

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SARAH EMANUELLLE ALMEIDA FONTES DA SILVA**

**A RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM CORPORAL  
E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MULHERES  
DEFICIENTES VISUAIS**

**VOLTA REDONDA - RJ**

**2022**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**A RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM CORPORAL  
E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MULHERES  
DEFICIENTES VISUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição do UniFOA, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Acadêmica: Sarah Emanuelle Almeida Fontes da Silva

Orientador: Prof. Dr. Alden dos Santos Neves

**VOLTA REDONDA - RJ**

**2022**

### FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

S586r Silva, Sarah Emanuelle Almeida Fontes da  
A relação entre a percepção da autoimagem corporal e o  
comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais. / Sarah  
Emanuelle Almeida Fontes da Silva. – Volta Redonda: UniFOA, 2022.

58 p. II.

Orientador (a): Prof. Dr. Alden dos Santos Neves

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Nutrição, 2022.

1. Nutrição - TCC. 2. Imagem corporal. 3. Deficientes visuais – comportamento alimentar. I. Neves, Alden dos Santos. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 613

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

### **A RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM CORPORAL E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MULHERES DEFICIENTES VISUAIS**

Elaborado por Sarah Emanuelle Almeida Fontes da Silva, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

Aprovado em 22 de Novembro de 2022

Banca Avaliadora:

---

Professor Orientador

Alden dos Santos Neves, Doutor, Centro Universitário de Volta Redonda

---

Professor Avaliador

Ana Paula Caetano de Menezes Soares, Mestre (a), Centro Universitário de Volta Redonda

---

Professor Avaliador

Ivyna Spínola Caetano Jordão, Mestre (a), Centro Universitário de Volta Redonda

Dedico o presente trabalho à minha mãe, ao meu orientador e a minha querida professora Mariana Portugal, por terem sido minha base ao longo desse tempo e por acreditarem, desde o início, no potencial da minha pesquisa, quando ainda era apenas uma ideia rabiscada num papel.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é dizer que houveram momentos em que alguém foi luz em nossa jornada.

Agradeço primeiramente a Deus, ao universo, por me iluminar, dar forças e sabedoria para concluir este estudo.

À minha família por todo apoio, amor, carinho e torcida. Agradeço por apesar da distância física de alguns, ainda sim se fazerem presentes em diversos momentos importantes, e vibrarem sempre por minha vitória.

À minha mãe, Jussara Pereira de Almeida que é pura poesia e minha base, pela vida, amor incondicional, dedicação, paciência, incentivo e luz em todos os momentos, inclusive nos mais difíceis, auxílio sempre que foi preciso, pela oportunidade que me foi dada em cursar a graduação dos meus sonhos, por nunca ter medido esforços para me proporcionar novas oportunidades e experiências e, principalmente, pelo grande exemplo que sempre foi de perseverança e coragem.

Ao meu querido orientador, primeiramente por ter aceitado participar dessa pesquisa comigo e acreditado desde o início no potencial do meu trabalho, por todo apoio, carinho, amizade, paciência e confiança em mim depositada ao longo desta trajetória. E à minha grande professora Mariana Portugal, que iniciou o processo de orientação desse trabalho, por toda dedicação, carinho, paciência, pelas muitas risadas, disponibilidade e confiança. Agradeço também, por todos os ensinamentos e conselhos que fizeram da minha formação a melhor possível e com que eu admirasse ainda mais o trabalho, competência e sabedoria de vocês.

Aos meus amigos e acadêmicos de Nutrição, que estiveram comigo ao longo desses quatro anos, sendo luz, apoio, sorrisos e muito amor. Agradeço por serem minha segunda família, como sempre falamos entre nós, e por terem compartilhado comigo vários momentos inesquecíveis, desde o início da graduação, e experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando.

Aos amigos mais próximos, outra grande família, que sempre me incentivaram e buscaram me ajudar o máximo possível nesse tempo. Agradeço por todo amor, amizade, companheirismo e compreensão.

Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma e participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

**Fernando Pessoa**

## RESUMO

Nos dias atuais percebe-se, que mulheres deficientes visuais podem apresentar algum grau de insatisfação com suas imagens corporais, podendo assim gerar alterações/perturbações no comportamento alimentar. A inatividade física, a comparação de seus corpos com as demais pessoas, juntamente com a dependência das mesmas a elementos que auxiliam na formação da percepção de suas imagens corporais, podem gerar cobranças e distorções com relação a sua imagem corporal. O estudo teve como objetivo analisar de que maneira a percepção da autoimagem corporal influencia no comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais. Foram envolvidas na realização da pesquisa, 36 mulheres portadoras de deficiência visual congênita e/ou adquirida, com níveis de percepção variando entre cegueira e baixa visão, e idade  $\geq 18$  anos. A amostragem foi não-probabilística (amostra por conveniência). A coleta de dados foi feita pela pesquisadora através da aferição dos valores de peso atual (Kg) e altura (m) das participantes, e da aplicação de três questionários validados - *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, *Body Checking Questionnaire (BCQ)* e *Eating Attitudes Test 26 (EAT-26)*, em entrevistas presenciais, com cada participante. Variáveis contínuas foram apresentadas como médias e desvios padrão, e as categorizadas como frequências absoluta e relativa (%). O software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 foi utilizado. Constatou-se que 19,5% das mulheres com deficiência visual apresentaram insatisfação com a imagem corporal leve e 5,6% apresentaram insatisfação moderada com a imagem corporal, e que 47,2% apresentaram sintomas positivos para o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. O estado nutricional prevalente da população analisada foi a obesidade. Os dados não apresentaram diferenças estatísticas significativas. Portanto, o estudo permitiu verificar, que a insatisfação corporal pode ter uma associação positiva com o desenvolvimento de sintomas para comportamentos de risco para transtornos alimentares entre mulheres deficientes visuais, porém nessa população, sejam mulheres deficientes visuais adquiridas ou congênitas, essas apresentaram menos problemas com a insatisfação corporal e com o comportamento alimentar.

**Palavras-chave:** Imagem corporal. Deficientes visuais. Comportamento alimentar.

## ABSTRACT

Nowadays, we notice that visually impaired women may present some degree of dissatisfaction with their body images, which may cause changes/disturbances in eating behavior. The physical inactivity, the comparison of their bodies with other people, along with their dependence on elements that help in the formation of the perception of their body images, may generate charges and distortions regarding their body image. The study aims to analyze how the perception of body self-image influences the eating behavior of visually impaired women. Thirty-six women with congenital and/or acquired visual impairment, with perception levels ranging from blindness to low vision, and age  $\geq 18$  years, were involved in the research. The sampling was non-probabilistic (convenience sample). Data collection was performed by the researcher by measuring the current weight (Kg) and height (m) of the participants, and by applying three validated questionnaires - Body Shape Questionnaire (BSQ), Body Checking Questionnaire (BCQ) and Eating Attitudes Test 26 (EAT-26), in face-to-face interviews, with each participant. Continuous variables were presented as means and standard deviations, and categorized as absolute and relative frequencies (%). The software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0 was used. It was found that 19.5% of the visually impaired women presented mild body image dissatisfaction and 5.6% presented moderate body image dissatisfaction, and that 47.2% presented positive symptoms for the risk of developing eating disorders. The prevalent nutritional status of the analyzed population was obesity. The data showed no significant statistical differences. Therefore, the study allowed us to verify that body dissatisfaction may have a positive association with the development of symptoms for risk behaviors for eating disorders among visually impaired women, but in this population, whether acquired or congenitally visually impaired, these women presented fewer problems with body dissatisfaction and eating behavior.

**Keywords:** Body image. Visually impaired. Eating behavior.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

TA – Transtornos Alimentares

IC – Imagem Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

DM – Diabetes mellitus

BSQ – Body Shape Questionnaire

BCQ – Body Checking Questionnaire

EAT- 26 – Eating Attitudes Test 26

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

TCA – Transtorno de Compulsão Alimentar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Kg – Quilograma

m – Metro

m<sup>2</sup> – Metro quadrado

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

CoEPS – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

DP – Desvio Padrão

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Satisfação com a imagem corporal, estado nutricional e comportamentos de risco para TA das mulheres com deficiência visual congênita e adquirida.....	34
Tabela 2. Prática regular de atividade física, realização de compras de gêneros alimentícios ou preparação de refeições do dia sozinho e uso de mídias (tradicionais e sociais) por mulheres deficientes visuais com deficiência adquirida e congênita.....	36
Tabela 3. Descrição das estatísticas de variáveis quantitativas dos grupos de mulheres deficientes visuais congêntas e adquiridas.....	39
Tabela 4. Descrição das estatísticas de variáveis quantitativas dos grupos de mulheres deficientes visuais com baixa visão e cegueira total.....	40

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência do estado nutricional das participantes obtido através da classificação do IMC .....	32
Gráfico 2 – Apresentação do que as participantes com baixa visão conseguem visualizar .....	33
Gráfico 3 – Mídias utilizadas pelas participantes.....	37
Gráfico 4 – Sentimentos identificados com relação a imagem corporal das mulheres deficientes visuais adquiridas.....	38

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	52
---	----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de informações gerais.....	54
Anexo 2 – Body Shape Questionnaire (BSQ) .....	55
Anexo 3 – Body Checking Questionnaire (BCQ) .....	56
Anexo 4 – Questionário Eating Attitudes Test 26 (EAT-26).....	57
Anexo 5 – Classificação do estado nutricional para adultos .....	58

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1.	DEFICIÊNCIA VISUAL.....	18
2.2.	IMAGEM CORPORAL.....	19
2.2.1.	Deficiência visual e imagem corporal.....	22
2.2.2.	Comportamento alimentar e imagem corporal.....	24
2.3.	TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	25
<b>3.</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>54</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Thomas et al. (2012), estudiosos reconheceram que a incapacidade de ver a si mesmo tem o potencial de estimular o desenvolvimento de imagens corporais ruins e de transtornos alimentares (TA), como bulimia e anorexia nervosa, principalmente em mulheres.

A construção da percepção corporal é iniciada nos indivíduos ainda quando crianças. Isso porque, durante essa fase ocorre a exploração topográfica do corpo e a descoberta do pensamento, propiciando assim, que os indivíduos tenham experiências com o próprio corpo e que a partir das mesmas iniciem seu desenvolvimento humano e formação de imagem corporal. (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Peter David Slade (1994) elaborou uma definição para imagem corporal (IC) que é muito difundida, sendo ela conceituada como “a imagem que temos em nossas mentes do tamanho, do contorno e da forma de nossos corpos; e os nossos sentimentos relativos a essas características e às partes que constituem nossos corpos” (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020, p. 211). O mesmo ainda divide a IC em dois componentes: o perceptual e o atitudinal, de modo que o primeiro se refere à precisão com que um indivíduo consegue reconhecer o seu corpo, enquanto o segundo refere-se aos comportamentos que o indivíduo tem em relação ao seu corpo (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

No que diz respeito aos deficientes visuais, esses quando possuem a deficiência congênita não são capazes de se olhar no espelho e enxergar a sua própria imagem, sendo assim são dependentes da relação com o meio em que vivem, do contato com as pessoas, dos objetos e dos estímulos sonoros para formarem suas percepções acerca de suas imagens corporais. Já aqueles deficientes visuais, que perderam a visão em determinado momento da vida (deficiência visual adquirida), ou alguns que possuem baixa visão foram capazes de ver suas imagens corporais e de construí-las mediante a realidade vista. Entretanto, com a deficiência e consequentemente a dependência desses indivíduos aos elementos já citados, esses podem desenvolver uma série de cobranças com relação a sua imagem corporal, como demonstrado em algumas pesquisas (RUSSO et al., 2012).

