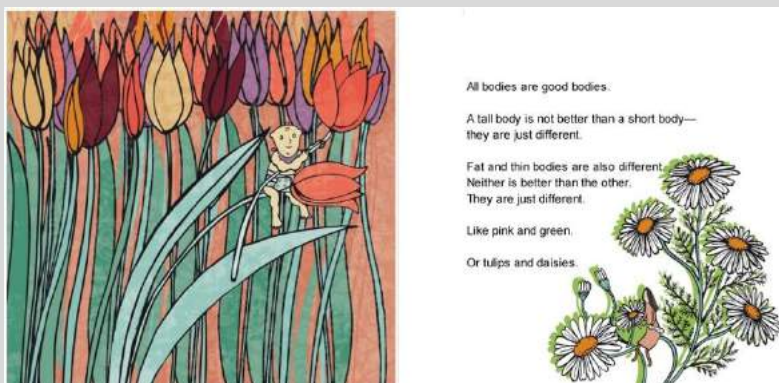
III. Dúvidas ou comentários (10 minutos)

Estamos nos aproximando do fim da nossa reunião. Então, eu gostaria de mostrar para vocês o final do livro que a gente estava conversando no início do nosso encontro.

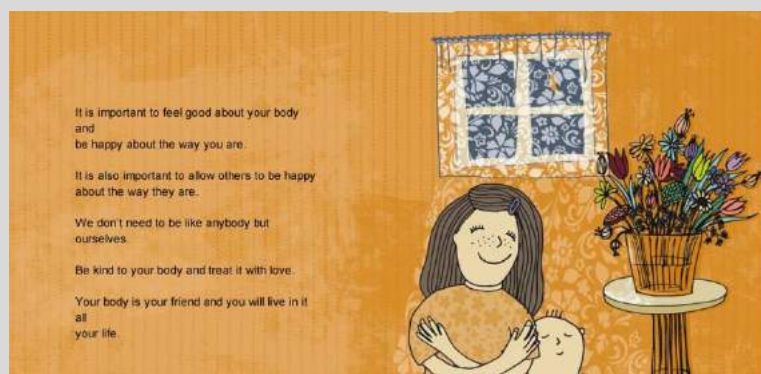
LER AS TRÊS PÁGINAS FINAIS DO LIVRO



“Imaginem se os humanos fossem flores. Não seria chato se todas as flores no mundo fossem iguais? Queremos ter vários tipos de flores para que o jardim seja mais bonito e colorido. E nós achamos que é muito mais divertido colorir com várias caixas de lápis de cor do que com apenas uma cor. É maravilhoso que todas as coisas sejam diferentes.”



“Todos os corpos são bons. Um corpo alto não é melhor do que um corpo baixo, eles são apenas diferentes. Corpos gordos ou magros são diferentes. Nenhum é melhor do que o outro. Eles são apenas diferentes. Como o rosa e o verde. Ou as Tulipas e as Margaridas.”



“É importante se sentir bem com o próprio corpo e ser feliz com a forma que ele é. Também é importante permitir que os outros sejam felizes do jeito que são. Nós não precisamos ser igual à outro corpo, mas sim como nós mesmos. Seja gentil com o seu corpo e trate ele com amor. Seu corpo é seu amigo e você vai viver nele por toda a sua vida.”

Agora, eu gostaria de saber: qual é a opinião de vocês sobre o que nós discutimos aqui hoje?

Vocês gostariam de falar mais alguma coisa que se esqueceram durante o grupo, mas que é importante para vocês?

IV. Encerramento (10 minutos)

Mais uma vez, obrigada pela presença de vocês. Os comentários de vocês foram muito úteis e serão muito importantes para o meu trabalho.

Antes de irem embora, vou distribuir um lanchinho para vocês e enquanto isso, eu vou chamar um por um para que eu possa pesar e medir vocês. Essas informações também são importantes para o meu trabalho.

Como forma de agradecimento, eu trouxe uma lembrancinha para vocês.

MUITO OBRIGADA!

Entregar o Questionário sociodemográfico.

Momento de aferição da estatura e massa corporal.

ANEXO VI

Primeira versão da Escala de Preocupações e Comportamentos relacionadas ao corpo na Infância (EPCCI)

Instruções ao pesquisador
Esta escala é adequada para a aplicação em crianças com idade entre 6 anos (desde que já tenham concluído o processo de alfabetização) e 11 anos. Os itens foram elaborados para identificar grupos de risco com maiores preocupações com o corpo e comportamentos deletérios associados à imagem corporal. Para isso, a escala é composta por três subescalas: (1) Preocupação com aspectos específicos do corpo; (2) Preocupação com aspectos gerais; e (3) Comportamentos relacionados ao corpo. Na primeira subescala, a criança deverá responder como ela se sente em relação a algumas partes do seu corpo. Assim, a mesma possui três opções de resposta: ☺= Satisfeito (1 ponto); ☹= Nem satisfeito e nem insatisfeito (2 pontos); ☹= Insatisfeito (3 pontos). Na segunda e terceira subescalas, a criança deverá responder a perguntas sobre preocupações com aspectos gerais da aparência e comportamentos relacionados ao corpo. Serão fornecidas 3 opções de resposta: 🙅= Não (1 pontos); 🙋🙅= Mais ou menos (2 pontos); 🙋= Sim (3 ponto). Para o escore total da escala, as pontuações de cada item devem ser somadas e quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas. Por fim, ressalta-se a necessidade de retirar este quadro informativo com as instruções ao pesquisador no momento da aplicação da escala nas crianças.

Instruções ao participante

Gostaríamos de saber como você se sente em relação a algumas partes do seu corpo.
Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente.
Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

Siga a legenda:

😊 = Satisfeito

😐 = Nem satisfeito e nem insatisfeito

☹ = Insatisfeito

1. Cabelo	😊	😐	☹
2. Testa	😊	😐	☹
3. Olhos	😊	😐	☹
4. Nariz	😊	😐	☹
5. Bochecha	😊	😐	☹
6. Orelhas	😊	😐	☹
7. Boca	😊	😐	☹
8. Dentes	😊	😐	☹
9. Rosto	😊	😐	☹
10. Cor da pele	😊	😐	☹
11. Braço	😊	😐	☹
12. Peito	😊	😐	☹
13. Cintura	😊	😐	☹
14. Barriga	😊	😐	☹
15. Bumbum	😊	😐	☹
16. Pernas	😊	😐	☹
17. Joelhos	😊	😐	☹
18. Pés	😊	😐	☹

Instruções ao participante

Agora, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre suas atitudes em relação ao seu corpo.

Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa sua opinião.

Siga a legenda:

 = Não;

  = Mais ou menos;

 = Sim

Item			
19. Sua aparência corporal te incomoda?		 	
20. Você se preocupa com seu peso?		 	
21. Você compara sua aparência com a de outras crianças?		 	
22. Você usa roupas para esconder seu corpo?		 	
23. Você faz exercícios para acabar com a gordura de seu corpo?		 	
24. Você gostaria de ser mais magro (a)?		 	
25. Você belisca partes de seu corpo para ver o quanto há de gordura?		 	
26. Você se sente com o corpo muito redondo?		 	
27. Você deixa de comer lanches (por exemplo, cachorro quente, hambúrguer, pizza) para perder peso?		 	
28. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?		 	
29. Você evita usar roupas que mostram as formas de seu corpo?		 	
30. Você se preocupa em ter “dobrinhas” em seu corpo?		 	
31. Você deixa de comer mesmo quando está com fome, com medo de engordar?		 	
32. Você gostaria de ter músculos definidos?		 	
33. Você passa muito tempo se olhando no espelho?		 	
34. Você gostaria de alterar sua aparência corporal?		 	
35. Você faz muito exercício físico para melhorar a forma de seu corpo?		 	
36. Você deixa de comer comidas gordurosas (por exemplo batata frita, salgadinhos) para perder peso?		 	

37. Você se acha mais gordo (a) que outras crianças de sua idade?		 	
38. Você gostaria de ser mais forte?		 	
39. Você acha que deveria comer menos que o normal para melhorar a aparência de seu corpo?		 	
40. Você tem medo de ficar gordo(a)?		 	
41. Você faz muito exercício físico para ficar musculoso(a)?		 	
42. Você olha para seu corpo e deseja acabar com a gordura?		 	
43. Você tenta perder peso comendo menos que o normal?		 	
44. Você se pesa frequentemente para controlar o seu peso?		 	
45. Sua altura atual te incomoda?		 	
46. Você compara partes de seu corpo com outras crianças?		 	
47. Você gosta de seu corpo como ele é?		 	
48. Você faz muito exercício físico para perder peso?		 	
49. Você passa muito tempo olhando partes de seu corpo no espelho?		 	
50. Você compara o tamanho de seus músculos com o de outras crianças?		 	
51. Seu peso atual te incomoda?		 	
52. Você se acha gordo (a)?		 	
53. Você deixa de fazer algumas refeições para perder peso?		 	

ANEXO VII

Formulário de Avaliação para Peritos

Prezado pesquisador,

Você está sendo convidado a participar como perito da avaliação do conteúdo da **“Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância (EPCCI)”**. A criação da referida escala é objeto de estudo do meu Doutorado em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação da professora Dr^a Maria Elisa Caputo Ferreira.

A imagem corporal sofre alteração durante toda a vida do ser. É ainda durante a infância que preocupações com partes específicas do corpo, peso corporal, crenças relacionadas ao corpo e comportamentos direcionados à melhora da aparência física podem ter início (Smolak, 2011). Portanto, desde a mais tenra idade, o indivíduo, na busca de um corpo ideal, pode ter sua imagem corporal afetada.

Nesse sentido, tendo em vista que a imagem corporal negativa em idades precoces pode impactar na saúde mental do indivíduo nas próximas fases do desenvolvimento humano, e associar-se a transtornos alimentares (Allen et al., 2012; Choi & Kim, 2014; Parkinson et al., 2012), a avaliação da imagem corporal de crianças é de extrema importância. Sendo assim, o objetivo da minha tese de doutorado é desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo na infância. Segundo Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantliff-Dunn (1999) as preocupações corporais consistem em insatisfação e/ou atenção direcionada ao corpo. Já os comportamentos são ações que refletem a maneira com que o indivíduo lida com o próprio corpo (Cash & Smolak, 2011).

Esse instrumento foi hipotetizado sendo composto por três fatores: 1) Preocupação com aspectos específicos do corpo - envolve a insatisfação das crianças com relação às partes corporais específicas; 2) Preocupação com o corpo - envolve a insatisfação com peso e com aspectos gerais da aparência geral; e 3) Comportamentos relacionados ao corpo – refere-se a comportamentos direcionados à imagem corporal, como ações que refletem a maneira que a criança lida com o próprio corpo, tais como, evitação e checagem corporal, prática extenuante de exercício físico, restrição alimentar.

A etapa de criação dos itens foi realizada através de método dedutivo e indutivo. No primeiro, a revisão de literatura possibilitou extrair itens de escalas pré-existentes [por exemplo Escala de áreas corporais (Conti, Latorre, Segurado, & Hearst, 2009), *Body Shape Questionnaire* (Conti, Cordás, & Latorre, 2009), *Eating Behaviours and Body Image Test* (Galindo & Carvalho, 2007)]. No segundo, foram realizados 4 grupos focais, sendo dois compostos por meninos e dois por meninas de duas escolas da cidade de Juiz de Fora/MG. Ao todo, participaram 19 crianças.

A avaliação do instrumento envolve 2 fases: 1) ANÁLISE DO INSTRUMENTO e 2) AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO. Na fase 1, o Título, Formato, Instruções e Escore do instrumento serão julgados. Na fase 2, você irá responder quanto a Representatividade, Redação e Especificação dos Fatores.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção e empenho e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,
Clara Mockdece Neves.

ANÁLISE DO INSTRUMENTO

Pedimos que avalie o título, o formato (*layout*), as instruções e o escore total do instrumento. Caso responda -1 ou 0, solicito sugestões para o aperfeiçoamento do instrumento.

O novo instrumento encontra-se em anexo.

I. TÍTULO: Avalie o título e a sigla da escala quanto à clareza.

“Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância (EPCCI)”

O título do instrumento é claro e expressa a medida?

-1 = Não claro	
0 = Pouco claro	
1= Muito claro	

Comentários: _____

II. FORMATO DO INSTRUMENTO: Avalie o formato (*layout*) quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e à adequação.

(Ver o formato no instrumento em anexo)

O formato do instrumento é claro e adequado?

-1 = Não claro	
0 = Pouco claro	
1= Muito claro	

Comentários: _____

III. INSTRUÇÕES:

Avalie as instruções AO PESQUISADOR quanto à clareza (verificar se a redação está correta e se expressa adequadamente o que se espera medir).

(Ver as instruções AO PESQUISADOR no instrumento em anexo)

As instruções do instrumento são claras?

-1 = Não claro	
0 = Pouco claro	
1= Muito claro	

Comentários: _____

Agora, avalie as instruções AO PARTICPANTE quanto à clareza.

(Ver as instruções AO PARTICPANTE no instrumento em anexo)

As instruções do instrumento são claras?

-1 = Não claro	
0 = Pouco claro	
1= Muito claro	

Comentários: _____

IV. ESCORE TOTAL: Avalie o cálculo do escore total quanto à clareza (verificar se é compreensível).

A escala terá opções de resposta em escala *Likert* de 3 pontos. No fator 1, a criança deverá ter as seguintes opções de resposta: ☺= Satisfeito (1 ponto); ☹= Nem satisfeito e nem insatisfeito (2 pontos); ☹= Insatisfeito (3 pontos). Para os fatores 2 e 3, a criança poderá responder aos itens de acordo com a seguinte legenda: 🙅= Não (1 pontos); 🙆🙅= Mais ou menos (2 pontos); 🙆= Sim (3 ponto).

Apenas o item 47 possui escore reverso. Para o escore total da escala, as pontuações de cada item devem ser somadas e quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas.

Destaca-se que, o escore também poderá ser somado para cada subescala de forma independente. Dessa forma, quanto maiores os escores obtidos para as subescalas 1, 2 e 3, maiores as preocupações com partes específicas do corpo, as preocupações com o peso e aspectos gerais da aparência e os comportamentos deletérios direcionados ao corpo, respectivamente.

O cálculo do escore é claro e está compreensível?

-1 = Não claro	
0 = Pouco claro	
1= Muito claro	

Comentários: _____

AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO

A avaliação da validade de conteúdo será composta por três passos, os quais estão descritos a seguir. Ressalto a necessidade de cumprir os passos na ordem que estão apresentados.

1º Passo – Avaliação da Representatividade:

Avalie cada item quanto à representatividade (notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos). Para isso utilize a seguinte legenda:

-1 = Não, o item não se refere a preocupações e/ou comportamentos relacionados ao corpo.

0 = Duvidoso, não tenho certeza se o item se refere a preocupações e/ou comportamentos relacionados ao corpo.

1= Sim, o item se refere a preocupações e/ou comportamentos relacionados ao corpo.

2º Passo – Avaliação da Redação:

Avalie cada item quanto à clareza (redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir). Para isso utilize a seguinte legenda:

-1 = Inadequado, o item deve ser retirado.

0 = Inadequado, o item deve ser reformulado.

1= Adequado, o item deve ser mantido da forma atual.

3º Passo – Especificação dos Fatores:

A partir da revisão de literatura e da análise das discussões dos grupos focais, os itens da nova escala foram criados com base em três fatores:

FATOR 1: Preocupação com aspectos específicos do corpo: Este fator envolve a insatisfação das crianças com relação à partes corporais específicas.

FATOR 2: Preocupação com o corpo: Este fator envolve a insatisfação com peso e com aspectos gerais da aparência geral.

FATOR 3: Comportamentos relacionados ao corpo: Este fator se refere a comportamentos direcionados à imagem corporal, como ações que refletem a maneira que a criança lida com o próprio corpo, tais como, evitação e checagem corporal, prática extenuante de exercício físico, restrição alimentar.

Os itens serão apresentados a seguir separadamente por fator, e peço que você julgue a adequação do item ao seu referido fator de acordo com a legenda:

-1 = Inadequado, o item não pertence a esse fator.

0 = Não tenho certeza se o item pertence a esse fator.

1= Adequado, o item pertence a esse fator.

