



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

Tassiana Aparecida Hudson

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA “O CORPO EM QUESTÃO” EM
JOVENS ADULTAS: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO**

Juiz de Fora

2018

Tassiana Aparecida Hudson

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA “O CORPO EM QUESTÃO” EM JOVENS ADULTAS: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Soares Amaral

Juiz de Fora

2018

Tassiana Aparecida Hudson

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA “O CORPO EM QUESTÃO” EM JOVENS ADULTAS: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO

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

Aprovada em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

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

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

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

Dedico este trabalho aos meus pais,
Amariles e David... esta vitória também é
de vocês.

AGRADECIMENTOS

Há quem diga que a gratidão é um dos sentimentos mais nobres que existem. Nessas poucas linhas, quero expressar esse sentimento tão grande que tenho por todos vocês que estiveram presentes ao longo desta caminhada.

A Deus, por cada amanhecer, por cuidar de mim e acalmar meu coração e minha alma, por me dar saúde e força para que eu possa trilhar meu caminho, e permitir, a meu lado, todos aqueles que amo.

À minha mãe Amariles, minha guerreira e meu exemplo de perseverança e fé. Obrigada mãe, por esse amor incondicional, pelo apoio diário. Esta vitória é nossa, amo você mais que tudo.

Ao meu pai David, por todas as suas orações em meus momentos de incerteza, e por acreditar em mim e me incentivar a correr atrás dos meus objetivos e ser cada vez melhor.

À minha irmã Tamires, que sempre foi um exemplo para mim. Mesmo em sua ausência física, fez-se presente em pensamento e emanou energias positivas. Obrigada por acreditar em minha capacidade, mesmo nos momentos que nem eu mesma acreditava.

Obrigada a todos os meus familiares, que, mesmo distantes, apoiaram-me com palavras positivas e orações, e por entenderem minhas ausências.

À Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira, mais que uma Orientadora, uma amiga e “mãe”! Por seu imenso coração, seu carinho, dedicação, por ser tão humana e entender meus momentos de falhas. Obrigada pela oportunidade de aprender com você e por tornar possível este sonho. Você é um exemplo de vida!

À Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Soares Amaral (Aninha), minha querida professora, que me acompanhou e incentivou desde o início de tudo e depositou sua confiança em mim para conquistar este sonho. Por todas as horas que esteve comigo e sua prontidão em ensinar. Muito obrigada, tenho certeza de que, sem você, nada disso seria possível.

Às bolsistas de Iniciação Científica, em especial, à minha amiga Juliana Lourenço, por ser meu braço direito nesta pesquisa e ter-me auxiliado com tanto carinho e dedicação. E à Aline Medeiros, pelo cuidado e prontidão. Serei eternamente grata a vocês.

Aos meus queridos companheiros do Mestrado, especialmente, a Marcela, por ser companheira de todas as horas e trazer calma em meus momentos de desespero; ao Juninho, por sua presteza em ajudar; e a Luana, por estar sempre disposta a me ouvir, me apoiar e me incentivar.

Aos queridos colegas do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC), especialmente, a Prof^a. Dr^a. Clara Mockdece e a Prof^a. Dr^a. Juliana Meireles, por compartilharem seus conhecimentos. Obrigada por tudo, sem dúvida, vocês foram muito importantes.

Ao Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho, por todos os ensinamentos e apoio desde o tempo da graduação.

À Prof^a. Dr^a. Fabiane Frota da Rocha Morgado, por ter aceitado, prontamente, auxiliar neste trabalho e por todas as suas contribuições.

À Prof^a. Dr^a. Maria Fernanda Laus, por sua disponibilidade e gentileza em colaborar com este trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Leila Rose Márie Batista da Silveira Maciel, pela excelente revisão linguística e ao Prof. Dr. Orlando Lyra de Carvalho, pelas excelentes aulas de inglês e por seu apoio.

A todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, serei eternamente grata a vocês.

Às minhas amigas Taynara Cardozo e Larissa Silveira, pela acolhida, por tornarem mais leves meus dias. Obrigada meninas, vocês foram muito especiais nesta jornada.

Aos meus muitos outros amigos. Seria impossível citar todos aqui. Muito obrigada pelo carinho de todos vocês e por me entenderem nos momentos em que não pude estar presente.

Aos professores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais (IF Sudeste MG) – *Campus* Barbacena, por disponibilizarem suas aulas para a divulgação desta pesquisa.

Às alunas do IF Sudeste MG – *Campus* Barbacena que participaram da pesquisa, muito obrigada pela contribuição e pela dedicação de seu tempo. Sem vocês, não seria possível realizar este estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, essencial para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter; repugná-la-íamos se a tivéssemos. O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.

Fernando Pessoa

RESUMO

Os Transtornos Alimentares são, de modo geral, perturbações no comportamento alimentar que levam a consequências deletérias à saúde do indivíduo, o que torna imprescindível o desenvolvimento de intervenções preventivas que atuem na redução de seus fatores de risco. Todavia, é escassa a literatura que explore esse tipo de intervenção. O objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia do programa “O Corpo em Questão” nos fatores de risco para Transtornos Alimentares, em mulheres jovens adultas brasileiras. A intervenção foi realizada por meio de um Ensaio Clínico Controlado e Randomizado. A amostra foi composta por 141 mulheres universitárias, com idade entre 18 e 30 anos, matriculadas nos cursos superiores e técnicos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – Campus Barbacena (IF Sudeste MG). As participantes foram aleatorizadas em dois grupos: Grupo Controle (n = 78; idade: M = 21,14 e DP = 2,57) e Grupo Intervenção (n = 63; idade: M = 20,33 e DP = 1,76). A intervenção consistiu em uma sessão semanal de 60 minutos, durante 4 semanas consecutivas, em grupos fixos de 5 a 8 participantes. Os instrumentos utilizados foram questionários e escalas autoaplicadas, que avaliaram a insatisfação corporal das estudantes, a influência da mídia, dos pais e amigos na Imagem Corporal, a internalização do ideal de magreza, os sintomas para Transtornos Alimentares, a apreciação corporal, os sintomas depressivos e a autoestima. Os questionários foram aplicados em momentos diferentes: antes de começar a intervenção, imediatamente após o fim da intervenção e no seguimento de 1 mês e 6 meses. Para a análise estatística deste estudo foi realizada a ANOVA para medidas repetidas com efeitos mistos para verificar se o Grupo Intervenção obteve reduções significativamente maiores que o Grupo Controle nas variáveis avaliadas em relação à linha de base. Foram feitas análises separadas para cada variável, considerando a relação entre sujeitos (controle x intervenção) e em 4 níveis (pré, pós-teste, seguimento de um mês e seis meses). Para verificar a interação Grupo x Tempo significantes, foram realizados os testes de seguimento, através da ANOVA de medidas repetidas, adotando-se 4 níveis para o Grupo Intervenção e Grupo Controle. A ANOVA de um fator foi utilizada somente nos casos em que houve diferença entre o Grupo Intervenção e o Grupo Controle nos 4 momentos. Os resultados indicaram diferenças significantes entre o grupo submetido à intervenção e controle, na insatisfação corporal, influência sociocultural da mídia, internalização do ideal de magreza, atitudes alimentares inadequadas, sintomas depressivos e um aumento da autoestima das mulheres submetidas à intervenção. Os efeitos da intervenção nas variáveis que apresentaram interação Grupo x Tempo significativa variaram de $r = 0,17$ a $0,33$, indicando a eficácia do programa na população de mulheres jovens. Concluiu-se que a intervenção “O Corpo em Questão” é um programa válido para prevenir diversos fatores de risco para Transtornos Alimentares em mulheres jovens brasileiras.

Palavras-chave: Imagem Corporal. Jovem adulto. Prevenção primária. Transtorno Alimentar.

ABSTRACT

Eating disorders are disturbances in the alimentary behavior that lead to deleterious consequences to the individual's health. Preventive intervention development to reduce risk factors is, therefore, needed. Aiming at to bridge this gap on intervention research in the national literature, the present study evaluates the efficacy of the program, "The Body in Question", upon risk factors for Eating Disorders in Brazilian young adult women. The intervention was performed through a Controlled and Randomized Clinical Trial. The sample comprised 141 university women, aged between 18 and 30 years, enrolled in the graduated and technical courses of the Federal Institute of Education, Science and Technology of the Southeast of Minas Gerais – Campus Barbacena (IF Sudeste MG). The participants were randomized into two groups: Control Group (n = 78; age: M = 21,14 e SD = 2,57) and Intervention Group (n = 63; age: M = 20,33 e SD = 1,76). The intervention consisted of a weekly session of 60 minutes, for 4 consecutive weeks, in fixed groups of 5 to 8 participants. The instruments used were self-administered questionnaires and scales, which assessed the students' body dissatisfaction, the influence of the media, parents and friends in Body Image, the internalization of the thinness ideal, symptoms for Eating Disorders, body appreciation, depressive symptoms and self-esteem. The questionnaires were applied at different times: before starting the intervention, immediately after the end of the intervention and in the follow-up of 1 month and 6 months. The statistical analysis applied ANOVA for repeated measures with mixed effects to verify if the Intervention Group obtained significantly greater reductions than the Control Group in the variables evaluated in relation to the baseline. Separate analyzes were performed for each variable, considering the relationship between subjects (control x intervention) and in 4 levels (pre, post-test, one month and six-month follow-up). To verify the Group x Time significant interaction, the follow-up tests were performed through repeated measures ANOVA, adopting 4 levels for the Intervention Group and Control Group. One-way ANOVA was used only in cases where there was a difference between the Intervention Group and the Control Group in the 4 moments. The results indicated significant differences between the group submitted to intervention and control, body dissatisfaction, socio-cultural influence of the media, internalization of the thinness ideal, inadequate eating attitudes, depressive symptoms and an increase in the self-esteem of the women submitted to the intervention. The effects of the intervention on the variables that presented significant Group x Time interaction ranged from $r = 0.17$ to 0.33 , indicating the efficacy of the program in the population of young women. It was concluded that the intervention "The Body in Question" is a valid program to prevent several risk factors for Eating Disorders in young Brazilian women.

Key words: Body image. Young adult. Primary prevention. Eating Disorder.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo teórico dos três fatores para mulheres brasileiras.....	25
Figura 2	Modelo teórico para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares.....	32
Figura 3	Fluxograma CONSORT.....	45
Quadro 1	Definições de prevenção.....	35
Quadro 2	Descrição das sessões do programa “O Corpo em Questão”.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análises descritivas e resultados da ANOVA para modelos mistos para a interação Grupo × Tempo para as variáveis dependentes, e da ANOVA para medidas repetidas.....	58
Tabela 2	<i>Effect sizes</i> para as interações Grupo × Tempo avaliadas pela ANOVA de modelos mistos.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Anorexia Nervosa
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BN	Bulimia Nervosa
BP	<i>Body Project</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DC	Dissonância Cognitiva
DRES	<i>Dutch Restrained Eating Scale</i>
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test-26</i>
EDDS	<i>Eating Disorder Diagnostic Scale</i>
EITF	Escala de Influência dos Três Fatores
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
IBSS	<i>Ideal – Body Stereotype Scale</i>
IF SUDESTE MG	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais
IMC	Índice de Massa Corporal
PANAS	<i>Positive Affect and Negative Affect Scale</i>
SATAQ-3	Questionário de Atitudes Socioculturais em relação à Aparência – 3
SB-ED	<i>Student Bodies – Eating Disorders</i>
SDBPS	<i>Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale</i>
TAs	Transtornos Alimentares
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	IMAGEM CORPORAL.....	19
3.2	IMAGEM CORPORAL EM MULHERES JOVENS.....	23
3.3	TRANSTORNOS ALIMENTARES: ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS.....	27
3.4	PROGRAMAS PREVENTIVOS PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES E ALTERAÇÕES DE IMAGEM CORPORAL.....	34
4	MÉTODOS	42
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	42
4.2	PARTICIPANTES.....	42
4.2.1	Critérios de Inclusão	43
4.2.2	Critérios de Exclusão	43
4.3	PROCEDIMENTOS.....	43
4.4	INTERVENÇÃO.....	46
4.4.1	Descrição das sessões	46
4.5	INSTRUMENTOS.....	48
4.5.1	Questionário demográfico e antropométrico	48
4.5.2	Insatisfação Corporal	49
4.5.2.1	<i>Body Shape Questionnaire (BSQ)</i>	49
4.5.2.2	<i>Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale (SDBPS)</i>	49
4.5.3	Influência Sociocultural	50
4.5.3.1	Questionário de atitudes socioculturais em relação à aparência-3(SATAQ-3).....	50
4.5.3.2	Escala de Influência dos Três Fatores (EITF).....	50
4.5.4	Internalização do Ideal de Magreza	51
4.5.4.1	<i>Ideal – Body Stereotype Scale – Revised (IBSS)</i>	51

4.5.5	Risco de Transtornos Alimentares	51
4.5.5.1	<i>Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)</i>	51
4.5.5.2	<i>Dutch Restrained Eating Scale (DRES)</i>	52
4.5.5.3	<i>Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)</i>	52
4.5.6	Apreciação Corporal	52
4.5.6.1	<i>Body Appreciation Scale (BAS)</i>	52
4.5.7	Sintomas Depressivos	53
4.5.7.1	<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	53
4.5.7.2	<i>Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS)</i>	53
4.5.8	Autoestima	54
4.5.8.1	Escola de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	54
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	54
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	56
5	RESULTADOS	57
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	57
5.2	EFEITOS DA INTERVENÇÃO.....	57
6	DISCUSSÃO	63
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	92
	ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

As primeiras pesquisas em Imagem Corporal tiveram início no século XVI, na França, e foram focadas, inicialmente, nos aspectos neurológicos, por meio de observações sobre distorções da percepção corporal e sua relação com áreas cerebrais. Desde então, sua trajetória passou por perspectivas teóricas distintas e, posteriormente, assumiu um sentido integral e sistêmico (CAMPANA; TAVARES, 2009). Esse desenvolvimento conceitual da Imagem Corporal resultou em diversas pesquisas sobre o tema. No Brasil, especialmente na última década, houve um aumento significativo no número de estudos que buscavam investigar esse construto (FERREIRA et al., 2014).

A Imagem Corporal pode ser definida como um constructo complexo, multidimensional e dinâmico, constituída pelas dimensões perceptiva e atitudinal, que se referem, respectivamente, à acurácia da percepção do indivíduo em relação ao tamanho e às formas do seu corpo, bem como às crenças, aos sentimentos e comportamentos relacionados a ele (CASH; SMOLAK, 2011).

A complexidade da Imagem Corporal deve ser analisada sob um prisma multidisciplinar, e seu desenvolvimento pode ser influenciado por inúmeras particularidades, tais como sexo, gênero, faixas etárias, condições nutricionais e patológicas (CASH; PRUZINSKY, 2002). O indivíduo constrói sua identidade corporal por meio da percepção e da interação com o meio social. As mídias de massa, por sua vez, disseminam, perpetuam e até mesmo criam tendências de beleza. Na atualidade, esse padrão corporal está associado à magreza e à muscularidade, valorizando um corpo privado de gorduras e imperfeições, além de definido muscularmente. O culto à beleza e à juventude transforma esse ideal de corpo em objeto de desejo e até mesmo em um projeto de vida (CABEDA, 2004; AMARAL, 2011).

Esse corpo, veiculado pela mídia e almejado pelos indivíduos, notadamente por grande parte das mulheres, atende a parâmetros incompatíveis com as possibilidades biológicas da maioria, tornando-se comum a insatisfação com a Imagem Corporal, que pode ser vivenciada por meio de autocríticas negativas e depreciativas sobre o corpo (CASH; SMOLAK, 2011). Esse fato motiva a maioria das mulheres a buscarem soluções imediatas para atingir esse ideal, como os

procedimentos estéticos e comportamentos de risco para os Transtornos Alimentares (TAs), sendo esses conhecidos como “comer transtornado” (nomenclatura sugerida pela Associação Dietética Americana, do inglês *disordered eating*), que são síndromes alimentares subclínicas, caracterizadas por comportamentos alimentares inadequados para perda e controle de peso, tais como dietas restritivas, jejuns rigorosos ou uso de mecanismos compensatórios, e determinadas por serem menos frequentes e severas do que os critérios diagnósticos para TAs (STICE; SHAW, 1994; PINHAS et al., 1999; ADA, 2006).

A preocupação com a Imagem Corporal, com ênfase na insatisfação corporal e suas repercussões, tem sido alvo de diversas pesquisas realizadas nos últimos anos, em diferentes grupos (BOSI et al., 2006; SECCHI; CAMARGO; BERTOLDO, 2009; SILVA et al., 2012; MIRANDA et al., 2012; LAUS et al., 2014; COSTA et al., 2015; JAEGER; CÂMARA, 2015; MEIRELES et al., 2016). Estudos como os de Martins et al. (2012), Carvalho et al. (2013), Jaeger e Câmara (2015) demonstraram a prevalência de insatisfação em universitários de ambos os sexos, pelo fato de ambicionarem um corpo dentro dos padrões ditados pela sociedade. Laus (2012) revela que essa insatisfação tem-se mostrado maior em mulheres, quando comparadas aos homens da mesma faixa etária.

Dentre os fatores sociais que podem influenciar na internalização do ideal de magreza e conseqüente insatisfação com a aparência, a mídia tem-se mostrado como um dos aspectos de grande abrangência e controle social (BARLETT; VOWELLS; SAUCIER, 2008; AMARAL, 2011; HAUSENBLAS et al., 2013). Essa influência dos fatores sociais, como a mídia, a família e os amigos, diz respeito à dimensão sociocultural da Imagem Corporal e tem relação com a etiologia dos Transtornos Alimentares (STICE, 1998).

O Transtorno Alimentar, doença descrita no **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (DSM-5: American Psychiatric Association [APA], 2014), pode ser designado como uma desordem constante na alimentação ou no comportamento de controle de peso inadequado, alterando o consumo dos alimentos e sua absorção, comprometendo a saúde geral do indivíduo (APA, 2014).

Entre os TAs mais comuns, pode-se destacar a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA). A AN e a BN apresentam como uma das características diagnósticas a perturbação na percepção corporal (APA, 2014). Ademais, as alterações de Imagem Corporal estão

associadas, também, a fatores como depressão e um decréscimo na qualidade de vida, fatores associados ao desenvolvimento dos TAs (NEUMARK-SZTAINER et al., 2006; WILSON; LATNER; HAYASHI, 2013).

O aspecto etiológico dos TAs é multifatorial, incluindo influências biológicas, psicológicas e socioculturais (RIKANI et al., 2013). Diversos fatores têm sido pontuados como preditores dos TAs, como insatisfação corporal, internalização do ideal de magreza, afetividade negativa, baixa autoestima, sintomas depressivos, bem como fatores genéticos (BULIK et al., 2006; KVALEM, 2015; STEINHAUSEN et al., 2015; DAKANALIS et al., 2016; BRECHAN; SIENKO; SAULES; CARR, 2016; RACINE et al., 2017).

As alterações da Imagem Corporal têm sido associadas ao surgimento de manifestações clínicas e subclínicas dos TAs, que podem trazer prejuízos à vida do indivíduo (MOND et al., 2013; DAKANALIS et al., 2016). Em virtude das características nocivas de fatores de risco, por exemplo, insatisfação corporal, internalização do ideal de magreza, afetividade negativa e baixa autoestima, para a saúde e o bem-estar do indivíduo, alguns estudos revelam a importância de intervenções que atuem na prevenção desses fatores (STICE, 2002; MARTINS et al., 2012; CARVALHO et al., 2013; AMARAL et al., 2015; JAEGER; CÂMARA, 2015).

Entende-se como prevenção a ação antecipada, tornando improvável o surgimento da doença ou seu avanço por meio de uma providência precoce (LEAVELL; CLARK, 1976). A prevenção recebe uma divisão específica de acordo com as fases, podendo ser denominada: a) prevenção primária – realizada na população em geral e visa a eliminar ou reduzir os fatores que podem causar a doença; b) prevenção secundária – direcionada a indivíduos em alto risco e que podem apresentar alguns sintomas iniciais; e c) prevenção terciária – direcionada a indivíduos com diagnóstico de alguma doença, e visa a prevenir ou reduzir as perdas decorrentes dela, reabilitando o indivíduo e sua funcionalidade (CAPLAN, 1964).

Um modelo de intervenção que tem demonstrado resultados positivos na redução dos fatores de risco dos TAs, tais como a internalização do ideal de magreza e a insatisfação corporal, é o *Body Project* (BP). Este se baseia na teoria da dissonância cognitiva (DC), que diz respeito à reformulação de pensamentos e atitudes para mantê-los coerentes entre si (STICE; ROHDE; SHAW, 2013). Um estudo-piloto baseado no BP, realizado no Brasil por Amaral (2015) e intitulado “O Corpo em Questão”, apontou diferenças significantes na insatisfação corporal,

influência da mídia, apreciação corporal, internalização do ideal de magreza, autoestima e adoção de dietas restritivas em relação ao grupo-controle, demonstrando a eficácia desse programa em adolescentes brasileiras.

A partir da compreensão dos efeitos negativos das alterações de Imagem Corporal nos vários âmbitos da vida dos indivíduos, bem como da carência em ações preventivas eficazes que minimizem esses efeitos, torna-se necessária a aplicação de programas de intervenção direcionados a diferentes grupos sociais, compreendendo suas particularidades. O presente estudo buscou, portanto, avaliar a eficácia da intervenção preventiva “O Corpo em Questão” nos fatores de risco para Transtornos Alimentares em mulheres jovens adultas brasileiras. Esse programa pretende provocar mudanças cognitivas relacionadas à internalização do ideal de magreza e promover a aceitação corporal.