A alta prevalência de inatividade física nessa população e a comparação de seus corpos com os demais presentes em seus convívios, também são considerados fatores contribuintes para o desenvolvimento de imagens corporais negativas e para alterações no comportamento alimentar, devido a maior chance da ocorrência de sobrepeso e obesidade, e da insatisfação com seus corpos, respectivamente (GREGUOL; GOBBI; CARRARO, 2014; MACHADO et al., 2016). Conforme demonstrado por Klotz-Silva, Prado e Seixas (2016) e Vaz e Bennemann (2014), o comportamento alimentar está relacionado a todas as formas de convívio com o alimento e também a fatores pessoais e psicológicos, o que o torna tão sensível a alterações e mudanças.

De acordo com Peres et al. (2015), estudo esse feito com cinquenta deficientes visuais de ambos os sexos, apesar de não ter sido identificado diferenças significativas com relação a insatisfação com a imagem corporal, entre homens e mulheres, as últimas demonstraram maior insatisfação em seus relatos. Outrossim, essa pesquisa ainda mostrou que poucos estudos têm investigado a percepção que deficientes visuais possuem acerca de sua imagem corporal, devido a menor influência que sofrem diante das mídias visuais. Contudo, Ashikali e Dittmar (2010) propõem que mesmo com essa pequena influência das mídias, mulheres deficientes visuais ainda sofrem pressão da família e amigos para atingirem padrões de beleza, colaborando assim para uma maior insatisfação com a imagem corporal.

Sabe-se que a construção e desenvolvimento de uma imagem corporal distorcida, negativa ou até mesmo incompleta sobre si mesmo é capaz de gerar desgosto, tristeza e sensações desconfortáveis com a aparência corporal, o que conseqüentemente pode resultar em problemas psicológicos, má relação com a comida e transtornos alimentares (MORGADO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2017). Nesse sentido, alguns estudos demonstraram que uma imagem corporal, quando bem desenvolvida, pode proporcionar ao deficiente visual sensações positivas com relação a seu corpo, e que o trabalho com uma equipe interdisciplinar, principalmente um nutricionista, pode melhorar/transformar hábitos alimentares, conseqüentemente interferindo positivamente no comportamento alimentar desses indivíduos (ARAGÃO, 2013; MORGADO et al., 2010).

Considerando a relevância do tema e a escassez de estudos realizados sobre o mesmo, o objetivo principal do presente trabalho foi analisar de que maneira a percepção da autoimagem

corporal influencia no comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais, identificando a percepção e sensação das mulheres deficientes visuais acerca de suas autoimagens corporais, avaliando o comportamento alimentar constatado das mesmas, e verificando a presença de riscos nutricionais e/ou transtornos de autoimagem e alimentares dessas participantes.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. DEFICIÊNCIA VISUAL**

Na Idade Antiga era de pensamento comum entre a sociedade e alguns grupos, que as pessoas que tinham algum tipo de deficiência estavam possuídas por espíritos, sendo assim, esses indivíduos eram mortos ou abandonados. Em Roma, por exemplo, o patriarca da família possuía o direito de matar um filho nascido com alguma anomalia. Já na Idade Média, com o cristianismo, as pessoas com deficiência passaram a serem protegidas e cuidadas por instituições de caridade, no entanto eram isoladas da sociedade e não tinham o direito de estudar ou trabalhar (AMARAL; BERNARDI; GRADISKI, 2019).

Com a criação do método de transcrição alfabética por Louis Braille, pôde-se observar o surgimento de grandes mudanças, de modo que se passou a haver preocupação social com a educação do deficiente visual, criando-se assim instituições voltadas para os deficientes visuais tanto nas Américas, quanto na Europa. Um exemplo dessas instituições, no Brasil, foi o Instituto Benjamin Constant, criado em 1854 na cidade do Rio de Janeiro, o qual encontra-se funcionando até os dias atuais e se tornou um dos grandes centros de referência em educação especial e inclusiva, e atendimento do país, para a população deficiente visual (AMARAL; BERNARDI; GRADISKI, 2019; SOARES, 2010).

A deficiência visual pode ser caracterizada, segundo Moura e Castro (1995), pela incapacidade total ou parcial dos indivíduos em utilizarem o sentido da visão nas atividades normais da vida, de modo que podem utilizar dos sentidos remanescentes para superarem essa deficiência. A mesma pode ser classificada de diversas maneiras, no entanto a mais utilizada é a classificação mediante a idade de início, podendo ser assim uma deficiência visual congênita ou adquirida. A primeira se refere a pessoa que já nasce com a deficiência visual, de maneira que ocorre antes ou durante o nascimento. Já a segunda, se refere a pessoa que adquire a deficiência em qualquer outro período da vida (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013; SOARES, 2010).

Para Garcia (2014) a deficiência visual congênita pode ser entendida como aquela que se apresenta no momento do nascimento ou dentro do primeiro ano, enquanto a deficiência visual adquirida é aquela que se manifesta após esse primeiro ano de vida. Outros pesquisadores e autores consideram deficientes visuais congênitos como aqueles que perderam a visão antes dos cinco anos de idade, e aqueles que perderam a visão após essa idade são considerados deficientes visuais adquiridos (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013; AMARAL; BERNARDI; GRADISKI, 2019).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as principais causas para a deficiência visual adquirida de forma mundial são, principalmente, os traumas oculares, a catarata, o glaucoma, a xeroftalmia e o diabetes mellitus (DM) (FREITAS, 2007). Considera-se ainda, que as principais causas de deficiência visual em países em desenvolvimento, como o Brasil, sejam as infecciosas, nutricionais, traumáticas e causadas por cataratas, enquanto nos países desenvolvidos são as causas genéticas e degenerativas (SOARES, 2010).

Diehl (2006) *apud* Soares (2010) afirma que pessoas deficientes visuais apresentam a mesma ordem de desenvolvimento que pessoas com visão normal, entretanto podem apresentar algum comprometimento no mesmo, quando não estimuladas. O autor ainda cita algumas defasagens que os indivíduos deficientes visuais, sejam eles cegos ou com baixa visão, podem apresentar, sendo a percepção e construção da imagem corporal, uma delas.

## 2.2. IMAGEM CORPORAL

Pode-se dizer, que os primeiros achados sobre a imagem corporal são do século XVI, na França, com Ambroise Paré. No entanto, foi apenas na Inglaterra, na escola britânica, que houve maiores pesquisas e estudos acerca o tema, de modo que se usou pela primeira vez o termo “esquema corporal” e foi construída uma teoria sobre o que viria a ser a imagem corporal (BARROS, 2005; FISHER, 1990).

Paul Schilder foi um dos maiores contribuintes para essa temática. Para o mesmo, a IC é um fenômeno multifacetado e que os eventos diários são contribuintes para sua construção. Mediante isto, entende-se a IC como a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa

mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se nos apresenta, de maneira que está relacionada a sensações; a experiências afetivas, perceptivas e cognitivas; e a forma como o indivíduo se relaciona com o mundo. A mesma é constantemente modificada e sofre influência da sociedade (SCHILDER, 1994; SCHILDER, 1999; TAVARES, 2003; BARROS, 2005; SHONTZ, 1990).

Para Schilder (1999), a IC é um fenômeno social. Isso porque, segundo o mesmo, ao perceberem os próprios corpos, os indivíduos tendem a projetar essas imagens para outros corpos, havendo assim o surgimento da curiosidade sobre partes que até então eram obscuras para os mesmos, ou seja, não eram tão percebidas até se perceber os corpos dos demais. Sendo assim, há um intercâmbio entre a imagem corporal do indivíduo e de outras pessoas, caracterizando o fenômeno social.

Acrescenta-se ainda que a formação da imagem corporal surge inicialmente durante a infância, fase em que ocorre a exploração topográfica do corpo e manifestação do pensamento, favorecendo assim a ocorrência desse processo. O mesmo sofre influência de diversos fatores, como sexo, idade e até etnia (LOBO, 2018; ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

A IC é classificada em dois constituintes: dimensão perceptiva e dimensão atitudinal. A primeira refere-se à precisão com que o indivíduo consegue reconhecer o seu corpo, ou seja, o julgamento sobre o próprio corpo, a partir da imagem que é construída na mente do mesmo. A segunda refere-se aos comportamentos que o indivíduo tem em relação ao seu corpo, estando relacionada com pensamentos e sentimentos sobre o próprio corpo e sua imagem corporal (LOBO, 2018; ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020). Essa dimensão ainda é formada por três componentes: o afetivo, o cognitivo e o comportamental (MENZEL; KRAWCZYK; THOMPSON, 2011). O componente afetivo envolve os sentimentos sobre a aparência corporal, caracterizando assim a satisfação ou insatisfação com a IC. O cognitivo está ligado aos pensamentos do indivíduo sobre sua aparência e tamanho corporal. Já o comportamental envolve as atitudes voltadas para a maneira como o indivíduo interpreta sua imagem corporal (CONTI et al., 2010; LOBO, 2018; ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

A dimensão perceptiva pode ainda indicar, se avaliada, a presença ou ausência de distorção da IC. Essa distorção ocorre, de modo que o indivíduo subestima ou superestima seu tamanho e/ou forma corporal, podendo estar acompanhada do pensamento dicotômico,

comparação injusta, atenção seletiva assim como da insatisfação corporal (LOBO, 2018; JABUR SAIKALI et al., 2004). Alvarenga et al. (2010) destaca os principais fatores envolvidos no desenvolvimento e manutenção dos TA e dos distúrbios de imagem corporal, sendo eles: os sociais, interpessoais e biológicos, podendo estar presentes em situações como a internalização dos ideais da mídia, respostas e comentários verbais negativos, baixa autoestima e tendência à comparação com a aparência das pessoas.

A insatisfação com a imagem corporal é considerada um distúrbio de imagem corporal e é utilizada com o intuito de se avaliar a discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada, uma vez que a mesma reflete se o indivíduo gosta ou não de seu corpo (LAUS et al., 2014; ALVARENGA et al., 2010). Pode-se dizer, que as mulheres apresentam maior insatisfação corporal e prevalência de TA, quando comparadas com homens (ALVARENGA et al., 2010). Isso pode ser justificado, já que as mesmas tendem a se preocupar mais com sua aparência corporal, por todo significado que um corpo dentro dos padrões disseminados apresenta (SILVA et al., 2018).