FATOR 1: Preocupação com aspectos específicos do corpo

Item	O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	O item pertence a este fator?
1. Cabelo			
2. Testa			
3. Olhos			
4. Nariz			
5. Bochecha			
6. Orelhas			
7. Boca			
8. Dentes			
9. Rosto			
10. Cor da pele			
11. Braço			
12. Peito			
13. Cintura			
14. Barriga			
15. Bumbum			
16. Pernas			
17. Joelhos			
18. Pés			

FATOR 2: Preocupação com o corpo

Item	O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	O item pertence a este fator?
19. Sua aparência corporal te incomoda?			
20. Você se preocupa com seu peso?			
24. Você gostaria de ser mais magro (a)?			
26. Você se sente com o corpo muito redondo?			
28. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?			
30. Você se preocupa em ter “dobrinhas” em seu corpo?			
32. Você gostaria de ter músculos definidos?			
34. Você gostaria de alterar sua aparência corporal?			
37. Você se acha mais gordo (a) que outras crianças de sua idade?			
38. Você gostaria de ser mais forte?			
40. Você tem medo de ficar gordo(a)?			
42. Você olha para seu corpo e deseja acabar com a gordura?			
45. Sua altura atual te incomoda?			
47. Você gosta de seu corpo como ele é?			
51. Seu peso atual te incomoda?			
52. Você se acha gordo (a)?			

FATOR 3: Comportamentos relacionados ao corpo

Item	O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	O item pertence a este fator?
21. Você compara sua aparência com a de outras crianças?			
22. Você usa roupas para esconder seu corpo?			
23. Você faz exercícios para acabar com a gordura de seu corpo?			
25. Você belisca partes de seu corpo para ver o quanto há de gordura?			
27. Você deixa de comer lanches (por exemplo, cachorro quente, hambúrguer, pizza) para perder peso?			
29. Você evita usar roupas que mostram as formas de seu corpo?			
31. Você deixa de comer mesmo quando está com fome, com medo de engordar?			
33. Você passa muito tempo se olhando no espelho?			
35. Você faz muito exercício físico para melhorar a forma de seu corpo?			
36. Você deixa de comer comidas gordurosas (por exemplo batata frita, salgadinhos) para perder peso?			
39. Você acha que deveria comer menos que o normal para melhorar a aparência de seu corpo?			
41. Você faz muito exercício físico para ficar musculoso(a)?			
43. Você tenta perder peso comendo menos que o normal?			
44. Você se pesa frequentemente para controlar seu peso?			
46. Você compara partes de seu corpo com outras crianças?			
48. Você faz muito exercício físico para perder peso?			
49. Você passa muito tempo olhando partes de seu corpo no espelho?			
50. Você compara o tamanho de seus músculos com o de outras crianças?			
53. Você deixa de fazer algumas refeições para perder peso?			

Caso considere necessário, comentários adicionais sobre a escala poderão ser realizados abaixo:

Muito obrigada por sua colaboração. Sua participação foi muito importante!

Com estima,
Clara Mockdece Neves.

33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
35	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
37	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	8
38	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
42	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
46	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	9
47	1	1	1	1	1	1	1		1	1	9
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
50	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	9
51	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
52	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	9
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Legenda: P = Perito

* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A Autora (2016).

ANEXO IX

Julgamento dos itens da EPCCI quanto a sua redação.

Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Frequência*
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
13	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
19	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	7
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
21	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
22	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	6
23	-1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	4
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
25	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	7
26	-1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	6
27	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	7
28	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
29	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7
30	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
32	0	1	1	0	1	0	-1	1	1	1	6
33	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9

34	-1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	6
35	0	1	1	-1	1	0	1	1	1	1	7
36	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	7
37	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
38	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
39	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	5
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
41	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
42	0	1	1	0	1	1	-1	1	1	1	7
43	0	1	1	0	1	1	-1	0	1	1	6
44	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
45	-1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
46	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
47	1	1	1	1	1	1	1		1	1	9
48	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
49	-1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
50	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
51	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
52	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	9
53	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8

Legenda: P = Perito

* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A Autora (2016).

ANEXO X

Julgamento dos itens da EPCCI quanto a especificação dos fatores.

Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Frequência*
1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
10	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
13	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
21	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	8
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
29	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
32	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9

33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
35	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
37	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	9
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
42	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
45	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
46	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	8
47	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
48	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
49	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	9
50	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	8
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
52	1	1	1	1	1	1	-1	0	1	1	8
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Legenda: P = Perito

* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A Autora (2017).

ANEXO XI

Segunda versão da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância (EPCCI) após o julgamento dos peritos

Instruções ao pesquisador
Esta escala foi desenvolvida para a aplicação em crianças com idade entre 6 anos (desde que já tenham concluído o processo de alfabetização) e 11 anos. Os itens foram elaborados para identificar grupos de risco com maiores preocupações com o corpo e comportamentos deletérios associados à imagem corporal. Para isso, a escala é composta por três subescalas: (1) Preocupação com aspectos específicos do corpo; (2) Preocupação com o aspecto geral do corpo; e (3) Comportamentos relacionados ao corpo. Na primeira subescala, a criança deverá responder como ela se sente em relação a algumas partes do seu corpo. Assim, o avaliado possui três opções de resposta: 😊 = Gosto (1 ponto); 😐 = Gosto mais ou menos (2 pontos); ☹ = Não gosto (3 pontos). Na segunda e terceira subescalas, a criança deverá responder a perguntas sobre preocupações com aspectos gerais da aparência e comportamentos relacionados ao corpo. Serão fornecidas três opções de resposta: 🙅 = Não (1 ponto); 🙋🙋 = Mais ou menos (2 pontos); 🙋 = Sim (3 pontos). Para o escore total da escala, as pontuações de cada item devem ser somadas e quanto maior o escore obtido, maiores as preocupações e comportamentos deletérios relacionados ao corpo das crianças avaliadas. Apenas o item 35 possui escore reverso. Destaca-se que, o escore também pode ser somado para cada subescala de forma independente. Dessa forma, quanto maiores os escores obtidos para as subescalas 1, 2 e 3, maiores as preocupações com partes específicas do corpo, as preocupações com o aspecto geral do corpo e os comportamentos deletérios direcionados ao corpo, respectivamente. Por fim, ressalta-se que, por se tratar de uma escala de autorrelato, ou seja, as próprias crianças responderão individualmente, existe a necessidade de retirar este quadro informativo com as instruções ao pesquisador no momento da aplicação da escala para as crianças.

Instruções ao participante

Gostaríamos de saber como você se sente em relação a algumas partes do seu corpo. Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente. Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

Siga a legenda:

😊 = Gosto; 😐 = Gosto mais ou menos; ☹ = Não Gosto

1. Cabelos	😊	😐	☹
2. Testa	😊	😐	☹
3. Olhos	😊	😐	☹
4. Nariz	😊	😐	☹
5. Bochechas	😊	😐	☹
6. Orelhas	😊	😐	☹
7. Boca	😊	😐	☹
8. Dentes	😊	😐	☹
9. Rosto	😊	😐	☹
10. Cor da pele	😊	😐	☹
11. Braços	😊	😐	☹
12. Peito	😊	😐	☹
13. Cintura	😊	😐	☹
14. Barriga	😊	😐	☹
15. Bumbum	😊	😐	☹
16. Pernas	😊	😐	☹
17. Joelhos	😊	😐	☹
18. Pés	😊	😐	☹
19. Peso	😊	😐	☹
20. Altura	😊	😐	☹

Instruções ao participante

Agora, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você.
Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa sua opinião.
Siga a legenda:

 = Não;   = Às vezes;  = Sim

Item			
21. Você compara seu corpo com o de outras crianças?		 	
22. Você usa roupas que te fazem parecer mais gordo(a)?		 	
23. Você gostaria de ser mais magro(a)?		 	
24. Você belisca partes de seu corpo para ver se está gordo(a)?		 	
25. Você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas (por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita) para emagrecer?		 	
26. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?		 	
27. Você usa roupas que te fazem parecer mais magro(a)?		 	
28. Você se preocupa em ter “dobrinhas” em seu corpo?		 	
29. Você deixa de comer mesmo quando está com fome, com medo de engordar?		 	
30. Você fica muito tempo se olhando no espelho?		 	
31. Você gostaria de ser mais forte?		 	
32. Você tem medo de ficar gordo(a)?		 	
33. Você faz muito exercício físico para ficar forte?		 	
34. Você tenta emagrecer comendo menos?		 	
35. Você se pesa sempre para saber o seu peso?		 	
36. Você gosta de seu corpo como ele é?		 	
37. Você faz muito exercício físico para emagrecer?		 	
38. Você deixa de fazer refeições (por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar) para emagrecer?		 	
39. Você gostaria de ser mais gordo(a)?		 	
40. Você tem medo de ficar muito magro(a)?		 	
41. Você come mais do que tem vontade para engordar?		 	



ANEXO XII

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pré-Teste

(No caso do responsável pelo menor)

O menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da dimensão atitudinal da Imagem Corporal para Crianças”**. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver e avaliar as qualidades de um instrumento avaliativo da representação mental do corpo de crianças.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da representação mental do corpo de crianças.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso concorde com a participação, o aluno irá responder algumas perguntas e irá dar sua opinião sobre elas.**

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. Ele será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O (A) Sr. (a), como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **“RISCOS MÍNIMOS” isto é, o mesmo risco existente em atividade rotineiras, como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas psicológicas em crianças, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar insatisfação com o corpo em crianças.**

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor 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(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **LABESC** e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, responsável pelo menor _____, fui informado (a) 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 a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original 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 20____.

Assinatura do (a) Responsável

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador 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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

ANEXO XIII

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pré-Teste

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da dimensão atitudinal da Imagem Corporal para Crianças”**. Nesta pesquisa pretendemos **desenvolver e avaliar as qualidades de um instrumento avaliativo da representação mental do corpo de crianças**.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto **surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da representação mental do corpo de crianças**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso aceite o nosso convite, irá responder algumas perguntas de um questionário e irá dar sua opinião sobre elas**.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua 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 (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **“RISCOS MÍNIMOS” isto é, o mesmo risco existente em atividade rotineiras, como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas psicológicas em crianças, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar insatisfação com o corpo em crianças**.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. 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 originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br**Pesquisador 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 XIV
Formulário do Primeiro Pré-teste

Questionário sociodemografico

1) Nome: _____

2) Idade: _____ anos Data de Nascimento: _____

3) Colégio: _____

4) Ano escolar: _____

5) Sexo: () Masculino

() Feminino

6) Você pratica atividade física?

() Não () Sim. Qual (is) _____

Para uso do Pesquisador:

Peso: _____

Altura: _____

Etnia:

(a) Branca

(b) Negra

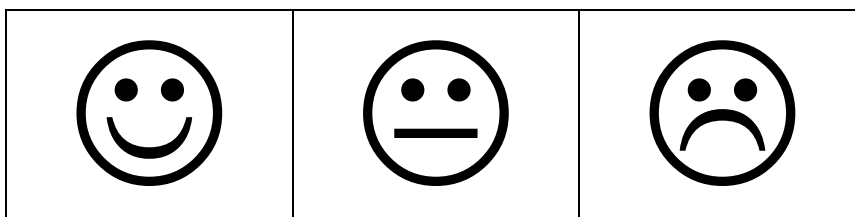
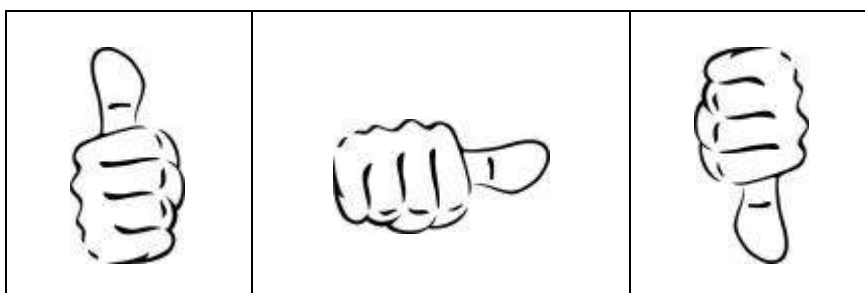
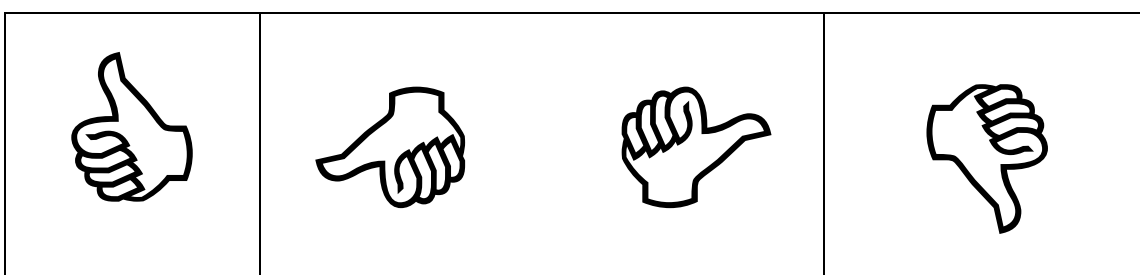
(c) Amarela

(d) Parda

(e) Indígena

Parte I – Análise das opções de respostas aos itens. Esta etapa tem por finalidade ouvir as opiniões das crianças a respeito dos símbolos utilizados como opções de respostas para as escalas.

Eu encontrei essas figuras em um livro de uma escola, e eu estou em dúvida sobre o que elas significam... Você pode me ajudar??? Explique para mim, do jeito que você quiser, o que você acha que essas figuras são? (imprimir cada conjunto de imagens em folhas individuais para que um conjunto não interfira na resposta do conjunto seguinte).



Parte II – Análise protocolar - EPCCI. Esta etapa tem por finalidade investigar as reações das crianças frente às dificuldades encontradas na nova escala.

Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância (EPCCI)

Instruções ao participante
Gostaríamos de saber como você se sente em relação a aparência de algumas partes do seu corpo. Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente. Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião. Siga a legenda: 😊 = Gosto; 😐 = Gosto mais ou menos; ☹ = Não Gosto

Você gosta do (da) seu (sua) ??

Você pode me mostrar onde fica essa parte no seu corpo???

1. Cabelos	😊	😐	☹
2. Testa	😊	😐	☹
3. Olhos	😊	😐	☹
4. Nariz	😊	😐	☹
5. Bochechas	😊	😐	☹
6. Orelhas	😊	😐	☹
7. Boca	😊	😐	☹
8. Dentes	😊	😐	☹
9. Rosto	😊	😐	☹
10. Cor da pele	😊	😐	☹
11. Braços	😊	😐	☹
12. Peito	😊	😐	☹
13. Cintura	😊	😐	☹
14. Barriga	😊	😐	☹
15. Bumbum	😊	😐	☹
16. Pernas	😊	😐	☹
17. Joelhos	😊	😐	☹
18. Pés	😊	😐	☹
19. Peso	😊	😐	☹
20. Altura	😊	😐	☹

Então, vamos continuar? Agora, eu vou fazer algumas perguntas e eu gostaria que você me respondesse pensando em voz alta.

Vou te dar um exemplo: minha irmã me pergunta se eu gosto de estudar. Eu respondo que gosto muito porque sou uma pessoa muito curiosa. Entendeu?

Se você tiver alguma dúvida, você pode me pedir para repetir quantas vezes for necessário.

Instruções ao participante
Agora, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você. Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa sua opinião. Siga a legenda:  = Não;   = Às vezes;  = Sim

Item			
1. Você compara seu corpo com o de outras crianças?		 	
2. Você usa roupas que te fazem parecer mais gordo(a)?		 	
3. Você gostaria de ser mais magro(a)?		 	
4. Você belisca partes de seu corpo para ver se está gordo(a)?		 	
5. Você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas (por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita) para emagrecer?		 	
6. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?		 	
7. Você usa roupas que te fazem parecer mais magro(a)?		 	
8. Você se preocupa em ter “dobrinhas” em seu corpo?		 	
9. Você deixa de comer mesmo quando está com fome, com medo de engordar?		 	
10. Você fica muito tempo se olhando no espelho?		 	
11. Você gostaria de ser mais forte?		 	
12. Você tem medo de ficar gordo(a)?		 	
13. Você faz muito exercício físico para ficar forte?		 	
14. Você tenta emagrecer comendo menos?		 	
15. Você se pesa sempre para saber o seu peso?		 	
16. Você gosta de seu corpo como ele é?		 	
17. Você faz muito exercício físico para emagrecer?		 	

18. Você deixa de fazer refeições (por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar) para emagrecer?		 	
19. Você gostaria de ser mais gordo(a)?		 	
20. Você tem medo de ficar muito magro(a)?		 	
21. Você come mais do que tem vontade para engordar?		 	

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0) Nenhuma	(1) Um pouco	(2) Muita
-----------------	-----------------	--------------

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0) Nada cansativo	(1) Um pouco cansativo	(2) Muito cansativo
------------------------	---------------------------	------------------------

ANEXO XV
Formulário do Segundo Pré-teste

Questionário Sociodemográfico

1) Nome: _____

2) Idade: _____ anos Data de Nascimento: _____

3) Colégio: _____

4) Ano escolar: _____

5) Sexo: () Masculino

() Feminino

6) Você pratica atividade física?

() Não () Sim. Qual (is) _____

Para uso do Pesquisador:

Peso: _____

Altura: _____

Etnia:

(a) Branca

(b) Negra

(c) Amarela

(d) Parda

(e) Indígena

Parte I – Análise da compreensão das crianças com relação a termos que causaram

dúvidas. Esta etapa tem por finalidade ouvir as opiniões das crianças a respeito dos significados de alguns termos que causaram dúvidas.