A partir do que foi exposto, as seguintes hipóteses podem ser levantadas: a) Mulheres jovens tendem a apresentar insatisfação com a aparência, internalizar o ideal de magreza, sofrer influência sociocultural na Imagem Corporal, apresentar sintomas depressivos, baixa autoestima e comportamentos alimentares inadequados; b) A intervenção preventiva será capaz de reduzir a insatisfação corporal, a internalização do ideal de magreza, a influência sociocultural na Imagem Corporal, os riscos e os sintomas dos Transtornos Alimentares, os sintomas depressivos e elevar a apreciação corporal e a autoestima.

Esta dissertação foi estruturada em 5 partes: 1ª) Referencial teórico, no qual foram descritos os aspectos relevantes sobre Imagem Corporal e suas particularidades em mulheres jovens/universitárias, os Transtornos Alimentares e as intervenções preventivas; 2ª) Procedimentos metodológicos da pesquisa; 3ª) Resultados; 4ª) Discussão e 5ª) Considerações Finais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia do programa “O Corpo em Questão” nos fatores de risco para Transtornos Alimentares em mulheres jovens adultas brasileiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Avaliar a insatisfação corporal, a influência sociocultural na Imagem Corporal, a internalização do ideal de magreza, os comportamentos de risco para os TAs, os sintomas de TAs, a apreciação corporal, os sintomas depressivos, o afeto negativo e a autoestima de jovens adultas brasileiras.

b) Analisar os efeitos da intervenção, comparando os escores do pré-teste e pós-teste intragrupos e entre os grupos.

c) Analisar a permanência dos efeitos da intervenção (caso existam), no seguimento de um mês e após seis meses.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo expõe o referencial teórico que fundamenta esta pesquisa e apresenta a trajetória dos estudos em Imagem Corporal até a atualidade, salientando suas especificidades em mulheres jovens adultas. Apresenta, ainda, um tópico dedicado aos aspectos relacionados aos Transtornos Alimentares e outro sobre as características e perspectivas de intervenções preventivas em Imagem Corporal.

3.1 IMAGEM CORPORAL

Os estudos sobre Imagem Corporal intensificaram-se nos últimos anos. Esta tem sido avaliada em diferentes perspectivas, com objetivo de compreender sua amplitude e dinamicidade. Tavares (2003) aponta para a relevância dos estudos sobre o tema, pois este se encontra vinculado à evolução da identidade e à condução das relações do homem com o meio.

Os estudos pioneiros em Imagem Corporal tiveram início na França, no século XVI, a partir de uma perspectiva neurológica (BARROS, 2005). Após quatro séculos, Paul Schilder, em 1935, publica a obra intitulada **A Imagem do Corpo**: as energias construtivas da psique, que se destaca pela expressiva contribuição para os avanços na área. O autor alavancou os estudos sobre o tema, propondo uma visão para além dos aspectos neurológicos, apresentando-a por meio de uma perspectiva integral e interdisciplinar, incluindo conhecimentos das áreas de Psicologia, Sociologia e Neurologia (SCHILDER, 1994).

O autor descreve a Imagem Corporal como “a figuração de nosso corpo, formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se representa para nós” (SCHILDER, 1994, p. 11), considerando os aspectos fisiológicos, libidinais e sociológicos da Imagem Corporal. A perspectiva fisiológica diz respeito aos fenômenos neurológicos e a todos os fatores inerentes à fisiologia do corpo. Esta foi foco dos estudos em Imagem Corporal nos séculos que antecederam a obra de Schilder, a qual aprimorou o entendimento sobre o construto, a partir da inclusão de

uma visão psicológica sobre o mesmo. Outro aspecto elucidado foi o libidinal, que diz respeito à dinamicidade da Imagem Corporal, relacionado às pulsões, ao prazer, à libido, ao narcisismo, ao movimento e às impressões mais interiores do ser humano. Por fim, o autor aborda o aspecto sociológico, destacando a importância do convívio social na construção da Imagem Corporal e enfatiza a interação entre os corpos como fator de influência sobre a estruturação da Imagem Corporal (SCHILDER, 1994).

Durante muitos anos, diversos termos foram atribuídos a esse constructo, tais como Imagem Corporal, esquema corporal, consciência corporal, percepção corporal, autoimagem e autoconsciência. Devido à sua complexidade, conceituar esse constructo torna-se tarefa difícil, havendo, portanto, inúmeras definições para os diversos termos que envolvem o assunto (TAVARES, 2003). Em função disso, essa falta de conhecimento de sua definição e de suas dimensões tem dificultado a avaliação apropriada e a coerência dos estudos (TAVARES, 2003; LAUS et al., 2014).

Pesquisadores na área têm concordado em definir a Imagem Corporal como um constructo multifacetado e dinâmico, que permanece em construção e reconstrução durante toda a vida. Esse é subdividido em duas dimensões: a perceptiva – relacionada à acurácia do julgamento preciso do tamanho do próprio corpo; e a atitudinal – caracterizada pelos sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados ao corpo (SLADE, 1994; CASH, PRUZINSKY, 2002; CAMPANA; TAVARES, 2009; CASH, SMOLAK, 2011; FERREIRA et al., 2014).

A dimensão perceptiva pode ser subdividida em dois fatores: o sensorial e o não sensorial, relacionados, respectivamente, às respostas ligadas aos sentidos (visuais, táteis e cinestésicos) e à interpretação cerebral das informações, que é formada por meio de fatores afetivos e cognitivos baseados nas crenças e no conhecimento prévio sobre o próprio corpo (GARDNER; BOKENKAMP, 1996; THOMPSON et al., 1999; CASH; PRUZINSKY, 2002; MCCABE et al., 2006). Já a dimensão atitudinal pode ser subdividida em três aspectos: a) cognitivo – que diz respeito aos pensamentos e às crenças relacionadas ao corpo; b) comportamental – que são as atitudes relativas ao corpo, como a checagem corporal; c) afetivo – representado pelos sentimentos relacionados ao corpo (CASH; SMOLAK, 2011; FERREIRA et al., 2014).

Incorporado ao aspecto afetivo, há um componente de grande relevância, denominado Insatisfação Corporal, conceituado como o sentimento negativo relacionado à discrepância entre o corpo idealizado e o corpo autopercebido do indivíduo (GARDNER, 2004; FERREIRA et al., 2014), podendo se referir a partes do corpo ou ao corpo como um todo (CASH; SMOLAK, 2011). Esse componente tem sido descrito como fator de risco para TAs e objeto de diversos estudos, estando associado a inúmeros fatores, como atitudes alimentares inadequadas e checagem corporal (CARVALHO et al., 2013), autoestima (FORTES et al., 2015), estado nutricional (SILVA et al., 2016; CECON et al., 2017) e influência da mídia (ALVARENGA; DUNKER; 2014; AMARAL et al., 2015; JAEGER; CÂMARA, 2015).

Segundo Cash e Pruzinsky (2002), são inúmeros os fatores que permitem avaliar a Imagem Corporal do indivíduo, como através da satisfação corporal e das crenças em relação ao corpo. A maior parte das pesquisas tem avaliado a Imagem Corporal negativa, que pode ser entendida como “um desgosto profundo com o corpo” (CASH et al., 2004) e quantificá-la vai além de avaliar a insatisfação com o corpo. É preciso atentar-se ao significado psicológico e às consequências dessas avaliações negativas, a importância que a insatisfação representa para o indivíduo e seu impacto, relacionado ao sofrimento pessoal (CASH; PRUZINSKY, 2002). As pesquisas que avaliam a Imagem Corporal negativa têm buscado compreender seus aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais, associando-os às patologias (CASH; SMOLAK, 2011).

Importa ressaltar, nesta pesquisa, que o mesmo não ocorre com os estudos relacionados à Imagem Corporal positiva, que ainda é uma área de estudo incipiente. Uma das hipóteses que justifica essa postergação no surgimento dos estudos sobre o tema se deve ao julgamento de que a Imagem Corporal positiva pode ser representada pelos baixos níveis da Imagem Corporal negativa. Ao compreendê-la como mera oposição da Imagem Corporal negativa, não seria necessário avaliá-la separadamente, pois, a partir da avaliação da Imagem Corporal negativa, seria possível deduzir a Imagem Corporal positiva. Entretanto, segundo Tylka e Wood-Barcalow (2015), essa afirmação está equivocada, visto que são dimensões distintas, cada uma com sua própria construção.

A Imagem Corporal positiva e a insatisfação corporal têm sido demonstradas como independentes entre si, podendo ocorrer simultaneamente – o indivíduo pode estar insatisfeito com algum aspecto de sua aparência e, mesmo assim, ter respeito

e apreciação pelo seu corpo (TIGGEMANN; MCCOURT, 2013). A Imagem Corporal positiva vai além da satisfação com a aparência. Ela pode ser compreendida de forma integral, pela conexão de suas facetas: sentimento positivo pelo próprio corpo, independente de estar satisfeito ou não com todos os aspectos da aparência; reconhecer os diversos tipos de beleza, sem enquadrá-los com qualquer estereótipo; engajar em formas de autocuidado que não estejam relacionadas à modificação corporal, com o intuito de adequá-las a algum padrão; ser um indivíduo positivo, dedicando-se a sentimentos como confiança e respeito; filtrar as informações relacionadas ao corpo e desprezar as informações inadequadas e contrárias à Imagem Corporal positiva (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

Cash e Pruzinsky (2002) alertam para a necessidade de estudar as características positivas da Imagem Corporal, uma vez que elas mantêm a saúde psicológica e auxiliam na prevenção de distúrbios de Imagem Corporal. Tais características podem ser exemplificadas por meio da relação positiva entre apreciação corporal e prática de exercícios físicos regulares, cujo objetivo principal pode não estar ligado, unicamente, à aparência física e à perda de peso (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

Nas pesquisas realizadas sobre Imagem Corporal, sejam elas direcionadas aos aspectos negativos ou positivos, há predomínio em relação a algumas características amostrais como idade e sexo. Em relação à faixa etária, as pesquisas têm sido direcionadas, em larga escala, às populações de adolescentes e adultos jovens (LAUS et al., 2014) e, em menor número, às crianças e aos idosos. Em relação ao sexo, os estudos têm focado a população feminina, apresentando um número muito reduzido de pesquisas em homens (LAUS et al., 2014). Esse fato pode estar relacionado à carência de instrumentos validados para a população masculina, o que culminou no surgimento de diversas pesquisas direcionadas à produção e validação das mesmas (CARVALHO; FERREIRA, 2014).

Os estudos realizados em mulheres jovens identificaram que a Imagem Corporal, nessa fase da vida, passa por diversas alterações, que são influenciadas por eventos psicológicos, sociais e biológicos específicos (FERRARI; SILVA; PETROSKI, 2012). Estes podem estar associados à pressão social para se adequar ao ideal de magreza (BOSI et al., 2006; SILVA; SAENGER; PEREIRA, 2011), tornando-se uma fase de risco para mulheres que estão propícias a desenvolver insatisfação com a Imagem Corporal. Além disso, a adoção de comportamentos

alimentares inadequados pode provocar o desenvolvimento de TAs (COSTA; VASCONCELOS, 2010).

O presente estudo foi direcionado à população jovem adulta feminina, que tem sido apontada como público com risco elevado para o desenvolvimento de TAs (GHADERI; SCOTT, 2001; JACOBI et al., 2011). As especificidades da Imagem Corporal entre esse público serão discutidas no próximo item.

3.2 IMAGEM CORPORAL EM MULHERES JOVENS

O início da vida adulta é caracterizado por acontecimentos intensos e significativos, muitas vezes, marcados pelo momento em que os indivíduos saem da casa dos pais, a fim de construir suas próprias vidas. Nessa fase, são tomadas decisões importantes, que servirão de alicerce para os anos seguintes, como o início da carreira profissional e de relacionamentos afetivos mais intensos e duradouros (PAPALIA; OLD; FELDMAN, 2006). Muitos jovens, nesse período da vida, ingressam em cursos de nível superior, o que exerce uma influência expressiva em seus hábitos e comportamentos (CARVALHO; CASTRO; FERREIRA, 2014).

Nesse sentido, a Imagem Corporal, constructo marcado por sua labilidade (SCHILDER, 1994), torna-se alvo nas pesquisas voltadas para esse público, tendo em vista as características singulares dessa etapa da vida.

A maioria das mulheres jovens, imersas em uma sociedade que supervaloriza o corpo magro e jovem, passa a idealizar um padrão de beleza, praticamente inatingível, o que pode gerar um sentimento de insatisfação corporal (VAN DEN BERG et al., 2002; CASH; SMOLAK, 2011). O principal veículo de disseminação desse ideal é a mídia, que exerce forte influência sobre as jovens. Mulheres tendem a aumentar a insatisfação ao serem expostas a imagens que representam o ideal de beleza, sobretudo, aquelas que já apresentavam insatisfação prévia (LAUS, 2012; BROWN; TIGGEMANN, 2016).

No estudo de Alvarenga e Dunker (2014), mulheres jovens brasileiras que apresentaram maior influência da mídia estavam mais insatisfeitas com o peso corporal. Isso ocorre porque a alta exposição à mídia tem efeito na formação de processos cognitivos, afetivos e comportamentais, podendo levar o indivíduo a uma

internalização do corpo ideal e, conseqüentemente, propiciar o início da insatisfação com o corpo. Essa insatisfação, por sua vez, pode vir a gerar o distúrbio de comer transtornado, manifestado pela preocupação excessiva com o peso, levando as jovens a uma dieta rigorosa e restrição alimentar (DYE, 2015), lembrando que esse distúrbio tem apresentado alta frequência em todas as regiões brasileiras (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILLIPPI, 2011).

O modelo teórico *Tripartite Influence Model*, fundamentado pela perspectiva sociocultural da Imagem Corporal, foi desenvolvido por Thompson et al. (1999) para avaliar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de Transtornos Alimentares e às alterações da Imagem Corporal, ao relacionar a influência dos pais, dos amigos e da mídia aos aspectos mediadores – comparação social e internalização do ideal de magreza. Enfatiza-se que uma adaptação desse modelo teórico foi realizado por Carvalho (2016) para a população jovem adulta brasileira, por meio de um estudo quantitativo e transversal, cuja amostra foi de 2.137 indivíduos do sexo feminino e masculino com idade entre 21 e 35 anos, cujo objetivo foi explicar o processo que os leva à insatisfação e seus desdobramentos. Nesse estudo de adaptação, foram incluídos outros dois fatores: a insatisfação com o peso corporal e com a muscularidade e, conseqüentemente, o comportamento de risco para Transtornos Alimentares e comportamentos de mudança corporal. Alguns resultados encontrados nesse estudo merecem destaque, a fim de possibilitar uma visão ampla sobre alguns aspectos da Imagem Corporal em mulheres jovens brasileiras.

De acordo com o modelo teórico para mulheres brasileiras, foi identificado que elas apresentam maior influência dos pais, dos amigos e da mídia em relação aos homens. Esses três fatores de influência sociocultural estão relacionados à comparação social, e os fatores influência dos pais e influência da mídia estão ligados também à internalização do ideal de beleza. A relação da influência dos pares com a internalização do ideal de beleza acontece de forma indireta, na medida em que essa influência gera uma comparação social levando à internalização, sendo que esta, por sua vez, está relacionada à insatisfação com o peso, mas não com a muscularidade. Esse resultado pode ser justificado pela maior associação do padrão de beleza aos corpos magros e não aos musculosos (CARVALHO, 2016). As trajetórias causais dessas variáveis analisadas estão demonstradas na Figura 1.

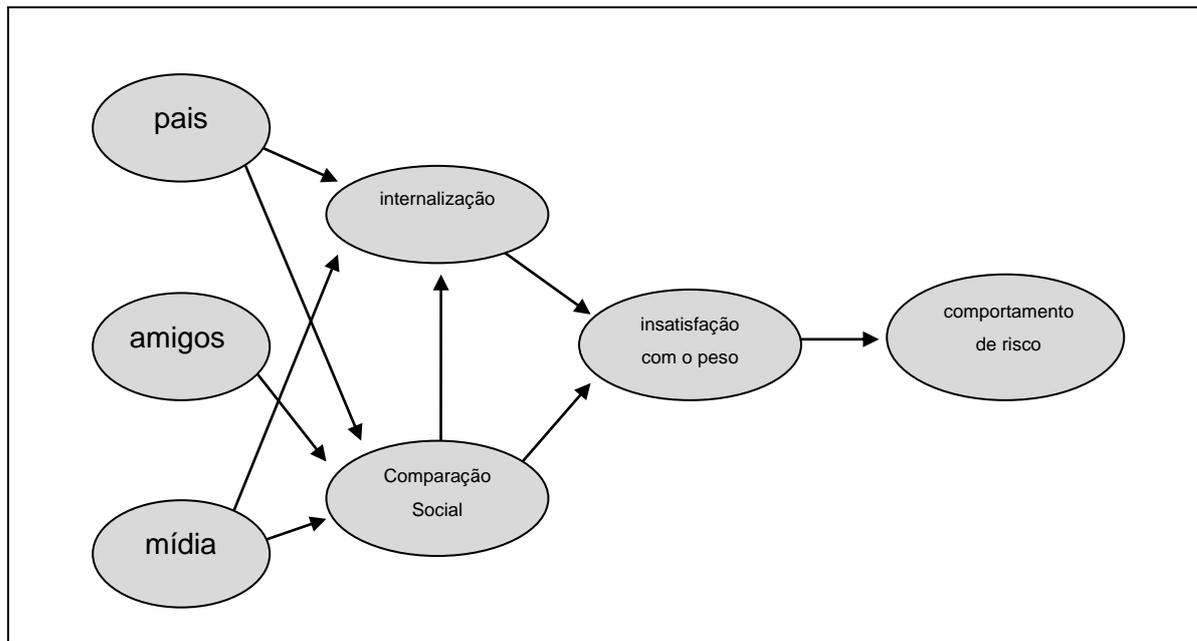


Figura 1: Modelo teórico dos três fatores para mulheres brasileiras.
Fonte: Carvalho (2016).

Comparando as variáveis estudadas entre as regiões brasileiras, foi identificado que, em relação à internalização do ideal de beleza, as mulheres da região Sudeste apresentaram escores maiores se comparadas às jovens do Norte e Nordeste. Houve, também, maior comparação social das mulheres dessa região em relação às da região Norte. Essas duas variáveis apresentaram associação entre si, podendo justificar o maior escore em ambas (CARVALHO, 2016).

As mulheres apresentaram menor insatisfação com a muscularidade e os comportamentos de mudança corporal (CARVALHO, 2016). Estudos têm mostrado que o público feminino, em sua maioria, idealiza um corpo magro (ADAMI et al., 2008; BOSI et al., 2008; ALVARENGA; PHILIPPI et al., 2010; RECH; ARAÚJO; VANAT, 2010; AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014).

A insatisfação com o peso corporal apresentou relação direta com os comportamentos de risco para TAs. Apesar da relação entre as variáveis, elas apresentaram resultados divergentes quando foram comparados seus escores entre as mulheres jovens adultas das regiões brasileiras. A insatisfação corporal não apresentou diferença significativa entre as mulheres dessas regiões, já os comportamentos de risco para os Transtornos Alimentares apresentaram maiores escores entre as mulheres da região Centro-Oeste, quando foram comparados com

os comportamentos das mulheres das regiões Nordeste e Sudeste (CARVALHO, 2016).

A uniformidade da insatisfação corporal, entre as mulheres jovens adultas das regiões brasileiras, demonstra que há um descontentamento geral entre elas. Carvalho (2016) atribuiu esse fato à globalização, que dissemina as informações relativas aos ideais sociais. Os estudos desse autor corroboram a pesquisa de Alvarenga, Philippi et al. (2010), que não encontraram diferenças de insatisfação entre as mulheres jovens adultas das regiões brasileiras. Os autores afirmam que mesmo as estudantes eutróficas escolheram figuras saudáveis e ideais de corpo menores do que o peso atual. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Bosi et al. (2006), os quais constataram que mulheres jovens, embora tivessem o peso normal em relação à altura, apresentaram comportamento alimentar inadequado e desejo de perda de peso. Esses achados mostram a valorização da magreza e sua associação à saúde entre as mulheres jovens.

O sentimento de insatisfação extrema com o peso é mais comum do que a insatisfação com a aparência geral e se apresenta maior em mulheres com maior massa corporal (FREDERICK et al., 2016). Mulheres com elevado nível de insatisfação com o peso atual e que desejam ter um corpo mais magro tendem a procurar atividades físicas, visando à estética e à saúde (ROSA JUNIOR et al., 2016).

Pessoas com sobrepeso e obesidade podem apresentar um risco maior do que as eutróficas no sentido de desenvolver insatisfação com o corpo. Além do fator “peso corporal”, essa predisposição, comumente, pode estar relacionada a traços de personalidade. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, com 12.176 homens e mulheres, as pessoas que demonstraram insatisfação corporal eram mais neuróticas, preocupadas, temerosas e apresentaram uma frequência maior em relação à exposição à mídia, enquanto as satisfeitas mostraram maior segurança, maior extroversão, autoestima elevada, satisfação com a vida e menor neuroticismo¹ (FREDERICK et al., 2016).

Outros aspectos que têm sido apontados como fatores associados às alterações de Imagem Corporal e aos TAs, entre as jovens, dizem respeito às

¹Neuroticismo, também denominado Afetividade Negativa, é descrito como um dos 5 Domínios de Traços de Personalidade patológicos, sendo caracterizado por altas variações de emoções negativas intensas e frequentes (p. ex., ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e manifestações comportamentais (p. ex., autoagressão) e interpessoais (p. ex., dependência).

características relativas à área da graduação que cursam. Souza e Alvarenga (2016) enfatizam que a maior parte das pesquisas têm sido realizadas com estudantes da área da Saúde. Embora alguns estudos associem a insatisfação ao curso devido às atividades diárias e profissionais (BOSI et al., 2006; BRIEN; HUNTER, 2006), no estudo de Miranda et al. (2012), não foram identificadas diferenças significantes na insatisfação corporal entre os estudantes das diversas áreas de conhecimento, ao compararem alunos das áreas de Exatas, Humanas e Saúde. Igualmente apresentado no estudo de Laus, Moreira e Costa (2009), que encontraram uma grande prevalência de insatisfação corporal em mulheres universitárias das áreas de Humanas e Saúde, sem distinção entre os grupos.