Vale salientar, que mudanças no contexto sócio-histórico possuem grande impacto sobre esse distúrbio, uma vez, que as mesmas modificaram a visão social com relação ao corpo. Um exemplo disso, é a supervalorização na sociedade contemporânea do corpo magro, o qual antes era visto como sinônimo de fraqueza e escassez de alimento, e hoje se tornou um objeto de busca e desejo de inúmeras pessoas. Paralelo a isso tem-se o corpo gordo, que antes era considerado símbolo de fartura, abundância e riqueza, e hoje se tornou estigmatizado (ALVARENGA et al., 2010; SILVA et al., 2018).

Alguns autores consideram que há diferença entre os termos “esquema corporal” e “imagem corporal”, de modo que o primeiro estaria associado à estrutura neurológica responsável pelo reconhecimento da anatomia corporal, enquanto o segundo estaria associado a vivências afetivas do corpo, envolvendo aspectos psicológicos (SOARES, 2010). Todavia, Tavares (2003) e Barros (2005) defendem que essa diferenciação de conceitos é irreal, visto que as estruturas neurológicas e as vivências afetivas não são isoladas uma da outra, ou seja, ocorrem de forma conjunta e estão sempre se transformando também de forma interrelacionada. Sendo assim, ambos formam um único conceito, podendo-se utilizar qualquer um dos termos.

A avaliação da imagem corporal pode ser feita através de diversos instrumentos, como questionários, por exemplo. O mais utilizado dentre eles é o *Body Shape Questionnaire* – BSQ (COOPER et al., 1987), o qual permite avaliar nos indivíduos, a satisfação e as preocupações com a forma de seus corpos, além de identificar distúrbios de imagem corporal. Di Pietro e Silveira (2008), traduziram e validaram uma versão do BSQ para a população de universitários brasileiros, a qual é largamente utilizada por ser de fácil aplicação, baixo custo e eficaz em avaliar a dimensão atitudinal e seus componentes da imagem corporal. Além desse, outro instrumento de grande valia é o *Body Checking Questionnaire* (BCQ), o qual avalia a frequência de comportamentos de checagem corporal, envolvendo os componentes da IC. A verificação corporal engloba a checagem do peso, da forma ou até mesmo do tamanho do corpo. O mesmo ainda é muito utilizado para avaliar populações com TA. Também é de fácil aplicação e baixo custo (CAMPANA et al., 2013; CAMPANA; CAMPANA; TAVARES, 2009).

### **2.2.1. Deficiência visual e imagem corporal**

No que diz respeito a formação da imagem corporal em indivíduos deficientes visuais, pode-se dizer, que a mesma acontece por meio dos demais sentidos, que não a visão, além da relação com o meio em que vivem e do contato com as pessoas. O tato, a audição e a propriocepção são grandes atuantes nesse processo (SOARES, 2010).

De acordo com Alves e Duarte (2008), a imagem corporal dos deficientes visuais se relaciona com mudanças provocadas em suas experiências corporais, as quais são encaradas de forma diferente por cada indivíduo. Dessa maneira, a autoestima e o autoconceito dos mesmos serão construídos a partir das relações estruturadas pelos mesmos durante a vida.

É possível considerar que a deficiência visual propicia limitações as pessoas para como percebem seus corpos. Dessa maneira, acredita-se que uma pessoa que nunca enxergou tem uma experiência perceptiva diferente de uma que adquiriu a deficiência ao longo da vida. Isso porque, a partir das experiências que as mesmas foram tendo, essas foram conhecendo o mundo e gerando seus próprios significados do indivíduo no mundo (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013).

Segundo Rebouças (2005), os deficientes visuais congênitos, para estabelecerem suas imagens corporais necessitam do toque corporal e da conversa verbal, seja com os pais ou

responsáveis, a respeito da imagem do seu próprio corpo. Contudo, o mesmo destaca, que se a conversa não for bem estabelecida, essa formação da IC poderá ser corrompida.

Almeida e Araújo (2013) em seu estudo com dois indivíduos cegos, um com cegueira congênita e outro com cegueira adquirida, demonstraram que houve uma grande diferença entre as experiências de ambos quanto a IC. Isso porque, o primeiro não possuía uma percepção do corpo enquanto estética, de modo que esse não havia construído a imagem do seu próprio corpo, relatava apenas reparar na presença de suor ou odores, por exemplo. Enquanto o segundo, apresentava uma percepção visual do corpo nos moldes estéticos, se preocupava com o ganho de peso, e com mudanças do corpo, procurando sempre manter o corpo da mesma forma de quando ainda tinha a visão. Dessa maneira revelou-se para os autores, que na vivência do indivíduo cego congênito não foi dado ênfase em diálogos acerca do desenvolvimento do corpo, enquanto para o indivíduo com cegueira adquirida, por ter sido um processo de perda de visão progressiva, isso possibilitou a criação de sua IC, porém após a perda de visão houve necessidade de adaptação e reconstrução da mesma, processo esse mais doloroso. Os autores ainda destacam a importância de se distinguir e considerar se a deficiência visual é congênita ou adquirida, visto que esses indivíduos terão experiências perceptivas de si e do mundo distintas.

Reforçando o papel de outros recursos sensitivos na formação da IC, Porto (2002) traz em sua obra, a utilização por exemplo do tato, como uma forma do cego construir sua IC, uma vez que devido à falta da visão, esse processo é diferente. Dessa maneira, o deficiente visual consegue viver experiências, perceber seu corpo e formar seu eu.

Destaca-se, que apesar do uso de outros recursos sensoriais utilizados, a própria deficiência visual e a dependência desses indivíduos aos elementos já citados para formarem a IC, essa população pode desenvolver uma série de cobranças com relação a sua imagem corporal. A justificativa para isso está no fato, de que já foi constatado por estudos, que indivíduos com deficiência visual possuem dificuldades em perceberem seus corpos quanto aos aspectos físicos e motores, além do fato dessa percepção necessitar de informações dadas por outros indivíduos, encontrando-se assim ainda nessa população uma percepção distorcida do esquema corporal não correspondente à realidade (RUSSO et al., 2012; DIEHL, 2007).

Em seu estudo, Morgado et al. (2010) demonstrou, que os deficientes visuais, principalmente os congênitos, possuem grande dificuldade em compreender as diferentes dimensões e formas corporais, colaborando assim para o surgimento de insatisfação e cobranças com relação ao corpo.

Com relação as mulheres deficientes visuais, Soares (2010) observou que as mesmas, mesmo com a deficiência continuam a sofrer influência dos padrões ideais de beleza impostos e exigidos pela sociedade vidente, padrões esses provindos principalmente de outras mulheres. A mesma ainda conclui que as cobranças sociais acontecem da mesma forma, apesar de essas não estarem sujeitas ao estímulo visual da mídia em geral. Também já foi comprovado, que as mulheres, em sua maioria, são mais insatisfeitas em relação a seus corpos do que os homens (FERREIRA; MORGADO; FERREIRA, 2008).

### **2.2.2. Comportamento alimentar e imagem corporal**

Segundo Santos et al. (2021), o comportamento alimentar envolve ações associadas ao ato de se alimentar. O mesmo ainda é determinado por diversos aspectos, como: nutricionais, econômicos, culturais, ambientais, sociais, entre outros. Viana (2002) sugere que padrões de comportamento alimentar podem ser conhecidos como estilos alimentares, podendo esses estilos terem três dimensões: a emocional, a restritiva e a externa. A primeira se refere à quando o indivíduo come em resposta a emoções negativas, a segunda quando a restrição alimentar é feita de forma consciente e com intuito de controlar o peso corporal, e a terceira é aquela que a ingestão alimentar acontece em resposta aos aspectos dos alimentos.

Sabe-se que a insatisfação corporal em diferentes níveis pode estar associada a sentimento de baixa autoestima, estresse, isolamento social ou até mesmo depressão, independentemente da idade, sexo e estado nutricional (SANTOS et al., 2021). Contudo, estudos demonstram que essa insatisfação corporal pode ser mais frequentemente observada em mulheres, as quais tendem a se comparar mais com as demais pessoas. Nesse sentido, tais fatos podem culminar em atitudes alimentares inadequadas, como uso de diuréticos, laxantes, realização de dietas restritivas, podendo assim gerar sérias consequências a saúde, como por exemplo o surgimento de transtornos alimentares, visando muitas vezes atingir padrões estéticos impostos ou até mesmo extinguir preocupações corporais provindas de comparações com outros indivíduos. Distúrbios de imagem corporal são frequentemente associados a um

comportamento alimentar disfuncional (APARICIO-MARTINEZ et al., 2019; HOGUE; MILLS, 2019; SANTOS et al., 2021).

Com relação a população deficiente visual, considera-se que a alta prevalência de inatividade física juntamente com a comparação de seus corpos com os demais ao seu redor são os principais fatores contribuintes para o desenvolvimento de imagens corporais negativas e para alterações no comportamento alimentar, devido a maior chance da ocorrência de sobrepeso e obesidade, e da insatisfação com seus corpos, respectivamente (GREGUOL; GOBBI; CARRARO, 2014; MACHADO et al., 2016).

Tem-se observado, nos últimos anos, um aumento crescente de sobrepeso e obesidade na população deficiente visual, de modo a favorecer não somente a insatisfação corporal e o surgimento de atitudes alimentares inadequadas, mas também o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (CAPELLA-MCDONNALL, 2005; BAUMAN; SPUNGEN, 2001).

Câmara (2017) e Silva et al. (2021) demonstraram em seus estudos com deficientes visuais, que a alimentação dos mesmos é influenciada pelo grau de satisfação com o próprio corpo. Além disso, observou-se que muitos se preocupavam com a alimentação e com a imagem corporal, de maneira que utilizavam a alimentação como uma forma de autocuidado para melhorarem a aparência física e os ajudarem a serem mais satisfeitos com seus corpos.

### 2.3. TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma condição de instabilidade persistente relacionada ao comportamento alimentar, de modo que afeta a saúde do indivíduo e as relações psicossociais. Sendo os mais comuns, citados nas literaturas recentes, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar (APA, 2014). Os mesmos são geralmente vistos em pessoas mais jovens, que estão preocupadas com comida, peso e que apresentam percepção de peso e aparência física alterada, além de mulheres, que normalmente possuem maior insatisfação corporal (APARICIO-MARTINEZ et al., 2019).

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada por restrição da ingestão calórica a níveis bem

abaixo das necessidades, ocasionando o surgimento de peso corporal significativamente baixo. Cabe reconhecer, no entanto, que o intenso o medo de ganhar peso ou engordar, e a perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, se fazem presentes. No caso da bulimia nervosa (BN), há a ocorrência de episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, a fim de impedir o ganho de peso, como os vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos, jejum ou exercícios físicos em excesso. E o transtorno de compulsão alimentar (TCA) é caracterizado por episódios de compulsão alimentar, sem que haja a sensação física de fome, acompanhados de grande sentimento de culpa (APA, 2014).

Em concordância com pesquisas, da população com transtornos alimentares, 16% apresentam excessos alimentares, 20% expurgados por vômitos e 61% realizam restrição alimentar, sendo essa última mais vista em mulheres mais velhas e os vômitos, mais comuns durante a adolescência. Em relação ao predomínio das práticas alimentares irregulares, observa-se o aumento à medida que os adultos jovens ou adolescentes envelhecem (APARICIO-MARTINEZ et al., 2019).