Eu li um livro em uma escola que estava falando que existem pessoas que são fortes e musculosas. Mas eu fiquei na dúvida do que isso significa...

Para você o que é ser forte?

O que é ser musculoso?

Nesse mesmo livro, tinha uma parte que dizia assim:

“Algumas pessoas cuidam de sua aparência e da sua imagem visual”

Eu fiquei na dúvida sobre o que significa aparência. Para você o que é aparência? O que é imagem visual?

Análise protocolar - EPCCI. Esta etapa tem por finalidade investigar as reações das crianças frente às dificuldades encontradas na nova escala.

Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância (EPCCI)**Instruções ao participante**

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à aparência de algumas partes do seu corpo.

Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

Siga a legenda:

😊 = Gosto; 😐 = Gosto mais ou menos; ☹ = Não Gosto

1. Cabelos	😊	😐	☹
2. Rosto	😊	😐	☹
3. Testa	😊	😐	☹
4. Olhos	😊	😐	☹
5. Nariz	😊	😐	☹
6. Bochechas	😊	😐	☹
7. Orelhas	😊	😐	☹
8. Boca	😊	😐	☹
9. Dentes	😊	😐	☹
10. Cor da pele	😊	😐	☹
11. Braços	😊	😐	☹
12. Peito	😊	😐	☹
13. Cintura	😊	😐	☹
14. Barriga	😊	😐	☹
15. Bumbum	😊	😐	☹
16. Pernas	😊	😐	☹
17. Joelhos	😊	😐	☹
18. Pés	😊	😐	☹
19. Peso	😊	😐	☹
20. Altura	😊	😐	☹

Instruções ao participante

Agora, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre você.
Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa sua opinião.
Siga a legenda:

 = Não;  = Às vezes;  = Sim

Item			
1. Você compara seu corpo com o de outras crianças?			
2. Você usa roupas que te fazem parecer mais gordo(a)?			
3. Você gostaria de ser mais magro(a)?			
4. Você aperta partes de seu corpo para ver se está gordo(a)?			
5. Você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas (por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita) para emagrecer?			
6. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?			
7. Você usa roupas que te fazem parecer mais magro(a)?			
8. Você deixa de comer mesmo quando está com fome, com medo de engordar?			
9. Você fica muito tempo se olhando no espelho?			
10. Você gostaria de ser mais musculoso(a) (por exemplo, ter barriga de “tanquinho”)?			
11. Você tem medo de ficar gordo(a)?			
12. Você faz muito exercício físico para ficar musculoso(a) (por exemplo, ter barriga de “tanquinho”)?			
13. Você tenta emagrecer fazendo dieta?			
14. Você se pesa sempre para saber o seu peso?			
15. Você gosta de seu corpo como ele é?			
16. Você faz muito exercício físico para emagrecer?			
17. Você deixa de fazer refeições (por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar) para emagrecer?			
18. Você gostaria de ser mais gordo(a)?			
19. Você tem medo de ficar muito magro(a)?			
20. Você come mais do que tem vontade para engordar?			

ANEXO XVI

**Terceira versão da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionadas ao
Corpo de Crianças (após os pré-testes) – VERSÃO MASCULINA**

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE

Responda como você se sente em relação à aparência de algumas partes do seu corpo.

Imagine que você está em frente a um espelho e diga como se sente com o que está vendo.

Pense em como cada parte do seu corpo é para você.

Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente.

😊 = **Gosto**; 😐 = **Gosto mais ou menos**; ☹ = **Não gosto**

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

1. Cabelos	😊	😐	☹	11. Braços	😊	😐	☹
2. Rosto	😊	😐	☹	12. Peito	😊	😐	☹
3. Testa	😊	😐	☹	13. Cintura	😊	😐	☹
4. Olhos	😊	😐	☹	14. Barriga	😊	😐	☹
5. Nariz	😊	😐	☹	15. Bumbum	😊	😐	☹
6. Bochechas	😊	😐	☹	16. Pernas	😊	😐	☹
7. Orelhas	😊	😐	☹	17. Joelhos	😊	😐	☹
8. Boca	😊	😐	☹	18. Pés	😊	😐	☹
9. Dentes	😊	😐	☹	19. Peso	😊	😐	☹
10. Cor da pele	😊	😐	☹	20. Altura	😊	😐	☹

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE – MENINOS

Agora, para conhecer um pouco mais sobre você, responda às perguntas abaixo.

Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa a sua opinião.

 = Não;  = Às vezes;  = Sim

1. Você compara seu corpo com o de outras crianças?			
2. Você usa roupas que fazem você parecer mais gordo?			
3. Você gostaria de ser mais magro?			
4. Você aperta partes de seu corpo para ver se está gordo?			
5. Você gostaria de ser mais musculoso, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?			
6. Para emagrecer, você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas, por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita?			
7. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?			
8. Você usa roupas que fazem você parecer mais magro?			
9. Você deixa de comer com medo de engordar?			
10. Você fica muito tempo se olhando no espelho?			

11. Você tem medo de ficar gordo?			
12. Você faz muito exercício físico para ficar musculoso, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?			
13. Você tenta emagrecer fazendo dieta?			
14. Você se pesa sempre para saber o seu peso?			
15. Você gosta de seu corpo como ele é?			
16. Você faz muito exercício físico para emagrecer?			
17. Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?			
18. Você gostaria de ser mais gordo?			
19. Você tem medo de ficar muito magro?			
20. Você come mais do que tem vontade para engordar?			

ANEXO XVII

**Terceira versão da Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionadas ao
Corpo de Crianças (após os pré-testes) – VERSÃO FEMININA**

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE

Responda como você se sente em relação à aparência de algumas partes do seu corpo.

Imagine que você está em frente a um espelho e diga como se sente com o que está vendo.

Pense em como cada parte do seu corpo é para você.

Por favor, marque um X em cima da carinha que melhor representa a forma como você se sente.

😊 = **Gosto**; 😐 = **Gosto mais ou menos**; ☹ = **Não gosto**

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião.

1. Cabelos	😊	😐	☹	11. Braços	😊	😐	☹
2. Rosto	😊	😐	☹	12. Peito	😊	😐	☹
3. Testa	😊	😐	☹	13. Cintura	😊	😐	☹
4. Olhos	😊	😐	☹	14. Barriga	😊	😐	☹
5. Nariz	😊	😐	☹	15. Bumbum	😊	😐	☹
6. Bochechas	😊	😐	☹	16. Pernas	😊	😐	☹
7. Orelhas	😊	😐	☹	17. Joelhos	😊	😐	☹
8. Boca	😊	😐	☹	18. Pés	😊	😐	☹
9. Dentes	😊	😐	☹	19. Peso	😊	😐	☹
10. Cor da pele	😊	😐	☹	20. Altura	😊	😐	☹

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE – MENINAS

Agora, para conhecer um pouco mais sobre você, responda às perguntas abaixo.

Por favor, marque um X em cima da mãozinha que melhor representa a sua opinião.

 = **Não**;  = **Às vezes**;  = **Sim**

1. Você compara seu corpo com o de outras crianças?			
2. Você usa roupas que fazem você parecer mais gorda?			
3. Você gostaria de ser mais magra?			
4. Você aperta partes de seu corpo para ver se está gorda?			
5. Você gostaria de ser mais musculosa, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?			
6. Para emagrecer, você deixa de comer lanches ou comidas gordurosas, por exemplo, hambúrguer, pizza ou batata frita?			
7. Você se preocupa com o tamanho de sua barriga?			
8. Você usa roupas que fazem você parecer mais magra?			
9. Você deixa de comer com medo de engordar?			
10. Você fica muito tempo se olhando no espelho?			
11. Você tem medo de ficar gorda?			

12. Você faz muito exercício físico para ficar musculosa, por exemplo, ter barriga de “tanquinho”?			
13. Você tenta emagrecer fazendo dieta?			
14. Você se pesa sempre para saber o seu peso?			
15. Você gosta de seu corpo como ele é?			
16. Você faz muito exercício físico para emagrecer?			
17. Para emagrecer, você deixa de fazer refeições, por exemplo, café da manhã, almoço ou jantar?			
18. Você gostaria de ser mais gorda?			
19. Você tem medo de ficar muito magra?			
20. Você come mais do que tem vontade para engordar?			

ANEXO XVIII

Resumo do projeto endereçado às escolas

A imagem corporal é a figuração do corpo formada na mente e é durante a infância que preocupações com o peso, crenças relacionadas ao corpo e comportamentos direcionados à melhora da aparência física podem ter início. Entretanto, ainda há uma lacuna no conhecimento atual a respeito da imagem corporal de crianças, principalmente devido à escassez de instrumentos validados para avaliar este construto no Brasil.

Esta pesquisa faz parte da tese de Doutorado de Clara Mockdece Neves, e apresenta uma interface da Psicologia com a Educação Física, por ter a “imagem corporal” como objeto de estudo. Sendo assim, propomos desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas da “Escala de Preocupações de Comportamentos Relacionadas ao Corpo na Infância”.

Métodos

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFJF seguindo a Resolução 466/12. A aprovação ocorreu em 03/02/2016, através do parecer número 1.402.233 e número de inscrição CAAE: 50481715.0.0000.5147.

Amostra

Participarão da pesquisa crianças de 07 a 12 anos, de ambos os sexos, que estiverem matriculadas e frequentando regularmente as aulas em escolas públicas e privadas, de diferentes cidades das cinco regiões do Brasil, que concordarem com a realização da pesquisa.

Para que o nosso instrumento possa ser considerado válido para o Brasil, é de extrema importância que crianças de todas as regiões participem da pesquisa. Dessa forma, a participação do NOME DA ESCOLA será de grande magnitude como um dos representantes do Estado_____.

Procedimentos

O projeto da pesquisa é composto por três etapas. Na etapa 1 (geração dos itens) foram realizados grupos focais com o intuito de ouvir a opinião de crianças sobre a sua “imagem corporal” e outros assuntos relacionados ao corpo. Na etapa 2 (análise teórica dos itens), o conteúdo e a semântica dos itens do instrumento proposto foram avaliados por dez peritos e 20 crianças, no chamado pré-teste. Destaca-se que essas duas etapas já foram realizadas. Na etapa 3 (análise empírica e psicométrica dos dados), a versão final do instrumento será testada em amostras de crianças das cinco regiões brasileiras.

A etapa a ser desenvolvida nesta escola consiste na ETAPA 3 (ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA). As crianças responderão a um formulário (contendo um questionário sociodemográfico, o instrumento criado, e outro instrumento a ser validado para o Brasil – SATAQ-4), terão seu peso e estatura mensurados, e por fim escolherão, dentre um conjunto de 11 silhuetas, qual a que melhor representa seu corpo atual e ideal. Dessa forma, a coleta de dados deve durar aproximadamente o tempo de 1 hora aula (50 min) por turma, podendo se estender por mais uma aula, de acordo com o número de crianças para as avaliações antropométricas individuais.

Resultados Esperados

Espera-se que esse trabalho possa contribuir com os profissionais que lidam diretamente com o público infantil a fim de que eles possam ter melhor entendimento sobre a imagem corporal em crianças. Além disso, uma imagem corporal negativa durante a infância pode ser fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias em idades tardias. Tendo em vista a saúde mental infantil, torna-se necessário ampliar o campo de estudo sobre a imagem corporal nessa fase.

Esperamos poder contar com a participação do NOME DA ESCOLA em nossa pesquisa, entendendo que essa participação é primordial para o desenvolvimento de um estudo confiável e de grande relevância para o nosso país.

Desde já, obrigada.



Clara Mockdece Neves
Doutoranda em Psicologia – UFJF



ANEXO XIX

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Análise Psicométrica (No caso do responsável pelo menor)

O menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da dimensão atitudinal da Imagem Corporal para Crianças”**. Nesta pesquisa pretendemos **desenvolver e avaliar as qualidades de um instrumento avaliativo da representação mental do corpo de crianças**.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto **surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da representação mental do corpo de crianças**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso concorde com a participação, o aluno irá responder a um questionário que avalia seus sentimentos com relação ao corpo e um questionário com dados pessoais simples. Além disso, sua altura e seu peso serão medidos.**

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. Ele será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O (A) Sr. (a), como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **“RISCOS MÍNIMOS” isto é, o mesmo risco existente em atividade rotineiras, como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas psicológicas em crianças, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar insatisfação com o corpo em crianças.**

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor 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(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **LABESC** e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, responsável pelo menor _____, fui informado (a) 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 a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original 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 20____.

Assinatura do (a) Responsável

Clara Mocholice Neves

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP: **Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF**

Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador 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 XX

Formulário de orientação de coleta aos pesquisadores parceiros

Prezado pesquisador,

Inicialmente, gostaria de agradecer por sua contribuição na minha pesquisa de doutorado. A sua ajuda será de grande valia para o trabalho e sem ela, tenho certeza que não seria possível concluir essa etapa.

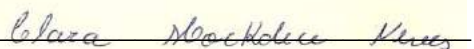
Neste pacote você recebeu 100 conjuntos de TCLE para o responsável, 100 questionários (50 femininos e 50 masculinos) em 4 envelopes, de acordo com número de turmas e crianças combinados previamente. Além disso, você recebeu 11 cartões de silhuetas femininas e 11 cartões de silhuetas masculinas.

Abaixo, faço algumas indicações que objetivam padronizar os procedimentos:

- Entregue os TCLEs para o responsável alguns dias antes da coleta. Peça às crianças que levem para casa e tragam de volta no dia seguinte assinado pelos pais. Explique que haverá uma pesquisa na escola, e que todos só poderão participar mediante assinatura dos pais. Esse termo encontra-se em duas cópias, pois uma via é para que os pais destaquem e guardem, e a outra é a que deverá ser assinada e devolvida.
- A coleta de dados deve ser realizada em uma sala de aula, com as crianças em suas carteiras, utilizando seu próprio material escolar. Deve durar aproximadamente o tempo de 1 hora aula (50 min), podendo se estender por mais uma aula, de acordo com o número de crianças para as avaliações antropométricas.
- No primeiro momento, o pesquisador deverá distribuir os formulários tendo atenção ao sexo (feminino e masculino) assinalado no canto superior direito dos formulários.
- Em seguida deve ser explicado que se trata de uma pesquisa científica, que tem o objetivo de conhecer a opinião das crianças sobre seus sentimentos com relação ao corpo. Todos os itens não têm respostas certas ou erradas, por isso, cada criança deverá responder ao seu formulário de forma individual, sem pedir a opinião do colega.
- Na sequência, explique que a primeira folha é um termo de comprometimento, onde eles se comprometem a responder de forma verdadeira, e mantendo o sigilo do que foi perguntado. Essa folha deve ser assinada (escrever o nome completo) na linha indicada para “Assinatura do menor”. Encontra-se em duas cópias, pois uma é para que elas destaquem e guardem, e a outra é a que deverá ser assinada.

- A primeira página (questionário sociodemográfico) deve ser lida pelo pesquisador enquanto as crianças preenchem simultaneamente. A parte final dessa página (“para uso do pesquisador”) será preenchida por você ao final do procedimento, na medida em que as crianças forem terminando.
- Ao passar para a próxima folha (Escala de Preocupações e Comportamentos Relacionados ao Corpo na Infância - EPCCI), as crianças devem ler e responder sozinhas. Diga às crianças que caso elas tenham dúvidas, podem perguntar, e caso isso ocorra, leia para a criança o item que ela teve dúvida e diga para assinalar a sua opinião. É importante que o pesquisador não interfira na resposta da criança. Além disso, é aconselhável que se mantenha o ambiente calmo, em silêncio, para que elas tenham a concentração necessária para a tarefa.
- Na medida em que as crianças forem terminando, você deve encaminhá-las, uma de cada vez, para um local reservado (pode ser uma sala em anexo), onde estarão posicionados a balança e o estadiômetro para as medidas antropométricas. A massa corporal deve ser mensurada com a criança descalça, pés na direção do quadril, braços relaxados ao longo do corpo e olhar fixo à frente. A estatura deve ser mensurada com a criança descalça, pés unidos e encostados no estadiômetro, braços relaxados ao longo do corpo, olhar fixo à frente (linha do queixo paralela ao chão). Meça as crianças e anote os valores no espaço reservado na primeira folha.
- Ainda com a criança nesse espaço reservado, peça a ela para identificar entre os cartões das silhuetas: “QUAL FIGURA REPRESENTA O SEU CORPO ATUAL?” (escreva o número da silhueta no espaço adequado); em seguida pergunte “QUAL FIGURA REPRESENTA O CORPO QUE VOCÊ GOSTARIA DE TER?” (escreva o número da silhueta no espaço adequado).
- Ao fim da coleta, recolha todos os formulários e coloque em envelopes separados por turmas e por escola. Preencha na capa de cada envelope as informações solicitadas. Poste no correio, ou me entregue da maneira que combinamos anteriormente.