Apesar de existirem várias pesquisas sobre insatisfação corporal, possibilitando comparações entre seus resultados, para que essa comparação seja fidedigna, torna-se necessário que haja padronização dos instrumentos. Atualmente, a Escala de Silhuetas e o *Body Shape Questionnaire* têm-se destacado como os instrumentos mais frequentes nos estudos que avaliam a insatisfação corporal em mulheres jovens (SOUZA; ALVARENGA, 2016). Apesar disso, alguns resultados têm-se confirmado, independente de qual instrumento foi utilizado. Souza e Alvarenga (2016), em uma revisão integrativa, identificaram que as mulheres apresentaram maior insatisfação corporal quando comparadas aos homens.

Com base nos dados apresentados sobre a Imagem Corporal em mulheres jovens, conclui-se que as alterações de Imagem Corporal se desenvolvem mediante inúmeras variáveis, tais como a influência sociocultural, os traços de personalidade e os aspectos nutricionais, que geram comparação social, internalização do ideal de magreza, que, muitas vezes, agravam-se com a adoção de comportamentos alimentares inadequados, gerando os TAs.

3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES: ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS

A última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) fornece diretrizes para os diagnósticos de diversas doenças mentais e conceitua os TAs como uma:

[...] perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014, p. 329).

Levine e Smolak (2015), ao analisarem as classificações do DSM-5, concluíram que os critérios do novo Manual foram traçados para separar desordens alimentares menos severas, como as dietas de restrição alimentar – muito comuns na população – das patologias alimentares propriamente ditas. De acordo com o DSM-5, são considerados TAs: Pica, Transtorno de Ruminação, Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar. Entre os transtornos descritos, há diversos aspectos psicológicos e comportamentais semelhantes, mas eles se diferem quanto ao seu curso clínico, desfecho e tratamento. Assim sendo, para diagnosticá-los, é preciso atribuir apenas um dos critérios diagnósticos propostos ao episódio relatado.

Dentre os TAs descritos no DSM-5, a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa apresentam como critério diagnóstico o medo intenso de ganhar peso ou engordar e a perturbação na forma como o corpo é vivenciado. No Transtorno de Compulsão Alimentar, o sentimento negativo relacionado ao peso e à forma corporal pode se apresentar como um dos fatores que antecedem o transtorno. Diante da relação entre as alterações de Imagem Corporal e a etiologia desses TAs, os mesmos serão descritos de forma mais detalhada, apresentando aspectos mais importantes, tais como conceitos, etiologia, características, fatores de risco e protetivos.

Dentre os TAs citados, a AN é a mais conhecida, sendo que o primeiro caso data de 1874, enquanto que a BN foi descrita após quase 100 anos; já o Transtorno de Compulsão Alimentar, apesar de ter sido incluído recentemente no DSM-5, foi descrito em 1959 (KEEL; FORNEY, 2015). Embora a AN seja o Transtorno Alimentar mais antigo, ele é o menos comum, e as estimativas de prevalência em 12 meses é de 0,05% (UDO; GRILO, 2018).

Os critérios diagnósticos da AN e BN são muito semelhantes. A AN é marcada por: a) restrição calórica, que leva o indivíduo a ter um peso abaixo do normal; b) medo intenso de engordar ou comportamento que interfira no ganho de

peso, mesmo já estando com o peso baixo; c) perturbação na percepção corporal e, mesmo que o indivíduo se reconheça magro, ele tende a não assumir a existência de riscos devido à desnutrição (APA, 2014). A manifestação da AN pode se dar por meio de dois subtipos: Tipo Restritivo e Tipo Compulsão alimentar purgativa. Ambos analisam os comportamentos dos últimos três meses: no primeiro, a perda de peso é atribuída a dietas, jejum e/ou exercícios exaustivos sem episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (vômito, uso de laxantes, entre outros), e, no segundo, a perda de peso é justificada por comportamentos purgativos (APA, 2014). Vale destacar que a AN tem início, em média, aos 19,3 anos (UDO; GRILO, 2018).

A BN é caracterizada por compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inadequados para impedir o ganho de peso. Esses dois episódios devem ocorrer uma vez por semana durante três meses, e a autoavaliação é influenciada pela forma e pelo peso corporais. A principal diferença da BN em relação à AN é a seguinte: na BN, os indivíduos apresentam peso normal ou sobrepeso (APA, 2014). A prevalência da BN é de 0,14% ao ano, que se inicia, em média, aos 20 anos (UDO; GRILO, 2018).

No TCA, a estimativa de prevalência é de 0,44% ao ano e tem início em média aos 24,5 anos (UDO; GRILO, 2018). Os estudos de prevalência de TAs nas pesquisas realizadas nos países da América do Sul, como o Brasil, são documentados pelo rastreamento de amostras com comportamentos relacionados aos TAs e sujeitos com potencial para seu desenvolvimento; portanto, ainda não há um estudo que relate a prevalência real de TAs na população brasileira (LEVINE; SMOLAK, 2015).

O TCA se difere da AN e da BN, pois, nesse, não há nenhum comportamento compensatório, ele é marcado por episódios de compulsão alimentar, sendo que essa compulsão deve estar associada a três ou mais fatores como: comer escondido por vergonha da quantidade de comida ingerida e sentir culpa em seguida. A compulsão alimentar é associada a um sofrimento intenso, e os episódios devem ocorrer ao menos uma vez por semana por três meses (APA, 2014).

Para que possam ser identificados grupos de alto risco e seja possível a implementação de intervenções direcionadas e eficazes, é imprescindível conhecer os fatores de risco (STRIEGEL-MOORE; BULIK, 2007). O termo “fator de risco” é utilizado para conceituar os fatos que precedem um resultado de interesse e,

possivelmente, alteram-no (JACOBI; ABASCAL; TAYLOR, 2004), portanto, os fatores que precedem os TAs podem aumentar a probabilidade de desenvolvê-los e são descritos como fatores de risco (JACOBI; ABASCAL; TAYLOR, 2004; LEVINE; SMOLAK, 2006).

Para conhecer o significado clínico de um fator de risco, é necessário estabelecer qual a magnitude de sua associação com o desfecho, denominada “potência do fator”, e a associação entre um fator de risco potencial e o resultado é chamada de correlato. Os fatores de risco podem mudar espontaneamente (ex: idade, peso) e são denominados “fatores de risco variáveis”. Outros são inalteráveis (raça, sexo, ano de nascimento) e são denominados marcadores fixos. O fator de risco variável, cuja manipulação altera o risco do resultado, é chamado de fator de risco causal. Se não puder ser mostrada, essa alteração é chamada de marcador variável. Alguns fatores de risco podem variar, dependendo do período de avaliação, podendo ser alterados em um momento, mas tornarem-se imutáveis após algum evento (ex.: fases do desenvolvimento humano, infecção) (JACOBI; ABASCAL; TAYLOR, 2004; SMOLAK, 2009).

Um dos fatores de risco mais discutidos na perspectiva sociocultural é a propagação do ideal de magreza. Por meio da alta exposição a esse ideal, o indivíduo sofre influência social e acaba internalizando-o. Quando ele é associado à inadequação corporal, desencadeia uma insatisfação com o peso, a aparência e, como consequência, comportamentos não saudáveis de controle de peso são adotados (MORADI; DIRKS; MATTESON, 2005; FORTES et al., 2013; STICE et al., 2017). As consequências associadas à influência da mídia podem ser intensificadas por aspectos como: pressão social e familiar (pais e amigos) e traços de personalidade como perfeccionismo, baixa autoestima (JACOBI et al., 2011; CHARFI et al., 2015; NAEMI et al., 2016) e depressão (JACOBI; ABASCAL; TAYLOR, 2004).

Outros fatores de risco que também são citados como potenciais para o desenvolvimento de TAs são: gênero, idade, Imagem Corporal negativa (JACOBI et al., 2011), dieta (JACOBI et al., 2011; STICE et al., 2017), comportamentos de controle de peso não saudáveis; Índice de Massa Corporal (IMC); expectativas positivas para a magreza, consumo excessivo, cuidados de saúde mental; afeto negativo; negação dos custos de perseguir o ideal de magreza e comprometimento do funcionamento psicossocial (STICE et al., 2017). Alguns fatores, tais como

Imagem Corporal negativa e alimentação desordenada, são tanto fator de risco quanto sintomas dos TAs. O momento em que ambos deixam de ser fator de risco para se tornarem sintomas é desconhecido; portanto, pode haver confusões em alguns estudos quanto às definições (LEVINE; SMOLAK, 2015).

Os critérios diagnósticos apresentados auxiliam no reconhecimento do TA, mas, para compreendê-los de forma detalhada, é essencial entender a origem e as causas desse fenômeno, bem como os fatores de risco e os fatores protetivos. Para tanto, sabe-se que a etiologia dos TAs é multifatorial e determinada pela interação de diversos fatores, os quais são apresentados por aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Atualmente, os estudos sugerem que os comportamentos alimentares padrão são regulados neurobiologicamente e que, por meio de um contínuo impulso à magreza e medo de engordar, há uma distorção desses comportamentos (SHARAN; SUNDAR, 2015). Estudos que associam fatores genéticos aos TAs estão ainda em fases elementares e muitos avanços são necessários, com objetivo de investigar, mais detalhadamente, com amostras mais numerosas e uso de metodologias mais robustas. Apesar dessa evolução, indispensável para permitir a afirmação dos resultados, é defendido que os fatores genéticos podem desempenhar um papel importante nos TAs. Entretanto, é reconhecido que essa influência genética no risco para os TAs não ocorre de maneira isolada, mas associa a fatores ambientais, de tal modo que indivíduos com predisposição genética para um TA podem ser mais propensos a desenvolver outros fatores de risco, como a internalização do ideal de magreza (TRACE et al., 2013).

Para compreender os fatores que influenciam o desenvolvimento de TAs, recomenda-se utilizar modelos teóricos válidos, como o *Dual-Pathway Model* proposto por STICE (1994) (Figura 2), cuja aplicabilidade foi comprovada (STICE et al., 2001; STICE; MARTI; DURANT, 2011). Esse modelo explica a relação causal dos fatores que levam ao desenvolvimento dos TAs. A partir da internalização do ideal de magreza, o indivíduo pode desenvolver uma insatisfação extrema com o corpo, visto que esse modelo de corpo ideal, muitas vezes, torna-se inatingível. Essa insatisfação corporal induz o desenvolvimento de TAs de duas maneiras: a adoção de métodos de emagrecimento (dietas restritivas, comportamentos compensatórios e demais comportamentos que levam à perda de peso) ou pelo afeto negativo, causado pela grande relevância da aparência na vida das pessoas. Esses dois

fatores levam ao desenvolvimento de TAs, sendo que a dieta ainda pode provocar o TA de forma indireta: quando o indivíduo que não alcança os resultados esperados ou que apresenta alterações de humor, devido às restrições calóricas, desenvolve o afeto negativo. E de forma direta: quando os indivíduos desenvolvem uma compulsão alimentar devido à restrição calórica extrema. O afeto negativo, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento de TAs, pois acredita-se que comer é uma forma de conforto e distração emocional. Portanto, o modelo teórico indica que a dieta extrema e/ou o afeto negativo podem iniciar algum TA (STICE, 1994; STICE et al., 2001; STICE; MARTI; DURANT, 2011).

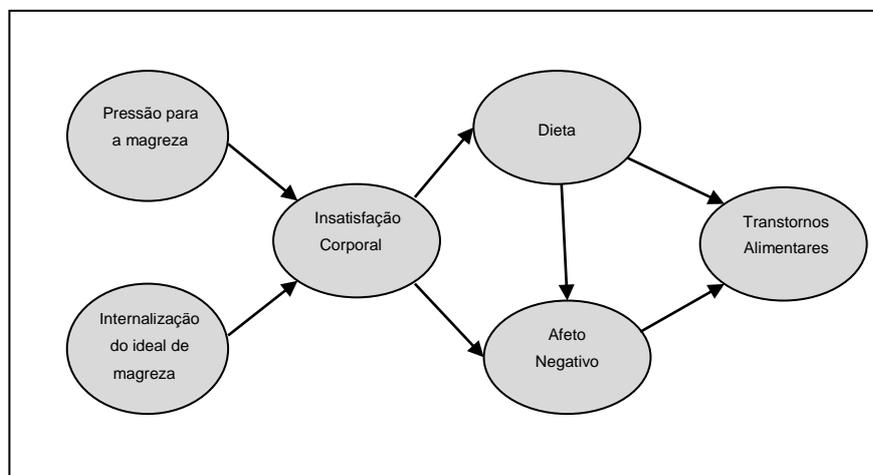


Figura 2: Modelo teórico para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares.
Fonte: Adaptado por Stice, Rohde et al. (2013). Tradução: a autora.

É sustentado que os fatores relacionados ao contexto sociocultural atuam na gênese dos TAs de maneira imponente, por meio de fatores como a veiculação dos padrões de beleza pelos meios de comunicação, bem como da interação entre os pares. Esse ideal corporal, marcado pela valorização da magreza, exprime consigo sentidos como: sucesso, autocontrole e competência, criando e modulando os desejos dos indivíduos (EVANS, 2003; ENGELN-MADDOX, 2006). Mídias como a Internet e as revistas afetam, negativamente, a ideia de corpo ideal, o peso e os TAs (WALKER et al., 2015; BROWN; TIGGEMAN, 2016). A partir do processo de comparação social, a exposição a celebridades e pares atraentes eleva o humor negativo e a insatisfação corporal do indivíduo (BROWN; TIGGEMAN, 2016).

Alguns aspectos são pontuados nas discussões sobre os fatores psicológicos na etiologia dos TAs: tanto traços de perfeccionismo, rigidez e limitação das regras quanto traumas durante a infância, que também podem desencadear transtornos

psiquiátricos futuros (SHARAN; SUNDAR, 2015). Um estudo longitudinal de 10 anos de seguimento constatou que o receio de maturidade e o perfeccionismo foram preditores no surgimento dos TAs, e esse último esteve associado também à manutenção dos TAs (HOLLAND; BODELL; KEEL, 2013).

Embora existam vários fatores que contribuem para o surgimento e agravamento dos TAs, há alguns aspectos chamados de “Fatores Protetivos” que podem ser primordiais para assegurar o não desenvolvimento desses TAs. Eles interferem nos processos pelos quais os fatores de risco atuam e podem reduzir, de forma significativa, a probabilidade de alcançar um resultado negativo. Assim como é essencial conhecer os fatores de risco, os aspectos protetivos também são pontos-chave para desenvolver programas preventivos (LEVINE; SMOLAK, 2015).

Os fatores protetivos citados por Tylka e Kroon Van Diest (2015) são: apreciação corporal; consciência e capacidade de estar atento a sinais corporais de saciedade e fome; funcionalidade do corpo; IMC inferior; autoestima; autocompaixão; bem-estar emocional e capacidade de controlar as emoções; exercícios como o *yoga*, que desenvolvem um sentimento positivo com o corpo; funcionamento neurobiológico; autodeterminação (autonomia); crença religiosa; ser uma pessoa persistente; relações familiares positivas; refeições feitas com a família de forma agradável; reconhecer as influências midiáticas negativas; oposição ao ideal de magreza, expressando críticas verbais contra os ideais corporais impostos; aceitação do corpo por outros (família, comunidade, cultura) e influências feministas.

Os indivíduos que interpretam as informações sobre o corpo de forma autoprotetora e rejeitam as mensagens negativas que podem prejudicar a imagem corporal desenvolvem um “filtro cognitivo de proteção” que leva a um desenvolvimento e manutenção da Imagem Corporal positiva (WOOD-BARCALOW; TYLKA; AUGUSTUS-HORVATH, 2010; TIGGEMANN, 2015; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

Apesar de um grande percentual de mulheres se utilizarem de métodos de controle de peso, como a restrição calórica, uma minoria delas chega a desenvolver um TA (STRIEGEL-MOORE; BULIK, 2007). Embora muitas não atinjam a síndrome completa, é sabido que os comportamentos alimentares desordenados aumentam o risco de outras doenças relacionadas à saúde mental, como transtornos de ansiedade e de humor e ideação suicida (MCBRIDE et al., 2013). Na população de mulheres jovens brasileiras, são frequentes os comportamentos alimentares

inadequados, tais como dietas, métodos compensatórios, saltar refeições, principalmente, em obesas ou com excesso de peso (ALVARENGA et al., 2013).

O comer transtornado está associado a consequências sociais, emocionais e de saúde adversas (GRABER; TYRKA; BROOKS-GUNN, 2003; ACKARD et al., 2011; SWANSON et al., 2011; FERREIRO; SEOANE; SENRA, 2012); por conseguinte, compreendê-lo é indispensável para a identificação precoce, que permite o direcionamento para intervenções preventivas apropriadas para prevenir ou retardar o desenvolvimento de TAs, e também auxiliar no entendimento de sua relação com os demais problemas de saúde (como depressão, obesidade e abuso de substâncias) (LEVINE; SMOLAK, 2015).

Considerando a existência de uma associação das características dos distúrbios alimentares e das alterações de Imagem Corporal relacionados a preocupações com o corpo, alimentação e comportamentos de controle de peso e suas consequências negativas (STRIEGEL-MOORE; BULIK, 2007), é fundamental conhecer/desenvolver e aplicar programas de intervenção preventiva para os diversos públicos, em especial, aqueles que apresentam alto risco. Através da redução dos fatores de risco e do desenvolvimento de fatores protetivos, algumas intervenções têm-se mostrado eficazes para minimizar os efeitos deletérios à saúde (STICE; SHAW; MARTI, 2007). Essas intervenções serão discutidas a seguir.

3.4 PROGRAMAS PREVENTIVOS PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES E ALTERAÇÕES DE IMAGEM CORPORAL

Compreender o desencadeamento e a associação dos fatores de risco para os TAs possibilita a realização de estudos que objetivam criar, testar e aprimorar programas preventivos para reduzir esses fatores, atenuando a presença de TAs. Embora, no Brasil, haja poucos estudos de intervenção quando comparados aos estudos de avaliação (CARVALHO; AMARAL; FERREIRA, 2009), é indiscutível que desenvolver medidas preventivas para os TAs é fundamental, uma vez que as consequências desses transtornos são deletérias à saúde e seu tratamento tem um alto custo financeiro e eficácia limitada (LEVINE; SMOLAK, 2015).

Como já reportado de acordo com a classificação de Caplan (1964), as estratégias preventivas são divididas em três níveis: primário, secundário e terciário. A prevenção primária é direcionada àqueles que não apresentam sintomas, e o objetivo é reduzir o número de novos casos de uma determinada doença; a prevenção secundária é direcionada aos indivíduos em alto risco, que podem apresentar sintomas iniciais, reduzindo a prevalência da doença; a prevenção terciária é direcionada a indivíduos já diagnosticados e se preocupa em melhorar as condições e os efeitos da doença.

Segundo Mrazek e Haggerty (1994), a prevenção primária pode ser subdividida, ainda, em duas abordagens: universais, que são destinadas à população geral; e seletivas, destinadas a subgrupos dentro da população geral, não sintomáticas e que são consideradas de alto risco, devido a aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Já a prevenção secundária seria aquela direcionada/indicada a indivíduos que ainda não têm o transtorno, mas que apresentam sinais e sintomas iniciais da doença. E a prevenção terciária seria o tratamento para a patologia e não seria classificada como um nível de prevenção (ver Quadro 1). Vale lembrar que diferenciar indivíduos saudáveis daqueles em condições subclínicas não é uma tarefa fácil; portanto, a distinção entre os tipos de prevenção pode não ser tão clara (LEVINE; SMOLAK, 2006, 2015).

Quadro 1 DEFINIÇÕES DE PREVENÇÃO		
Foco	Tipos de "Prevenção"	
	Mrazek & Haggerty's (1994) IOM Terminology	Caplan (1964)
Populações ou grandes grupos de pessoas saudáveis.	Saúde Pública ou Universal	Primária
Grupos menores de pessoas não sintomáticas com alto risco.	Seletiva	Primária
Grupos menores de pessoas com alto risco elevado para o TA, por causa de precursores claros.	Indicada ou direcionada	Secundária
Pessoas que, claramente, sofrem de TA.	Tratamento	Terciária

Fonte: Levine; Smolak (2006).

Identificar o tipo de intervenção permite uma interpretação fidedigna dos resultados de um estudo, de acordo com a literatura existente. Como alertado por Stice, Shaw e Marti (2007), alguns estudos fazem uma distinção equivocada entre programas "universais e seletivos". Por exemplo, os programas direcionados somente às mulheres que são consideradas grupos de risco não podem ser

classificados e analisados como “universais”. O mesmo pode ser observado no que se refere à divulgação dos programas, cujas informações fornecidas podem levar a uma seleção, mesmo inconsciente, de indivíduos que estejam em grupo “de risco”, por despertar o interesse de voluntários que estão insatisfeitos com a Imagem Corporal (STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Desde 1980, os programas para prevenção de TAs e das alterações de Imagem Corporal tiveram uma grande evolução. Inicialmente, eles foram tratados por meio de adaptações de técnicas clínicas psicológicas para o ambiente escolar, denominados “programas psicoeducacionais”. Essa abordagem fornecia informações sobre os TAs, o risco de dietas, o conhecimento nutricional e sobre a construção social dos ideais corporais (O’DEA; YAGER, 2012).