Ressalta-se que comportamentos alimentares indevidos e/ou inadequados, como restringimento alimentar, episódios purgativos (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos) ou até mesmo episódios de compulsão, não são tidos como transtornos alimentares, no entanto podem ser identificados no início ou fase em transtornos alimentares reconhecida, que se não tratados, ainda assim, podem se perenizar por toda vida e intensificar o desenvolvimento de distúrbios e/ou doenças mais graves (APARICIO-MARTINEZ et al., 2019).

Indivíduos com transtornos alimentares normalmente apresentam distorção da IC, caracterizando o pensamento dicotômico – o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; as comparações injustas – quando o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos; e a atenção seletiva – focaliza um aspecto da aparência e erro cognitivo, o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência. Autoavaliação da IC de forma indevida também é um aspecto comum aos principais TA (JABUR SAIKALI et al., 2004).

Afiado (1993) demonstrou em seu estudo de caso, uma mulher de 58 anos, com cegueira desde os nove meses de idade (deficiência visual congênita), que apresentava depressão e história de 40 anos de anorexia nervosa caracterizada por restrição alimentar e depreciação corporal. O mesmo demonstra que não é necessário ter um conhecimento visual da imagem corporal, para um indivíduo desenvolver um transtorno alimentar, e que deve ser dada maior atenção as atitudes e sentimentos em relação ao corpo dessa população, de modo a considerar a possibilidade do desenvolvimento de TA.

A avaliação dos transtornos alimentares pode ser realizada, por meio de ferramentas que integram todo o espectro dos TA, ou que são mais individualizados para determinados TA. Os mais utilizados são os autoaplicáveis, como o Teste de Atitudes Alimentares – EAT, pois são mais fáceis de administrar e eficientes em avaliar um grande número de indivíduos (FREITAS; GORENSTEINB; APPOLINARIO, 2002). O Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) pode ser encontrado em dois prismas: um com 40 itens e outro com 26 itens, sendo o menor o mais utilizado, de modo que foi traduzido e validado para inúmeras populações. O mesmo é utilizado no rastreamento de susceptibilidade de desenvolvimento de AN e BN. Vale enfatizar ainda, que o teste aponta a presença de padrões alimentares atípicos, que podem corresponder a comportamentos de risco para desenvolver TA, apesar disso, não indica a patologia subjacente ou fecha diagnóstico (GARNER et al., 1982; ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPP, 2011; DOTTI; LAZZARI, 1998; KO; COHEN, 1998; RIVAS et al., 2010).

### **3. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal observacional descritivo. A pesquisa foi realizada em duas instituições públicas do estado do Rio de Janeiro, uma localizada na cidade do Rio de Janeiro e outra na cidade de Volta Redonda, as quais atendem a população deficiente visual. A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e outubro de 2022, presencialmente. O universo deste estudo foi de 36 mulheres com deficiência visual congênita e/ou adquirida, com níveis de percepção visual variando entre cegueira total e baixa visão, e com idade  $\geq 18$  anos e  $< 60$  anos. Adotou-se como critérios de exclusão, mulheres de qualquer idade videntes e mulheres portadoras de deficiência visual com idade  $\leq 18$  anos ou  $> 60$  anos. A amostragem foi não-probabilística (amostra por conveniência).

Para dar início a pesquisa foram realizadas reuniões com os responsáveis (Diretoras da

instituição de Volta Redonda, Nutricionista da instituição do Rio de Janeiro) pela área de pesquisa das instituições, nas quais foram feitas explanações sobre o projeto, esclarecidas possíveis dúvidas e realizado o convite para a participação da população atendida pelas mesmas. Após isso, foram agendados os encontros, em ambos os locais, para a entrevista com as mulheres deficientes visuais que aceitaram participar da pesquisa, de maneira que as mesmas concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O mesmo foi lido em voz alta pela pesquisadora para as participantes antes da entrevista, e assinado por elas com o auxílio da pesquisadora, ou pelo responsável acompanhante.

Foi ofertado as entrevistadas a opção de participarem da entrevista com um acompanhante. Sendo assim, as mesmas foram entrevistadas quanto a percepção da autoimagem corporal e o comportamento alimentar, através da aplicação de três questionários; e autorrelataram algumas informações gerais, como idade atual, prática de atividade física, nível de percepção visual e nível de autonomia. As perguntas e opções de respostas também foram lidas em voz alta às participantes, e as respostas obtidas foram anotadas pela pesquisadora. Após a entrevista (aproximadamente 30 minutos) foi feita a aferição de peso e altura das mesmas, para determinação do estado nutricional. Foram destinadas as instituições, cópias dos dados coletados com as entrevistadas, além de ter sido entregue a cada participante uma cópia impressa do TCLE.

A aferição de massa corporal das participantes na instituição de Volta Redonda foi feita com auxílio de uma balança digital GTECH, com capacidade máxima de 150 quilogramas (kg) e subdivisões a cada 100 gramas (g). Já a estatura das mesmas foi obtida com o auxílio de um estadiômetro compacto MD, com faixa de medição de 0 – 200 cm. Enquanto na unidade do Rio de Janeiro utilizou-se a balança eletrônica da unidade, LD1050 (LÍDER) com capacidade mínima de 02 kg e máxima de 200 kg, para aferição de massa corporal das participantes. E a estatura delas foi obtida com o auxílio do estadiômetro acoplado à balança. A pesagem foi feita com as participantes vestindo roupas mais leves, sem calçados e acessórios, e para a aferição da altura, as mesmas foram colocadas em posição ereta e com o olhar voltado para a linha do horizonte.

A entrevista quanto a percepção da autoimagem corporal foi realizada a partir dos questionários *Body Shape Questionnaire – BSQ* (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009) e *Body*

*Checking Questionnaire – BCQ* (CAMPANA et al., 2013), de modo que foi necessário adaptar a pergunta número 29 presente no BSQ, como realizado por Aragão (2013), e substituir o verbo “ver” por “perceber” nas perguntas de números 7 e 11 do BCQ. Isso porque, até o momento, não há instrumentos validados e adaptados para se estudar a imagem corporal da população de deficientes visuais, necessitando assim utilizar instrumentos validados para o público vidente e realizar adaptações, a fim de que os mesmos entendam melhor o que sugere a questão e seja possível realizar a contagem de pontos sugerida. A pergunta número 29 presente no BSQ diz o seguinte: “Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?”. A mesma foi adaptada para: “Perceber seu corpo faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?” (ARAGÃO, 2013). Já as perguntas de números 7 e 11 do BCQ dizem o seguinte, respectivamente: “Eu encolho a minha barriga para ver como ela fica quando tento deixá-la completamente reta” e “Eu ajusto minhas roupas ao redor do meu corpo, tão apertadas quanto possível para ver como me pareço”. O verbo “ver” foi substituído pelo verbo “perceber” quando as perguntas foram feitas às participantes, ficando assim, respectivamente: “Eu encolho a minha barriga para perceber como ela fica quando tento deixá-la completamente reta” e “Eu ajusto minhas roupas ao redor do meu corpo, tão apertadas quanto possível para perceber como me pareço”. A substituição dos verbos citados acima foi feita pela pesquisadora, a fim de não alterar o sentido da pergunta original proposta no questionário, já que não foram encontrados, até o momento, estudos que utilizaram o questionário BCQ para avaliar a população deficiente visual.

O BSQ (ANEXO 2) é um questionário de autorrelato, o qual permite avaliar nos indivíduos, a satisfação e as preocupações com a forma de seus corpos. O mesmo possui 34 questões e seis respostas alternativas para cada pergunta, sendo elas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente, 5) muito frequentemente, 6) sempre (CAMPANA; CAMPANA; TAVARES, 2009). Para coleta de dados quanto ao BSQ, as respostas aos 34 itens foram somadas, após serem atribuídos pontos de 1 a 6 a cada item, de modo que quando a soma dos pontos foi inferior a 110 pontos considerou-se ausência de insatisfação relativa à imagem corporal, e quando foi acima de 110 pontos considerou-se que o indivíduo apresentou insatisfação da imagem corporal em algum grau (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009). As questões/perguntas das entrevistas realizadas com o BSQ, se relacionaram com os sentimentos do indivíduo em relação à sua aparência nas quatro semanas, que antecederam o momento da aplicação e respostas do questionário. E o BCQ (ANEXO 3) é um questionário direcionado

para o público feminino, também de autorrelato, e que permite verificar o comportamento de checagem corporal na população a ser estudada. O mesmo apresenta 12 questões, podendo sua pontuação total variar entre 12 e 60 pontos, e cinco opções de resposta para cada questão, de 1) nunca a 5) muito frequentemente, sendo atribuídos pontos de 1 a 5 a cada item. A soma das alternativas revela o total, de maneira que quanto maior foi a pontuação do indivíduo, mais frequentes foram considerados os comportamentos de checagem corporal das participantes (CAMPANA et al., 2013; CAMPANA; CAMPANA; TAVARES, 2009).

A entrevista quanto ao comportamento alimentar foi realizada a partir da aplicação do questionário *Eating Attitudes Test 26 (EAT-26)* (GARNER et al., 1982), a fim de avaliar hábitos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) das participantes, uma vez que o teste indica a presença de padrões alimentares anormais. O EAT-26 (ANEXO 4) é um questionário constituído por 26 questões relacionadas a comportamentos alimentares e possui uma pontuação que varia entre 3 (sempre) e 0 (nunca). Os indivíduos avaliados foram classificados de acordo com a soma total, sendo que os resultados  $\geq 21$  pontos corresponderam a existência de comportamento de risco para transtorno alimentar, e valores  $< 21$  pontos, corresponderam a sintomas negativos para esse comportamento (GARNER et al., 1982; RIVAS et al., 2010).

As informações sobre peso (Kg) e altura (m) foram coletadas e utilizadas para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) foi obtido pela razão entre a massa corporal em quilogramas e o quadrado da estatura em metros (BECK; MIRANDA; VENTURI, 2018). Os cálculos foram efetuados para posterior classificação, com intuito de apontar o estado nutricional dos indivíduos. Os mesmos foram classificados segundo as tabelas propostas pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) (ANEXO 5). E as informações gerais autorrelatadas pelas participantes tiveram como objetivo auxiliar nas análises realizadas.

Para a análise de dados, as variáveis contínuas foram apresentadas como médias e desvios padrão e valores mínimo e máximo, e as categorizadas como frequências absoluta e relativa (%). As diferenças entre as médias foram determinadas pelo teste T de Student. O nível de significância foi estabelecido em 5% e valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos.

O software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 foi utilizado nas análises.

Com relação a base de dados foram utilizados, livros e artigos de periódicos científicos como o Google Acadêmico, SciELO e PubMed. Para a busca de dados priorizou-se revistas indexadas e com boa avaliação, segundo o sistema Qualis. O gerenciador de referências Mendeley, também foi utilizado, o qual permitiu a leitura, compartilhamento e citação dos trabalhos de pesquisa. Ademais, pode-se dizer que para a seleção de artigos e outros trabalhos científicos utilizou-se como critérios de busca, estudos nacionais e estrangeiros, redigidos em Inglês e Espanhol, que englobaram temas sobre formação de imagem corporal, percepção de imagem corporal em deficientes visuais, comportamento alimentar e atitudes alimentares de deficientes visuais. Com relação a delimitação temporal, a seleção de estudos considerou aqueles publicados após 1980, uma vez que por ser tratar de um tema ainda pouco estudado, há poucos trabalhos sobre o mesmo, tendo sido assim necessário se utilizar algumas referências mais antigas.