Mais uma vez, muito obrigada pela sua contribuição.
Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos.


Clara Mockdece Neves
Doutoranda em Psicologia UFJF



ANEXO XXI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Análise Psicométrica**

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo da dimensão atitudinal da Imagem Corporal para Crianças”**. Nesta pesquisa pretendemos **desenvolver e avaliar as qualidades de um instrumento avaliativo da representação mental do corpo de crianças**.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto **surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da representação mental do corpo de crianças**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso aceite o nosso convite, irá responder a um questionário que avalia seus sentimentos com relação ao corpo e um questionário com dados pessoais simples. Além disso, sua altura e seu peso serão medidos**.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua 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 (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **“RISCOS MÍNIMOS” isto é, o mesmo risco existente em atividade rotineiras, como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas psicológicas em crianças, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar insatisfação com o corpo em crianças**.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. 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 originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br**Pesquisador 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 XXII**Questionário sociodemográfico – Etapa 3**

1) Nome: _____

2) Idade: _____ anos Data de Nascimento: _____

3) Cidade: _____

4) Colégio: _____

5) Ano escolar: _____

6) Você pratica atividade física? (0) Não (1) Sim. Qual (is) _____

Se sim, quantas vezes na semana você pratica?

(1) Uma vez (2) de duas a três vezes (3) de quatro a cinco vezes (4) todos os dias

7) De modo geral, você está satisfeito com o seu corpo?

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) As vezes (4) Muitas vezes (5) Sempre

8) De modo geral, você se preocupa com a aparência do seu corpo?

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) As vezes (4) Muitas vezes (5) Sempre

Para uso do Pesquisador:

Peso: _____

Altura: _____

Silhueta Atual: _____

Silhueta Ideal: _____

ANEXO XXIII
Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência – 4 R
VERSÃO MASCULINA

Por favor, leia cada um dos itens e marque a mãozinha que melhor representa a sua opinião.

 = **Não**;  = **Mais ou menos**;  = **Sim**

1. Para mim, é importante parecer musculoso.			
2. Eu quero que meu corpo pareça muito magro.			
3. Eu gasto muito tempo pensando em ser musculoso.			
4. Eu gasto muito tempo pensando em ser magro.			
5. Eu quero que meu corpo pareça musculoso.			
6. Eu gasto muito tempo pensando em minha aparência.			
7. Eu gostaria de ter um corpo muito musculoso.			

Agora, responda às questões seguintes pensando na sua família: pais, irmãos, irmãs, avós, tios, primos.

8. Sinto que minha família me pressiona a melhorar a minha aparência.			
9. Minha família me incentiva a melhorar minha forma física.			
10. Sinto que minha família me pressiona a ser mais musculoso.			
11. Minha família me incentiva a aumentar o tamanho de meus músculos.			

Agora, responda às questões seguintes pensando nos seus amigos próximos, colegas de turma ou em outras crianças da sua idade.

12. Sinto que meus amigos me pressionam a melhorar minha aparência.			
13. Sinto que meus amigos me pressionam a melhorar minha forma física.			

14. Sinto que meus amigos me pressionam a ser mais musculoso.			
---	---	---	---

15. Meus amigos me incentivam a aumentar o tamanho de meus músculos.			
--	---	---	---

Agora, responda às questões seguintes pensando em outras pessoas próximas a você, como seus professores, treinadores, vizinhos.

16. Sinto que pessoas próximas me pressionam a melhorar minha aparência.			
--	---	---	---

17. Sinto que pessoas próximas me pressionam a melhorar minha forma física.			
---	---	---	---

18. Sinto que pessoas próximas me pressionam a emagrecer.			
---	---	---	---

19. Sinto que pessoas próximas me pressionam a ser mais musculoso.			
--	---	---	---

20. Sinto que pessoas próximas me pressionam a aumentar o tamanho de meus músculos.			
---	---	---	---

Agora, responda às questões seguintes pensando no que você assiste na TV, nos filmes, no que acessa na Internet e no que lê nas revistas.

21. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a melhorar minha forma física.			
--	---	---	---

22. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a parecer mais magro.			
---	---	---	---

23. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a melhorar minha aparência.			
---	---	---	---

24. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a emagrecer.			
--	---	---	---

25. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a ser mais musculoso.			
---	---	---	---

26. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a aumentar o tamanho de meus músculos.			
--	---	---	---

ANEXO XXIV
Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência – 4R
VERSÃO FEMININA

Por favor, leia cada um dos itens e marque a mãozinha que melhor representa a sua opinião.

 = **Não**;  = **Mais ou menos**;  = **Sim**

1. Para mim, é importante parecer musculosa.			
2. Para mim, é importante parecer bonita vestida com minhas roupas.			
3. Eu quero que meu corpo pareça muito magro.			
4. Eu gasto muito tempo pensando em ser musculosa.			
5. Eu gasto muito tempo pensando em minha aparência.			
6. Eu gasto muito tempo pensando em ser magra.			
7. Eu quero ser bonita.			
8. Eu quero que meu corpo pareça musculoso.			
9. Para mim, é importante ser bonita.			
10. Eu gasto muito tempo pensando em emagrecer.			
11. Eu gostaria de ter um corpo muito musculoso.			

Agora, responda às questões seguintes pensando na sua família: pais, irmãos, irmãs, avós, tios, primos.

12. Sinto que minha família me pressiona a ser mais magra.			
13. Sinto que minha família me pressiona a melhorar minha aparência.			
14. Minha família me incentiva a emagrecer.			
15. Minha família me incentiva a melhorar minha forma física.			

Agora, responda às questões seguintes pensando em seus amigos próximos, colegas de turma ou em outras crianças da sua idade.

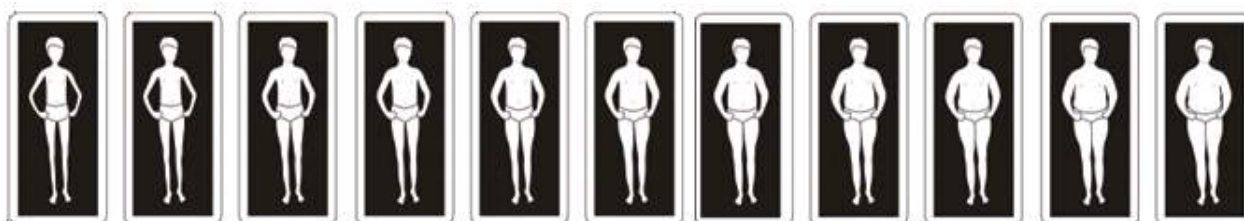
16. Meus amigos me incentivam a ficar mais magra.			
17. Sinto que meus amigos me pressionam a melhorar minha aparência.			
18. Sinto que meus amigos me pressionam a melhorar minha forma física.			
19. Meus amigos me pressionam a emagrecer.			

Agora, responda às questões seguintes pensando em outras pessoas próximas a você, como seus professores, treinadores, vizinhos.

20. Pessoas próximas me incentivam a ficar mais magra.			
21. Sinto que pessoas próximas me pressionam a melhorar minha aparência.			
22. Sinto que pessoas próximas me pressionam a melhorar minha forma física.			
23. Sinto que pessoas próximas me pressionam a emagrecer.			

Agora, responda às questões seguintes pensando no que você assiste na TV, nos filmes, no que acessa na Internet e lê nas revistas.

24. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a melhorar minha forma física.			
25. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a parecer mais magra.			
26. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a melhorar minha aparência.			
27. Sinto que a TV e a Internet me pressionam a emagrecer.			

ANEXO XXV**Representação da Escala de Silhuetas para Crianças Brasileiras (ESCB)****Conjunto Feminino:****Conjunto Masculino:**

ANEXO XXVI

Saída completa AFE – Meninas

Saída AFE – Meninas – Amostra grupo 1

1ª Rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,826
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	3388,217
	df	780
	Sig.	,000

a. GRUPO12 = 1,00

Os itens 38, 39 e 40 foram excluídos por apresentarem KMO individuais <0,6 (38=0,538;
39=0,532; 40=0,542)

2ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,843
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	3135,315
	df	666
	Sig.	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,532
rosto2	1,000	,602
testa3	1,000	,678
ohos4	1,000	,504
nariz5	1,000	,605
bochecha6	1,000	,475
orelha7	1,000	,566
boca8	1,000	,549
dentes9	1,000	,566

cordapele10	1,000	,528
braço11	1,000	,608
peito12	1,000	,520
cintura13	1,000	,532
barriga14	1,000	,662
bumbum15	1,000	,546
perna16	1,000	,465
joelho17	1,000	,600
pé18	1,000	,521
peso19	1,000	,608
altura20	1,000	,494
AA21	1,000	,552
AA22	1,000	,573
AA23	1,000	,592
AA24	1,000	,586
AA25	1,000	,708
AA26	1,000	,633
AA27	1,000	,578
AA28	1,000	,559
AA29	1,000	,563
AA30	1,000	,606
AA31	1,000	,633
AA32	1,000	,698
AA33	1,000	,618
AA34	1,000	,658
AA35	1,000	,650
AA36	1,000	,613
AA37	1,000	,535

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

3ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,840
Qui-quadrado aprox.	2822,308
Teste de esfericidade de	
Bartlett	df
	561
	Sig.
	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual - adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,529
rosto2	1,000	,652
testa3	1,000	,686
ohos4	1,000	,549
nariz5	1,000	,594
orelha7	1,000	,598
boca8	1,000	,552
dentes9	1,000	,567
cordapele10	1,000	,522
braço11	1,000	,595
peito12	1,000	,528
cintura13	1,000	,549
barriga14	1,000	,670
bumbum15	1,000	,609
joelho17	1,000	,601
pé18	1,000	,586
peso19	1,000	,622
AA21	1,000	,619
AA22	1,000	,579
AA23	1,000	,565
AA24	1,000	,575
AA25	1,000	,729
AA26	1,000	,642
AA27	1,000	,590
AA28	1,000	,640
AA29	1,000	,561
AA30	1,000	,649
AA31	1,000	,628
AA32	1,000	,713
AA33	1,000	,620
AA34	1,000	,679
AA35	1,000	,632
AA36	1,000	,631
AA37	1,000	,539

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

Cargas fatoriais:

Matriz de componente rotativa^{a,b}

	Componente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
cabelo1	,201	,088	,083	,334	,066	,024	,457	,028	,182	-,339
rosto2	,061	,325	,065	,243	,080	-,032	,645	,030	-,104	,211
testa3	,647	,012	,001	-,143	-,082	,171	,449	,085	-,023	,017
ohos4	-,011	,124	-,110	,653	,052	,170	,137	-,141	,011	-,158
nariz5	,724	,094	,110	,051	,073	-,038	,129	,096	,063	-,098
orelha7	,720	,112	,116	,208	,024	-,051	,009	-,066	-,025	-,055
boca8	,419	,086	,163	,536	-,006	,096	,034	-,125	-,103	-,138
dentes9	,323	,293	-,335	,116	,065	,085	,449	,090	,169	-,039
cordapele10	,415	,102	-,012	,163	,246	,123	,274	-,312	-,233	-,101
braço11	,495	,300	-,068	,249	,124	-,046	,063	-,236	-,289	,183
peito12	,275	,076	,068	,571	,023	-,067	,130	,297	-,061	,042
cintura13	,142	,567	,150	,373	,078	-,038	,154	,011	-,118	-,001
barriga14	,206	,689	,188	,193	,110	,019	,177	,130	,021	,141
bumbum15	,447	-,018	,033	,559	-,084	-,096	-,015	,120	-,042	,250
joelho17	,543	,342	-,179	,118	,099	,121	,016	-,040	,257	,224
pé18	,570	,276	-,187	,254	,038	,073	-,211	,172	,049	,051
peso19	,261	,724	,065	,047	,056	-,012	,000	,136	,039	-,014
AA21	,048	,127	,128	,001	,195	-,012	,050	,730	-,093	-,037
AA22	,047	,511	,030	-,014	-,211	,196	,004	,256	,396	-,099
AA23	,097	,413	,449	-,064	,345	,147	-,147	,113	-,061	,014
AA24	-,086	,192	,028	,244	,361	,335	,041	,395	,265	,004
AA25	,027	,034	,111	-,043	,096	,780	,076	,170	-,125	,210
AA26	-,081	,225	,531	,069	-,043	,092	-,027	-,140	,289	,429
AA27	,057	,281	,280	,011	,521	,049	,126	,296	,127	,190
AA28	,011	-,085	,123	-,086	,182	,198	,058	-,003	,061	,728
AA29	,021	,003	,645	,138	,168	-,054	,149	,168	,209	-,015
AA30	,041	-,064	,059	,055	,781	,129	,046	,017	,083	-,033
AA31	,108	,222	,283	-,043	,640	-,048	,000	,142	,040	,229
AA32	,064	,047	,269	,151	,054	,749	-,025	-,185	,115	,015
AA33	,024	,214	,695	,022	,217	,094	-,139	,023	-,097	,071
AA34	,032	-,108	,183	-,127	,287	-,046	,021	-,108	,712	,114
AA35	,035	,670	,194	-,065	,087	,076	,209	-,166	-,150	-,181
AA36	-,010	,141	,639	-,032	,191	,302	-,181	-,100	,179	,014
AA37	,048	,047	,689	-,024	-,045	,112	,172	,112	-,042	,028

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO12 = 1,00

b. Rotação convergida em 33 iterações.

24 – excluído por baixa carga fatorial

28 e 34 – excluídos por carregarem sozinhos em um fator

4ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,847
Qui-quadrado aprox.		2572,840
Teste de esfericidade de	df	465
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,546
rosto2	1,000	,439
testa3	1,000	,673
ohos4	1,000	,519
nariz5	1,000	,566
orelha7	1,000	,600
boca8	1,000	,545
dentes9	1,000	,550
cordapele10	1,000	,511
braço11	1,000	,583
peito12	1,000	,538
cintura13	1,000	,548
barriga14	1,000	,663
bumbum15	1,000	,570
joelho17	1,000	,562
pé18	1,000	,587
peso19	1,000	,620
AA21	1,000	,519
AA22	1,000	,546
AA23	1,000	,512

AA25	1,000	,642
AA26	1,000	,457
AA27	1,000	,594
AA29	1,000	,532
AA30	1,000	,637
AA31	1,000	,616
AA32	1,000	,741
AA33	1,000	,611
AA35	1,000	,613
AA36	1,000	,600
AA37	1,000	,461

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

Os itens 2, 26 e 37 foram excluídos para a próxima rodada.

5ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,847
Qui-quadrado aprox.	2251,797
Teste de esfericidade de	
Bartlett	df
	378
	Sig.
	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,705
testa3	1,000	,647
ohos4	1,000	,566
nariz5	1,000	,571
orelha7	1,000	,592
boca8	1,000	,574
dentes9	1,000	,593
cordapele10	1,000	,490
braço11	1,000	,623
peito12	1,000	,539
cintura13	1,000	,553

barriga14	1,000	,654
bumbum15	1,000	,583
joelho17	1,000	,546
p�18	1,000	,586
peso19	1,000	,639
AA21	1,000	,507
AA22	1,000	,571
AA23	1,000	,555
AA25	1,000	,648
AA27	1,000	,590
AA29	1,000	,551
AA30	1,000	,667
AA31	1,000	,616
AA32	1,000	,746
AA33	1,000	,581
AA35	1,000	,590
AA36	1,000	,650

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

Item 10 excluido

6  rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,844
Teste de esfericidade de	Qui-quadrado aprox.	2160,763
Bartlett	df	351
	Sig.	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,761
testa3	1,000	,643
ohos4	1,000	,572
nariz5	1,000	,571
orelha7	1,000	,596

boca8	1,000	,577
dentes9	1,000	,586
braço11	1,000	,619
peito12	1,000	,581
cintura13	1,000	,557
barriga14	1,000	,655
bumbum15	1,000	,577
joelho17	1,000	,555
pé18	1,000	,566
peso19	1,000	,638
AA21	1,000	,532
AA22	1,000	,633
AA23	1,000	,553
AA25	1,000	,650
AA27	1,000	,590
AA29	1,000	,547
AA30	1,000	,682
AA31	1,000	,608
AA32	1,000	,745
AA33	1,000	,582
AA35	1,000	,588
AA36	1,000	,650

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

Cargas fatoriais:

Matriz de componente rotativa^{a,b}

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
cabelo1	,138	,248	,036	,121	,051	-,025	,042	,812
testa3	,040	,763	-,017	-,015	-,055	,084	,024	,220
ohos4	,202	-,156	-,175	,491	,037	,193	-,112	,429
nariz5	,083	,680	,129	,249	,049	-,039	,105	,084
orelha7	,144	,613	,135	,390	-,005	-,085	-,132	,071
boca8	,160	,226	,163	,589	-,093	,081	-,187	,277
dentes9	,315	,390	-,381	,070	,128	,096	,220	,332
braço11	,382	,371	-,089	,418	,198	-,022	-,311	-,128
peito12	,080	,107	,036	,675	,036	-,005	,310	,093
cintura13	,603	,051	,140	,351	,065	-,018	,037	,207
barriga14	,692	,192	,195	,196	,111	,047	,191	,111
bumbum15	-,024	,307	,039	,689	-,016	-,040	,048	-,035
joelho17	,311	,590	-,114	,174	,157	,178	-,005	-,107
pé18	,268	,408	-,211	,440	,136	,108	,130	-,206
peso19	,731	,193	,050	,123	,051	,005	,214	-,039
AA21	,077	-,003	,121	,109	,226	-,068	,666	,015
AA22	,414	,087	,053	-,027	-,344	,249	,518	-,042
AA23	,385	,072	,575	-,049	,197	,099	,134	,008
AA25	,022	,061	,092	-,032	,161	,771	,127	-,011
AA27	,242	,118	,381	-,009	,489	,090	,353	,029
AA29	-,034	,039	,661	,118	,085	,015	,233	,176
AA30	-,025	,008	,103	,026	,796	,176	-,002	,073
AA31	,212	,113	,406	-,011	,591	-,023	,185	-,045
AA32	,043	,045	,252	,097	,011	,805	-,128	,057
AA33	,213	-,027	,702	,052	,162	,088	-,036	-,069
AA35	,708	,069	,199	-,094	-,017	,041	-,136	,113
AA36	,115	-,025	,706	-,034	,040	,354	-,051	-,081

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO12 = 1,00

b. Rotação convergida em 16 iterações.