Embora tenham sido gerados poucos efeitos sobre as alterações de Imagem Corporal e na redução da incidência de TAs, os programas preventivos iniciais foram fundamentais para a ampliação de novas intervenções (O’DEA; YAGER, 2012). Atualmente, os programas têm incluído novas abordagens, como a “crítica à mídia” (*media literacy*) (MCLEAN et al., 2017), a dissonância cognitiva (STICE; ROHDE; SHAW, 2013), as intervenções lideradas pelos pares (BECKER; SMITH; CIAO, 2005), as atividades em grupos (STICE et al., 2015) e uso de tecnologias, com intervenções *on-line* (STICE et al., 2012; KASS et al., 2014).

Na contemporaneidade, a redução dos fatores de risco tem sido alvo da maior parte dos programas preventivos existentes na literatura. Assim, esses programas têm focado na redução da internalização do ideal de magreza (STICE et al., 2000; BUTRYN et al., 2013; KROON VAN DIEST; PEREZ, 2013), do afeto negativo (KROON VAN DIEST; PEREZ, 2013; STICE; BUTRYN et al., 2013), da insatisfação corporal (KROON VAN DIEST; PEREZ, 2013), da prática de dieta e de comportamentos relacionados aos TAs (MCMILLAN; STICE; ROHDE, 2011; GREIF; BECKER; HILDEBRANDT, 2015).

Destacam-se, também, estudos que buscam aprimorar intervenções já existentes, investigando aspectos, tais como triagem (JONES et al., 2014), motivação (ATKINSON; WADE, 2013), disseminação e implementação (KILPELA et al., 2014; STICE et al., 2014; GREIF; BECKER; HILDEBRANDT, 2015; STICE et al., 2017) e possíveis preditores de resultados, como as características dos facilitadores e do grupo (BUTRYN et al., 2014).

Tão importante quanto a seleção correta do tipo de intervenção e a quem direcioná-la são os fatores motivação e disseminação. O sucesso de um programa preventivo depende do engajamento dos participantes, e diversos fatores podem estar associados a essa adesão. Entre os aspectos que podem influenciar na motivação, podem ser citados: a) o tempo – intervenções muito longas podem não ser aplicáveis; b) a confiança na utilidade do programa e a baixa autoestima – o fato de os indivíduos criarem expectativa maior na assistência externa, por não confiarem em sua capacidade de gerar mudanças; c) o peso corporal – os participantes podem julgar embaraçoso falar sobre seus corpos com outras pessoas. Já em relação à disseminação, destaca-se o processo de divulgação como um aspecto de fundamental importância para a ampliação da disseminação da intervenção, pois este é o primeiro contato com o público-alvo. É necessário lançar mão de inúmeras chamadas apelativas, dentro dos limites permitidos em uma pesquisa, além de fornecer informações importantes que despertem o interesse do público pela intervenção (ATKINSON; WADE, 2013).

Através do auxílio tecnológico, algumas propostas de intervenção podem reduzir os empecilhos “tempo” e “exposição ao grupo”, citados anteriormente. Podem ser citadas, como exemplos, as intervenções *on-line*, que proporcionam flexibilidade de tempo e maior privacidade, além de uma maior disseminação, devido ao alcance da Internet e ao menor dispêndio de pessoas para conduzir a intervenção. Esse tipo de programa *on-line* pode ser uma opção eficaz, embora os programas presenciais apresentem maiores efeitos na redução dos fatores de risco para os TAs (STICE et al., 2012; STICE et al., 2017).

De acordo com as características das atividades propostas, os programas preventivos podem ser classificados em interativos e psicoeducacionais. Os programas interativos possibilitam um contato mútuo entre os participantes e proporcionam uma troca de ideias e também a aprendizagem de novas habilidades de comunicação, de enfrentamento e recusa, de tomada de decisões/resolução de problemas, de comprometimento social, além do desenvolvimento das habilidades interpessoais (TOBLER et al., 2000).

Estudos apontam que os programas interativos são mais eficazes quando comparados àqueles que são didáticos, devido ao comprometimento e envolvimento maior dos participantes com o programa, que se dá por meio de exercícios propostos que visam a atestar as novas habilidades adquiridas (TOBLER et al.,

2000). Programas preventivos como o *Body Project* (STICE et al., 2000) e o *Student Bodies – Eating Disorders* (TAYLOR et al., 2006) são exemplos de programas interativos, sendo que ambos propõem discussões em grupo e atividades semanais, que proporcionam um engajamento maior ao conteúdo do programa.

Os programas psicoeducacionais, por sua vez, fornecem materiais educacionais por meio de alguns recursos (vídeos, folhetos e palestras), podendo ser apresentados individualmente ou em grupo. O conteúdo objetiva informar os participantes sobre as causas e consequências dos transtornos, bem como identificar e mudar os comportamentos e as atitudes indesejadas. Os programas direcionados a alterações de Imagem Corporal tratam sobre assuntos relacionados ao conceito de beleza estabelecido socialmente, identificando as consequências da insatisfação, ensinando a monitorar os fatores que a desencadeiam, encorajando os participantes a desafiar declarações negativas e a mudar seus hábitos sociais, como, por exemplo, os hábitos relacionados à mídia (CASH; PRUZINSKY, 2002). Apesar de os programas educativos não serem tão eficazes, foram identificados como uma opção válida para proporcionar o acesso ao tratamento e incentivar a sua procura (TILLMAN et al., 2015).

De acordo com Stice et al. (2004, 2007), os programas mais efetivos são os interativos – que são compostos por multissessões, direcionados a indivíduos que apresentam alto risco (seletivas), guiados por profissionais, direcionados a mulheres (não mistos), a participantes adultos (acima de 15 anos) – e que utilizam medidas validadas e estudos com seguimento mais curto.

Nesse sentido, o tempo dedicado às sessões dos programas preventivos é um fator que tem interferido nos resultados. Intervenções compostas por multissessões, como nos estudos de Kroon Van Diest e Perez (2013), Greif, Becker e Hildebrandt (2015) e Saekow et al. (2015) têm sido mais eficazes do que as compostas por apenas um encontro (BUCCHIANERI; CORNING, 2012), pois permitem ao participante um tempo maior para a internalização dos conteúdos e para a utilização das novas habilidades adquiridas, possibilitando o retorno ao grupo para a solução de problemas (STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Em relação à idade, a maior parte das intervenções preventivas têm sido voltadas para crianças, adolescentes e jovens, cuja média de idade tem sido menor para prevenções universais (11 a 14 anos) e maior para prevenções seletivas (16 a 24 anos) (WATSON, 2016; LE et al., 2017). Em sua meta-análise, Stice, Shaw e

Marti (2007) sugerem que as intervenções podem ser mais eficazes quando realizadas em meninas na metade e/ou no final da adolescência, momento em que, geralmente, desenvolvem TAs, pois, no início da adolescência, além dos poucos indícios de TAs, o pensamento abstrato ainda está em desenvolvimento, dificultando a compreensão dos diversos assuntos tratados nas intervenções.

Devido a pouca efetividade dos programas preventivos iniciais, sobretudo os psicopedagógicos, e ao conhecimento sobre a eficácia do mecanismo de dissonância cognitiva, na mudança de comportamentos em diversos âmbitos, os programas preventivos baseados nesse mecanismo têm sido desenvolvidos e, desde então, seus efeitos foram significativamente maiores do que as intervenções que não se utilizaram de dissonância, produzindo maiores reduções nos fatores de risco, nos sintomas e no risco futuro para o desenvolvimento de TAs (STICE et al., 2000; STICE; SHAW et al., 2008).

Dentre os programas preventivos existentes na atualidade e de acordo com os aspectos elencados anteriormente, o *Body Project*, programa de prevenção seletiva que tem como público-alvo meninas e mulheres jovens com alto risco de desenvolver um TA devido à insatisfação corporal (STICE et al., 2000), destaca-se por apresentar eficácia comprovada em diversos estudos (STICE et al., 2009; STICE; BUTRYN et al., 2013). Esse programa é composto por 4 sessões, com duração de aproximadamente 60 minutos por semana. As reuniões são realizadas em grupos pequenos, de 5 a 8 pessoas, e envolvem discussões sobre o ideal de magreza, os custos associados ao perseguir esse ideal e as estratégias para desafiar as pressões sociais. Além disso, tarefas são propostas, a fim de desenvolver maior apreciação corporal e autoestima e modificar o comportamento individual e coletivo relacionados à perpetuação do ideal de magreza (STICE et al., 2000).

O sucesso do *Body Project* está relacionado, principalmente, à dissonância cognitiva (MITCHELL et al., 2007; STICE et al., 2009; STICE; BUTRYN et al., 2013). Essa consiste em um mecanismo capaz de modificar atitudes e pensamentos por meio do desconforto psicológico, causado pela inconsistência entre eles (STICE et al., 2000), reduzindo fatores de risco para TAs como a internalização do ideal de magreza, a insatisfação corporal, a dieta e os sintomas para TAs (MCMILLAN; STICE; ROHDE, 2011).

Os programas projetados para reduzir a internalização do ideal de magreza, por meio do mecanismo de dissonância cognitiva (DC), tal como o *Body Project*, têm demonstrado como uma intervenção em potencial para reduzir os fatores de risco de TAs pode ser eficaz. Em revisão mais recente, Watson et al. (2016) observaram que as intervenções preventivas seletivas, em especial as intervenções baseadas em dissonância, ainda são mais eficazes, apresentando maiores efeitos no pós-intervenção e menores no seguimento de 6 a 18 meses. A teoria cognitivo-comportamental, o programa de peso saudável, a alfabetização midiática, a psicoterapia e as intervenções multicomponentes apresentaram pequenos efeitos tanto após a intervenção como no seguimento. Ademais, um estudo que avaliou a permanência dos efeitos do *Body Project* por um período de três anos fornece suporte para confirmar sua efetividade (STICE et al., 2015).

Um dos componentes do programa que auxiliam na indução da dissonância cognitiva diz respeito à participação voluntária, pois, quando as pessoas assumem, de forma voluntária, as suas novas ações, a dissonância tende a aumentar, uma vez que, do contrário, elas podem atribuir essas ações a alguma obrigatoriedade (STICE SHAW et al., 2008). Além disso, o fato de ser realizada em grupo pode ser um importante aspecto para garantir sua eficácia e, também, proporcionar um custo reduzido (GOULD et al., 1997; TUCKER; OEI, 2007). A oportunidade de discutir sobre as preocupações com a Imagem Corporal, com indivíduos semelhantes, tem sido apontada como um aspecto valioso nesses programas (SHAW; STICE, 2016).

Indícios da eficácia do *Body Project* também foram constatados do ponto de vista biológico. Um estudo avaliou as respostas cerebrais em 38 adolescentes do sexo feminino, que foram submetidas a exames de ressonância magnética funcional (fMRI) pré e pós-intervenção durante a avaliação de imagens de mulheres magras, que representavam o ideal de magreza, e modelos de peso médio. Essa intervenção diminuiu a avaliação positiva das imagens que representavam o ideal de magreza, através da redução de respostas das regiões cerebrais implicadas na avaliação de recompensa (STICE; YOKUM; WATERS, 2015).

Foi sugerido, também, que o *Body Project* pode ser amplamente disseminado por meio de um estudo o qual dividiu sua amostra por etnias (STICE; MARTI; CHENG, 2014). Assinala-se que o *Body Project* tem sido testado em diversas culturas e, recentemente, foi traduzido e adaptado para a população adolescente brasileira por Amaral (2015) e batizado de “O Corpo em Questão”.

A versão brasileira do programa, foi aplicada em adolescentes de ambos os sexos matriculados nos terceiros anos dos Cursos Técnicos Integrados ao Ensino Médio do IF Sudeste MG – Campus Barbacena. A amostra total foi de 33 participantes divididos em dois grupos, sendo 15 do grupo intervenção (10 meninas e 5 meninos) e 18 do grupo controle (12 meninas e 6 meninos).

As variáveis avaliadas foram: insatisfação corporal, influencia sociocultural da mídia, dos pais e dos amigos, risco para transtornos alimentares, sintomas depressivos, autoestima, apreciação corporal e busca da muscularidade (para meninos). Dentre as variáveis analisadas, a intervenção resultou em indicações de redução na insatisfação corporal, influencia sociocultural da mídia, internalização do ideal de magreza, e aumento da apreciação corporal e da autoestima entre as meninas. Já entre os meninos foram identificados efeitos apenas sobre a busca pela muscularidade, quando comparados ao grupo controle. Os efeitos produzidos pela intervenção nas meninas foram satisfatórios variando de moderados a fortes (0,31 a 0,65).

Com base nas evidências encontradas na literatura internacional sobre a eficácia do BP na prevenção de TAs, bem como nos achados do estudo de Amaral (2015) na população adolescente brasileira, recomenda-se a avaliação dos efeitos também entre mulheres jovens, visto que se caracterizam como população de risco para o desenvolvimento de TAs.

4 MÉTODOS

O presente capítulo busca apresentar os caminhos metodológicos da pesquisa, de forma detalhada e rigorosa. Buscar-se-á mostrar quais são os aspectos referentes à caracterização do estudo, à amostra investigada, aos procedimentos adotados na coleta de dados, ao tratamento estatístico dos dados e aos aspectos éticos da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo e longitudinal, cujo desenho é chamado de quase-experimental, por não ser possível controlar todas as variáveis. Ele é caracterizado, ainda, como um ensaio clínico controlado, randomizado, paralelo e aberto. Essa denominação se dá devido à aleatoriedade dos indivíduos em dois grupos, um que recebeu a intervenção e outro que não foi submetido a nenhum tipo de tratamento. É paralelo, pois os grupos são conduzidos de forma simultânea, e aberto porque não há mascaramento no tratamento (MOHER; JONES; LEPAGE, 2001; MOHER; SCHULZ; ALTMAN, 2001).

4.2 PARTICIPANTES

Para estimar o tamanho amostral adequado desta pesquisa, foi utilizado o *software* GPower, tendo sido adotado o teste F da ANOVA de medidas repetidas e considerados os efeitos de interação. Também foram adotados alguns parâmetros importantes – menor tamanho do efeito, encontrado no estudo de Amaral (2015) – relativos à Influência de Pais e Amigos ($d = 0,2$), poder de 0,95 e nível de significância 5%. O número amostral mínimo encontrado para alcançar uma amostra adequada e representativa foi de 84 indivíduos.

4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas, nesta investigação, mulheres jovens, que estivessem matriculadas em cursos técnicos e superiores do Instituto Federal de Educação, Ciência, e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – *Campus* Barbacena (IF Sudeste MG), com idade entre 18 e 30 anos, e que consentissem participar, voluntariamente, do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2.2 Critérios de Exclusão

As jovens que relataram a presença de algum tipo de Transtorno Alimentar diagnosticado foram excluídas. De acordo com Stice, Rohde, Durant et al. (2013), elas não participam, adequadamente, das sessões, pois tendem a mascarar as respostas em relação às diversas questões referentes ao programa, omitindo fatos relevantes para a pesquisa.

4.3 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, foi feito um convite ao IF Sudeste MG – *Campus* Barbacena para participar desta pesquisa, por meio da Pró-Reitoria de Inovação e Pesquisa, destacando-se que a escolha dessa instituição foi feita por conveniência.

Após autorização da instituição, realizou-se o recrutamento das participantes, por meio da divulgação da pesquisa nas salas de aula de todos os cursos técnicos e superiores, informando-lhes que se tratava de um Programa que tinha o objetivo de discutir as questões em relação ao corpo e promover a apreciação corporal. Foram distribuídos *folders* de acordo com o protocolo de divulgação do programa, os quais foram preenchidos pelas estudantes, constando neles os seguintes itens: nome, curso, período, contato e também disponibilidade de horários, de acordo com as

opções sugeridas. Nesse formulário, havia também a opção de sugestão de horários diferentes dos apresentados pela pesquisadora. Após a entrega e o preenchimento do mesmo pelas interessadas, os *folders* foram recolhidos. Destaca-se que esse recrutamento foi realizado durante o período de 23 de fevereiro a 10 de março de 2017.

Após o término da divulgação do estudo, foi realizado um primeiro contato por telefone, com todas as voluntárias que preencheram os *folders*, convidando-as para uma reunião na semana seguinte, a fim de que fossem feitos esclarecimentos mais detalhados a respeito da pesquisa, bem como da aplicação do pré-teste.

Depois que os questionários do pré-teste foram preenchidos, obteve-se um número suficiente de participantes, de acordo com o que foi estabelecido pelo cálculo amostral. Posteriormente, foi realizada randomização por meio do seguinte endereço eletrônico: <www.randomization.com>, tendo sido feita uma divisão das participantes em 2 (dois) grupos: Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI).

As participantes alocadas no GI foram distribuídas em grupos de 5 a 8 mulheres de acordo com as opções de horários marcados em comum, presentes nos *folders*. Após essa organização, foi estabelecido um contato com elas, com objetivo de confirmar a opção de horário/dia da semana e informar a data de início dos encontros com os grupos.

Foram organizados 9 grupos, que se reuniam, simultaneamente, em diferentes horários e dias da semana, com, no mínimo, 5 participantes e, no máximo, 8, conforme o protocolo da intervenção. As reuniões aconteceram semanalmente, durante 4 semanas consecutivas, com duração de, aproximadamente, 60 minutos cada.

Após o término da intervenção, as participantes do GI preencheram o pós-teste. Logo após, foi realizado um novo contato com as acadêmicas do GC, que também responderam aos questionários novamente. O mesmo procedimento foi realizado no seguimento de 1 (um) mês e, novamente, após 6 (seis) meses.

O fluxograma CONSORT, apresentado na Figura 3, a seguir, elucida a alocação das participantes da pesquisa.

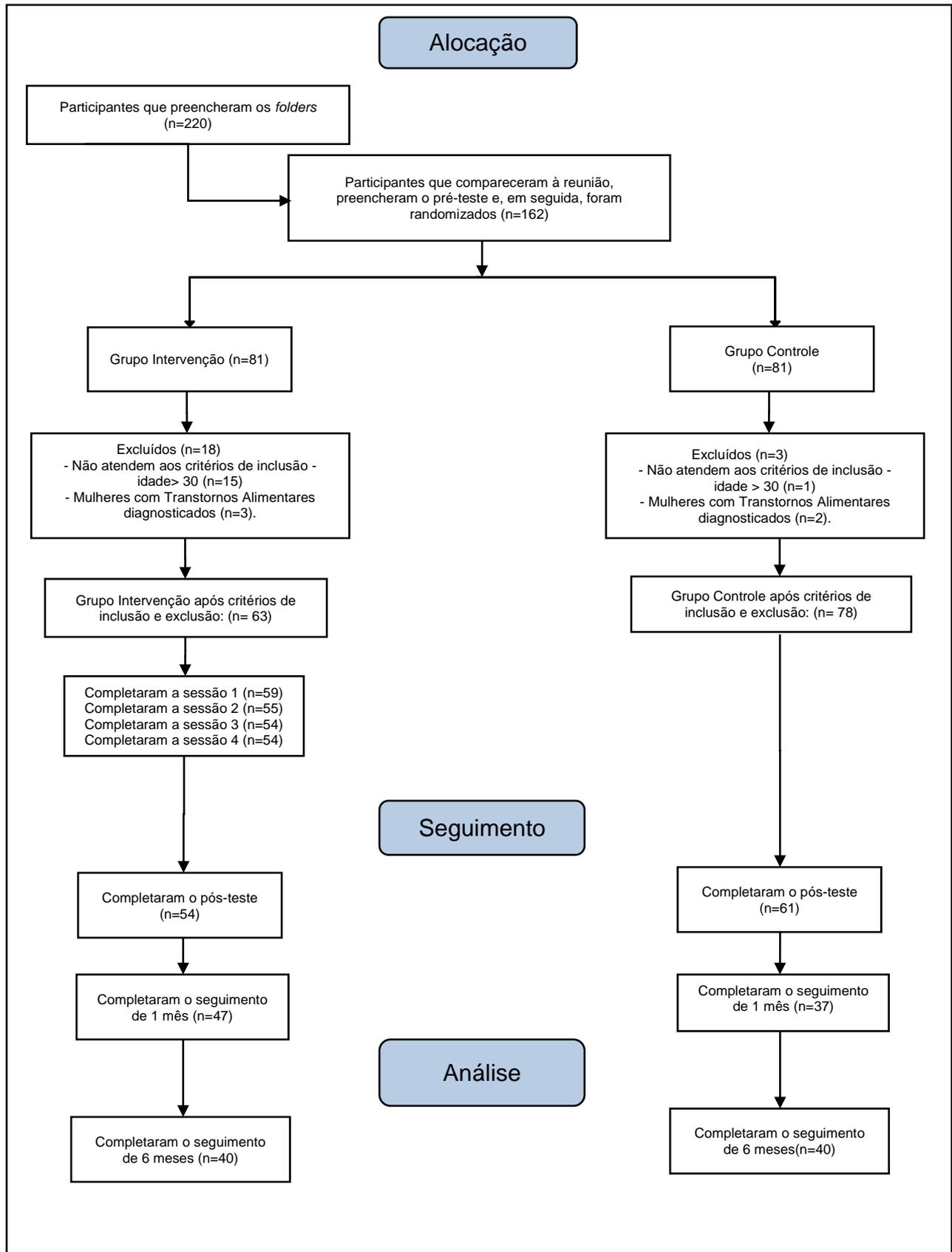


Figura 3: Fluxograma CONSORT.

Fonte: A autora (2017).

4.4 INTERVENÇÃO

O programa intitulado “O Corpo em Questão” (ANEXO J) é uma adaptação para adolescentes brasileiras realizada por Amaral (2015), a partir do programa *Body Project*, que foi, originalmente, desenvolvido por Stice, Rohde e Shaw (2013). O programa consiste em reuniões de, aproximadamente, 60 minutos, uma vez por semana, durante 4 semanas consecutivas. As sessões foram realizadas em grupos que variaram de 5 a 8 integrantes. Os grupos foram fixos, mas neles não puderam ser incluídas novas pessoas após iniciada a primeira sessão. De acordo com o protocolo do programa, o intervalo entre as sessões foi de uma semana e, caso alguém faltasse a uma sessão, uma nova sessão individual e resumida da sessão anterior era marcada imediatamente, para que a integrante se inteirasse do assunto e também realizasse os exercícios para o próximo encontro. Vale lembrar que as sessões foram conduzidas por uma mesma pesquisadora, sendo que todas foram filmadas, de acordo com o protocolo.