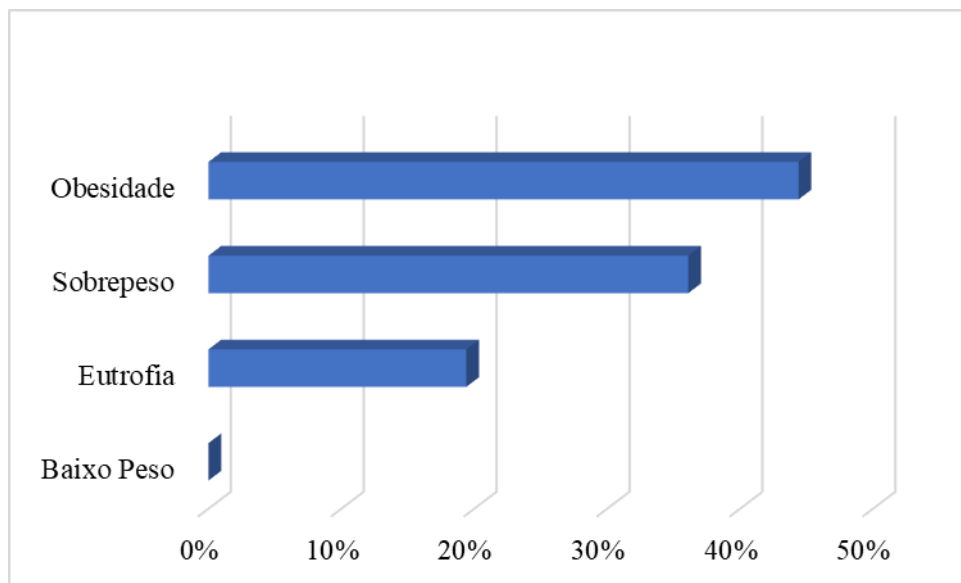
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, sob registro CAAE nº 58872122.3.0000.5237.

#### **4. RESULTADOS**

Foram investigadas 36 mulheres deficientes visuais com média de IMC igual a 31,2 Kg/m<sup>2</sup> ± 7,4 (19,2-46,5 Kg), média de peso atual igual a 79,3 Kg ± 20,2 (42,7-122,3 Kg), média de idade igual a 40,9 anos de idade ± 13,8 (18-60 anos), média do somatório do EAT-26 igual a 21,6 pontos ± 11,1 DP (2-47) e média do somatório do BCQ igual a 23,5 pontos ± 9,2 DP (12-44). A média de IMC observada foi condizente com o estado nutricional de obesidade grau I; a do somatório do EAT-26 condizente com sintomas positivos para comportamento de risco para transtornos alimentares; e a do somatório do BCQ condizente com a presença comportamentos de checagem corporal de forma frequente.

Com relação ao estado nutricional da população estudada observou-se que a obesidade foi o estado nutricional mais prevalente entre as mulheres, com 44,4% (n=16). Tem-se ilustrado

abaixo, no gráfico 1, a prevalência do estado nutricional das participantes.



**Gráfico 1** - Prevalência do estado nutricional das participantes obtido através da classificação do IMC

Fonte: Autor (2022).

Da amostra total analisada, 58,3% (n=21) das mulheres se encontraram no grupo das deficientes visuais congênitas e 41,7% (n=15) se encontraram no grupo das deficientes visuais adquiridas, de modo que o nível de percepção visual mais prevalente foi o de cegueira total com 57,1% (n=20). O outro nível de percepção visual encontrado nessa população foi o de baixa visão com 42,9% (n=15).

Com relação as mulheres com baixa visão, foi feita uma análise sobre o que essas conseguem visualizar com essa percepção, de modo que esses dados se encontram apresentados no gráfico 2. Observa-se que os itens com maiores porcentagens, 17% (n=2), englobaram a visualização de objetos; luz, objetos e cores; luz, objetos e formas; e luz e vultos.



**Gráfico 2** - Apresentação do que as participantes com baixa visão conseguem visualizar

Fonte: Autor (2022).

Deve-se reforçar que tanto as mulheres com deficiência visual congênita, quanto as com deficiência visual adquirida podem apresentar baixa visão ou cegueira total. Sendo assim, observou-se nesse estudo, que o grupo das congênicas englobou 40% (n=8) de mulheres com baixa visão e 60% (n=12) com cegueira total, enquanto o grupo das adquiridas englobou 66,7% (n=10) e 33,3 (n=5) com cegueira total.

Com relação a análise estratificada, mediante a pontuação do EAT-26, 52,8% (n=19) das mulheres se encontraram no grupo EAT-, ou seja, apresentaram sintomas negativos para comportamento de risco para transtornos alimentares e 47,2% (n=17) no grupo EAT+, ou seja, apresentaram sintomas positivos para comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Na tabela 1 estão apresentados dados referentes à satisfação com a imagem corporal, ao estado nutricional e a comportamentos de risco para TA, considerando uma análise estratificada das participantes com deficiência visual congênita e adquirida. Com relação à insatisfação com a imagem corporal, 19,4% (n=7) das participantes totais apresentaram insatisfação corporal leve e 5,6% (n=2) apresentaram insatisfação corporal moderada. As com deficiência visual congênita apresentaram apenas insatisfação corporal leve, ocupando 19% (n=4). Já as participantes com deficiência visual adquirida, 20% (n=3) apresentaram insatisfação corporal leve e 13,3% insatisfação corporal moderada.

Pode-se dizer que com relação ao somatório do BSQ, o qual avalia a satisfação com a corporal, não houve diferenças significativas entre ambos os grupos – mulheres com deficiência visual congênita e mulheres com deficiência visual adquirida. No grupo das deficientes visuais congênitas o estado nutricional prevalente foi a obesidade, com 52,4% (n=11), enquanto no grupo das deficientes visuais adquiridas, o estado nutricional prevalente foi o sobrepeso, com 53,3% (n=8). E com relação ao somatório do EAT-26, o qual avalia a presença de sintomas para comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA, vê-se que no grupo das deficientes congênitas, 61,9% apresentaram sintomas negativos para comportamento de risco para TA, enquanto no grupo das adquiridas, 60% apresentaram sintomas negativos para esse comportamento. Não houve diferenças significativas entre ambos os grupos com relação ao somatório do mesmo.

**Tabela 1.** Satisfação com a imagem corporal, estado nutricional e comportamentos de risco para TA das mulheres com deficiência visual congênita e adquirida

	<b>Total</b>	<b>Deficiência Congênita</b>	<b>Deficiência Adquirida</b>
<b>Satisfação com a imagem corporal (%)</b>			
<b>Sem insatisfação</b>	75,0	81,0	66,7
<b>Insatisfação leve</b>	19,4	19,0	20,0
<b>Insatisfação moderada</b>	5,6	0,0	13,3
<b>Insatisfação grave</b>	0,0	0,0	0,0
<b>Estado Nutricional (%)</b>			
<b>Baixo peso</b>	0,0	0,0	0,0
<b>Eutrofia</b>	19,4	23,8	13,3
<b>Sobrepeso</b>	36,1	23,8	53,3
<b>Obesidade</b>	44,4	52,4	33,3

---

**Comportamento de risco para TA (%)**

<b>Ausência de comportamento de risco</b>	52,8	61,9	40,0
<b>Presença de comportamento de risco</b>	47,2	38,1	60,0

---

Fonte: Autor (2022).

Na tabela 2 estão apresentados dados referentes à prática regular de atividade física, à realização de compras de gêneros alimentícios ou preparação de refeições do dia sozinho e ao uso de mídias (tradicionais e sociais), considerando uma análise estratificada das participantes com deficiência visual congênita e adquirida. Observa-se que mais da metade das mulheres deficientes visuais, 52,8% (n=19) não praticam nenhum tipo de atividade física regularmente, 61,1% (n=22) fazem compras ou preparam as refeições do dia sozinhas e 97,3% (n=35) fazem uso de mídias. É interessante observar, que a maioria, 66,7% (n=10), das mulheres com deficiência visual adquirida não praticam atividade física, a medida em que também não fazem compras ou preparam suas refeições do dia sozinhas. Enquanto a maioria, 76,2% (n=16) das mulheres com deficiência visual congênita fazem compras ou preparam as refeições do dia sozinhas e realizam atividade física regularmente. Vale ressaltar, que as componentes de ambos os grupos são usuárias ativas das mídias tradicionais e sociais, de modo que apenas as congênitas apresentaram uma pequena parcela que não faz esse uso. O gráfico 2 demonstra as mídias utilizadas pelas participantes. Não houve diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis analisadas.

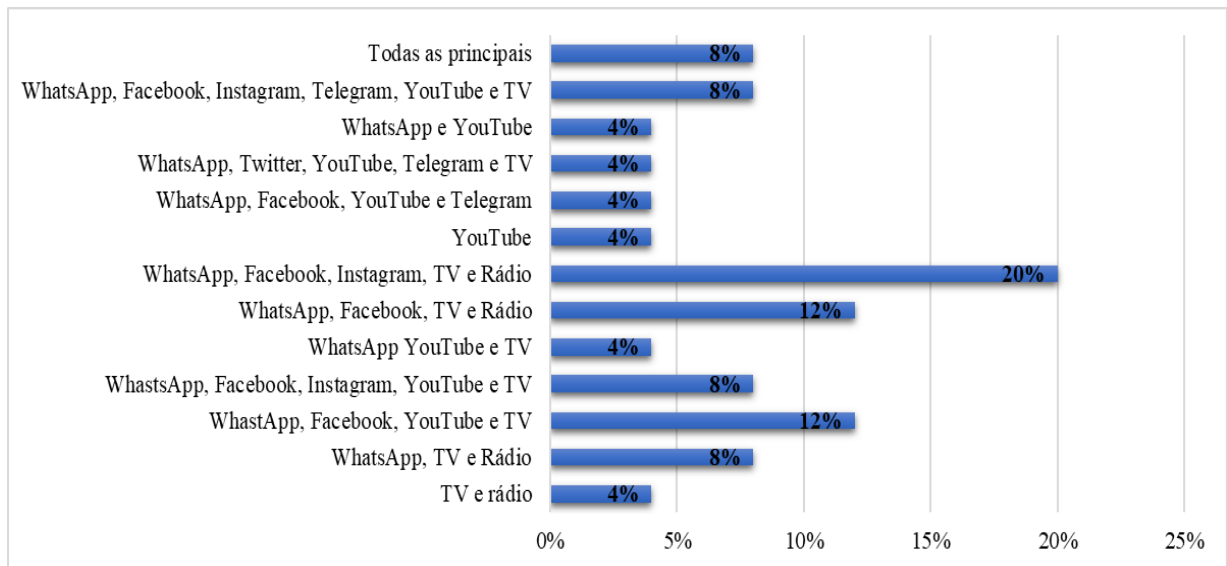
Destaca-se, que a principal atividade física praticada por todo o grupo de deficientes visuais analisado é a musculação realizada em academias, com 22,2% (n=4). Enquanto ao estratificarmos as mesmas, vê-se que a musculação, a caminhada e o goalball (esporte coletivo com a bola praticado por indivíduos deficientes visuais), são as principais realizadas pelas mulheres com deficiência visual congênita, com 16,7% (n=2) respectivamente, e que a musculação é a atividade física principal realizada pelas mulheres com deficiência visual

adquirida, totalizando 33,3% (n=2).