9 e 11 – excluídos por baixas cargas fatoriais

1 – excluído por carregar sozinho em um fator

7ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,838
Qui-quadrado aprox.	1841,095
Teste de esfericidade de Bartlett	df
	276
	Sig.
	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
testa3	1,000	,523
ohos4	1,000	,508
nariz5	1,000	,552
orelha7	1,000	,596
boca8	1,000	,587
peito12	1,000	,527
cintura13	1,000	,524
barriga14	1,000	,656
bumbum15	1,000	,519
joelho17	1,000	,534
pé18	1,000	,517
peso19	1,000	,627
AA21	1,000	,460
AA22	1,000	,413
AA23	1,000	,549
AA25	1,000	,666
AA27	1,000	,587
AA29	1,000	,468
AA30	1,000	,485
AA31	1,000	,578
AA32	1,000	,741
AA33	1,000	,586
AA35	1,000	,518
AA36	1,000	,646

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

8ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,842
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox. df Sig.	1567,456 190 ,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
testa3	1,000	,515
ohos4	1,000	,478
nariz5	1,000	,532
orelha7	1,000	,511
boca8	1,000	,543
peito12	1,000	,530
cintura13	1,000	,563
barriga14	1,000	,678
bumbum15	1,000	,545
joelho17	1,000	,525
pé18	1,000	,455
peso19	1,000	,627
AA23	1,000	,607
AA25	1,000	,573
AA27	1,000	,566
AA31	1,000	,579
AA32	1,000	,739
AA33	1,000	,559
AA35	1,000	,637
AA36	1,000	,577

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

9ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,838
Teste de esfericidade de	Qui-quadrado aprox.	1406,101
Bartlett	df	153
	Sig.	,000

a. GRUPO12 = 1,00

KMO individual – adequado

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
testa3	1,000	,592
nariz5	1,000	,551
orelha7	1,000	,521
boca8	1,000	,573
peito12	1,000	,540
cintura13	1,000	,599
barriga14	1,000	,679
bumbum15	1,000	,606
joelho17	1,000	,485
peso19	1,000	,622
AA23	1,000	,613
AA25	1,000	,580
AA27	1,000	,588
AA31	1,000	,623
AA32	1,000	,756
AA33	1,000	,582
AA35	1,000	,644
AA36	1,000	,591

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

10ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,829
Qui-quadrado aprox.		1315,535
Teste de esfericidade de	df	136
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO12 = 1,00

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
testa3	1,000	,718
nariz5	1,000	,573
orelha7	1,000	,545
boca8	1,000	,559
peito12	1,000	,549
cintura13	1,000	,609
barriga14	1,000	,678
bumbum15	1,000	,618
peso19	1,000	,623
AA23	1,000	,613
AA25	1,000	,569
AA27	1,000	,577
AA31	1,000	,621
AA32	1,000	,756
AA33	1,000	,557
AA35	1,000	,659
AA36	1,000	,579

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO12 = 1,00

Matriz de componente rotativa^{a,b}

	Componente				
	1	2	3	4	5
testa3	-,027	,097	,058	,833	,104
nariz5	,165	,113	,331	,650	-,017
orelha7	,032	,192	,417	,577	,022
boca8	-,085	,251	,650	,141	,215
peito12	,140	,086	,710	,104	-,080
cintura13	,124	,664	,387	-,028	,046
barriga14	,334	,697	,201	,196	,033
bumbum15	,018	,001	,753	,222	-,028
peso19	,222	,724	,145	,160	-,053
AA23	,716	,262	,008	,033	,176
AA25	,150	,019	-,097	,176	,711
AA27	,732	,152	,042	,121	,035
AA31	,767	,083	-,008	,159	-,033
AA32	,060	,072	,126	-,004	,855
AA33	,649	,127	,133	-,176	,267
AA35	,075	,781	-,120	,085	,149
AA36	,514	,074	,014	-,147	,536

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO12 = 1,00

b. Rotação convergida em 6 iterações.

ANEXO XXVII

Saida completa AFC – Meninas

DATE: 7/25/2017

TIME: 8:40

L I S R E L 8.51

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-

2001

Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file
C:\Users\Juliana\Desktop\AA\MODELO1.spj:

! AA
Observed variables: AA1 - AA40
Correlation matrix from file AA
Sample size: 285
Latent variables: BB CC DD EE FF
Relationships:
AA23 AA27 AA31 AA33=BB
AA13 AA14 AA19 AA35=CC
AA8 AA12 AA15=DD
AA3 AA5 AA7=EE
AA25 AA32 AA36=FF

Options: ND=3 RS ME=UL IT=500 MI
path diagram
End of problem

Sample Size = 285

! AA

Correlation Matrix

	AA3	AA5	AA7	AA8	AA12
AA13	-----	-----	-----	-----	-----
-----	AA3	1.000			

	AA5	0.412	1.000			
	AA7	0.345	0.414	1.000		
	AA8	0.194	0.260	0.176	1.000	
	AA12	0.268	0.231	0.124	0.172	1.000
	AA13	0.301	0.280	0.113	0.227	0.146
1.000						
	AA14	0.291	0.297	0.135	0.146	0.194
0.535						
	AA15	0.167	0.274	0.278	0.186	0.301
0.348						
	AA19	0.238	0.255	0.102	0.137	0.188
0.463						
	AA23	0.040	0.046	0.074	0.076	0.005
0.197						
	AA25	0.026	0.012	0.034	0.009	-0.047
0.115						
	AA27	0.087	0.078	0.077	0.133	0.059
0.201						
	AA31	0.068	0.045	0.028	0.115	0.083
0.008						
	AA32	0.011	-0.066	-0.080	-0.046	-0.009
0.042						-
	AA33	0.014	0.008	-0.017	0.031	0.018
0.140						
	AA35	0.175	0.151	0.073	0.169	0.128
0.531						
	AA36	-0.033	-0.098	-0.062	0.041	-0.007
0.031						

Correlation Matrix

	AA14	AA15	AA19	AA23	AA25	
AA27	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA14	1.000					
AA15	0.261	1.000				
AA19	0.572	0.229	1.000			
AA23	0.424	0.067	0.329	1.000		
AA25	0.084	0.003	0.063	0.190	1.000	
AA27	0.342	0.048	0.361	0.373	0.081	
1.000						
AA31	0.142	-0.004	0.096	0.228	0.126	
0.331						
AA32	-0.033	0.030	-0.007	0.088	0.317	
0.142						
AA33	0.182	-0.042	0.247	0.402	0.093	
0.328						
AA35	0.526	0.222	0.448	0.291	0.248	
0.354						
AA36	0.067	0.002	0.134	0.397	0.095	
0.216						

Correlation Matrix

	AA31	AA32	AA33	AA35	AA36
	-----	-----	-----	-----	-----
AA31	1.000				
AA32	0.075	1.000			
AA33	0.233	0.293	1.000		
AA35	0.176	-0.009	0.239	1.000	

AA36	0.149	0.527	0.418	0.119	1.000
------	-------	-------	-------	-------	-------

! AA

Number of Iterations = 8

LISREL Estimates (Unweighted Least Squares)

Measurement Equations

AA3 = 0.640*EE, Errorvar.= 0.590 , R ² = 0.410
(0.0529) (0.109)
12.115 5.404
AA5 = 0.728*EE, Errorvar.= 0.471 , R ² = 0.529
(0.0559) (0.116)
13.024 4.060
AA7 = 0.503*EE, Errorvar.= 0.747 , R ² = 0.253
(0.0473) (0.0959)
10.631 7.787
AA8 = 0.415*DD, Errorvar.= 0.828 , R ² = 0.172
(0.0505) (0.0949)
8.222 8.719
AA12 = 0.439*DD, Errorvar.= 0.807 , R ² = 0.193
(0.0504) (0.0946)
8.717 8.532
AA13 = 0.675*CC, Errorvar.= 0.545 , R ² = 0.455
(0.0394) (0.100)
17.118 5.426
AA14 = 0.797*CC, Errorvar.= 0.365 , R ² = 0.635
(0.0412) (0.106)
19.341 3.458
AA15 = 0.564*DD, Errorvar.= 0.682 , R ² = 0.318
(0.0582) (0.105)
9.691 6.497
AA19 = 0.711*CC, Errorvar.= 0.495 , R ² = 0.505
(0.0395) (0.101)
17.974 4.922
AA23 = 0.680*BB, Errorvar.= 0.537 , R ² = 0.463
(0.0477) (0.107)
14.272 5.024
AA25 = 0.296*FF, Errorvar.= 0.912 , R ² = 0.0878
(0.0521) (0.0921)
5.687 9.905
AA27 = 0.627*BB, Errorvar.= 0.607 , R ² = 0.393
(0.0454) (0.101)

13.818 5.998

AA31 = 0.351*BB, Errorvar.= 0.877 , R² = 0.123
 (0.0398) (0.0885)
 8.805 9.913

AA32 = 0.567*FF, Errorvar.= 0.679 , R² = 0.321
 (0.0610) (0.108)
 9.293 6.307

AA33 = 0.572*BB, Errorvar.= 0.673 , R² = 0.327
 (0.0432) (0.0967)
 13.251 6.958

AA35 = 0.681*CC, Errorvar.= 0.536 , R² = 0.464
 (0.0387) (0.0987)
 17.599 5.433

AA36 = 0.869*FF, Errorvar.= 0.245 , R² = 0.755
 (0.0858) (0.168)
 10.131 1.455

Correlation Matrix of Independent Variables

	BB	CC	DD	EE	FF
BB	1.000				
CC	0.602 (0.045) 13.382	1.000			
DD	0.161 (0.066) 2.456	0.594 (0.070) 8.477	1.000		
EE	0.126 (0.048) 2.608	0.462 (0.045) 10.266	0.730 (0.094) 7.768	1.000	
FF	0.580 (0.066) 8.852	0.120 (0.043) 2.755	0.006 (0.076) 0.085	-0.101 (0.055) -1.849	1.000

Goodness of Fit Statistics

W_A_R_N_I_N_G: Chi-square, standard errors, t-values and standardized residuals are calculated under the assumption of multi-variate normality.

Degrees of Freedom = 109
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 196.728 (P = 0.000)
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 87.728

90 Percent Confidence Interval for NCP = (52.361 ; 130.936)

Minimum Fit Function Value = 0.488

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.309

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.184 ; 0.461)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0532

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0411 ;

0.0650)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.316

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 1.003

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.878 ; 1.155)

ECVI for Saturated Model = 1.077

ECVI for Independence Model = 6.772

Chi-Square for Independence Model with 136 Degrees of Freedom =
1889.164

Independence AIC = 1923.164

Model AIC = 284.728

Saturated AIC = 306.000

Independence CAIC = 2002.257

Model CAIC = 489.438

Saturated CAIC = 1017.831

Normed Fit Index (NFI) = 0.927

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.979

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.743

Comparative Fit Index (CFI) = 0.983

Incremental Fit Index (IFI) = 0.983

Relative Fit Index (RFI) = 0.908

Critical N (CN) = 300.439

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0565

Standardized RMR = 0.0565

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.968

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.955

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.689

! AA

Fitted Covariance Matrix

	AA3	AA5	AA7	AA8	AA12	
AA13	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA3	1.000					
AA5	0.466	1.000				
AA7	0.322	0.366	1.000			
AA8	0.194	0.221	0.152	1.000		
AA12	0.205	0.233	0.161	0.182	1.000	
AA13	0.199	0.227	0.157	0.166	0.176	
1.000						
AA14	0.236	0.268	0.185	0.196	0.208	
0.538						
AA15	0.264	0.299	0.207	0.234	0.248	
0.226						

AA19	0.210	0.239	0.165	0.175	0.185
0.480					
AA23	0.055	0.062	0.043	0.045	0.048
0.277					
AA25	-0.019	-0.022	-0.015	0.001	0.001
0.024					
AA27	0.050	0.057	0.040	0.042	0.044
0.255					
AA31	0.028	0.032	0.022	0.023	0.025
0.143					
AA32	-0.037	-0.042	-0.029	0.002	0.002
0.046					
AA33	0.046	0.052	0.036	0.038	0.040
0.233					
AA35	0.201	0.229	0.158	0.168	0.178
0.460					
AA36	-0.056	-0.064	-0.044	0.002	0.002
0.070					

Fitted Covariance Matrix

	AA14	AA15	AA19	AA23	AA25	
AA27	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA14	1.000					
AA15	0.267	1.000				
AA19	0.566	0.238	1.000			
AA23	0.327	0.062	0.291	1.000		
AA25	0.028	0.001	0.025	0.117	1.000	
AA27	0.301	0.057	0.268	0.426	0.108	
1.000						
AA31	0.168	0.032	0.150	0.238	0.060	
0.220						
AA32	0.054	0.002	0.048	0.224	0.168	
0.206						
AA33	0.275	0.052	0.245	0.389	0.098	
0.358						
AA35	0.543	0.228	0.484	0.279	0.024	
0.257						
AA36	0.083	0.003	0.074	0.343	0.257	
0.316						

Fitted Covariance Matrix

	AA31	AA32	AA33	AA35	AA36
	-----	-----	-----	-----	-----
AA31	1.000				
AA32	0.115	1.000			
AA33	0.201	0.188	1.000		
AA35	0.144	0.046	0.235	1.000	
AA36	0.177	0.493	0.288	0.071	1.000

Fitted Residuals

	AA3	AA5	AA7	AA8	AA12	
AA13	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA3	0.000					
AA5	-0.054	0.000				

AA7	0.023	0.049	0.000			
AA8	0.000	0.040	0.023	0.000		
AA12	0.062	-0.002	-0.038	-0.010	0.000	
AA13	0.101	0.053	-0.044	0.060	-0.030	
0.000						
AA14	0.056	0.030	-0.050	-0.050	-0.013	-
0.003						
AA15	-0.097	-0.026	0.071	-0.048	0.053	
0.122						
AA19	0.028	0.016	-0.063	-0.038	0.003	-
0.016						
AA23	-0.015	-0.016	0.031	0.030	-0.043	-
0.079						
AA25	0.045	0.033	0.049	0.009	-0.048	
0.091						
AA27	0.036	0.021	0.038	0.091	0.015	-
0.054						
AA31	0.040	0.013	0.005	0.092	0.058	-
0.135						
AA32	0.047	-0.024	-0.051	-0.048	-0.011	-
0.088						
AA33	-0.032	-0.044	-0.053	-0.007	-0.023	-
0.092						
AA35	-0.026	-0.078	-0.085	0.001	-0.050	
0.071						
AA36	0.024	-0.034	-0.018	0.039	-0.009	-
0.039						

Fitted Residuals

	AA14	AA15	AA19	AA23	AA25	
AA27						
-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA14	0.000					
AA15	-0.006	0.000				
AA19	0.005	-0.008	0.000			
AA23	0.097	0.005	0.038	0.000		
AA25	0.056	0.002	0.038	0.073	0.000	
AA27	0.041	-0.009	0.093	-0.054	-0.027	
0.000						
AA31	-0.026	-0.036	-0.054	-0.010	0.065	
0.111						
AA32	-0.087	0.028	-0.055	-0.136	0.149	-
0.064						
AA33	-0.093	-0.093	0.002	0.013	-0.005	-
0.030						
AA35	-0.016	-0.005	-0.036	0.012	0.224	
0.097						
AA36	-0.016	-0.001	0.060	0.054	-0.163	-
0.100						