4.4.1 Descrição das Sessões

As sessões apresentadas a seguir (Quadro 2) foram propostas por Amaral (2015) e não sofreram alterações, ou seja, na presente intervenção, foi seguido o protocolo exatamente como apresentado pela autora.

Sessão 1
Inicialmente, foi feito um resumo sobre o propósito do estudo e obtido o comprometimento de participação voluntária de cada participante, bem como o consentimento para filmagem das sessões. As participantes foram informadas de que esta intervenção é baseada na ideia de que o ato de discutir como ajudar jovens meninas a evitar problemas com a Imagem Corporal pode ajudá-las a melhorar sua própria satisfação corporal. Como primeira atividade, as participantes definiram, coletivamente, o ideal de magreza. Após, foi discutida, criticamente, a origem desse ideal, como ele é perpetuado e difundido, o

impacto das mensagens sobre o ideal vindas dos pais, amigos, namorados e da mídia, bem como sobre quem se beneficia do estabelecimento desses padrões. Ao final da sessão, as participantes foram convidadas a realizar três tarefas: escrever uma carta sobre os custos associados à perseguição do ideal de magreza, direcionada a uma menina mais jovem; realizar o exercício de autoafirmação do espelho, que consistiu em elencar 10 características positivas sobre si mesmas; e completar o formulário a respeito das atitudes que perpetuam o ideal de magreza.

Sessão 2

Após uma breve revisão da última sessão e renovação do comprometimento voluntário, cada participante foi convidada a ler sua carta e falar sobre os sentimentos associados a escrevê-la. Em seguida, foi realizada uma discussão sobre o exercício do espelho. Em terceiro lugar, foi realizada uma dramatização (*role-play*), na qual cada participante tentava dissuadir o líder do grupo a perseguir o ideal de magreza. Nesse exercício, o líder do grupo exercia vários papéis, como uma pessoa obcecada por dietas ou pela popularidade prometida pelo ideal de magreza, por exemplo. Como tarefas para após a sessão, as participantes foram convidadas a escrever uma carta-resposta para alguém que comumente as pressionava a atingir o ideal de magreza; o segundo exercício foi escrever uma lista de dez formas de desafiar o ideal de magreza dentro de sua comunidade.

Sessão 3

A sessão foi iniciada com o reforço do comprometimento voluntário de cada participante. Em seguida, cada uma leu sua carta-resposta e falou sobre como se sentiu ao escrevê-la. Em seguida, foi realizada uma dramatização de respostas rápidas sobre como evitar conversas pró-ideal de magreza. A líder do grupo tentava iniciar uma conversa e cada participante tinha o objetivo de evitá-la, por meio de uma resposta curta e rápida. Como terceira atividade, as participantes foram encorajadas a falar sobre suas próprias preocupações com o corpo. As tarefas dessa sessão envolveram um desafio comportamental, para o qual cada participante deveria selecionar duas coisas que, normalmente, não fizessem em função de preocupações com o corpo e realizá-las durante a semana. Além disso, cada participante foi encorajada a selecionar dois elementos de suas listas sobre ativismo corporal e realizassem

durante a semana. Como terceiro exercício, elas foram convidadas a escrever uma carta para elas mesmas, quando eram mais jovens, descrevendo como evitar o desenvolvimento de problemas de Imagem Corporal.

Sessão 4

Inicialmente, cada participante reforçou seu comprometimento voluntário em participar da sessão. Em seguida, cada uma falou sobre o desafio comportamental realizado, discutindo quão útil consideraram esta atividade, bem como sobre as barreiras para não realizá-la. Após, foi proposta a discussão sobre o ativismo corporal, em que cada participante falou a respeito do que fez e as dificuldades enfrentadas. Em seguida, cada participante leu a carta escrita para elas mesmas quando mais jovens e falaram sobre os sentimentos associados a escrevê-la. Para encerrar a sessão, foi proposta uma discussão sobre os benefícios do grupo, além de dois exercícios de despedida: realização de um exercício de autoafirmação, estimulando as participantes a continuarem a desafiar suas próprias preocupações com o corpo e um ativismo corporal em grupo, no qual elas deveriam realizar, juntas, alguma atividade, objetivando criticar o ideal de magreza perante a comunidade.

Quadro 2: Descrição das sessões do programa “O Corpo em Questão”.
Fonte: Amaral (2015).

O GI foi submetido a essas quatro sessões, e o GC foi caracterizado como passivo e não realizou nenhuma atividade durante o período de coleta.

4.5 INSTRUMENTOS

4.5.1 Questionário demográfico e antropométrico

As participantes informaram a idade e os valores autorreferidos de peso e estatura (ANEXO A). Esse tipo de medida autorreferida tem sido fidedigna frente aos dados aferidos, uma vez que não apresentam diferenças significativas nos

resultados (FIELD et al., 2001; FONSECA et al., 2010; HELFERT; WARSCHBURGER, 2011). Informaram, também, se já haviam sido diagnosticadas com algum tipo de TA, transtorno mental ou se possuíam preocupação com a Imagem Corporal.

4.5.2 Insatisfação Corporal

4.5.2.1 Body Shape Questionnaire (BSQ)

O *Body Shape Questionnaire*, originalmente, foi desenvolvido por Cooper et al. (1987) para mensurar a preocupação com o corpo e a forma corporal, avaliando a insatisfação corporal. Foi validado para universitários brasileiros e obteve boa validade e confiabilidade ($\alpha = 0,97$) (ANEXO C). Composto por 34 itens, em escala Likert de pontos 1 (um) (nunca) a 6 (seis) (sempre), sua pontuação varia de 34 a 204 e, quanto maior o escore, maior a insatisfação. Segundo a pontuação obtida, o respondente é classificado como livre de insatisfação (pontuação menor ou igual a 110 pontos), leve insatisfação (maior que 110 e menor ou igual a 138), moderada insatisfação (maior que 138 e menor ou igual a 167) e grave (maior que 167 pontos) (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009). A consistência interna do BSQ para a amostra do presente estudo, avaliada através do alfa de *Cronbach*, foi de 0,96.

4.5.2.2 Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale (SDBPS)

Esse instrumento foi criado por Berscheid, Walster e Bohrnstedt (1973) e avalia a satisfação com partes específicas do corpo (peso, aparência, aparência da barriga, formato do corpo, cintura, coxas, nádegas, quadris e pernas) relacionada ao último mês, composto por 9 itens e escala Likert de 5 pontos: 1 (um) (extremamente satisfeito) a 5 (cinco) (extremamente insatisfeito). Para obter o escore total, calcula-

se a média das respostas. A consistência interna dessa escala foi de 0,88, e a correlação foi moderada e significativa com o escore do BSQ ($r = 0,418$; $p < 0,01$).

4.5.3 Influência Sociocultural

4.5.3.1 Questionário de atitudes socioculturais em relação à aparência-3 (SATAQ-3)

Esse questionário foi desenvolvido, originalmente, por Thompson et al. (2004) para avaliar a influência da mídia em relação à Imagem Corporal, tendo sido traduzido para a Língua Portuguesa por Amaral et al. (2011) e validado para a população jovem brasileira por Amaral et al. (2013). Contém 30 itens em escala Likert de 1 (um) (discordo totalmente) a 5 (cinco) (concordo totalmente), cuja soma das respostas resulta em seu escore total, variando de 30 a 150 pontos, sendo que, quanto maior seu escore total, maior a influência sociocultural na Imagem Corporal. O questionário apresenta escore reverso nos itens 3, 6, 9, 12, 13, 19, 27 e 28 (ANEXO D). Os valores de alfa de *Cronbach* para a amostra do presente estudo foram de 0,92.

4.5.3.2 Escala de Influência dos Três Fatores (EITF)

A Escala de Influência dos Três Fatores foi desenvolvida, originalmente, por Keery, Van Den Berg e Thompson (2004) destinada a avaliar a influência dos pais, dos amigos e da mídia na Imagem Corporal (ANEXO E). A avaliação da equivalência semântica foi realizada por Conti et al. (2010) e das qualidades psicométricas por Amaral et al. (2013) para a população jovem brasileira. Essa escala possui 39 itens mas no presente estudo, foram utilizadas apenas as subescalas referentes à influência de pais e amigos, totalizando 29 itens, pois a influência da mídia foi avaliada pelo SATAQ-3. O questionário apresenta uma escala Likert de pontos, de 1 (um) (sempre) a 5 (cinco) (nunca) e o escore total varia de 29 à 145 sendo que,

quanto menor o escore, maior a influência dos pais e amigos sobre a Imagem Corporal. A consistência interna avaliada pelo alfa de *Cronbach* para a amostra desta pesquisa foi de 0,88.

4.5.4 Internalização do Ideal de Magreza

4.5.4.1 Ideal – Body Stereotype Scale – Revised (IBSS)

Essa escala foi proposta por Stice et al. (1996), que avalia a internalização do ideal de magreza, sendo constituída por 8 itens em uma escala Likert de 1 (um) (discordo totalmente) a 5 (cinco) (concordo totalmente). O escore total é calculado pela média das respostas; a consistência interna foi de 0,82 e teve correlação moderada e significativa com o SATAQ-3 ($r = 0,352$; $p < 0,01$).

4.5.5 Risco de Transtornos Alimentares

4.5.5.1 Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)

Esse questionário foi desenvolvido por Garner et al. (1982) e avalia a presença do comer transtornado (ANEXO F). A versão original foi validada para meninas brasileiras por Bighetti et al. (2004). Ele é composto por 26 questões em escala Likert de pontos 3 (três): sempre; 2 (dois): muitas vezes; 1 (um): às vezes; 0 (zero): (poucas vezes, quase nunca e nunca). A questão 25 é invertida (sempre, muitas vezes e às vezes) = 0 (zero); poucas vezes = 1 (um), quase nunca = 2 (dois), nunca = 3 (três). O escore varia de 0 a 78 e, quanto maior o escore, maior o risco para TAs. Escores superiores a 21 são indicativos de comportamento alimentar de risco (GARNER et al., 1982; HAASE, 2011). A consistência interna avaliada pelo alfa de *Cronbach* para a amostra deste estudo foi 0,83.

4.5.5.2 *Dutch Restrained Eating Scale (DRES)*

Instrumento proposto por Van Strien et al. (1986) e avalia a adoção de comportamentos relacionados a dietas. Constituído por 10 itens em escala de 1 (um) (nunca) a 5 (cinco) (sempre). O escore total é dado através da média das respostas; a consistência interna da DRES foi de 0,93, e sua correlação com os escores obtidos no EAT-26 foi elevada e significativa ($r = 0,715$; $p < 0,01$).

4.5.5.3 *Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)*

Instrumento proposto por Stice, Fisher e Martinez (2004), com objetivo de avaliar sintomas de TAs descritos no DSM-5. Composto por 22 itens, e seu score final é calculado por meio da média da soma das respostas em cada questão. A consistência interna foi de 0,70, e a correlação com o EAT-26 foi elevada e significativa ($r = 0,534$; $p < 0,01$).

4.5.6 Apreciação Corporal

4.5.6.1 *Body Appreciation Scale (BAS)*

O *Body Appreciation Scale* é uma escala criada por Avalos et al. (2005) com objetivo de avaliar a apreciação corporal. Foi traduzida para a Língua Portuguesa no Brasil, e suas qualidades psicométricas foram avaliadas para homens e mulheres adultos (SWAMI et al., 2011). Ela é composta por 13 itens em escala Likert, variando de 1 (um) (nunca) a 5 (cinco) (sempre), sendo que as questões 9 e 12 são pontuadas de forma invertida e o escore pode variar de 13 a 65 e, quanto maior o escore total, maior a apreciação corporal (ANEXO G). A consistência interna do instrumento no presente estudo foi de 0,90.

4.5.7 Sintomas depressivos

4.5.7.1 *Beck Depression Inventory* (BDI)

Beck Depression Inventory é um instrumento criado, originalmente, por Beck et al. (1961), para avaliar a intensidade de sintomas depressivos. Tendo sido validado e traduzido por Gorestein e Andrade (1998) para a população brasileira. O instrumento é constituído por 21 itens, as questões apresentam 4 alternativas (0, 1, 2 e 3), podendo ser assinalada mais de uma alternativa referente ao item. Caso isso ocorra, é considerada a alternativa de maior valor para realizar a soma, que pode variar de 0 a 63, sendo que, quanto maior o escore, maior o nível de depressão. É importante ressaltar que a questão 19 não é somada no escore total, caso o indivíduo marque a opção que “está deliberadamente tentando perder peso”. No presente estudo, foi utilizada a classificação recomendada por Gorestein e Andrade (1998), que indicam o termo “disforia” (manifestação de humor deprimido) para indivíduos com escores entre 15 e 20 e maiores que 20 como “deprimido” (ANEXO H). Para a amostra desta pesquisa, o instrumento teve consistência interna de 0,87.

4.5.7.2 *Positive Affect and Negative Affect Scale* (PANAS)

Escala desenvolvida por Laurent et al. (1999) que avalia o afeto negativo e positivo. As respostas são relacionadas ao modo como os participantes se sentiram na última semana sobre 20 aspectos, variando de 1 (um) (nem um pouco) a 5 (cinco) (extremamente). O escore total é dado através da média das respostas. A consistência interna foi de 0,94 e a correlação com o BDI foi elevada e significativa ($r = 0,757$; $p < 0,01$).

4.5.8 Autoestima

4.5.8.1 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

A Escala de Autoestima de Rosenberg originalmente desenvolvida por Rosenberg (1989) é um instrumento que objetiva avaliar a autoestima. Foi validada para a população brasileira de 10 a 30 anos por Hutz e Zanon (2011), sendo composta por 10 afirmações classificadas quanto à concordância, em uma escala Likert de 4 opções de 1 (um) (discordo totalmente) a 4 (quatro) (concordo totalmente). Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 possuem escore reverso (ANEXO I). Nessa escala, o escore varia de 10 a 40 e quanto maior o escore total, maior a autoestima do entrevistado. A consistência interna do instrumento neste estudo foi de 0,9.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os instrumentos IBSS, DRES, SDBPS, PANAS e EDDS são utilizados no programa original *Body Project* (ANEXO B) e passaram por avaliação da equivalência semântica, realizada por Amaral (2015). Na presente pesquisa foi avaliada a correlação de cada um desses instrumentos com os demais utilizados no estudo e que já foram validados para a população adolescente brasileira. Todos os questionários apresentaram correlação significativa. Ainda foi realizada a análise de consistência interna de todos os instrumentos utilizados através do alfa de *Cronbach*.

Foi feita a análise descritiva das variáveis, a partir da média e do desvio-padrão. Por meio desses dados, foram feitas análises preliminares com objetivo de verificar a existência de diferenças entre o GI e o GC, em todas as variáveis. Para dados com distribuição normal, foi utilizado o teste T e, para dados com distribuição não normal, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Para verificar se o GI obteve reduções significativamente maiores que o GC nas variáveis avaliadas, em relação à linha de base, foi realizada a ANOVA para

medidas repetidas com efeitos mistos. Também foram feitas análises separadas para cada variável, considerando a relação entre sujeitos (controle x intervenção) e em 4 níveis (pré, pós-teste, seguimento de um mês e seis meses).

Os efeitos da intervenção foram considerados suportados caso houvesse interações do Grupo x Tempo significantes, desde que o GI mostrasse reduções nas variáveis em relação ao GC.

Na verificação de interações do Grupo x Tempo significantes, foram realizados os testes de seguimento, através da ANOVA de medidas repetidas, adotando-se quatro níveis para o GI e GC (pré e pós-teste, seguimento de 1 (um) mês e 6 (seis) meses). A ANOVA de um fator foi utilizada somente nos casos em que houve diferença entre o GI e o GC, no pré-teste, no pós-teste e no seguimento de um mês e seis meses.

Para todas as análises, foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v. 21.0).

Com objetivo de possibilitar a comparação dos resultados do presente estudo com outras pesquisas que avaliam a eficácia de programas de dissonância cognitiva, os *effect sizes* apresentados pelo eta parcial ao quadrado (η^2p) foram convertidos em eta ao quadrado (η^2), *d* de Cohen e *r*. Sendo que:

$$\eta^2 = \frac{SS_{treatment}}{SS_{total}} \quad \text{e} \quad \eta^2p = \frac{SS_{treatment}}{SS_{treatment} + SS_{error}}$$

Onde $SS_{treatment}$ designa a estatística Soma dos Quadrados para a interação Grupo x Tempo, SS_{total} corresponde à soma de todas as estatísticas Soma dos Quadrados, e SS_{error} é o valor correspondente ao erro. Todas essas informações são fornecidas pela ANOVA de modelos mistos.

Os valores de η^2 foram convertidos em *d* e *r* através das fórmulas propostas por Cohen (1988) e Rosenthal (1994)². Para a classificação da magnitude do tamanho do efeito foram utilizados os valores propostos por Cohen (1988) que relata os seguintes intervalos para *r*: 0,1 a 0,3: efeito fraco; 0,3 à 0,5: efeito moderado; 0,5 e superior: efeito forte.

² Cálculo executado através do sítio: <http://www.psychometrica.de/effect_size.html#transform>.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob Parecer nº 228.386, de 21 de fevereiro de 2013 (ANEXO K), enfatizando-se que sua execução está de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Importa ressaltar que todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO L), o qual fornece informações sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, bem como esclarecimentos sobre o caráter voluntário da mesma.

Como foram identificados resultados satisfatórios na presente intervenção para o GI, pretende-se ofertar ao GC o mesmo tratamento dado ao Grupo Intervenção.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 141 mulheres jovens, alocadas nos Grupos de Intervenção (n = 63) e Controle (n =78). A média de idade para o GI foi de 20,33 anos (DP = 1,76 anos), e o valor médio do IMC foi de 22,57 kg/m³ (DP = 4,28). Já para o GC, a média de idade foi de 21,14 anos (DP = 2,57), e o valor médio do IMC foi de 21,83 kg/m³ (DP = 3,25). Quanto à preocupação em relação à Imagem Corporal, 88,9% das mulheres do GI e 83,3% das mulheres do GC relataram que se sentiam preocupadas com sua Imagem Corporal.

Foram realizadas análises preliminares, a fim de verificar diferenças significantes entre os grupos em relação às características antropométricas e demográficas, bem como as variáveis analisadas a partir dos dados obtidos no pré-teste. Não houve diferenças significantes entre as participantes para nenhuma das variáveis analisadas.

Do pré-teste para o seguimento de seis meses, houve uma perda amostral de 36,5% (n=23) no GI e de 48,7% (n = 38) no GC.

5.2 EFEITOS DA INTERVENÇÃO

Na Tabela 1, a seguir, apresenta-se a análise descritiva para cada variável avaliada no GI e no GC, além dos resultados da análise da interação Grupo × Tempo.

Tabela 1: Análises descritivas e resultados da ANOVA para modelos mistos para a interação Grupo x Tempo para as variáveis dependentes, e da ANOVA para medidas repetidas.

	GRUPO INTERVENÇÃO				GRUPO CONTROLE				GRUPO x TEMPO ¹		
	Pré-teste	Pós-teste	1 mês	6 meses	Pré-teste	Pós-teste	1 mês	6 meses	F	p	$\eta^2 p$
<i>Insatisfação corporal</i>											
BSQ	86,11 (36,42)	63,88 (28,21)*	65,98 (32,94)**	67,00 (33,44)***	78,99 (33,68)	75,70 (35,02)	82,74 (36,59)	84,55 (43,03)	3,664	0,018	0,18
SDBPS	2,77 (0,86)	1,79 (1,02)*	1,79 (1,31)**	1,50 (1,41)***	2,87 (0,87)	2,31 (1,43)*	1,45 (1,63)**	1,60 (1,69)***	3,94	0,010	0,08
<i>Influência Sociocultural</i>											
SATAQ-3	82,16 (23,99)	67,94 (21,50)*	69,34 (22,96)**	69,11 (26,12)***	77,68 (24,41)	78,36 (24,89)	80,24 (23,07)	80,89 (25,08)	5,63	0,002	0,26
EITF	113,68 (16,16)	113,43 (20,07)	117,54 (19,77)	118,40 (21,64)	116,21 (14,30)	119,36 (14,57)	115,68 (15,00)	110,03 (20,22)	1,53	0,216	0,08
<i>Internalização do Ideal de Magreza</i>											
IBSS	3,01 (0,69)	1,89 (1,12)*	1,75 (1,29)**	1,54 (1,44)***	3,16 (0,57)	2,32 (1,36)*	1,35 (1,52)**	1,56 (1,62)***	4,13	0,008	0,08
<i>Atitudes Alimentares</i>											
EAT-26	15,00 (10,54)	8,15 (7,69)*	10,69 (7,93)**	9,75 (9,62)***	13,79 (9,74)	12,92 (9,76)	16,92 (18,10)	16,13 (12,54)	5,66	0,002	0,25
DRES	2,16 (0,96)	1,48 (0,92)*	1,18 (0,95)**	1,25 (1,17)***	2,08 (0,86)	1,59 (1,16)*	1,03 (1,26)**	1,19 (1,37)***	0,45	0,715	0,01
EDDS	17,89 (14,00)	8,42 (8,20)*	7,69 (8,20)**	6,76 (9,11)***	15,29 (11,01)	10,31 (10,55)*	7,52 (11,34)**	8,40 (12,61)***	2,05	0,110	0,04
<i>Apreciação Corporal</i>											
BAS	46,46 (10,10)	52,63 (8,42)*	52,70 (9,54)**	53,48 (9,38)***	46,36 (10,31)	47,44 (10,47)	47,19 (10,85)	46,10 (11,40)	2,41	0,076	0,11
<i>Afeto Negativo</i>											
BDI	11,19 (7,47)	5,41 (5,70)*	5,72 (6,75)**	8,23 (11,27)	10,71 (8,41)	9,36 (8,46)	8,27 (9,11)	10,51 (11,34)	2,81	0,048	0,13
PANAS	2,31 (0,78)	1,47(0,81)*	1,48 (1,18)**	1,30 (1,30)***	2,23 (0,87)	1,67 (1,21)*	1,12 (1,37)**	1,19 (1,37)***	2,10	0,103	0,05
<i>Autoestima</i>											
EAR	30,71 (4,77)	34,09 (4,83)*	33,67 (4,98)**	33,13 (6,72)	30,77 (6,21)	31,40 (6,33)	29,92 (7,61)	30,43 (7,52)	3,52	0,021	0,16

¹Comparação do GI e GC, considerando dados relativos ao pré-teste, pós-teste e seguimentos de um e seis meses.