**Tabela 2.** Prática regular de atividade física, realização de compras de gêneros alimentícios ou preparação de refeições do dia sozinho e uso de mídias (tradicionais e sociais) por mulheres deficientes visuais com deficiência adquirida e congênita

	<b>Total</b>	<b>Deficiência Congênita</b>	<b>Deficiência Adquirida</b>
<b>Prática regular de atividade física (%)</b>			
<b>Sim</b>	47,2	57,1	33,3
<b>Não</b>	52,8	42,9	66,7
<b>Realização de compras de gêneros alimentícios ou preparação de refeições do dia sozinho (%)</b>			
<b>Sim</b>	61,1	76,2	40,0
<b>Não</b>	38,9	23,8	60,0
<b>Uso de mídias (%)</b>			
<b>Sim</b>	97,3	95,2	100,0
<b>Não</b>	2,7	4,8	0,0

Fonte: Autor (2022).

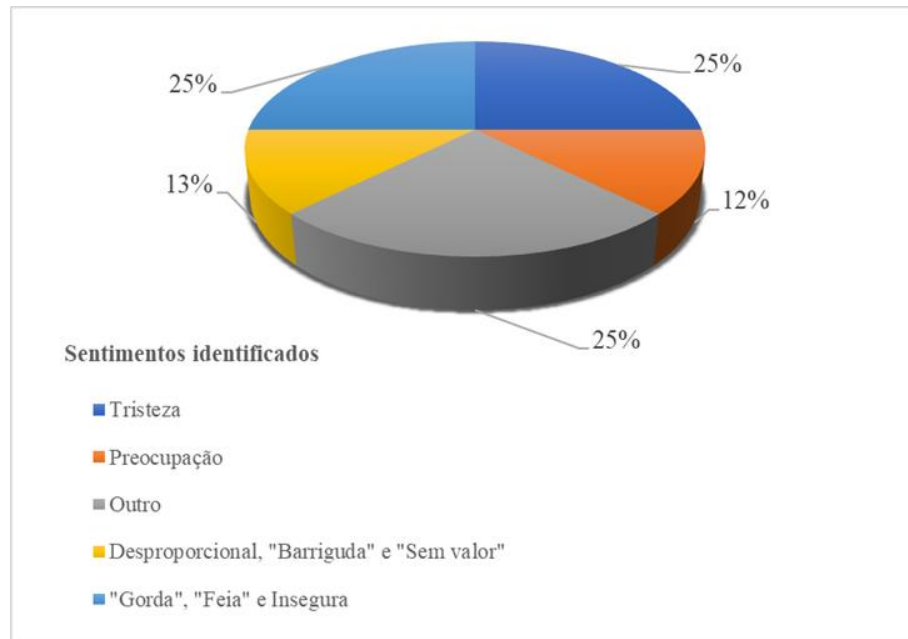


**Gráfico 3** - Mídias utilizadas pelas participantes

Fonte: Autor (2022).

Em relação ao motivo das mulheres da deficiência visual adquirida, os resultados encontrados apontam que a causa mais prevalente foi a Retinose Pigmentar, uma doença hereditária, com 29,4% (n=5), seguido do Diabetes mellitus (DM), genética e glaucoma, com 11,8% (n=2), respectivamente. Os demais motivos encontrados representaram 5,9% (n=1), respectivamente, sendo alguns deles: hidrocefalia, deslocamento de retina, neurite óptica e trombose cerebral.

Sobre a presença de mudanças nos sentimentos em relação a imagem corporal, após adquirirem a deficiência visual, 60% (n=9) das participantes com deficiência visual adquirida relataram que houve mudanças. Foram identificados como sentimentos mais prevalentes, com 25% (n=2) das respostas, a tristeza, a preocupação frequente e o se sentir “gorda”, “feia” e “insegura”. Verifica-se abaixo, no gráfico 4, os sentimentos identificados com relação a imagem corporal das mulheres deficientes visuais, após adquirirem a deficiência.



**Gráfico 4** - Sentimentos identificados com relação a imagem corporal das mulheres deficientes visuais adquiridas

Fonte: Autor (2022).

As variáveis quantitativas, médias de idade, IMC, somatório BSQ, EAT-26 e BCQ, foram testadas (teste T de Student) de forma estratificada, primeiramente entre as mulheres com deficiência visual adquirida e congênita, e após entre as mulheres deficientes visuais com baixa visão e cegueira total. Verificou-se em ambas análises estratificadas, que não houve diferenças significativas, apresentando todos os valores de  $p > 0,05$ .

Com relação a primeira estratificação destaca-se, que tanto as mulheres com deficiência visual congênita quanto as com deficiência adquirida apresentaram média de somatório BSQ condizente com de ausência de insatisfação com a IC e média de somatório de BCQ condizente com comportamentos de checagem corporal de forma menos frequente. No entanto, apesar de não diferirem estatisticamente, as médias encontradas nesses grupos indicaram classificações diferentes com relação ao somatório do EAT-26 e ao IMC, de modo que as congênitas apresentaram média de somatório de EAT-26 condizente com sintomas negativos para comportamentos de risco para TA e média de IMC indicativa de obesidade, enquanto as adquiridas apresentaram média de somatório de EAT-26 condizente com sintomas positivos para comportamentos de risco para TA e média de IMC indicativa de sobrepeso. Tem-se esses dados descritos na tabela 3.

**Tabela 3.** Descrição das estatísticas de variáveis quantitativas dos grupos de mulheres deficientes visuais congênicas e adquiridas

<b>Variáveis quantitativas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade atual</b>			
Congênicas	36,3	13,5	0,015
Adquiridas	47,2	11,7	
<b>Somatório do BSQ</b>			
Congênicas	83,5	28,2	0,907
Adquiridas	85,0	42,1	
<b>Somatório do BCQ</b>			
Congênicas	22,5	7,5	0,488
Adquiridas	24,9	11,3	
<b>Somatório do EAT-26</b>			
Congênicas	19,2	10,1	0,156
Adquiridas	24,8	12,0	
<b>IMC</b>			
Congênicas	32,3	8,8	0,228
Adquiridas	29,5	4,5	

Fonte: Autor (2022).

Ao ser realizada a estratificação das participantes em deficientes visuais com baixa visão e cegueira total observou-se também, que ambos os grupos apresentaram média de somatório BSQ condizente com de ausência de insatisfação com a IC, média de somatório de BCQ condizente com comportamentos de checagem corporal de forma menos frequente, e média de IMC condizente com obesidade. Contudo, apresentaram classificações diferentes com relação ao somatório do EAT-26, de modo que as com baixa visão apresentaram média de somatório de EAT-26 condizente com sintomas positivos para comportamentos de risco para TA e as com

cegueira total, média de somatório de EAT-26 condizente com sintomas negativos para comportamentos de risco para TA. Esses dados encontram-se descritos abaixo na tabela 4.

**Tabela 4.** Descrição das estatísticas de variáveis quantitativas dos grupos de mulheres deficientes visuais com baixa visão e cegueira total

<b>Variáveis quantitativas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade atual</b>			
Baixa visão	39,2	15,5	0,663
Cegueira total	41,3	12,5	
<b>Somatório do BSQ</b>			
Baixa visão	89,4	32,2	0,318
Cegueira total	77,9	34,7	
<b>Somatório do BCQ</b>			
Baixa visão	25,8	10,3	0,224
Cegueira total	21,8	8,3	
<b>Somatório do EAT-26</b>			
Baixa visão	24,5	13,8	0,172
Cegueira total	18,8	8,1	
<b>IMC</b>			
Baixa visão	30,5	6,2	0,807
Cegueira total	31,1	8,0	

Fonte: Autor (2022).

## 5. DISCUSSÃO

Os dados apontam que mais da metade das mulheres deficientes visuais apresentam ausência de insatisfação relacionada a imagem corporal, estando assim satisfeitas com sua

forma física. Todavia, apesar da presença dessa satisfação, a média de IMC com estado nutricional associado, mais prevalente, foi a obesidade analisando toda a amostra de mulheres deficientes visuais.

Aragão (2013) e Morgado et al. (2010) demonstraram que uma imagem corporal quando bem desenvolvida pode proporcionar ao deficiente visual sensações positivas com relação ao seu corpo, de maneira que é possível perceber isso a medida em que observamos a ausência de insatisfação com a imagem corporal em maior porcentagem, de todos os grupos analisados.

O presente estudo encontrou maiores frequências de insatisfação com a imagem corporal, em mulheres que apresentam deficiência visual adquirida (insatisfação leve). A insatisfação com a imagem corporal moderada também foi identificada entre esse grupo. Tais achados entram em consonância com o demonstrado por Russo et al. (2012), de que indivíduos com deficiência visual adquirida, que foram capazes de ver suas imagens corporais e de construí-las mediante a realidade vista, encontram-se em maior risco para o desenvolvimento de cobranças e insatisfação com relação a IC. Baker, Sivyver e Towell (1998), em seu estudo apenas com mulheres, sendo 20 videntes, 20 cegas congênicas e 20 cegas tardias, ainda comprova que entre as mulheres cegas, as tardias demonstraram maior insatisfação com a IC, do que as congênicas. Além de Peres et al. (2015), que encontrou uma possível tendência maior para que os indivíduos com deficiência visual adquirida desenvolvam maior insatisfação com a IC do que aqueles com deficiência congênita.

Já as mulheres com deficiência visual congênita, se apresentaram mais satisfeitas com suas IC, dados esses convergentes com os de Ashikali e Dittmar (2010), e Baker, Sivyver e Towell (1998), os quais mostraram que as mulheres com deficiência visual congênita se apresentaram mais satisfeitas com seus corpos, em comparação com as com deficiência visual tardia e videntes.

Destaca-se, que sobre a presença de mudanças nos sentimentos em relação a imagem corporal, após adquirirem a deficiência visual, mais da metade das participantes com deficiência visual adquirida relataram que houveram mudanças. Identificou-se como sentimentos mais prevalentes, a tristeza, a preocupação frequente e o se sentir “gorda”, “feia” e “insegura”, tendo sido a causa dos últimos relatadas por elas durante as entrevistas, devido a ficarem mais reclusas

da sociedade e com maus hábitos alimentares, como uma forma de compensar o ocorrido (surgimento da deficiência visual). Tais sentimentos identificados podem ter uma associação positiva, com os achados nesse estudo e em outras pesquisas, da verificação de maior insatisfação com a IC nesse grupo (RUSSO et al., 2012; BAKER et al., 1998; ASHIKALI; DITTMAR, 2010).