Fitted Residuals

	AA31	AA32	AA33	AA35	AA36
-----	-----	-----	-----	-----	-----
AA31	0.000				
AA32	-0.041	0.000			
AA33	0.032	0.105	0.000		
AA35	0.032	-0.055	0.004	0.000	
AA36	-0.028	0.034	0.130	0.048	0.000

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.163
 Median Fitted Residual = 0.000
 Largest Fitted Residual = 0.224

Stemleaf Plot

```

-16|3
-14|
-12|65
-10|0
- 8|7332875
- 6|9843
- 4|554444310008884431
- 2|9886642008766643
- 0|86666531009987655321000000000000000000
 0|12234555923356
 2|133488001223468889
 4|00157899334668
 6|0025113
 8|112377
10|151
12|20
14|9
16|
18|
20|
22|4

```

Standardized Residuals

	AA3	AA5	AA7	AA8	AA12	
AA13	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA3	- -					
AA5	-1.642	- -				
AA7	0.513	1.193	- -			
AA8	0.002	0.793	0.425	- -		
AA12	1.207	-0.042	-0.701	-0.203	- -	
AA13	1.876	0.993	-0.783	1.107	-0.554	
0.000						
AA14	1.060	0.580	-0.928	-0.950	-0.253	-
0.064						
AA15	-1.999	-0.557	1.384	-1.123	1.282	
2.311						
AA19	0.518	0.308	-1.132	-0.696	0.046	-
0.355						
AA23	-0.271	-0.302	0.547	0.536	-0.763	-
1.496						
AA25	0.779	0.576	0.836	0.147	-0.815	
1.563						
AA27	0.650	0.382	0.661	1.604	0.260	-
1.009						
AA31	0.679	0.225	0.093	1.571	1.001	-
2.400						
AA32	0.847	-0.440	-0.892	-0.846	-0.193	-
1.537						

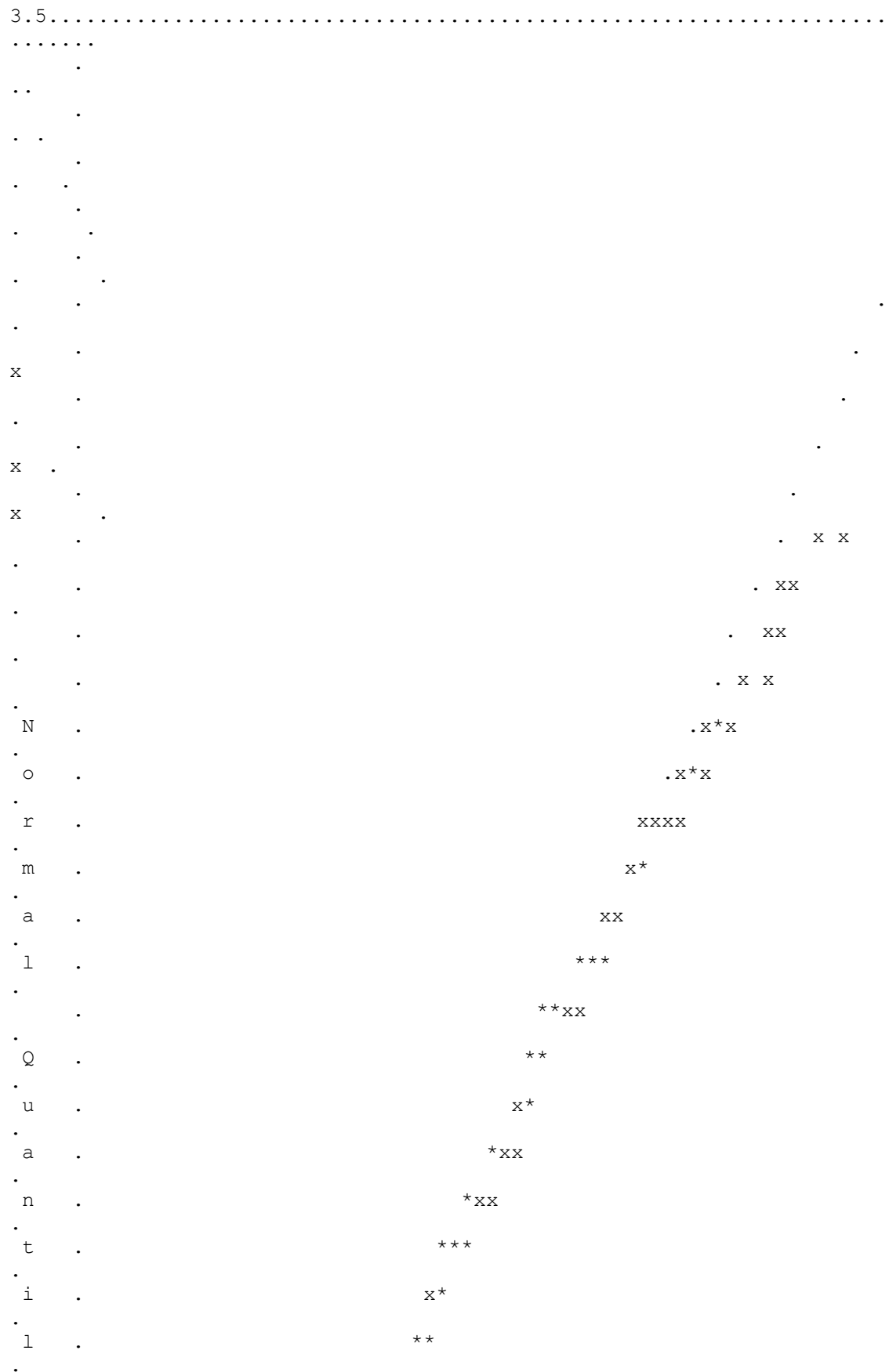

```

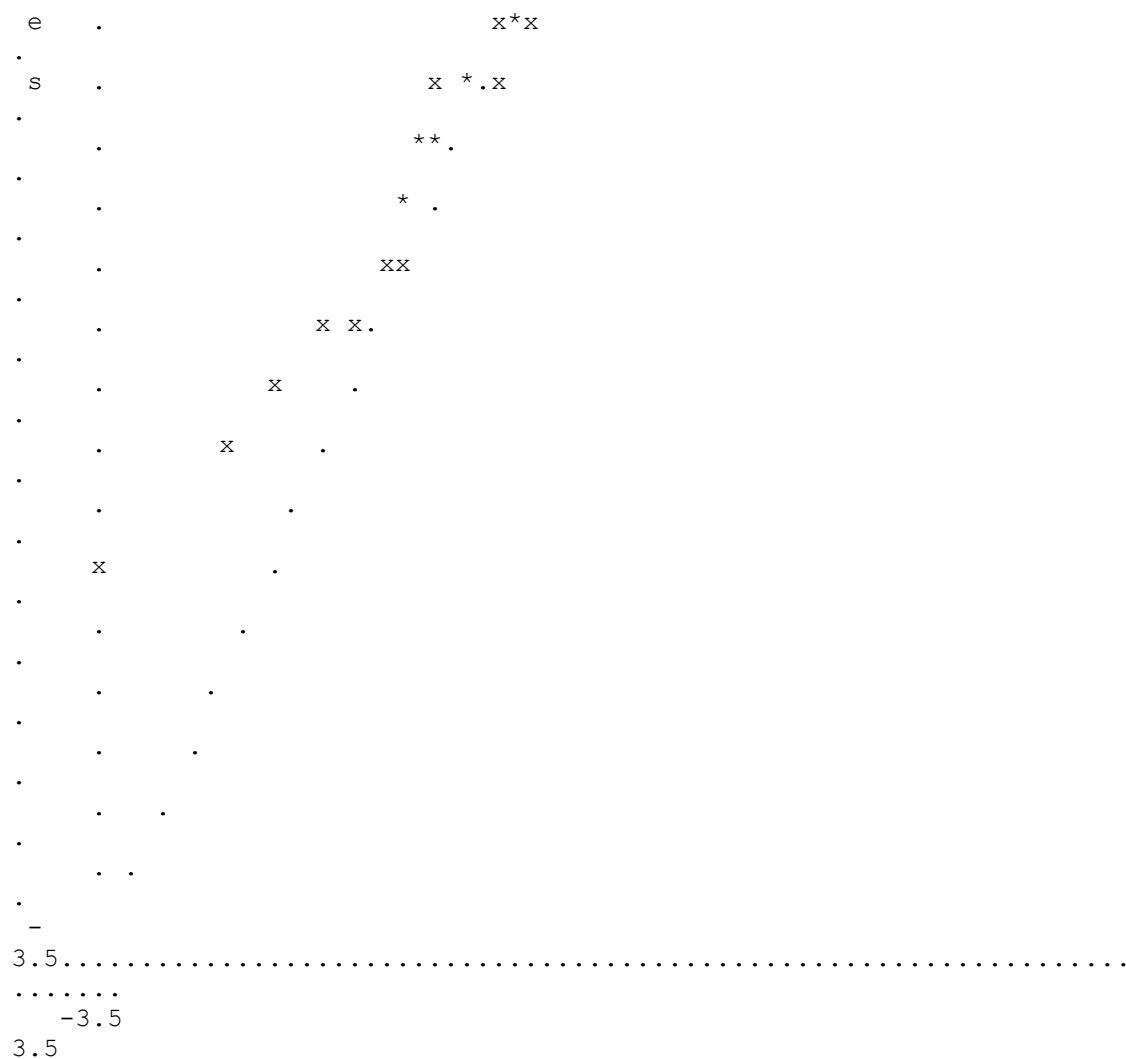
2|023
2|8
3|2
3|8
Largest Negative Standardized Residuals
Residual for      AA32 and      AA23  -2.707
Residual for      AA36 and      AA25  -3.890
Largest Positive Standardized Residuals
Residual for      AA32 and      AA25   3.172
Residual for      AA35 and      AA25   3.826
Residual for      AA36 and      AA33   2.790

! AA

```

Qplot of Standardized Residuals





! AA

Modification Indices and Expected Change

The Modification Indices Suggest to Add the			
Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
AA13	BB	12.9	-0.26
AA13	DD	12.2	0.33
AA13	EE	8.9	0.23
AA25	BB	19.8	0.35
AA25	CC	14.8	0.15
AA27	CC	10.9	0.25
AA27	FF	9.9	-0.27
AA32	BB	16.0	-0.33
AA32	CC	11.2	-0.15
AA33	CC	14.5	-0.27
AA33	DD	10.7	-0.19
AA33	EE	9.7	-0.17
AA33	FF	17.3	0.37

Modification Indices for LAMBDA-X

----- BB ----- CC ----- DD ----- EE ----- FF

AA3	2.558	4.582	2.252	- -	1.902
AA5	0.214	0.001	0.011	- -	0.570
AA7	1.558	4.909	2.753	- -	0.472
AA8	2.114	0.932	- -	0.952	1.002
AA12	0.846	1.349	- -	0.238	0.534
AA13	12.870	- -	12.214	8.859	7.566
AA14	0.007	- -	0.049	0.101	0.359
AA15	0.180	0.084	- -	2.670	0.052
AA19	1.910	- -	0.560	0.289	1.273
AA23	- -	0.624	0.159	0.068	0.214
AA25	19.777	14.814	7.398	6.866	- -
AA27	- -	10.926	6.940	6.171	9.930
AA31	- -	0.485	0.015	0.104	0.000
AA32	15.993	11.191	4.946	3.758	- -
AA33	- -	14.464	10.678	9.664	17.315
AA35	6.063	- -	5.219	6.863	5.158
AA36	- -	2.507	0.493	0.148	- -

Expected Change for LAMBDA-X

	BB	CC	DD	EE	FF
	-----	-----	-----	-----	-----
AA3	0.086	0.165	0.360	- -	0.082
AA5	-0.027	-0.002	0.030	- -	-0.050
AA7	-0.059	-0.141	-0.325	- -	-0.036
AA8	0.078	0.083	- -	0.185	0.056
AA12	-0.049	-0.095	- -	0.083	-0.042
AA13	-0.257	- -	0.331	0.225	-0.158
AA14	-0.007	- -	-0.022	0.025	-0.037
AA15	-0.027	0.030	- -	-0.443	-0.016
AA19	0.107	- -	-0.069	-0.040	0.067
AA23	- -	0.062	0.025	0.015	-0.043
AA25	0.350	0.155	0.119	0.115	- -
AA27	- -	0.251	0.159	0.139	-0.269
AA31	- -	-0.044	0.006	0.016	0.001
AA32	-0.329	-0.152	-0.113	-0.100	- -
AA33	- -	-0.273	-0.188	-0.166	0.374
AA35	0.187	- -	-0.204	-0.190	0.133
AA36	- -	0.161	0.068	0.036	- -

No Non-Zero Modification Indices for PHI

The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance
Between and Decrease in Chi-Square New Estimate

AA32	AA25	10.1	0.24
AA35	AA25	14.6	0.23
AA36	AA25	15.1	-0.33

Modification Indices for THETA-DELTA

	AA3	AA5	AA7	AA8	AA12	
	-----	-----	-----	-----	-----	---
AA13						

AA3	- -					
AA5	2.697	- -				
AA7	0.263	1.422	- -			
AA8	0.000	0.628	0.181	- -		
AA12	1.457	0.002	0.491	0.041	- -	
AA13	3.518	0.987	0.613	1.225	0.307	
- -						

AA14	1.124	0.336	0.862	0.902	0.064
0.004					
AA15	3.994	0.310	1.914	1.262	1.644
5.341					
AA19	0.269	0.095	1.282	0.485	0.002
0.126					
AA23	0.074	0.091	0.300	0.288	0.583
2.238					
AA25	0.607	0.332	0.699	0.022	0.664
2.442					
AA27	0.423	0.146	0.437	2.573	0.068
1.019					
AA31	0.460	0.051	0.009	2.467	1.002
5.760					
AA32	0.718	0.194	0.795	0.716	0.037
2.362					
AA33	0.321	0.620	0.850	0.015	0.158
2.886					
AA35	0.238	2.128	2.322	0.000	0.843
2.290					
AA36	0.216	0.495	0.106	0.537	0.032
0.527					

Modification Indices for THETA-DELTA

	AA14	AA15	AA19	AA23	AA25	
AA27	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA14	- -					
AA15	0.014	- -				
AA19	0.015	0.026	- -			
AA23	3.655	0.008	0.517	- -		
AA25	0.932	0.001	0.424	1.889	- -	
AA27	0.640	0.028	3.079	1.646	0.250	
- -						
AA31	0.224	0.377	0.926	0.040	1.289	
4.683						
AA32	2.428	0.268	0.949	7.329	10.061	
1.565						
AA33	3.142	2.833	0.001	0.088	0.009	
0.431						
AA35	0.135	0.011	0.598	0.053	14.642	
3.275						
AA36	0.094	0.001	1.301	1.636	15.132	
4.712						

Modification Indices for THETA-DELTA

	AA31	AA32	AA33	AA35	AA36
	-----	-----	-----	-----	-----
AA31	- -				
AA32	0.529	- -			
AA33	0.376	4.043	- -		
AA35	0.334	0.930	0.006	- -	
AA36	0.281	- -	7.784	0.793	- -

Expected Change for THETA-DELTA

	AA3	AA5	AA7	AA8	AA12
AA13					

-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA3	- -					
AA5	-0.176	- -				
AA7	0.040	0.103	- -			
AA8	0.000	0.056	0.028	- -		
AA12	0.083	-0.003	-0.046	-0.015	- -	
AA13	0.122	0.066	-0.050	0.071	-0.036	
- -						
AA14	0.071	0.040	-0.060	-0.063	-0.017	-
0.005						
AA15	-0.145	-0.043	0.095	-0.092	0.109	
0.154						
AA19	0.034	0.020	-0.072	-0.045	0.003	-
0.027						
AA23	-0.017	-0.020	0.034	0.034	-0.048	-
0.099						
AA25	0.047	0.035	0.050	0.009	-0.049	
0.094						
AA27	0.041	0.024	0.041	0.100	0.016	-
0.066						
AA31	0.041	0.014	0.006	0.095	0.060	-
0.151						
AA32	0.053	-0.028	-0.055	-0.053	-0.012	-
0.095						
AA33	-0.035	-0.050	-0.056	-0.008	-0.025	-
0.110						
AA35	-0.032	-0.096	-0.097	0.001	-0.059	
0.113						
AA36	0.032	-0.052	-0.021	0.049	-0.012	-
0.048						