*Diferença significativa ($p < 0,05$) entre o pré e o pós-teste. ** Diferença significativa ($p < 0,05$) entre o pré-teste e o seguimento de um mês. ***Diferença significativa ($p < 0,05$) entre o pré-teste para o seguimento de seis meses.

Fonte: A autora (2018).

Para a insatisfação corporal avaliada pelo BSQ, houve interação Grupo \times Tempo significativa (Tabela 1); além disso, houve efeito significativo do tempo [$F(3,49) = 9,39, p = 0,000, \eta^2_p = 0,36$]. Não houve efeito do grupo [$F(1,51) = 1,66, p = 0,204, \eta^2_p = 0,03$]. A fim de investigar a interação, ANOVAs para medidas repetidas foram conduzidas separadamente, para cada grupo (Intervenção e Controle), objetivando verificar se existiram diferenças entre os quatro momentos. Houve redução da insatisfação corporal ao longo do tempo, para o GI [$F(3,30) = 12,95, p = 0,000, \eta^2_p = 0,56$]. Essa redução foi notada do pré-teste para o pós-teste, com um leve aumento do pós-teste para o seguimento de um mês e seis meses, mas que se manteve com redução significativa quando comparada ao pré-teste. O mesmo não foi notado no GC [$F(3,17) = 1,64, p = 0,217, \eta^2_p = 0,22$]. Foi realizada a comparação dos efeitos entre os grupos para o pós-teste, um mês e seis meses, os quais apontaram diferença significativa da insatisfação corporal entre os grupos GC e GI no seguimento de um mês ($p = 0,018$), com as participantes do GC apresentando-se mais insatisfeitas do que as do GI.

Houve efeito significativo da interação Grupo \times Tempo (Tabela 1) e também para o tempo, [$F(3,13) = 38,66, p = 0,000, \eta^2_p = 0,47$], mas não para o grupo [$F(1,18) = 0,53, p = 0,476, \eta^2_p = 0,004$] para a insatisfação corporal avaliada pela escala SDBPS. Nas análises separadas para os dois grupos, identificou-se que ambos tiveram efeito significativo ao longo do tempo, sendo que a insatisfação corporal no GC reduziu até o seguimento de um mês, mas não se manteve no seguimento de seis meses; contudo, manteve redução significativa em relação ao pré-teste [$F(3,72) = 22,60, p = 0,000, \eta^2_p = 0,48$]. Já o GI apresentou redução da insatisfação corporal no pós-teste, mantendo-se no seguimento de um mês, e reduzindo, novamente, no seguimento de seis meses [$F(3,57) = 18,65, p = 0,000, \eta^2_p = 0,50$]. Os grupos se diferiram de forma significativa na insatisfação corporal no pós-teste ($p = 0,004$), sendo que as participantes do GC mostraram-se mais insatisfeitas.

Para a influência sociocultural da mídia avaliada pelo SATAQ-3, não houve efeito significativo para o tempo [$F(3,47) = 1,21, p = 0,316, \eta^2_p = 0,07$] nem para o grupo [$F(1,26) = 1,33, p = 0,255, \eta^2_p = 0,03$], mas houve interação significativa Grupo \times Tempo (Tabela 1). No GC, não houve diferença estatisticamente significativa do tempo [$F(3,16) = 2,33, p = 0,113, \eta^2_p = 0,30$], mas houve redução significativa da influência sociocultural da mídia ao longo do tempo. O GI [$F(3,29) = 5,16, p = 0,006, \eta^2_p = 0,35$] apresentou redução do pré-teste para o pós-teste e teve

um pequeno aumento no seguimento de um mês em relação ao pós-teste, voltando a reduzir no seguimento de seis meses. Ao analisar a ocorrência de diferenças da influência da mídia entre o GI e o GC, foi notada diferença significativa tanto para o pós-teste ($p = 0,029$) quanto para os seguimentos de um ($p = 0,031$) e seis meses ($p = 0,045$), com as participantes do GC apresentando escores superiores para o SATAQ-3.

Não houve efeito significativo para a influência dos pais e de amigos (EITF) para a interação Grupo \times Tempo (Tabela 1), nem para o tempo [$F(3,52) = 1,55$, $p = 0,214$, $\eta^2_p = 0,08$] ou para o grupo [$F(1,51) = 0,06$, $p = 0,810$, $\eta^2_p = 0,001$]. Na comparação entre os grupos, foi encontrada diferença significativa da influência dos pais e amigos no seguimento de seis meses ($p = 0,034$), com maior influência notada nas participantes do GI.

Para a internalização do ideal de magreza (IBSS), houve interação Grupo \times Tempo significativa (Tabela 1), e também para o tempo [$F(3,13) = 78,38$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,65$], mas não para o grupo [$F(1,24) = 0,07$, $p = 0,786$, $\eta^2_p = 0,001$]. Analisando, separadamente, a interação do tempo para cada grupo, observou-se que houve diferença significativa na internalização do ideal de magreza para ambos os grupos: GI [$F(3,60) = 33,62$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,63$] e GC [$F(3,67) = 47,30$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,68$]. A internalização desse ideal reduziu, gradativamente, ao longo do tempo no GI. O escore do GC teve uma mudança gradativa até o seguimento de um mês e, depois, ele aumentou após seis meses, quando foi comparado ao escore de um mês, mantendo a redução significativa, quando comparada ao escore do pré-teste. Os grupos apresentaram diferença significativa na internalização do ideal de magreza no pós-teste ($p = 0,004$), com maiores escores para o GC.

Houve efeito significativo para a interação Grupo \times Tempo (Tabela 1) para a adoção de atitudes alimentares inadequadas avaliadas pelo EAT-26. Também se verificou efeito do tempo [$F(3,49) = 6,42$, $p = 0,001$, $\eta^2_p = 0,28$], mas não foi notado efeito do grupo [$F(1,28) = 0,98$, $p = 0,328$, $\eta^2_p = 0,02$]. No GI, houve uma redução significativa ao longo do tempo na adoção de atitudes alimentares inadequadas [$F(3,28) = 12,81$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,58$]. Essa redução esteve presente no pós-teste, com um leve aumento no seguimento de um mês, reduzindo, novamente, no seguimento de seis meses, mantendo uma redução significativa em relação ao pré-teste. O mesmo não foi verificado para o GC [$F(3,19) = 1,43$, $p = 0,265$, $\eta^2_p = 0,18$]. Houve diferença significativa das atitudes alimentares inadequadas no GI em relação

ao GC no pós-teste ($p = 0,004$) e no seguimento de 6 meses ($p = 0,008$), com as participantes do GC apresentando escores superiores aos das estudantes do GI.

Para a escala de adoção de dietas (DRES), não houve interação Grupo \times Tempo significativa; entretanto, houve efeito significativo para o tempo [$F(3,13) = 46,59$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,52$], mas não para o grupo [$F(1,13) = 0,51$, $p = 0,476$, $\eta^2_p = 0,004$]. Não foi identificada diferença significativa na adoção de dietas entre os grupos em nenhum momento.

Houve efeito do tempo para a presença de sintomas para os TAs (EDDS) [$F(3,13) = 29,23$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,40$], mas não foi encontrado efeito significativo na interação Grupo \times Tempo (Tabela 1) nem para o grupo [$F(1,13) = 0,03$, $p = 0,865$, $\eta^2_p = 0,00$]. Os grupos não apresentaram diferença significativa nos sintomas para os TAs em nenhum dos momentos.

Na apreciação corporal (BAS), houve efeito significativo do tempo [$F(3,54) = 5,60$, $p = 0,002$, $\eta^2_p = 0,24$] e também efeito do grupo [$F(1,11) = 4,32$, $p = 0,042$, $\eta^2_p = 0,07$], embora não tenha ocorrido efeito significativo para a interação Grupo \times Tempo (Tabela 1). Houve diferença significativa da apreciação corporal entre os grupos nos 3 momentos: no pós-teste ($p = 0,007$), que se manteve após 4 semanas ($p = 0,014$), e no seguimento de 6 meses ($p = 0,003$), com as participantes do GI apresentando escores superiores às do GC.

A interação Grupo \times Tempo foi significativa para a ocorrência de sintomas depressivos avaliados pelo BDI (Tabela 1), assim como o efeito do tempo [$F(3,54) = 4,55$, $p = 0,006$, $\eta^2_p = 0,20$], mas não foi identificado efeito do grupo [$F(1,62) = 0,003$, $p = 0,953$, $\eta^2_p = 0,00$]. Ao longo do tempo, o GI apresentou uma redução dos sintomas depressivos [$F(3,34) = 7,50$, $p = 0,001$, $\eta^2_p = 0,40$], que foi notada no pós-teste, aumentando, levemente, no seguimento de um mês, e com aumento mais acentuado no seguimento de seis meses. Nesse último momento, a diferença significativa não se manteve em relação ao pré-teste. O GC não apresentou diferença significativa nos sintomas depressivos ao longo do tempo [$F(3,18) = 0,72$, $p = 0,554$, $\eta^2_p = 0,11$]. A diferença significativa entre os grupos, na ocorrência de sintomas depressivos, foi notada no pós-teste ($p = 0,010$), mas essa diferença não se manteve nos demais momentos.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, o afeto negativo (PANAS) não teve diferença significativa na interação Grupo \times Tempo; todavia, houve efeito do tempo [$F(3,12) = 34,80$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,46$], mas não do grupo [$F(1,11) = 0,05$, $p = 0,822$, $\eta^2_p = 0,00$]. Os grupos apresentaram diferença

significante para o afeto negativo no seguimento de um mês ($p = 0,047$), com escores superiores notados para as participantes do GI.

Para a autoestima avaliada pelo EAR, houve interação Grupo \times Tempo (Tabela 1), interação do tempo [$F(3,54) = 3,10$, $p = 0,034$, $\eta^2_p = 0,15$] e efeito do grupo [$F(1,34) = 3,77$, $p = 0,057$, $\eta^2_p = 0,06$]. Analisando, separadamente, os grupos, houve aumento na autoestima ao longo do tempo para o GI [$F(3,33) = 9,06$, $p = 0,000$, $\eta^2_p = 0,45$], o que foi notado no pós-teste, reduzindo no seguimento de um mês e seis meses. Esse último não manteve a diferença significativa, quando comparado ao pré-teste. O GC não apresentou diferença significativa [$F(3,19) = 0,09$, $p = 0,966$, $\eta^2_p = 0,01$] ao longo do tempo. Ao analisar os dados referentes à diferença da autoestima entre os grupos, foi notada diferença no pós-teste ($p = 0,036$) e no seguimento de um mês ($p = 0,028$), com as participantes do GI apresentando maior autoestima do que as do GC.

Os tamanhos do efeito e o poder final atingido para os desfechos avaliados serão apresentados na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2: *Effect sizes* para as interações Grupo \times Tempo avaliadas pela ANOVA de modelos mistos.

	η^2_p	n^2	d	r	Classificação ^b
Insatisfação corporal					
BSQ*	0,06 ^a	0,05	0,47	0,23	Fraco
SDBPS*	0,02 ^a	0,01	0,24	0,12	Fraco
Influência sociocultural					
SATAQ-3*	0,11 ^a	0,11	0,70	0,33	Moderado
EITF	0,03	0,03	0,36	0,18	Fraco
Internalização do ideal de magreza					
IBSS*	0,02 ^a	0,02	0,26	0,13	Fraco
Atitudes alimentares					
EAT-26*	0,05 ^a	0,05	0,46	0,22	Fraco
DRES	0,00	0,00	0,07	0,04	Pequeno
EDDS	0,01	0,01	0,20	0,10	Fraco
Apreciação corporal					
BAS	0,06	0,05	0,48	0,23	Fraco
Afeto negativo					
BDI*	0,03 ^a	0,03	0,34	0,17	Fraco
PANAS	0,01	0,01	0,18	0,09	Pequeno
Autoestima					
EAR*	0,03 ^a	0,03	0,37	0,18	Fraco

^aEfeitos significantes para $p < 0,05$. ^bDe acordo com o proposto por Cohen (1988) para o valor de r .

*interação Grupo \times Tempo significantes.

Fonte: A autora (2018).

Os gráficos de perfil para todas as análises realizadas estão apresentados no Apêndice A. A partir destes gráficos é possível observar a variação dos escores entre os 4 momentos para os grupos controle e intervenção, indicando, ou não, a existência de efeito do programa preventivo sobre as variáveis avaliadas.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal testar a eficácia do programa “O Corpo em Questão” nos fatores de risco para os TAs em mulheres jovens adultas brasileiras. Destaca-se o pioneirismo deste estudo, no sentido de investigar estratégias preventivas para TAs em mulheres jovens no Brasil. Salienta-se, ainda, sua importância devido ao alto risco que as mulheres jovens apresentam em desenvolver TAs e condições subclínicas, que podem estar associadas a outros distúrbios psiquiátricos, devendo, portanto, ser abordados como problemas de Saúde Pública (SWANSON et al., 2011). Tendo em vista que a procura por tratamento de TAs é pequena e também pelo alto custo financeiro, é preciso desenvolver intervenções preventivas que sejam capazes de minimizar os fatores de risco associados aos transtornos (STICE et al., 2006; STICE; SHAW; MARTI, 2007; FORTES et al., 2015), sendo que a presente pesquisa cumpre esse papel.

A partir dos resultados encontrados, verificou-se que a intervenção apresentou reduções significantes na insatisfação corporal, na influência da mídia, na internalização do ideal de magreza, nos sintomas para TAs e nos sintomas depressivos das participantes deste estudo. Ademais, observou-se aumento na autoestima das jovens que participaram do programa. Salienta-se que os efeitos do programa foram estatisticamente significantes de fracos a moderados em magnitude ($r = 0,17$ a $0,33$), de acordo com os valores propostos por Cohen (1988), contrastando com o estudo de Amaral (2015) – realizado com adolescentes brasileiras do sexo feminino –, que encontrou efeitos significantes de moderados a fortes nos desfechos avaliados ($r = 0,31$ a $0,65$). Os resultados do presente estudo vão de encontro às evidências encontradas por Stice et al. (2007) e Khanh-Dao Le et al. (2017) em suas meta-análises, os quais indicaram maior eficácia dos programas preventivos, quando esses são direcionados a indivíduos no fim da adolescência e jovens adultos, em comparação àqueles no início da adolescência.

Em relação à insatisfação corporal, avaliada pelos instrumentos BSQ e SDBPS, o GI apresentou redução significativa nos escores dessa variável após a intervenção ($r = 0,23$ e $r = 0,12$, respectivamente), mantendo seus efeitos por seis meses. Esses achados corroboram o estudo de Kroon Van Diest e Perez (2013), os quais avaliaram a insatisfação corporal por meio do BSQ, em mulheres jovens, que apresentaram reduções significantes após a implementação de uma intervenção

baseada na dissonância cognitiva, cujos efeitos permaneceram ao longo de um ano. Chithambo e Huey Jr. (2017), ao analisarem os efeitos de uma intervenção *on-line* baseada na dissonância, também obtiveram resultados significantes quanto à insatisfação corporal avaliada pelo BSQ. E também, de acordo com os resultados dos estudos de Stice, Butryn et al. (2013) e Greif, Becker e Hildebrandt (2015), que apresentaram redução significativa da insatisfação corporal em mulheres jovens avaliadas por meio do SDBPS, após serem submetidas a um programa de prevenção semelhante. Dessa forma, acredita-se que a intervenção com base na dissonância cognitiva seja uma alternativa interessante na redução da insatisfação corporal de mulheres.

No presente estudo, os tamanhos dos efeitos para a insatisfação corporal foram fracos. Os estudos de Kroon Van Diest e Perez (2013), Stice, Butryn et al. (2013) e Greif, Becker e Hildebrandt (2015) contrastam o resultado encontrado nesta pesquisa, uma vez que os autores verificaram efeitos moderados. Uma possível explicação para a magnitude do efeito no presente estudo pode ser o baixo escore inicial de insatisfação corporal das mulheres avaliadas. As pesquisas indicam que os efeitos dos programas de prevenção baseados em dissonância são significativamente mais fortes para participantes que apresentam maior insatisfação na linha de base (STICE; MARTI et al., 2008; MÜLLER; STICE, 2013).

Quanto à influência sociocultural, a intervenção realizada nesta pesquisa provocou reduções significantes na influência da mídia e na internalização do ideal de magreza, avaliadas pelo SATAQ-3 e IBSS, respectivamente. Essa redução se manteve ao longo dos seis meses de *follow-up*. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Perez, Becker e Ramirez (2010), que, utilizando-se dos mesmos instrumentos, identificaram reduções significantes ao longo do tempo na utilização da mídia para buscar informações relacionadas ao ideal de magreza, bem como sua internalização. De forma semelhante, o estudo de Chithambo e Huey Jr. (2017) identificou reduções estatisticamente significantes na internalização do ideal de magreza, avaliada pelo IBSS, para as participantes de uma intervenção *on-line* baseada em dissonância cognitiva em jovens adultas, resultados semelhantes aos verificados no presente estudo.

Os efeitos verificados para a influência sociocultural da mídia (SATAQ-3) foram classificados como moderados ($r = 0,33$), sendo esse o único desfecho do presente estudo que alcançou essa magnitude. Tal resultado se justifica pelo fato de a intervenção testada nesta investigação ser direcionada, principalmente, à redução

dessa variável. Já os efeitos para a internalização do ideal de magreza, avaliada pela IBSS, foram classificados como fracos ($r = 0,13$), assim como verificado no estudo de Perez, Becker e Ramirez (2010). Já para a influência dos pais e amigos, avaliada pela EITF, não foi observada redução significativa, corroborando o estudo de Amaral (2015), que avaliou os efeitos de uma intervenção semelhante à do presente estudo em adolescentes brasileiras. Uma possível explicação para esse resultado se deve ao fato de que o programa preventivo utilizado no presente estudo objetiva reduzir a influência da mídia sobre as participantes e não a pressão exercida sobre elas pelos pais (STICE; ROHDE; SHAW, 2013). Além disso, as questões do questionário não são direcionadas aos sentimentos e comportamentos do indivíduo diante das pressões sociais, mas, sim, para as atitudes dos pais e amigos em relação ao ideal de magreza. Acrescenta-se o fato de que não é esperado que a intervenção cause efeitos sobre terceiros. Destaca-se, ainda, que não foi encontrado nenhum outro estudo que testasse os efeitos de uma intervenção para os TAs em jovens adultas nessa variável, o que dificulta possíveis explicações e comparações para esse resultado.

A intervenção testada foi capaz de provocar reduções significantes e fracas ($r = 0,22$) nas atitudes alimentares inadequadas, avaliadas pelo EAT-26, sendo essa redução mantida ao longo do seguimento. Resultado semelhante foi notado no estudo de Becker, Smith e Ciao (2005), que identificaram reduções significantes e fracas em magnitude, mas não nos estudos de Amaral (2015) e Chithambo e Huey Jr. (2017), os quais não verificaram efeitos da intervenção sobre essa variável.

Para a adoção de dietas, avaliada pela DRES, não houve interação Grupo \times Tempo. Essa variável apresentou reduções significantes nos dois grupos (GI e GC), fato que impede atribuir a redução dos escores à intervenção testada. Esses resultados corroboram os achados de Chithambo e Huey Jr. (2017), que não encontraram redução significativa dos escores que indicam a adoção de dieta. Por outro lado, divergem dos resultados de vários outros estudos, que encontraram efeitos significantes e moderados para esse desfecho (STICE; BUTRYN et al., 2013; STICE; ROHDE et al., 2013) e efeitos significantes e fortes (MCMILLAN; STICE; ROHDE, 2011).

Houve redução significativa, ao longo de todo o seguimento, na ocorrência de sintomas de TAs, avaliada pelo EDDS, para as participantes da intervenção. Todavia, não houve efeitos significantes na interação Grupo \times Tempo para essa variável, não sendo suportados, portanto, os efeitos da intervenção sobre esse

desfecho. Esse resultado contrasta com outros estudos, que encontraram efeitos significantes de programas baseados em dissonância cognitiva para essa variável (STICE; TROST; CHASE, 2003; STICE et al., 2014). Em contrapartida, estudos como o de Serdar et al. (2014) e McMillan, Stice e Rohde (2011) não verificaram efeitos significantes de intervenções semelhantes sobre a ocorrência de sintomas de TAs, atribuindo esse resultado ao fato de que um instrumento de autorrelato para os sintomas de TAs pode ser menos sensível para identificar mudanças nessa variável (STICE; FISHER; MARTINEZ, 2004).

Ressalta-se que, dos instrumentos que avaliam o comportamento alimentar, pôde-se identificar interação significativa do Grupo x Tempo apenas nos resultados encontrados no EAT-26. Dado que pode ser explicado pelo fato de que cada um desses instrumentos avaliam diferentes fatores relacionados aos comportamentos alimentares inadequados, portanto a intervenção pode ter reduzido fatores diferentes daqueles avaliados pelo DRES e o EDDS. Acrescenta-se também, como já mencionado, que o programa preventivo utilizado tem como foco principal a redução da influência sociocultural da mídia, e não à redução dos comportamentos alimentares inadequados como as dietas restritivas, podendo justificar este resultado.