Outro ponto a ser ressaltado envolve o nível de percepção visual das participantes, de modo que as participantes com baixa visão compuseram quase metade da amostra desse estudo. Isso porque, deficientes com baixa visão, muitas vezes ainda são capazes de ter boa visualização de certas coisas, como da forma corporal por exemplo, podendo assim impactar na sua relação com a IC. Os dados encontrados apontam, que a maioria desse grupo consegue visualizar objetos, luzes, cores e formas, porém não conjuntamente, podendo assim indicar, pouca influência visual sobre a IC.

Não foi demonstrado nesse estudo a influência das mídias sobre a alimentação e insatisfação com a imagem corporal, de modo que apenas foi questionado as mesmas se essas faziam uso de mídias sociais e tradicionais. No entanto, vale destacar que quase todas as participantes fazem uso dessas mídias, principalmente WhatsApp, Facebook, Instagram, televisão e rádio, as quais são disseminadoras de informações acerca da alimentação e ideais de beleza, podendo assim supor que essas de alguma forma podem impactar a população estudada. Soares (2010) verificou em seu estudo, que a mulher com deficiência visual sofre com as inúmeras cobranças sociais acerca da beleza corporal imposta pela sociedade vidente, mesmo sem ter acesso ao estímulo visual midiático, visto que esse universo engloba outros recursos, como por exemplo, o convívio com amigos e família.

Nesse contexto, Ashikali e Dittmar (2010) propõem, que mesmo com uma pequena influência das mídias, mulheres deficientes visuais ainda sofrem pressão da família e amigos para atingirem padrões de beleza, o que pode colaborar para uma maior insatisfação com a imagem corporal. Isso também foi verificado ao longo das entrevistas, de modo que as entrevistadas apesar de não relatarem tanta influência das mídias, relataram haver em alguns casos cobrança da família, principalmente, caso os pais ou parentes fossem magros.

Thomas et al. (2012) constata, que a ocorrência de TA na população deficiente visual

decorrente de alterações e insatisfação com a IC, é menos frequente. Todavia, ainda se encontram estudos que descrevem distorções de IC nessa população e a ocorrência de TA, principalmente a AN (THOMAS, et al., 2012; AFIADO, 1993).

Verificou-se nesse estudo, a prevalência de inatividade física na população analisada, de modo que, as mulheres com deficiência visual congênita possuem maior prevalência de prática regular de atividade física, do que as com deficiência visual adquirida. Esses dados podem demonstrar que por já nascerem com a cegueira, essas mulheres vão ao longo do tempo desenvolvendo mecanismos para realizar tais práticas, enquanto as com deficiência visual adquirida, mediante a idade do surgimento da doença, levam mais tempo ou possuem maior dificuldade para praticar atividade física, visto a necessidade e grande uso da visão até então.

Greguol, Gobbi e Carraro (2014) e Machado et al. (2016), mostraram que a alta prevalência de inatividade física nos deficientes visuais pode ser considerados fatores contribuintes para o desenvolvimento de imagens corporais negativas e para alterações no comportamento alimentar, devido a maior chance da ocorrência de sobrepeso e obesidade, e da insatisfação com seus corpos, respectivamente. Tais propostas ficam claras nesse estudo, ao percebermos que o estado nutricional prevalente nas mulheres com deficiência visual adquirida é o sobrepeso e, enquanto das congênicas é a obesidade seguida da eutrofia, no entanto destaca-se que a porcentagem de eutrofia nesse grupo é maior que no grupo das adquiridas, além dessas praticarem com maior frequência alguma atividade física. Vale ainda destacar, que quando estratificadas em deficientes visuais com baixa visão e cegueira total, a média de IMC de ambos os grupos foi também foi indicativo de obesidade.

Com relação ao tipo de atividade física praticada por essas mulheres, a principal praticada por todo o grupo de deficientes visuais analisado é a musculação realizada em academias. Nesse contexto, pode-se dizer que esta trata-se de uma atividade em que o deficiente visual possui auxílio, visto que se sabe que a deficiência visual pode gerar menor independência, motivo esse que pode atrapalhar na prática de exercícios físicos. Contudo, a prática regular de exercícios físicos pode auxiliar de forma significativa no combate ao sobrepeso e obesidade, melhorando o estado nutricional e conseqüentemente a insatisfação corporal presente nessa população, a qual muitas vezes pode advir desse estado nutricional alterado (MACHADO et al., 2016).

O estudo encontrou que cerca da metade da população analisada não apresentava sintomas para comportamentos de risco para TA, contudo a parcela com sintomas positivos foi significativa com 47,2%. As maiores frequências com sintomas positivos para comportamentos de risco para TA foram identificadas nas mulheres com deficiência visual adquirida e nas com baixa visão. Almeida e Araújo (2013) demonstraram em seu estudo que o deficiente visual adquirido analisado, que apresentava uma percepção visual do corpo nos moldes estéticos, se preocupava com o ganho de peso, e com mudanças do corpo, procurando sempre manter o corpo da mesma forma de quando ainda tinha a visão. Além disso, Câmara (2017) e Silva et al. (2021) demonstraram em seus estudos com deficientes visuais, que a alimentação dos mesmos é influenciada pelo grau de satisfação com o próprio corpo e que muitos se preocupavam com a alimentação, a fim de melhorarem a aparência física e os ajudarem a serem mais satisfeitos com seus corpos.

Afiado (1993), demonstrou em seu estudo de caso, uma mulher de 58 anos, com cegueira desde os nove meses de idade, que apresentava depressão maior e história de 40 anos de transtorno alimentar caracterizado por restrição alimentar e depreciação corporal. Nesse estudo não foram identificadas pontuações totais do EAT-26 que seria sugestivo de algum transtorno alimentar, apenas pontuações de risco para o desenvolvimento de TA, todavia, a média de idade identificada no estudo foi alta, demonstrando assim necessidade de maior ênfase em investigar tais transtornos e atitudes alimentares inadequadas nas mulheres deficientes visuais.

Além disso, Estevam (2019) concluiu mediante seu estudo com deficientes visuais, que a dependência dos mesmos, como auxílio de terceiros pra se alimentar, pode interferir no bom relacionamento coma a comida, afetando diretamente o estado nutricional dessa população. Entretanto, observou-se nesse estudo que a maioria das mulheres deficientes entrevistadas realizam compras de gêneros alimentícios ou preparam suas refeições do dia sozinhas, em ambos os grupos analisados, se contrapondo assim ao achado acima, visto que os achados demonstram grande independência das mesmas. Logo, os motivos que as levam a apresentarem esses comportamentos de risco são outros, os quais podem provir da insatisfação corporal, mediante os valores significativos de insatisfação com a IC encontrados.

Com relação a análise do somatório do BCQ, pode-se dizer que apesar de se esperar processos de checagem corporal mais frequentes nessa população, devido a deficiência visual, observou-se nesse estudo, uma menor utilização nesses processos para saberem como os corpos das participantes se parecem. Assim, pode-se dizer que as mesmas utilizam os processos de verificação corporal de forma mais saudável, com frequências mais baixas, considerando que o somatório do questionário BCQ pode variar entre 12 a 60 pontos e a média identificada foi de 23,5 pontos.

O presente trabalho apresenta algumas limitações. Isso porque, por se tratar de um estudo transversal, não é possível avaliar se as associações encontradas são causais ou não, e também porque foram utilizados questionários autopreenchidos, o que pode ser tendencioso. Outro ponto é que os questionários utilizados não são validados para o público deficiente visual, tendo assim a necessidade de terem sido feitas algumas alterações nas perguntas, justamente por não se encontrar disponível, até o momento, um instrumento validado para tal população. Além do tamanho amostral utilizado. Todavia, pode-se citar como pontos fortes desse trabalho, este ser um dos poucos a avaliar a associação entre a percepção da autoimagem corporal e sua influência sobre o comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais, público este ainda pouco abordado em trabalhos que envolvam a área de Nutrição.

Vale ressaltar também a qualidade dos instrumentos de avaliação de comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal utilizados. Pois foram utilizadas as versões traduzidas e validadas para a população brasileira.

## **6. CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu verificar que a presença de insatisfação com a imagem corporal pode ter uma associação positiva com o desenvolvimento de sintomas para comportamentos de risco para transtornos alimentares e atitudes alimentares inadequadas, entre mulheres deficientes visuais. No entanto, percebe-se que mulheres com deficiência visual de modo geral apresentam menores níveis de insatisfação corporal e, que existe uma tendência para que as mulheres com deficiência visual adquirida tenham maior insatisfação com a imagem corporal, quando comparadas as com deficiência congênita.

Constatou-se a presença de riscos nutricionais nessa população, principalmente, obesidade e sobrepeso, apesar de as mesmas em maioria estarem satisfeitas com seus corpos. Não foi observado presença de transtornos de autoimagem ou alimentares nas mulheres deficientes visuais analisadas, entretanto verificou-se presença de atitudes alimentares inadequadas que podem ser um risco e favorecer o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Pode-se dizer também, que as mesmas ainda são consumidoras ativas de conteúdos midiáticos. Logo, esses achados demonstram a necessidade de se realizar mais estudos acerca desse tema, avaliando principalmente o efeito sobre as mesmas das mídias sociais, não abordadas nesse trabalho, identificando melhor as diferentes influências dessas mídias mediante cada faixa etária e entre os sexos, além de se identificar os aspectos relacionados ao tempo gasto com as mesmas.

Ademais, ressalta-se a importância de se implementar estratégias de trabalho com uma equipe interdisciplinar, envolvendo principalmente o profissional Nutricionista, já que a mesma pode potencialmente melhorar aspectos relacionados a hábitos alimentares e a consciência corporal dessa população, podendo alterar o que percebemos ao longo desse trabalho em relação a alguns conceitos e respostas dadas nas entrevistas sobre imagem corporal, processos de checagem corporal e comportamento alimentar. Além da necessidade de novos estudos com esse grupo, como já citado acima, visando aprofundar o conhecimento nessa área de investigação.

## REFERÊNCIAS

- AFIADO, CW. Anorexia nervosa and depression in a blind woman from nine months of age. **J. Psychiatry**. Vol. 8, p. 469-71, set. 1993. Disponível em: <10.1177/070674379303800701>.
- ALMEIDA, TAMIRES. S.; ARAÚJO, FILIPE. V. Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, jun. 2013.
- ALVARENGA, M. D. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPP, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2011.
- ALVARENGA, M. DOS S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. Body image dissatisfaction in female Brazilian university students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, p. 44–51, 2010.
- ALVARENGA, M. DOS S.; DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. **Transtornos alimentares e Nutrição: da prevenção ao tratamento**. 1 ed. Barueri – SP: 2020, 2020. V. 1.
- ALVES, M. L. T.; DUARTE, E. Imagem corporal e deficiência visual: um estudo bibliográfico das relações entre a cegueira e o desenvolvimento da imagem corporal. **Acta Sci. Human Soc. Maringá**, v.30, n. 2, p.147-154, 2008.
- AMARAL, E. A.; BERNARDI, D. V.; GRADISKI, E. A. F. **Deficiência Visual**. 2º Congresso Internacional de Educação – 7º Congresso de Educação da FAG, maio 2019.
- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- APARICIO-MARTINEZ, P. et al. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 21, 2019.
- ARAGÃO, M. C. **Percepção da imagem corporal de indivíduos cegos – comparação entre gêneros**. Fortaleza: 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/35855>>.
- ASHIKALI, E. M.; DITTMAR, H. Body image and restrained eating in blind and sighted women: A preliminary study. **Body Image**, v. 7, n. 2, p. 172–175, mar. 2010.
- BAKER, D., SIVYER, R., TOWELL, T. Body image dissatisfaction and eating attitudes in visually impaired women. **International Journal of Eating Disorders**, 24(3), 319-322, 1998.
- BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, n. 2, p. 547–554, ago. 2005.
- BAUMAN, W.A.; SPUNGEN, A.M. Carbohydrate and lipid metabolism in chronic spinal cord injury. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 24, p. 266-77, 2001.