Expected Change for THETA-DELTA

	AA14	AA15	AA19	AA23	AA25	
AA27	-----	-----	-----	-----	-----	---

AA14	- -					
AA15	-0.008	- -				
AA19	0.010	-0.011	- -			
AA23	0.132	0.006	0.048	- -		
AA25	0.058	0.002	0.039	0.090	- -	
AA27	0.055	-0.011	0.117	-0.108	-0.032	
- -						
AA31	-0.030	-0.037	-0.061	-0.014	0.069	
0.148						
AA32	-0.098	0.034	-0.060	-0.190	0.238	-
0.086						
AA33	-0.119	-0.107	0.002	0.024	-0.006	-
0.050						
AA35	-0.029	-0.007	-0.058	0.015	0.231	
0.119						
AA36	-0.021	-0.002	0.076	0.106	-0.328	-
0.166						

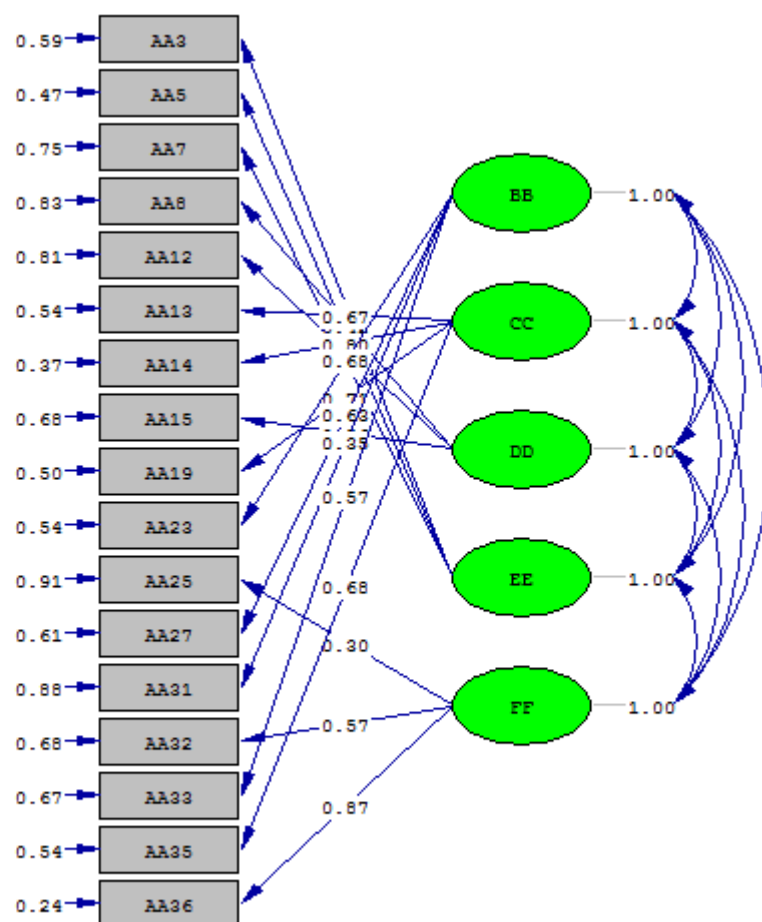
Expected Change for THETA-DELTA

	AA31	AA32	AA33	AA35	AA36
AA31	-----	-----	-----	-----	-----
AA31	- -				

AA32	-0.046	- -			
AA33	0.041	0.136	- -		
AA35	0.036	-0.060	0.005	- -	
AA36	-0.035	- -	0.211	0.059	- -

Maximum Modification Index is 19.78 for Element (11, 1) of LAMBDA-X

Time used: 0.250 Seconds



Chi-Square=196.73, df=109, P-value=0.00000, RMSEA=0.053

ANEXO XXVIII

Saída completa AFE – Meninos

1ª Rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,824
Teste de esfericidade de	Qui-quadrado aprox.	3771,910
Bartlett	df	780
	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

O item 39 foi excluído por KMO individual inadequado.

2ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,827
Teste de esfericidade de	Qui-quadrado aprox.	3707,110
Bartlett	df	741
	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequado.

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,508
rosto2	1,000	,573
testa3	1,000	,495
olhos4	1,000	,535
nariz5	1,000	,527
bochecha6	1,000	,499
orelha7	1,000	,499
boca8	1,000	,401
dentes9	1,000	,669
cordapele10	1,000	,599
braço11	1,000	,573
peito12	1,000	,407
cintura13	1,000	,530

barriga14	1,000	,665
bumbum15	1,000	,604
perna16	1,000	,618
joelho17	1,000	,570
pé18	1,000	,544
peso19	1,000	,659
altura20	1,000	,437
OO21	1,000	,586
OO22	1,000	,652
OO23	1,000	,619
OO24	1,000	,445
OO25	1,000	,631
OO26	1,000	,504
OO27	1,000	,426
OO28	1,000	,491
OO29	1,000	,596
OO30	1,000	,479
OO31	1,000	,626
OO32	1,000	,690
OO33	1,000	,628
OO34	1,000	,656
OO35	1,000	,537
OO36	1,000	,565
OO37	1,000	,564
OO38	1,000	,626
OO40	1,000	,613

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO121 = 1,00

3ª Rodada:

Teste de KMO e Bartlett^a

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,793
Teste de esfericidade de	Qui-quadrado aprox.	2425,725
Bartlett	df	406
	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

Os itens 22, 25 e 32 foram excluídos por KMO individual inadequado.

4ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett ^a		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,812
	Qui-quadrado aprox.	2203,478
Teste de esfericidade de	df	325
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

O item 40 foi excluído por KMO individual inadequado.

5ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett ^a		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,818
	Qui-quadrado aprox.	2114,934
Teste de esfericidade de	df	300
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequado.

Comunalidades ^a		
	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,514
rosto2	1,000	,521
ohos4	1,000	,433
nariz5	1,000	,525
dentes9	1,000	,493
cordapele10	1,000	,412
braço11	1,000	,489
cintura13	1,000	,600
barriga14	1,000	,641
bumbum15	1,000	,509
perna16	1,000	,588
joelho17	1,000	,586
pé18	1,000	,543
peso19	1,000	,636
OO21	1,000	,564

OO23	1,000	,575
OO26	1,000	,515
OO29	1,000	,608
OO31	1,000	,645
OO33	1,000	,622
OO34	1,000	,585
OO35	1,000	,517
OO36	1,000	,496
OO37	1,000	,589
OO38	1,000	,475

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO121 = 1,00

6ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett ^a		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,797
	Qui-quadrado aprox.	1527,773
Teste de esfericidade de	df	171
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequado.

Comunalidades ^a		
	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,503
rosto2	1,000	,522
nariz5	1,000	,521
cintura13	1,000	,560
barriga14	1,000	,673
bumbum15	1,000	,511
perna16	1,000	,583
joelho17	1,000	,599
pé18	1,000	,559
peso19	1,000	,666
OO21	1,000	,587
OO23	1,000	,524
OO26	1,000	,508
OO29	1,000	,645

OO31	1,000	,698
OO33	1,000	,633
OO34	1,000	,645
OO35	1,000	,561
OO37	1,000	,518

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO121 = 1,00

Matriz de componente rotativa^{a,b}

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
cabelo1	,164	-,006	,057	,673	-,077	,118
rosto2	,398	,284	-,057	,330	-,091	,404
nariz5	,648	,209	-,041	-,016	-,097	,215
cintura13	,381	,581	,076	-,162	-,095	,190
barriga14	,173	,779	,164	,066	-,051	,056
bumbum15	,412	,425	-,168	-,012	,267	,247
perna16	,593	,095	,079	,377	,206	-,179
joelho17	,761	,085	,081	,057	-,040	-,033
pé18	,719	,006	-,048	,154	,018	-,127
peso19	,059	,753	,047	,302	,041	-,015
OO21	-,104	,013	,148	,225	,709	,019
OO23	-,130	,480	,337	,168	,364	-,046
OO26	-,144	,192	,662	,038	,016	-,105
OO29	,000	-,048	,634	,125	,011	,474
OO31	-,110	,099	,150	,061	,187	,784
OO33	,010	,311	,683	-,141	,224	,023
OO34	,172	-,029	,132	-,334	,645	,263
OO35	,120	,312	,012	,632	,221	,020
OO37	,168	-,091	,670	,058	,101	,139

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO121 = 1,00

b. Rotação convergida em 10 iterações.

7ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett ^a		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,784
Teste de esfericidade de Bartlett		
Qui-quadrado aprox.		1398,595
df		153
Sig.		,000

a. GRUPO121 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequado.

Comunalidades ^a		
	Inicial	Extração
cabelo1	1,000	,400
nariz5	1,000	,517
cintura13	1,000	,556
barriga14	1,000	,681
bumbum15	1,000	,528
perna16	1,000	,533
joelho17	1,000	,603
pé18	1,000	,545
peso19	1,000	,670
OO21	1,000	,597
OO23	1,000	,581
OO26	1,000	,591
OO29	1,000	,512
OO31	1,000	,552
OO33	1,000	,595
OO34	1,000	,555
OO35	1,000	,560
OO37	1,000	,519

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO121 = 1,00

8ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett ^a		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,780
Qui-quadrado aprox.		1356,655
Teste de esfericidade de	df	136
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequado.

Comunalidades ^a		
	Inicial	Extração
nariz5	1,000	,519
cintura13	1,000	,555
barriga14	1,000	,684
bumbum15	1,000	,528
perna16	1,000	,584
joelho17	1,000	,601
pé18	1,000	,580
peso19	1,000	,670
OO21	1,000	,564
OO23	1,000	,493
OO26	1,000	,491
OO29	1,000	,511
OO31	1,000	,504
OO33	1,000	,583
OO34	1,000	,543
OO35	1,000	,588
OO37	1,000	,522

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO121 = 1,00

9ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett ^a		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,762
Qui-quadrado aprox.		1139,356
Teste de esfericidade de	df	105
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO121 = 1,00

Matrizes anti-imagem^a

		matrizes anti-imagem														
		nariz5	cintura13	barriga14	bumbum15	perna16	joelho17	pé18	peso19	OO21	OO29	OO31	OO33	OO34	OO35	OO37
Correlação anti-imagem	nariz5	,805 ^b	-,090	-,022	-,216	-,006	-,172	-,265	-,024	,095	-,004	-,079	,021	,023	-,002	-,030
	cintura13	-,090	,816 ^b	-,339	-,158	,031	-,120	-,034	,003	-,002	,009	,002	-,074	-,009	,014	-,030
	barriga14	-,022	-,339	,748 ^b	-,051	-,011	-,021	-,007	-,443	,023	-,003	-,035	-,091	,020	-,036	-,066
	bumbum15	-,216	-,158	-,051	,829 ^b	-,121	-,096	,060	-,077	-,042	,050	-,086	,036	-,120	-,075	,039
	perna16	-,006	,031	-,011	-,121	,787 ^b	-,275	-,147	-,096	-,059	-,057	,126	,058	-,056	-,170	-,060
	joelho17	-,172	-,120	-,021	-,096	-,275	,790 ^b	-,248	,032	,057	-,017	,001	-,070	,020	,064	,021
	pé18	-,265	-,034	-,007	,060	-,147	-,248	,756 ^b	,005	,031	,046	,078	,104	-,068	-,142	-,033
	peso19	-,024	,003	-,443	-,077	-,096	,032	,005	,739 ^b	-,013	-,027	-,008	-,100	,051	-,204	,114
	OO21	,095	-,002	,023	-,042	-,059	,057	,031	-,013	,736 ^b	-,042	-,066	-,063	-,125	-,155	-,102
	OO29	-,004	,009	-,003	,050	-,057	-,017	,046	-,027	-,042	,714 ^b	-,274	-,156	-,028	,023	-,259
	OO31	-,079	,002	-,035	-,086	,126	,001	,078	-,008	-,066	-,274	,680 ^b	-,018	-,158	-,102	,010
	OO33	,021	-,074	-,091	,036	,058	-,070	,104	-,100	-,063	-,156	-,018	,761 ^b	-,190	-,040	-,241
	OO34	,023	-,009	,020	-,120	-,056	,020	-,068	,051	-,125	-,028	-,158	-,190	,656 ^b	,136	-,033
	OO35	-,002	,014	-,036	-,075	-,170	,064	-,142	-,204	-,155	,023	-,102	-,040	,136	,762 ^b	-,055
	OO37	-,030	-,030	-,066	,039	-,060	,021	-,033	,114	-,102	-,259	,010	-,241	-,033	-,055	,715 ^b

a. GRUPO121 = 1,00

b. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Comunalidades^a

	Inicial	Extração
nariz5	1,000	,544
cintura13	1,000	,560
barriga14	1,000	,724
bumbum15	1,000	,567
perna16	1,000	,581
joelho17	1,000	,606
pé18	1,000	,594
peso19	1,000	,672
OO21	1,000	,598
OO29	1,000	,531
OO31	1,000	,517
OO33	1,000	,554
OO34	1,000	,547
OO35	1,000	,640
OO37	1,000	,659

Método de extração: análise do
componente principal.

a. GRUPO121 = 1,00

Matriz de componente rotativa^{a,b}

	Componente				
	1	2	3	4	5
nariz5	,655	,247	-,046	,184	-,135
cintura13	,277	,652	,122	,133	-,156
barriga14	,113	,824	,161	,007	,079
bumbum15	,391	,503	-,187	,351	,112
perna16	,632	,081	,073	-,077	,404
joelho17	,759	,140	,081	,023	-,060
pé18	,758	,014	-,026	-,093	,098
peso19	,056	,752	,022	-,048	,317
OO21	-,113	-,083	,183	,316	,667
OO29	-,018	,035	,684	,241	,057
OO31	-,115	,142	,184	,665	,090
OO33	-,059	,279	,665	,170	,029
OO34	,091	-,102	,198	,699	,001
OO35	,183	,307	,029	-,074	,711
OO37	,112	-,010	,797	-,004	,102

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO121 = 1,00

b. Rotação convergida em 6 iterações.

ANEXO XXIX

Saída completa AFC – Meninos

DATE: 8/ 9/2017

TIME: 9:16

L I S R E L 8.51

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2001

Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file

C:\Users\Juliana\Desktop\OO\MODELO1.spj:

! OO

Observed variables OO1 - OO40

Correlation matrix from file OO

Sample size: 199

Latent variables: AA BB

Relationships:

OO5 OO13 OO14 OO15 OO16 OO17 OO18 OO19=AA

OO29 OO31 OO33 OO35 OO37=BB

Options: ND=3 RS ME=UL IT=500 MI

path diagram

End of problem

Sample Size = 199

! OO

Correlation Matrix

	OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17
OO5	1.000					
OO13	0.270	1.000				
OO14	0.179	0.359	1.000			
OO15	0.307	0.455	0.406	1.000		
OO16	0.226	0.240	0.365	0.249	1.000	
OO17	0.225	0.325	0.206	0.322	0.211	1.000
OO18	0.186	0.205	0.120	0.216	0.288	0.419
OO19	0.066	0.232	0.470	0.163	0.266	0.046
OO29	0.178	0.182	0.128	0.029	0.089	0.055
OO31	0.059	0.058	0.190	0.022	0.000	0.068
OO33	0.077	0.058	0.250	0.046	0.056	0.016
OO35	0.062	0.103	0.247	0.046	0.084	-0.003
OO37	0.138	0.045	0.122	0.092	0.005	0.066

Correlation Matrix

	OO18	OO19	OO29	OO31	OO33	OO35
OO18	1.000					
OO19	-0.008	1.000				
OO29	0.003	0.128	1.000			
OO31	0.017	0.103	0.261	1.000		
OO33	-0.044	0.196	0.339	0.251	1.000	
OO35	0.001	0.266	0.185	0.096	0.144	1.000
OO37	0.051	0.159	0.379	0.214	0.571	0.193

Correlation Matrix

OO37	
OO37	1.000

! OO

Number of Iterations = 6

LISREL Estimates (Unweighted Least Squares)

Measurement Equations

$$OO5 = 0.419*AA, \text{Errorvar.} = 0.824, R^2 = 0.176$$

$$(0.0519) \quad (0.110)$$

$$8.079 \quad 7.471$$

$$OO13 = 0.605*AA, \text{Errorvar.} = 0.634, R^2 = 0.366$$

$$(0.0549) \quad (0.120)$$

$$11.024 \quad 5.276$$

$$OO14 = 0.666*AA, \text{Errorvar.} = 0.557, R^2 = 0.443$$

$$(0.0588) \quad (0.124)$$

$$11.330 \quad 4.476$$

$$OO15 = 0.603*AA, \text{Errorvar.} = 0.636, R^2 = 0.364$$

$$(0.0562) \quad (0.123)$$

$$10.743 \quad 5.184$$

$$OO16 = 0.490*AA, \text{Errorvar.} = 0.760, R^2 = 0.240$$

$$(0.0512) \quad (0.111)$$

$$9.578 \quad 6.817$$

$$OO17 = 0.458*AA, \text{Errorvar.} = 0.790, R^2 = 0.210$$

$$(0.0529) \quad (0.112)$$

$$8.659 \quad 7.052$$

$$OO18 = 0.353*AA, \text{Errorvar.} = 0.875, R^2 = 0.125$$

$$(0.0506) \quad (0.107)$$

$$6.990 \quad 8.180$$

$$OO19 = 0.417*AA, \text{Errorvar.} = 0.826, R^2 = 0.174$$

$$(0.0531) \quad (0.109)$$

$$7.852 \quad 7.572$$

$$OO29 = 0.561*BB, \text{Errorvar.} = 0.685, R^2 = 0.315$$

$$(0.0675) \quad (0.127)$$

$$8.310 \quad 5.393$$

$$OO31 = 0.373*BB, \text{Errorvar.} = 0.861, R^2 = 0.139$$

$$(0.0596) \quad (0.110)$$

$$6.269 \quad 7.845$$

$$OO33 = 0.679*BB, \text{Errorvar.} = 0.539, R^2 = 0.461$$

$$(0.0728) \quad (0.141)$$

$$9.326 \quad 3.817$$

$$\begin{array}{l} \text{OO35} = 0.315 \cdot \text{BB}, \text{Errorvar.} = 0.901, R^2 = 0.0992 \\ (0.0601) \quad (0.108) \\ 5.242 \quad 8.327 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{OO37} = 0.699 \cdot \text{BB}, \text{Errorvar.} = 0.512, R^2 = 0.488 \\ (0.0737) \quad (0.142) \\ 9.486 \quad 3.608 \end{array}$$

Correlation Matrix of Independent Variables

	AA	BB
AA	1.000	
BB	0.302 (0.046) 6.566	1.000

Goodness of Fit Statistics

W_A_R_N_I_N_G: Chi-square, standard errors, t-values and standardized residuals are calculated under the assumption of multivariate normality.