Ao contrário do que foi observado por Amaral (2015) para adolescentes brasileiras, não foi notado efeito da intervenção na apreciação corporal entre as jovens participantes. Apesar de ter sido verificado aumento significativo do pré-teste para o seguimento de 6 meses, não houve interação Grupo x Tempo. Vale assinalar que os efeitos de intervenções baseadas em dissonância cognitiva sobre essa variável têm sido bastante divergentes, como o observado na pesquisa de Olson, Thaxton e Emery (2018), o qual identificou aumento na apreciação corporal tanto para o GI quanto para o GC, embora o primeiro tenha apresentado uma mudança mais expressiva dos escores. Ressalta-se que, entre os estudos que testaram a eficácia de programas preventivos, poucos avaliaram os efeitos sobre a Imagem Corporal positiva, prejudicando comparações mais precisas dos resultados (HALLIWELL et al., 2015). Embora não tenha apresentado interação Grupo x Tempo significativa, pode-se supor que o aumento da apreciação corporal verificado no GI pode ter sido causado pela intervenção, já que o mesmo não foi notado entre as participantes do GC; contudo, é preciso cautela ao inferir esse resultado.

Houve uma redução significativa e fraca ($r = 0,17$) dos sintomas depressivos avaliados pelo BDI, corroborando os resultados de outros estudos que avaliaram a

eficácia de programas preventivos semelhantes sobre a mesma variável que encontraram efeitos significantes de magnitude fraca a moderada (STICE et al., 2012; STICE; BUTRYN et al., 2013; STICE, MARTI, CHENG, 2014). Todavia, não houve interação Grupo \times Tempo significativa no afeto negativo avaliado pela PANAS, e tanto o GI quanto o GC apresentaram redução dessa variável ao longo do tempo. Resultados semelhantes foram notados nos estudos de McMillan, Stice e Rohde (2011) e Greif, Becker e Hildebrant (2015), os quais não identificaram redução significativa nesse desfecho após uma intervenção semelhante em jovens adultas. Por outro lado, estudos como o de Roehrig et al. (2006) e Becker et al. (2010) encontraram redução significativa nos escores de afeto negativo depois do pós-teste, que se mantiveram após 1 mês e ao longo de 14 meses, respectivamente.

Por fim, pode-se afirmar que a intervenção foi capaz de aumentar a autoestima das participantes, com os efeitos sendo mantidos até um mês após a intervenção. Estudos que testaram a eficácia de programas semelhantes sobre essa variável também foram capazes de verificar efeitos significantes (AMARAL, 2015; GREEN et al., 2017).

O aumento na autoestima das mulheres que participaram da intervenção “O Corpo em Questão” provavelmente se deve ao fato de que o programa estimula sentimentos positivos em relação ao corpo. O programa, a partir de discussões que instigam a reflexão sobre o conceito de beleza, sua trajetória ao longo do tempo, os custos para perseguir esse ideal – que é um modelo inconstante, manipulável e ilusório – despertam, nas participantes, um novo olhar para a diversidade de corpos e para sua própria beleza. A cada sessão, elas são estimuladas a desafiar suas preocupações com seus próprios corpos e a aprender a falar sobre eles, de maneira mais positiva e respeitosa. Por meio dos exercícios propostos, as jovens estudantes foram convidadas a elencar suas características positivas relacionadas a diversos aspectos, principalmente, a aparência física, e também a enfrentar as pressões para se adequarem a um modelo corporal. Essas discussões e exercícios levam-nas a desenvolverem sentimentos positivos em relação a seus próprios corpos, para que sejam capazes de reconhecer suas qualidades e amá-los, independente de sua forma física.

Os resultados obtidos no presente estudo fornecem suporte para a eficácia da intervenção “O Corpo em Questão” em jovens adultas brasileiras. Considerando o agrupamento dos instrumentos de acordo com o desfecho analisado, todos os desfechos apresentaram efeitos estatisticamente significantes pelo menos em um

dos instrumentos. Apenas a apreciação corporal, avaliada exclusivamente pelo BAS, não apresentou interação Grupo \times Tempo significativa, embora tenha revelado efeitos do tempo para o GI.

Apesar da pequena magnitude dos efeitos das variáveis analisadas, segundo a meta-análise de Stice, Shaw e Marti (2007), as médias dos efeitos das intervenções preventivas encontradas também alcançaram efeitos dessa magnitude. Enfatiza-se que, nas pesquisas que investigam variáveis psicológicas, é mais provável que se encontrem efeitos pequenos e médios do que grandes efeitos (DANCEY; REIDY, 2013). É imprescindível considerar ainda o custo/efetividade de programas preventivos. No presente estudo o programa demonstra ser uma alternativa interessante tendo em vista sua efetividade em reduzir os fatores de risco para TAs em larga escala e com um baixo dispêndio econômico.

Assim, é importante apontar que são vários os fatores que podem influenciar a verificação de efeitos de uma intervenção, como, por exemplo, os escores iniciais das variáveis. Pesquisas realizadas com adolescentes e jovens adultas têm demonstrado que maiores efeitos podem ser conquistados em públicos que apresentam um alto risco, os quais podem apresentar maior motivação e engajamento em relação ao programa, além do fato de que o baixo escore inicial produz um menor potencial de mudança (STICE; SHAW; MARTI, 2007; STICE; MARTI; SHAW et al., 2008; MÜLLER; STICE, 2013). Vale ressaltar que o presente estudo não adotou nenhum critério de inclusão que selecionasse apenas participantes com preocupação com a própria aparência, embora 88,9% das participantes da intervenção tenham relatado preocupação com a Imagem Corporal.

É importante destacar algumas limitações referentes a esta pesquisa. Em primeiro lugar, foram utilizadas apenas medidas autorreportadas. Justifica-se, porém, que essa é uma prática recorrente em estudos da área (STICE et al., 2000; BECKER; SMITH; CIAO, 2005; MITCHELL et al., 2007; PEREZ; BECKER; RAMIREZ, 2010; McMILLAN; STICE; ROHDE, 2011; AMARAL et al., 2015). Além disso, embora as escalas do *Body Project* tenham passado por tradução e retrotradução por Amaral et al. (2015) e tenham apresentado valores satisfatórios de consistência interna e correlação significativa com os demais questionários utilizados, estas escalas ainda estão em processo de validação para a população brasileira.

Em segundo lugar, é preciso considerar que o tempo do seguimento foi relativamente curto (6 meses), visto que vários estudos internacionais têm adotado

seguimentos mais longos, de até 3 anos (STICE; MARTI; SPOOR et al. 2008). Apesar dessa limitação, destaca-se que, no contexto nacional, esta é a primeira pesquisa a acompanhar os efeitos de uma intervenção preventiva dos TAs por um período maior que 1 mês. Por fim, pelo fato de as participantes do estudo, tanto do GI quanto do GC, terem sido oriundas da mesma instituição e conviverem diariamente, não foi possível controlar vieses causados pelo contato entre elas. Ademais, pelo fato de a pesquisa ter sido realizada em um contexto específico (com mulheres jovens de 18 a 30 anos matriculadas nos cursos técnicos e superiores do IF Sudeste MG – *Campus Barbacena*), os resultados da intervenção “O Corpo em Questão” devem ser interpretados com cautela ao extrapolá-los para mulheres jovens de outras regiões brasileiras.

Apesar das limitações apresentadas, esta investigação apresenta avanços na área de Imagem Corporal, sobretudo, no âmbito nacional, onde há uma grande carência de estudos que investiguem os efeitos de intervenções preventivas dos TAs. Por meio de um estudo controlado, randomizado, com um número amostral expressivo, e representando uma parcela da população caracterizada como público de risco para o desenvolvimento de TAs, a presente pesquisa testou a intervenção “O Corpo em Questão” adaptada e aplicada na população adolescente brasileira por Amaral (2015), fortalecendo a evidência de eficácia da intervenção na população brasileira. Ressalta-se a necessidade de testar o programa preventivo em amostras de diferentes regiões brasileiras, a fim de oferecer suporte maior para as evidências encontradas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas em Imagem Corporal que predominam no Brasil buscam avaliar as alterações na Imagem Corporal em diferentes amostras, sob condições variadas, e investigar os principais aspectos que estão associados a essas alterações, tais como o desenvolvimento dos TAs. Poucos estudos nacionais têm como objetivo avaliar os efeitos de programas preventivos nas alterações de Imagem Corporal e nos Transtornos Alimentares. Sabe-se que os TAs e as condições subclínicas afetam a vida das pessoas, seja no âmbito da saúde ou nas relações sociais. Por conseguinte, faz-se necessário apostar em pesquisas que avaliem intervenções preventivas nas populações de risco para o desenvolvimento de TAs.

Na tentativa de fornecer suporte para essa lacuna na literatura nacional, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a eficácia de um programa preventivo nos fatores de risco para TAs em mulheres jovens adultas brasileiras. De acordo com os resultados encontrados, pode-se afirmar que o programa “O Corpo em Questão” é uma intervenção eficaz na prevenção dos TAs nessa população, uma vez que foi capaz de reduzir os principais desfechos associados ao desenvolvimento desses transtornos: insatisfação corporal, influência da mídia na Imagem Corporal, internalização do ideal de magreza, comportamentos alimentares de risco para TAs e sintomas depressivos. Além disso, houve aumento da autoestima das mulheres do GI, que é um dos fatores protetivos no desenvolvimento de TAs, embora os achados não tenham sustentado a hipótese de que aumentaria a apreciação corporal das mulheres após a intervenção.

Outro objetivo da presente pesquisa foi investigar a manutenção dos efeitos da intervenção por um seguimento de 6 meses. Os resultados demonstraram que a intervenção proposta por meio do mecanismo de dissonância cognitiva manteve seus efeitos significantes no GI após 4 semanas e permaneceram ao longo de 6 meses de *follow-up*. A permanência dos efeitos, ao longo do tempo, fornece suporte para a efetividade da intervenção “O Corpo em Questão” em mulheres jovens adultas brasileiras.

Com o intuito de consolidar os achados do estudo em questão, alguns avanços são essenciais nas pesquisas futuras, como a avaliação dos resultados por seguimentos mais longos e, também, testar sua validade em grupos específicos e em diferentes regiões brasileiras. Esta pesquisa cumpriu com seu propósito, ao

investigar a eficácia de um programa preventivo de TAs em mulheres jovens adultas brasileiras, e forneceu subsídios para futuras pesquisas, ao disponibilizar suporte científico de efetividade desse programa para essa parcela da população.

REFERÊNCIAS

- ACKARD, D. M.; FULKERSON, J. A.; NEUMARK-SZTAINER, D. Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. **International Journal of Eating Disorders**, v. 44, p. 440-446, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20872753>>. Acesso em: 13 jan. 2018.
- ADAMI, F. et al. Insatisfação corporal e atividade física em adolescentes da região continental de Florianópolis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, p. 143-149, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- ALVARENGA, M. S.; DUNKER, K. L. L. et al. Influência da mídia em universitárias brasileiras de diferentes regiões. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 111-118, Jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200006>. Acesso em: 3 jun. 2017.
- ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S. T. et al. Insatisfação com a Imagem Corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 44-51, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 maio, 2017.
- ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 3-7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000100002>. Acesso em: 13 jan. 2018.
- ALVARENGA, M. S. et al. Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 253-260, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 maio, 2017.
- ALVARENGA, M. S.; DUNKER, K. L. L. Media influence and body dissatisfaction in Brazilian female undergraduate students. **Mexican Journal of Eating Disorders**, v. 5, p. 20-28, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152314703738>>. Acesso em: 28 maio, 2018.
- AMARAL, A. C. S. **Adaptação transcultural do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – 3 (SATAQ – 3) para a população brasileira**. 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

_____. **Imagem Corporal de adolescentes**: descrição e intervenção preventiva em âmbito escolar. 2015. 260 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

AMARAL, A. C. S. et al. Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1.487-1.497, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800004>. Acesso em: 29 abr. 2017.

AMARAL, A. C. S.; FERREIRA, M. E. C. et al. Avaliação psicométrica da Escala de Influência dos Três Fatores (EITF) de insatisfação corporal e transtorno alimentar para o idioma português. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 213-221, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000200001>. Acesso em: 13 maio, 2018.

AMARAL, A. C. S.; RIBEIRO, M. S. et al. Psychometric Evaluation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 among Brazilian Young Adults. **The Spanish Journal of Psychology**, Madrid, v. 16, p. E94, June, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24230957>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

AMARAL, A. C. S.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. A cultura do corpo perfeito: a influência sociocultural na Imagem Corporal. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs.). **Imagem Corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. 1. ed. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014. p. 173-186.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. **Journal Am Diet Assoc.**, v. 106, p. 2.073-2.082, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21802573>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

ATKINSON, M. J.; WADE, T. D. Enhancing dissemination in selective eating disorders prevention: An investigation of voluntary participation among female university students. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 51, n. 12, p. 806-816, Sept. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713001757>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

AVALOS, L.; TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. **Body Image**, Amsterdam, v. 2, n. 3, p. 285-297, June, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144505000549?via%3Dihub>>. Acesso em: 1º maio, 2017.

BARLETT, C. P.; VOWELLS, C. L.; SAUCIER, D. A. Meta-analyses of the effects of media images on men's Body-Image concerns. **Journal of Social and Clinical Psychology**, New York, v. 27, n. 3, p. 279-310, Oct. 2008. Disponível em: <<http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2008.27.3.279>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BARROS, D. D. Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, p. 547-554, maio/ago.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/19.pdf>>. Acesso em: 29 maio, 2017.

BERSCHIED, E.; WALSTER, E.; BOHRNSTEDT, G. The happy American body: a survey report. **Psychology Today**, New York, v. 7, n. 6, p. 119-131, Nov. 1973. Disponível em: <http://www.academia.edu/21518813/The_Happy_American_Body_A_Survey_Report>. Acesso em: 13 jan. 2018.

BECK, A. et al. An inventory for measure depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, n. 6, p. 561-571, June, 1961. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BECKER, C. B.; SMITH, L. M.; CIAO, A. C. Reducing Eating Disorder Risk Factors in Sorority Members: A Randomized Trial. **Behavior Therapy**, v. 36, p. 245-253, 2005. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789405800735>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

BECKER, C. B. et al. Peer-facilitated cognitive dissonance versus healthy weight eating disorders prevention: A randomized comparison. **Body Image**, v. 7, p. 280-288, June, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20638351>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 339-346, nov./dez. 2004.

BOSI, M. L. M. et al. Autopercepção da Imagem Corporal entre estudantes de Nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 108-113, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BOSI, M. L. M. et al. Comportamento alimentar e Imagem Corporal entre estudantes de Educação Física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 28-33, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100006>. Acesso em: 13 jan. 2018.

BRECHAN, I.; KVALEM, I. L. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. **Eating Behaviors**, New York, v. 17, p. 49-58, Apr. 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015314001809>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

BRIEN, K. S. O.; HUNTER, J. A. Body esteem and eating behaviours in female physical education students. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v. 11, p. 57-60, June, 2006. Disponível em: <<https://link.springer.com/journal/40519>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BROWN, Z.; TIGGEMANN, M. Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. **Body Image**, Amsterdam, v. 19, p. 37-43, Aug. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27598763>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

BUCCHIANERI, M. M.; CORNING, A. F. An Experimental Test of Women's Body Dissatisfaction Reduction through Self-Affirmation. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, Oxford, v. 4, n. 2, p. 188-201, July, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1758-0854.2012.01068.x/full>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BULIK, C. M. et al. Prevalance, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 3, p. 305-312, Mar. 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/7258524_Prevalence_Heritability_and_Prospective_Risk_Factors_for_Anorexia_Nervosa>. Acesso em: 26 maio, 2018.

BUTRYN, M. L. et al. Do Participant, Facilitator, or Group Factors Moderate Effectiveness of the Body Project? Implications for Dissemination. **Behaviors Research and Therapy**, Oxford, v. 61, p. 142-149, Oct. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796714001338?via%3Dihub>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

CABEDA, S. A ilusão do corpo perfeito: o discurso médico na mídia. In: STREY, M. N.; CABEDA, S. T. L.; PREHN, D. R. (Orgs.). **Gênero e cultura: questões contemporâneas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 149-173.

CAETANO, A. S. **Tradução, adaptação cultural e estrutura factorial do Body Shape Questionnaire, Body Esteem Scale e Body Appreciation Scale para mulheres brasileiras na meia-idade**. 2011. Tese de Doutorado – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000856289&opt=1>>. Acesso em: 1º abr. 2017.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da Imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.

CAPLAN, G. **Principles of preventive psychiatry**. New York: Basic Books, 1964.

CARVALHO, P. H. B. et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a Imagem Corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 108-114, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000200003>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Imagem Corporal em homens: instrumentos avaliativos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n. 3, p.

277-285, jul./set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000300005>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CARVALHO, P. H. B.; CASTRO, M. R.; FERREIRA, M. E. C. Imagem Corporal e vida adulta. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs.). **Imagem Corporal**: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014. p. 87-114.

CARVALHO, P. H. B. Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos Três Fatores de Imagem Corporal para jovens brasileiros. 2016. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

CARVALHO, S. R.; AMARAL, A. C. S.; FERREIRA, M. E. C. Transtornos Alimentares e Imagem Corporal na adolescência: uma análise da produção científica em Psicologia. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 200-223, 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000300015>. Acesso em: 10 maio, 2017.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: _____. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York, London: The Guilford Press, 2002. p. 3-12.

CASH, T. F. et al. Measuring “negative body image”: Validation of the body image disturbance questionnaire in a non-clinical population. **Body Image**, Amsterdam, v. 1, p. 363-372, Dec. 2004. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144504000683>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011.

CECON, R. S. et al. Overweight and Body Image Perception in Adolescents with Triage of Eating Disorders. **The Scientific World Journal**, New York, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28856236>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

CHARFI, N. et al. A study of the relationship between eating disorders, stress level and self-esteem among medicine students. **La Tunisie Medicale**, Tunis, v. 93, n. 11, p. 720-724, Nov. 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27126431>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

CHITHAMBO, T. P.; HUEY, S. J. Jr. Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 50, n. 10, p. 1.142-1.151. Oct. 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28801926>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

CONTI, M. A. et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 503-513, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 1º maio, 2017.

COOPER, P. J. et al. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 6, n. 4, p. 485-494, July, 1987. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O/abstract)>. Acesso em: 29 abr. 2017.

COSTA, A. C. P. et al. Atitudes em relação ao exercício e insatisfação com a Imagem Corporal de frequentadores de academia. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 453-464, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v29n3/1981-4690-rbefe-29-03-00453.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

COSTA, L. C. F.; VASCONCELOS, F. A. G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a Imagem Corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 665-676, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400011>. Acesso em: 22 jun. 2017.

DAKANALIS, A. et al. Prospective Psychosocial Predictors of Onset and Cessation of Eating Pathology amongst College Women. **European Eating Disord Review**, Londres, v. 24, n. 3, p. 251-256, May, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842985>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

DANCEY, C. P; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DYE, H. Does Internalizing Society and Media Messages Cause Body Dissatisfaction, in Turn Causing Disordered Eating? **Journal of Evidence-Informed Social Work**, São Paulo, v. 1, n. 0, p. 1-11, Nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26086885>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-24, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000100006> Acesso em: 29 abr. 2017.

ENGELN-MADDOX, R. Buying a beauty standard or dreaming of a new life? Expectations associated with media ideals. **Psychology of Women Quarterly**, New York, v. 30, p. 258-266, Sept. 2006. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6402.2006.00294.x?journalCode=pwqa>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

EVANS, P. C. If only I were thin like her, maybe I could be happy like her: The self-implications of associating a thin female ideal with life success. **Psychology of**

Women Quarterly, New York, v. 27, p. 209-214, Sept. 2003. Disponível em: <<https://www.researchgate.net>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

FERRARI, E. P.; SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L. Associação entre percepção da Imagem Corporal e estágios de mudança de comportamento em acadêmicos de Educação Física. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 14, n. 5, p. 535-544, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1980-00372012000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13, janeiro, 2018.

FERREIRA, M. E. C. et al. Imagem Corporal: contexto histórico e atual. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs.). **Imagem Corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014. p. 15-48.

FERREIRA, L. **Validação da Body Appreciation Scale (BAS), Life Satisfaction Index For The Third Age (LSITA) e do Aging Perception Questionnaire (APQ) para a língua portuguesa no Brasil: um estudo em idosos brasileiros**. 2012. 468 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Org.). **Imagem Corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014.

FERREIRO, F.; SEOANE, G.; SENRA, C. Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study. **Journal Youth Adolesc.**, v. 41, p. 607-622, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21965131>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

FIELD, A. E. et al. Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. **Pediatrics**, v. 107, n. 1, p. 54-60, Jan. 2001. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/1/54.long?sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token>. Acesso em: 29 maio, 2017.

FONSECA, H. et al. Validity of BMI based on self-reported weight and height in adolescents. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, Lisboa, v. 99, n. 1, p. 83-88, Oct. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2009.01518.x/abstract>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

FORTES, L. S. et al. Internalização do ideal de magreza e insatisfação com a Imagem Corporal em meninas adolescentes. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 432-438, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12301/10418>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FORTES, L. S. et al. Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para Transtornos Alimentares?

Revista de Nutrição, Campinas, v. 28, n. 3, p. 253-264, maio/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732015000300253&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 24 maio, 2017.

FREDERICK, D. A. et al. Correlates of appearance and weight satisfaction in a U.S. National Sample: Personality, attachment style, television viewing, self-esteem, and life satisfaction. **Body Image**, Amsterdam, v. 17, p. 191-203, May, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27172812>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

GARDNER, R. M. Body Image Assessment of Children. In: CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice**. New York: Guilford, 2004. p. 65-73.