BECK, B. D.; MIRANDA, R. C. DE; VENTURI, I. **Avaliação Nutricional**. Porto Alegre – RS: 2018, v. 1.

CÂMARA, L. R. **Imagem corporal e autocuidado nutricional em pessoas com deficiência visual**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. 42f.

CAMPANA, A. N. N. B. et al. An initial psychometric evaluation and exploratory cross-sectional study of the body checking questionnaire among Brazilian women. **PLoS one**, v. 8, n. 9, 2013.

CAMPANA, A. N. N. B.; CAMPANA, M. B.; TAVARES, M. DA C. G. C. F. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 437–446, 2009.

CAPELLA-MCDONNALL, M. The Need for Health Promotion for Adults Who Are Visually Impaired. **Journal Visual Impairment Blindness**, v.101, n.3, p.133-145, 2007.

COHEN, R.; NEWTON-JOHN, T.; SLATER, A. 'selfie'-objectification: The role of selfies in self-objectification and disordered eating in young women. **Computers in Human Behavior**, 2018.

CONTI, M. A. et al. A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2095-2103, 2010.

COOPER, P. J. et al. The development and validation of the body shape questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, 1987.

DIEHL, R. M. Imagem corporal: corporeidade da pessoa com deficiência visual. In: **Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e Congresso Internacional de Ciências do Esporte – Anais**. Pernambuco, 2007. P. 1-8.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. DA. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, p. 21–24, mar. 2009.

DOTTI, A.; LAZZARI, R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. **Eating and weight disorders: EWD**, 1998.

ESTEVAM, J. A. T. **Dificuldades na aquisição, preparo e consumo de alimentos vivenciadas por pessoas com deficiência visual**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. 36 f.

FERREIRA, C. S. C.; MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C. **Avaliação da satisfação corporal do sujeito com deficiência visual**. In: Simpósio Internacional de Imagem corporal e Congresso Brasileiro de Imagem corporal. São Paulo, 2010.

FREITAS, S. A. C. T. **A percepção da imagem corporal no deficiente visual: estudo comparativo em indivíduos praticantes de futsal para cegos, de goalball e não praticantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.** Universidade do Porto. Porto, mai 2007.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, p. 34–38, 2002.

GARCIA, M. R. S. **Cegueira congénita e adquirida: implicações na saúde mental e resiliência.** Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa – Portugal, 2014. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6424>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

GARNER, D. M. et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v. 12, n. 4, p. 871–878, 1982.

GREGUOL, M.; GOBBI, E.; CARRARO, A. Physical activity practice, body image and visual impairment: A comparison between Brazilian and Italian children and adolescents. **Research in Developmental Disabilities**, v. 35, n. 1, p. 21–26, 2014.

HOGUE, J. V.; MILLS, J. S. The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. **Body Image**, v. 28, p. 1–5, 2019.

JABUR SAIKALI, C. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2004.

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M. Alimentação e Nutrição: Do que estamos falando? **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1103–1123, 1 out. 2016.

LAUS, M. F.; et al. Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 331-346, 2014.

LOBO, R. C. F. **Uso de redes sociais, percepção e satisfação com a imagem corporal de adolescentes do sexo feminino.** Petrópolis – RJ: 2018.

MACHADO, R. R. et al. Sobrepeso e obesidade de pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, p. 276–283, ago. 2016.

MENZEL, J. E.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Attitudinal assessment of body image for 49 adolescents and adults. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: a handbook of science, practice, and prevention.** 2 ed. New York: The Guilford Press, 2011.

MORGADO, F. F. DA R. et al. **Imagem corporal do deficiente visual: um estudo de revisão.** Campinas-SP: 2010.

MORGADO, F. F. DA R. et al. Implications of congenital blindness in body image: An integrative review. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

- MOURA E CASTRO, J. A. B. **Estudo da influência da capacidade de resistência aeróbia na Orientação e Mobilidade do cego**. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto, 1993.
- MOURA E CASTRO, J. A. B. Alguns aspectos oftalmológicos da visão. **Colectânea de Textos**. Porto: AE-FCDEF-UP, 1995.
- OLIVEIRA, P. L. DE et al. Insatisfação, checagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudantes de cursos da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 216–220, 1 out. 2017.
- PERES, R. J. et al. Insatisfação com a imagem corporal entre pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 37, n. 4, p. 362–366, 1 out. 2015.
- PORTO, E. T. R. **Corporeidade do cego: novos olhares**. Campinas: UNICAMP, 2002.
- REBOUÇAS, C. B. A. **Características da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego**. Fortaleza: UFC, 2005.
- RIVAS, T. et al. The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 13, p. 1044–1056, 2010.
- RUSSO, M. M. et al. Construção da imagem corporal em deficientes visuais. **Ver. ARQUIVOS em Movimento**, jun. 2012.
- SANTOS, M. M. DOS et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em universitários da área de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 2, p. 126–133, 2021.
- SCAGLIUSI, F.S.; PHILIPPI, S. T. Nutrição e Transtornos Alimentares: avaliação e tratamento. São Paulo: **Manole**, 2010, p. 475-497.
- SHILDER, P. **A Imagem do Corpo**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SHONTZ, F. C. Body image and Physical disability. In: Cash, Thomas F.; Pruzinsky, Thomas (ed.) **Body images: development, deviance and change**. New York: **The Guilford Press**, p. 149-68, 1990.
- SILVA, A. F. D. S. et al. Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 2, 13 jul. 2018.
- SILVA, L. M. et al. Fatores que influenciam o comportamento alimentar de atletas amadores com deficiência visual. **Revista Uningá**, v. 58, p. eUJ3678-eUJ3678, 2021.
- SOARES, L. S. **A construção da imagem corporal da mulher deficiente visual**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. 1ª ed. Barueri: Manole, 2003.

THOMAS, J. J. et al. Cognitive-Behavioral Treatment of Body Image Disturbance in a Congenitally Blind Patient with Anorexia Nervosa. **Am J. Psychiatry – Clinical Case Conference**, p. 169–1, 1 jan. 2012.

VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. M. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, p. 108–112, 2014.

Viana, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Ana. Psicológica [online]**. 2002;20(4):611-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic – WHO Technical Report Series. **WHO Technical Report Series**, 2000.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

Olá!

Meu nome é Sarah Emanuelle Almeida Fontes da Silva, sou aluna do curso de Nutrição do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, e estou realizando essa pesquisa para o meu trabalho de conclusão de curso (TCC), com o objetivo de investigar de que maneira a percepção da autoimagem corporal influencia no comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais. Dessa forma, a convido a participar da pesquisa.

<b>1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:</b>
Título do Projeto: A relação entre a percepção da autoimagem corporal e o comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais
Coordenador do Projeto: Mariana Ribeiro Costa Portugal
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: 21 98538-9671
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, n.º 1.325, Bairro Três Poços, Volta Redonda – RJ. Cep: 27240-560. Telefone Comitê de Ética em Pesquisa: (24) 3340-8400 Ramal 8571

#### 2- Informações ao participante ou responsável:

- (a) Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo investigar de que maneira a percepção da autoimagem corporal influencia no comportamento alimentar de mulheres deficientes visuais.
- (b) Antes de aceitar participar da pesquisa, ouça atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento.
- (c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o preenchimento dos questionários em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o preenchimento dos questionários, você poderá recusar a responder qualquer pergunta

que por ventura venha lhe causar algum constrangimento.

- (d) A sua participação como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.
- (e) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos: você pode vir a se sentir constrangida com alguma pergunta dos questionários. Nesse caso, você pode optar por não responder à pergunta feita ou, até mesmo, abandonar o preenchimento dos questionários.
- (f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.
- (g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- (h) Após ouvir as explicações presentes nos tópicos desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido expresse sua concordância ou não em participar voluntariamente dessa pesquisa.

Sim, concordo em participar da pesquisa.

Não, não concordo em participar da pesquisa.

---

**Assinatura da participante ou do responsável**

## ANEXOS

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES GERAIS

Nome da Instituição

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Participante n°:

- Peso atual (kg):
- Altura (m):
- IMC (Kg/m<sup>2</sup>):
- Idade atual (anos):
- Deficiência visual: ( ) Congênita      ( ) Adquirida

**Caso trate-se de deficiência visual adquirida:**

- Idade (anos) do surgimento da doença:
- Houve mudança nos sentimentos com relação ao corpo?
  - ( ) SIM - Qual? \_\_\_\_\_
  - ( ) NÃO

- Nível de percepção visual:
  - ( ) Baixa visão - O que consegue visualizar? \_\_\_\_\_
  - ( ) Cegueira total
- Faz compras e/ou prepara as refeições do dia sozinha?
  - ( ) SIM
  - ( ) NÃO
- Pratica alguma atividade física regularmente?
  - ( ) SIM - Qual? \_\_\_\_\_
  - ( ) NÃO
- Faz uso e/ou acompanha mídias sociais (WhatsApp, Facebook, Instagram) e/ou tradicionais (TV, rádio)?
  - ( ) SIM
  - ( ) NÃO

## ANEXO 2 - BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos      Peso: \_\_\_\_\_ kg      Altura: \_\_\_\_\_ cm      IMC: \_\_\_\_\_

### BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ

Adaptado e validado para uso no Brasil por Mônica Cristina Di Pietro, Evelyn Doering Xavier e Dartiu Xavier da Silveira

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

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

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

Nenhuma:	≤ 110
Leve:	> 110 e ≤ 138
Moderada:	> 138 e ≤ 167
Grave:	> 167

**ANEXO 3 - BODY CHECKING QUESTIONNAIRE (BCQ)**

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



**ANEXO 5 - CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL PARA ADULTOS**

<b>Classificação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Comorbidades</b>
<b>Baixo peso</b>	<b>&lt;18,5</b>	<b>Baixo</b>
<b>Peso Normal</b>	<b>18,5 a 24,9</b>	<b>Médio</b>
<b>Pre-Obeso</b>	<b>25,0 a 29,9</b>	<b>Aumentado</b>
<b>Obesidade I</b>	<b>30 a 34,9</b>	<b>Moderado</b>
<b>Obesidade II</b>	<b>35,0 a 39,9</b>	<b>Grave</b>
<b>Obesidade III</b>	<b>≥ 40,0</b>	<b>Muito Grave</b>

Fonte: Organização Mundial da Saúde