Degrees of Freedom = 64

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 143.850 (P = 0.000)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 79.850

90 Percent Confidence Interval for NCP = (48.858 ; 118.572)

Minimum Fit Function Value = 0.498

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.403

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.247 ; 0.599)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0794

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0621 ; 0.0967)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.00353

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.999

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.843 ; 1.195)

ECVI for Saturated Model = 0.919

ECVI for Independence Model = 3.637

Chi-Square for Independence Model with 78 Degrees of Freedom = 694.086

Independence AIC = 720.086

Model AIC = 197.850

Saturated AIC = 182.000

Independence CAIC = 775.899

Model CAIC = 313.769

Saturated CAIC = 572.691

Normed Fit Index (NFI) = 0.858

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.931

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.704

Comparative Fit Index (CFI) = 0.944

Incremental Fit Index (IFI) = 0.945

Relative Fit Index (RFI) = 0.827

Critical N (CN) = 188.088

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0740

Standardized RMR = 0.0740

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.950

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.929

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.668

! OO

Fitted Covariance Matrix

	OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17
OO5	1.000					
OO13	0.254	1.000				
OO14	0.279	0.403	1.000			
OO15	0.253	0.365	0.402	1.000		
OO16	0.205	0.297	0.326	0.296	1.000	
OO17	0.192	0.277	0.305	0.276	0.224	1.000
OO18	0.148	0.214	0.235	0.213	0.173	0.162
OO19	0.175	0.252	0.278	0.252	0.204	0.191
OO29	0.071	0.103	0.113	0.102	0.083	0.078
OO31	0.047	0.068	0.075	0.068	0.055	0.052
OO33	0.086	0.124	0.137	0.124	0.101	0.094
OO35	0.040	0.058	0.063	0.057	0.047	0.044
OO37	0.089	0.128	0.141	0.127	0.104	0.097

Fitted Covariance Matrix

	OO18	OO19	OO29	OO31	OO33	OO35
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
OO18	1.000					
OO19	0.147	1.000				
OO29	0.060	0.071	1.000			
OO31	0.040	0.047	0.210	1.000		
OO33	0.073	0.086	0.381	0.254	1.000	
OO35	0.034	0.040	0.177	0.118	0.214	1.000
OO37	0.075	0.088	0.392	0.261	0.474	0.220

Fitted Covariance Matrix

OO37	

OO37	1.000

Fitted Residuals

	OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
OO5	0.000					
OO13	0.016	0.000				
OO14	-0.100	-0.044	0.000			
OO15	0.054	0.090	0.005	0.000		
OO16	0.021	-0.057	0.039	-0.047	0.000	
OO17	0.033	0.048	-0.098	0.046	-0.014	0.000
OO18	0.038	-0.009	-0.115	0.003	0.115	0.257
OO19	-0.109	-0.020	0.192	-0.089	0.061	-0.145
OO29	0.107	0.079	0.015	-0.073	0.006	-0.023
OO31	0.012	-0.011	0.115	-0.046	-0.055	0.017
OO33	-0.009	-0.066	0.113	-0.078	-0.044	-0.078
OO35	0.022	0.046	0.184	-0.012	0.038	-0.047
OO37	0.049	-0.083	-0.019	-0.036	-0.098	-0.031

Fitted Residuals

	OO18	OO19	OO29	OO31	OO33	OO35
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
OO18	0.000					
OO19	-0.156	0.000				
OO29	-0.057	0.057	0.000			
OO31	-0.023	0.056	0.051	0.000		

OO33	-0.117	0.110	-0.042	-0.003	0.000	
OO35	-0.033	0.227	0.008	-0.022	-0.070	0.000
OO37	-0.024	0.070	-0.013	-0.047	0.096	-0.027

Fitted Residuals

OO37

OO37 0.000

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.156
Median Fitted Residual = 0.000
Largest Fitted Residual = 0.257

Stemleaf Plot

```
- 1 | 65
- 1 | 221000
- 0 | 98887776665555
- 0 | 4444333222222111110000000000000000
  0 | 111122223444
  0 | 555555666789
  1 | 011112
  1 | 89
  2 | 3
  2 | 6
```

Standardized Residuals

	OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
OO5	--					
OO13	0.271	--				
OO14	-1.694	-0.814	--			
OO15	0.908	1.649	0.089	--		
OO16	0.331	-0.960	0.679	-0.801	--	
OO17	0.528	0.814	-1.677	0.782	-0.218	0.000
OO18	0.581	-0.152	-1.887	0.044	1.791	4.039
OO19	-1.686	-0.332	3.475	-1.467	0.976	-2.258
OO29	1.540	1.171	0.221	-1.081	0.082	-0.335
OO31	0.172	-0.152	1.675	-0.670	-0.791	0.240
OO33	-0.126	-0.987	1.718	-1.162	-0.648	-1.134

OO35	0.318	0.656	2.663	-0.172	0.538	-0.666
OO37	0.717	-1.235	-0.287	-0.532	-1.442	-0.446

Standardized Residuals

	OO18	OO19	OO29	OO31	OO33	OO35
	-----	-----	-----	-----	-----	
OO18	0.000					
OO19	-2.355	0.000				
OO29	-0.811	0.825	--			
OO31	-0.328	0.797	0.880	--		
OO33	-1.684	1.608	-0.908	-0.051	0.000	
OO35	-0.462	3.233	0.131	-0.333	-1.242	--
OO37	-0.347	1.029	-0.299	-0.880	3.501	-0.501

Standardized Residuals

OO37

OO37
--

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -2.355
Median Standardized Residual = 0.000
Largest Standardized Residual = 4.039

Stemleaf Plot

```

- 2 | 43
- 1 | 97777542221100
- 0 | 998888776555433333322221100000000000000
  0 | 111222333556777888899
  1 | 002566778
  2 | 7
  3 | 255
  4 | 0

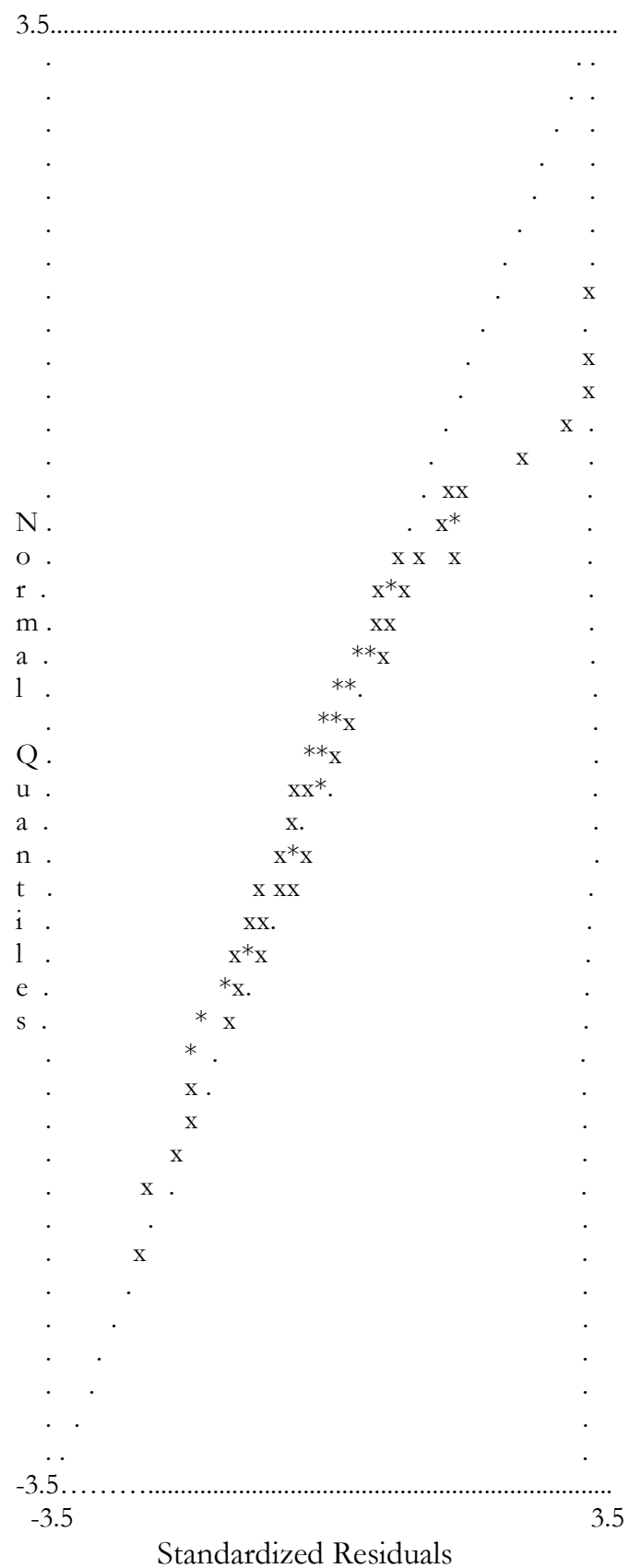
```

Largest Positive Standardized Residuals

Residual for	OO18 and	OO17	4.039
Residual for	OO19 and	OO14	3.475
Residual for	OO35 and	OO14	2.663
Residual for	OO35 and	OO19	3.233
Residual for	OO37 and	OO33	3.501

! OO

Qplot of Standardized Residuals



Qplot of Standardized Residuals

! OO

Modification Indices and Expected Change

The Modification Indices Suggest to Add the

Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
OO19	BB	10.9	0.24

Modification Indices for LAMBDA-X

	AA	BB
	-----	-----
OO5	--	1.584
OO13	--	0.411
OO14	--	6.920
OO15	--	3.494
OO16	--	1.768
OO17	--	1.440
OO18	--	3.208
OO19	--	10.930
OO29	0.503	--
OO31	0.238	--
OO33	0.886	--
OO35	6.989	--
OO37	2.107	--

Expected Change for LAMBDA-X

	AA	BB
	-----	-----
OO5	--	0.088
OO13	--	-0.048
OO14	--	0.223
OO15	--	-0.139
OO16	--	-0.094
OO17	--	-0.084
OO18	--	-0.122
OO19	--	0.245
OO29	0.052	--
OO31	0.031	--
OO33	-0.072	--
OO35	0.167	--
OO37	-0.112	--

No Non-Zero Modification Indices for PHI

The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance

Between and Decrease in Chi-Square New Estimate

OO18	OO17	16.3	0.32
OO19	OO14	12.1	0.32
OO35	OO19	10.5	0.23
OO37	OO33	12.3	0.64

Modification Indices for THETA-DELTA

	OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
OO5	--					
OO13	0.074	--				
OO14	2.871	0.663	--			
OO15	0.824	2.718	0.008	--		
OO16	0.109	0.922	0.461	0.642	--	
OO17	0.279	0.663	2.814	0.611	0.047	--
OO18	0.338	0.023	3.560	0.002	3.208	16.311
OO19	2.843	0.110	12.078	2.152	0.953	5.097
OO29	2.371	1.370	0.049	1.168	0.007	0.112
OO31	0.030	0.023	2.805	0.449	0.625	0.057
OO33	0.016	0.975	2.952	1.349	0.419	1.286
OO35	0.101	0.431	7.089	0.029	0.290	0.444
OO37	0.513	1.525	0.083	0.283	2.080	0.198

Modification Indices for THETA-DELTA

	OO18	OO19	OO29	OO31	OO33	OO35
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
OO18	--					
OO19	5.547	--				
OO29	0.657	0.680	--			
OO31	0.108	0.635	0.774	--		
OO33	2.835	2.585	0.825	0.003	--	
OO35	0.214	10.451	0.017	0.111	1.543	--
OO37	0.120	1.059	0.089	0.774	12.254	0.251

Modification Indices for THETA-DELTA

OO37	

OO37	--

Expected Change for THETA-DELTA

	OO5	OO13	OO14	OO15	OO16	OO17
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
OO5	--					
OO13	0.023	--				
OO14	-0.145	-0.077	--			
OO15	0.076	0.152	0.008	--		
OO16	0.026	-0.082	0.060	-0.069	--	
OO17	0.042	0.070	-0.145	0.067	-0.018	--
OO18	0.045	-0.013	-0.156	0.004	0.141	0.320
OO19	-0.132	-0.028	0.318	-0.122	0.078	-0.177
OO29	0.112	0.087	0.017	-0.080	0.006	-0.024
OO31	0.012	-0.011	0.123	-0.049	-0.057	0.017
OO33	-0.009	-0.074	0.132	-0.087	-0.048	-0.083
OO35	0.023	0.048	0.195	-0.012	0.039	-0.048
OO37	0.053	-0.093	-0.022	-0.040	-0.107	-0.033

Expected Change for THETA-DELTA

	OO18	OO19	OO29	OO31	OO33	OO35
-----	-----	-----	-----	-----	-----	
OO18	--					
OO19	-0.180	--				
OO29	-0.059	0.060	--			
OO31	-0.024	0.057	0.077	--		
OO33	-0.123	0.118	-0.099	-0.005	--	
OO35	-0.033	0.233	0.011	-0.026	-0.112	--
OO37	-0.025	0.076	-0.034	-0.083	0.643	-0.046

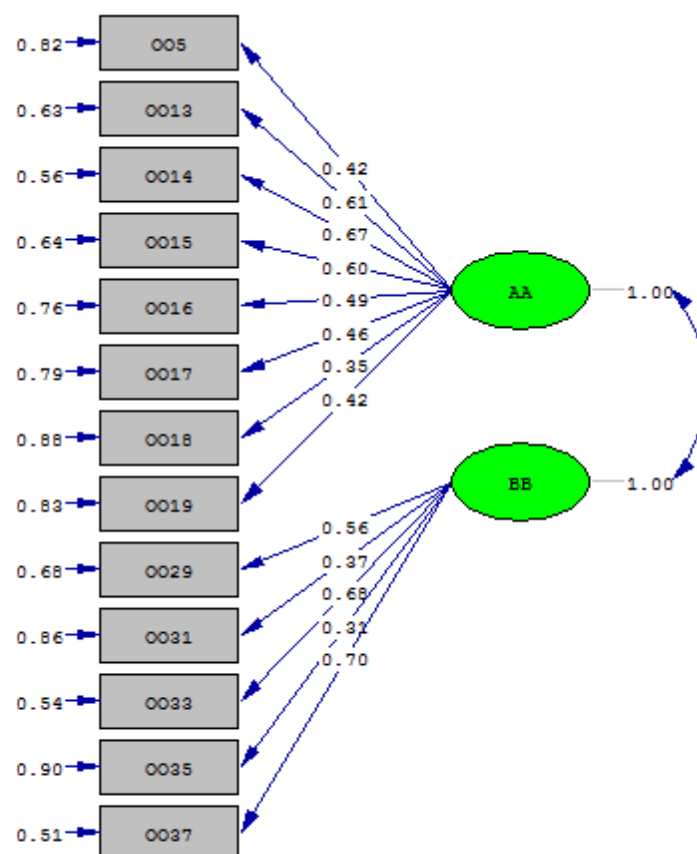
Expected Change for THETA-DELTA

OO37	

OO37	--

Maximum Modification Index is 16.31 for Element (7, 6) of THETA-DELTA

Time used: 0.078 Seconds



Chi-Square=143.85, df=64, P-value=0.00000, RMSEA=0.079