GARDNER, R. M.; BOKENKAMP, E. D. The Role of Sensory and Nonsensory Factors in Body Size. **Journal of Clinical Psychology**, New York, v. 52, n. 1, p. 3-15, Jan. 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8682909>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

GARNER, D. M. et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, London, v. 12, n. 4, p. 871-877, Nov. 1982. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6961471>>. Acesso em: 1º maio, 2017.

GHADERI, A.; SCOTT, B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 104, n. 2, p. 122-130, 2001. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x>>. Acesso em: 28 maio, 2017.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-457, Apr. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

GOULD, R. A. et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Oxford, v. 4, n. 4, p. 291-306, Dec. 1997. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00123.x/full>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

GRABER, J. A.; TYRKA, A. R.; BROOKS-GUNN, J. How similar are correlates of different subclinical eating problems and bulimia nervosa? **Journal Child Psychol Psychiatry**, v. 44, p. 262-273, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12587862>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

GREIF, R.; BECKER, C. B.; HILDEBRANDT, T. Reducing eating disorder risk factors: A pilot effectiveness trial of a train-the-trainer approach to dissemination and implementation. **International Journal of Eating Disorders**, Nova York, v. 48, n. 8, p. 1122-1131, Dec. 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22442/abstract>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

GREEN, M. A. et al. A Controlled Randomized Preliminary Trial of a Modified Dissonance-Based Eating Disorder Intervention Program. **Journal of Clinical Psychology**, v. 73, n. 12, p. 1.612-1.628, Dec. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28249107>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

HAASE, A. M. Weight perception in female athletes: associations with disordered eating correlates and behavior. **Eating Behaviors**, v. 12, p. 64-67, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21184976>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

HALLIWELL, E. et al. Dissemination of evidence-based body image interventions: A pilot study into the effectiveness of using undergraduate students as interventionists in secondary schools. **Body Image**, v. 14, p. 1-4, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805217>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

HAUSENBLAS, H. A. et al. Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. **Clinical Psychology Review**, Tarrytown, v. 33, n. 1, p. 168-181, Feb. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

HELFERT, S.; WARSCHBURGER, P. A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. **Body Image**, Amsterdam, v. 8, n. 2, p. 101-109, Mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.01.004>>. Acesso em: 20 maio, 2016.

HOLLAND, L. A.; BODELL, L. P.; KEEL, P. K. Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. **European Eating Disorders Review**, v. 21, n. 5, p. 405-10, Sept. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23847146>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revision of the Adaptation, Validation, and Normalization of the Rosenberg Self-Esteem Scale. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712011000100005&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 1º maio, 2017.

JACOBI, C.; ABASCAL, L.; TAYLOR, C. B. Screening for eating disorders and high-risk behavior: caution. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 36, n. 3, p. 280-95, Nov. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15478137>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

JACOBI, C. et al. Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. **Psychological Medicine**, Londres, v. 41, n. 9, p. 1.939-49, Sept. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21276276>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

JAEGER, M. B.; CÂMARA, S. G. Media and life dissatisfaction as predictors of body dissatisfaction. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 61, p. 183-190, May/Aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2015000200183>. Acesso em: 3 jun. 2017.

JONES, M. et al. A Population-Wide Screening and Tailored Intervention Platform for Eating Disorders on College Campuses: The Healthy Body Image Program. **Journal**

of **American College Health**, Washington, v. 62, n. 1, p. 351-356, July, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031301/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

KASS, A. E. et al. Internet-based preventive intervention for reducing eating disorder risk: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 63, p. 90-98, Dec. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383716/>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

KEEL, P. K.; FORNEY, K.J. Prevalence and Incidence of Eating Disorders in Western Societies. In: SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. (Orgs.). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. 1. ed. Nova Jersey: Wiley-Blackwell, 2015. p. 53- 63

KEERY, H.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. **Body Image**, Amsterdam, v. 1, n. 3, p. 237-251, Sept. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089156>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

KHANH-DAO, Le L. et al. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, Tarrytown, v. 53, p. 46-58, Apr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28214633>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

KILPELA, L. S. et al. Reducing eating disorder risk factors: A controlled investigation of a blended task-shifting/train-the-trainer approach to dissemination and implementation. **Behavior Research and Therapy**, Oxford, v. 63, p. 70-82, Dec. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258520/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

KROON VAN DIEST, A. M.; PEREZ, M. Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders. **Body Image**, Amsterdam, v. 10, n. 1, p. 16-25, Jan. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.10.004>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

LAURENT, J. et al. A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 11, n. 3, p. 326-338, Sept. 1999. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/fulltext/1999-11130-009.html>>. Acesso em: 20 maio, 2017.

LAUS, M. F.; MOREIRA, R. C. M.; COSTA, T. M. B. Diferenças na percepção da Imagem Corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de Saúde e Humanas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 192-196, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a09v31n3>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

LAUS, M. F. **Influência do padrão de beleza veiculado pela mídia na satisfação corporal e escolha alimentar de adultos**. 2012. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <[doi:10.11606/T.59.2013.tde-26032013-100917](https://doi.org/10.11606/T.59.2013.tde-26032013-100917)>. Acesso em: 29 mar. 2017.

LAUS, M. F. et al. Body image in Brazil: Recent advances in the state of knowledge and methodological issues. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 331-346, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200331>. Acesso em: 25 jun. 2017.

LE, L. K. et al. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, Tarrytown, v. 53, p. 46-58, Apr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28214633>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. **The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, Research and Practice**. Mahwah, Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2006.

_____ (Eds). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. Nova Jersey: Wiley-Blackwell, 2015. 2v.

MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a Imagem Corporal e fatores associados em universitários. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 241-246, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MCBRIDE, O. et al. Profiling disordered eating patterns and body mass index (BMI) in the English general population. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlim, v. 48, n. 5, p. 783-793, May, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23589099>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

MCCABE, M. et al. Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v. 3, p. 163- 171, 2006. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144506000052>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MCLEAN, S. A. A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 50, n. 7, p. 847-851, July, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28370321>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

MCMILLAN, W.; STICE, E.; ROHDE, P. High- and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: An experimental trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 79, n. 1, p. 129-134, Feb. 2011. Disponível em: <<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0022143>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

MEIRELES, J. F. F. et al. Satisfação corporal, idade gestacional e estado nutricional em gestantes. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 41, n. 1, p. 23-28, 2016. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/841/728>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

MIRANDA, V. P. N. et al. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012. Disponível em: <[http://www.ipub.ufrj.br/porta1/jbp/61/01/06%20_JBP_61\(1\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/porta1/jbp/61/01/06%20_JBP_61(1).pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2017.

MITCHELL, K. S. et al. Innovative Interventions for Disordered Eating: Evaluating Dissonance-Based and Yoga Interventions. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. 2, p. 120-128, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17089413>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MOHER, D.; JONES, A.; LEPAGE, L. Use of the CONSORT Statement and Quality of Reports of Randomized Trials: A Comparative Before-and-After Evaluation. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 285, n. 15, p. 1992-1995, Apr. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11308436>>. Acesso em: 15 maio, 2017.

MOHER, D.; SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. **Medical Research Methodology**, London, v. 1, n. 2, p. 96-100, Apr. 2001. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04337-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04337-3/fulltext)>. Acesso em: 15 maio, 2017.

MOND, J. et al. Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. **BMC Public Health**, Londres, v. 13, p. 920, Oct. 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-920>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

MORADI, B.; DIRKS, D.; MATTESON, A. Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: A test and extension of objectification theory. **Journal of Counseling Psychology**, Basingstoke, v. 52, p. 420-428, July, 2005. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681994.2017.1419569?journalCode=csmt20>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (Eds.). **Reducing risks for mental disorders: Frontiers for prevention intervention research (report of the Institute of Medicine's Committee on Prevention of Mental Disorders)**. Washington, DC: National Academy Press, 1994. Disponível em: <<https://www.nap.edu/read/2139/chapter/1>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

MÜLLER, S.; STICE, E. Moderators of the Intervention Effects for a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program; Results from an Amalgam of Three Randomized Trials. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 51, n. 3, p. 128-133, Mar. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3773613/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

NAEIMI, A. F. et al. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v.21, n. 4, p. 597-605, Dec. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27107872>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 39, n. 2, p. 244-51, Aug. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16857537>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

O'DEA, J. A.; YAGER, Z. School based psycho educational approaches to prevention. In: CASH, T. F; SMOLAK, L. (Eds.). **Body Image: A handbook of science, practice, and prevention**. London: Academic Press, 2012. p. 434-441.

OLSON, K. L; THAXTON, T. T; EMERY, C. F. Targeting body dissatisfaction among women with overweight or obesity: A proof-of-concept pilot study. **Int J Eat Disord.**, n. 00, p. 1-5, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29722045>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEREZ, M.; BECKER, C. B.; RAMIREZ, A. Transportability of an empirically supported dissonance-based prevention program for eating disorders. **Body Image**, Amsterdam, v. 7, n. 3, p. 179-86, June, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335084>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

PINHAS, L. et al. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 25, n. 2, p. 223-226, Feb. 1999. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2%3C223::AID-EAT12%3E3.0.CO;2-B/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2%3C223::AID-EAT12%3E3.0.CO;2-B/abstract)>. Acesso em: 24 abr. 2017.

RACINE, S. E. et al. Eating disorder-specific risk factors moderate the relationship between negative urgency and binge eating: A behavioral genetic investigation. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 126, n. 5, p. 481-494, July, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28691840>> Acesso em: 26 maio, 2018.

RECH, C. R.; ARAÚJO, E. D. S.; VANAT, J. R. Autopercepção da Imagem Corporal em estudantes do curso de Educação Física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 24, n. 2, p. 285-292, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-55092010000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 maio, 2018.

RIKANI, A. A. et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. **Annual Review of Neuroscience**, Palo Alto, v. 20, n. 4, Oct. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117136/>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

ROEHRIG, M. et al. Dissonance-based eating disorder prevention program: a preliminary dismantling investigation. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 39, n. 1, p. 1-10, Jan. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16254869>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

ROSA JUNIOR, C. R. R. et al. Associação entre insatisfação com a massa corporal e objetivos com a atividade física de mulheres frequentadoras de academias de ginástica. **Conexões**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 73-89, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8646057/13355>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Middletown, CT: Wesleyan University Press, 1989.

ROSENTHAL, R. Parametric measures of effect size. In: COOPER, H.; HEDGES, L. V. (Eds.). **The Handbook of Research Synthesis**. New York, NY: Sage, 1994. p. 231-244.

SAEKOW, J. et al. Student Bodies-eating disorders: A randomized controlled trial of a coached on-line intervention for subclinical eating disorders. **Internet Interventions**, v. 2, n. 4, p. 419-428, Nov. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782915000378?via%3Dihub>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

SECCHI, K.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Percepção da Imagem Corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 229-236, Abr./Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000200011&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SERDAR, K. et al. Comparing on-line and face-to-face dissonance-based eating disorder prevention. **Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention**, v. 22, n. 3, p. 244-260, Jan. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24456277>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SHARAN, P.; SUNDAR, A. S. Eating disorders in women. **Indian Journal of Psychiatry**, Poona, v. 57, n. Suppl 2, p. S286-S295, July, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539873/>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SIENKO, R. M.; SAULES, K. K.; CARR, M. M. Internalized weight bias mediates the relationship between depressive symptoms and disordered eating behavior among women who think they are overweight. **Eating Behaviour**, New York, v. 22, p. 141-144, Aug. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27289519>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SILVA, C. L. et al. Body dissatisfaction and the wish for different silhouette is associated with higher adiposity and fat intake in female ballet dancers than male. **Journal of Sports Medicine Phys Fitness**, Torino, v. 56, n. 1-2, p. 141-148, Jan./Feb. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25632823>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SILVA, T. A. B. da et al. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de**

Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 154-158, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000300006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SILVA, T. R.; SAENGER, G.; PEREIRA, E. F. Fatores associados à Imagem Corporal em estudantes de Educação Física. **Motriz**, Rio Claro, v. 17, n. 4, p. 630-639, out./dez.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, Liverpool, v. 32, n. 5, p. 497-502, June, 1994. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796794901368?via%3Dihub>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SMOLAK, L. Risk Factors in the Development of Body Image, Eating Problems, and Obesity. In: SMOLAK, Linda; THOMPSON, J. K. (Orgs.). **Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth: assessment, prevention, and treatment**. 2. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.

SOUZA, A. C.; ALVARENGA, M. D. S. Insatisfação com a Imagem Corporal em estudantes universitários: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 286-299, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000300286&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.

STEINHAUSEN, H. C. et al. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 48, n. 1, p. 1-8, Jan. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777686>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E. A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychological Review**, Tarrytown, v. 14, p. 633-661, 1994. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735894900027>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E.; SHAW, H. E. Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. **Journal of Social and Clinical Psychology**, New York, v. 13, n. 3, p. 288-308, Sept. 1994. Disponível em: <<http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.1994.13.3.288>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

STICE, E. et al. The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: Testing the continuity hypothesis. **Behaviour Therapy**, New York, v. 27, n. 4, p. 531-549, 1996. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789496800426>>. Acesso em: 10 maio, 2017.

STICE, E. Relations of Restraint and Negative Affect to Bulimic Pathology: A Longitudinal Test of Three Competing Models. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 23, n. 3, p. 243-260, Apr. 1998. Disponível em:

<[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199804\)23:2%3C243::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-J/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:2%3C243::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-J/abstract)>. Acesso em: 29 jun. 2017.

STICE, E. et al. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 27, n. 2, p. 206-217, Feb. 2000. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200003\)27:2%3C206::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-D/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2%3C206::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-D/abstract)>. Acesso em: 6 mar. 2017.

STICE, E. et al. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. **International Journal of Eating Disorders**, v. 29, n. 3, p. 247-62, Apr. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11262503>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 128, n. 5, p. 825-848, Sept. 2002. Disponível em: <<http://content.apa.org/record/2002-15487-007>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

STICE, E.; TROST, A.; CHASE, A. Health Weight control and Dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. **International Journal of Eating Disorders**, v. 33, n. 1, p. 10-21, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12474195>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E.; FISHER, M.; MARTINEZ, E. Eating disorder diagnostic scale: additional evidence of reliability and validity. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 16, n. 1, p. 60-71, Mar. 2004. Disponível em: <<http://content.apa.org/record/2004-11653-007>>. Acesso em: 10 maio, 2017.

STICE, E. et al. Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: A Randomized Efficacy Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 74, n. 2, p. 263-275, Apr. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479305/>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

STICE, E.; SHAW, H.; MARTI, C. N. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v. 3, p. 207-31, Apr. 2007. Disponível em: <<http://clinpsy.annualreviews.org>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

STICE, E. et al. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: an evaluation of two eating disorder prevention programs. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, p. 20-32, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677625/>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E. MARTI, C. N.; SPOOR, S. et al. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 76, n. 2, p. 329-

340, Apr. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18377128>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E; MARTI, N. et al. General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, p. 611-617, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528875>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E; SHAW, H. et al. Dissonance-based interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using persuasion principles to promote health. **Prevention Science**, v. 9, p. 114-128, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18506621>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E. et al. Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. **Prevention Science**, New York, v. 9, n. 2, p.114-128, June, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577371/>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

STICE, E.; MARTI, C. N.; DURANT, S. Risk factors of onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 49, p. 622-627, Oct. 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796711001306>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E. et al. A Preliminary Trial of a Prototype Internet Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program for Young Women with Body Image Concerns. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 80, n. 5, p. 907-916, Oct. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402630/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

STICE, E.; MARTI, N. C.; ROHDE, P. Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 122, n. 2, p. 445-457, May, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3980846/>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

STICE, E.; ROHDE, P. et al. Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting both Eating Disorders and Obesity among Female College Students: 1- and 2-Year Follow-Up Effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 81, n. 1, p. 183-189, Feb. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3689421/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

STICE, E.; BUTRYN, M. L. et al. An Effectiveness Trial of a New Enhanced Dissonance Eating Disorder Prevention Program among Female College Students. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 51, n. 12, p. 862-871, Dec. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3954852/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

STICE, E.; ROHDE, P.; DURANT, S. et al. Effectiveness of peer-led dissonance-based eating disorder prevention groups: Results from two randomized pilot trials. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 51, p. 197-206, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419888>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E.; ROHDE, P.; SHAW, H. **The Body Project**: A dissonance-based Eating Disorder prevention intervention. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

STICE, E.; MARTI, C. N.; CHENG, Z. H. Effectiveness of a dissonance-based eating disorder prevention program for ethnic groups in two randomized controlled trials. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 55, n. 1, p. 54-64, Apr. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655465>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

STICE, E. et al. Effectiveness of Peer-Led Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Groups: Results from Two Randomized Pilot Trials. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 51, n. 0, p. 197-206, May, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917500/>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

STICE, E.; YOKUM, S.; WATERS, A. Dissonance-based eating disorder prevention program reduces reward region response to thin models; How actions shape valuation. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 12, p. 1-16, Dec. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671712/>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

STICE, E. et al. Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: effects at 2- and 3-year follow up. **Behaviour Research and Therapy**, v. 71, p. 20-26, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056749>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SHAW, H. STICE, E.; The implementation of evidence-based eating disorder prevention programs. **Eating Disorders**, New York, v. 24, n. 1, p. 71-8. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26650961>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E.; GAU, J. M. et al. Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 126, n. 1, p. 38-51, Jan. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27709979>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STICE, E.; ROHDE, P. et al. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. **Journal Consult Clin Psychol**, v. 85, n. 9, p. 883-895, Apr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28425735>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

STRIEGEL-MOORE, R. H.; BULIK, C. M. Risk factors for eating disorders. **American Psychologist**, Washington, v. 62, n. 3, p. 181-198, Apr. 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6359966_Risk_Factors_for_Eating_Disorders>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SWAMI, V. et al. The Acceptance of Cosmetic Surgery Scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. **Body Image**, v. 8, p. 179-185, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21354875>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

SWANSON, S. A. et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 68, n. 7, p. 714-723, July, 2011. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107211>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem Corporal**: conceito e desenvolvimento. 1. ed. São Paulo: Manole, 2003.

TAYLOR, C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 63, n. 8, p. 881-888, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.881>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting beauty**: Theory, assessment and treatment of body image disturbance. Washington: APA, 1999.

THOMPSON, J. K. et al. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and Validation. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 35, n. 3, p. 293-304, Apr. 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10257/abstract>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

TIGGEMANN, M.; MCCOURT, A. Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. **Body Image**, Amsterdam, v. 10, n. 4, p. 624-627, Sept. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

TIGGEMANN, M. Considerations of positive body image across various social identities and special populations. **Body Image**, Amsterdam, v. 14, p. 168-176, Jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25865460>>. Acesso em: 3 agosto, 2018.

TILLMAN, K. S. et al. Effectiveness of one-time psychoeducational programming for students with high levels of eating concerns. **Eating Behaviors**, New York, v. 19, p. 133-138, Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.08.002>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

TOBLER, N. S. et al. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. **Journal of Primary Prevention**, New York, v. 20, n. 4, p. 275-336, June, 2000. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021314704811>>. Acesso em: 24 maio, 2017.

TRACE, S. E. et al. The genetics of eating disorders. **Annual Review of Neuroscience**, Palo Alto, v. 9, p. 589-620, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537489>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

TUCKER, M.; OEI, T. P. S. Is Group More Cost Effective than Individual Cognitive Behaviour Therapy? The Evidence is not Solid Yet. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, London, v. 35, p. 77, Jan. 2007. Disponível em: <<https://eprints.qut.edu.au/82981/>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

TYLKA, T. L.; KROON VAN DIEST, A. M. Protective Factors. In: LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. (Orgs.). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. Nova Jersey: Wiley-Blackwell, 2015. 2v.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, Amsterdam, v. 14, p. 118-129, June, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

UDO, T.; GRILO, C. M. Prevalence and Correlates of DSM-5–Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. **Biological Psychiatry**, New York, v. 84, p. 345-354, Sept. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322318314409>>. Acesso em: 3 agosto, 2018.

VAN DEN BERG, P. et al. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. **Journal of Psychosomatic Researchy**, Amsterdam, v. 53, n. 5, p. 1.007-1.020, Nov. 2002. Disponível em: <[http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(02\)00499-3/pdf](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(02)00499-3/pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2017.

VAN STRIEN, T. et al. The predictive validity of the dutch restrained eating scale. **International Journal of Eating Disorders**, v. 5, n. 4, p. 747-755, May, 1986. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(198605\)5:4<747::AID-EAT2260050413>3.0.CO;2-6/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(198605)5:4<747::AID-EAT2260050413>3.0.CO;2-6/full)>. Acesso em: 10 maio, 2017.

WALKER, M. et al. Facebook use and disordered eating in college-aged women. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 57, n. 2, p. 157-163, Aug. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26206436>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

WATSON, H. J. et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 49, n. 9, p. 833-62, Sept. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27425572>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

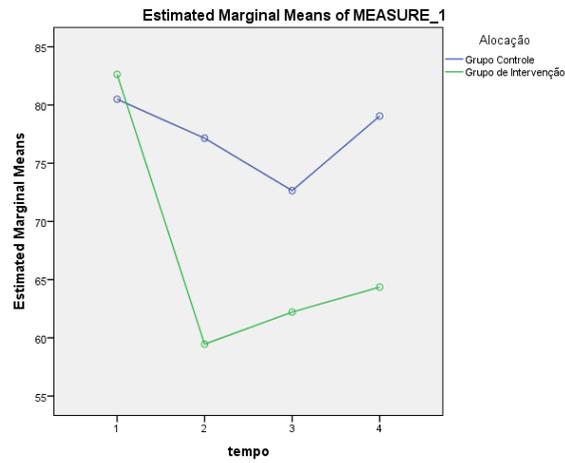
WILSON, R. E.; LATNER, J. D.; HAYASHI, K. More than just body weight: the role of body image in psychological and physical functioning. **Body Image**, Amsterdam, v. 10, n. 44, p. 644-647, Sept. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=WILSON%3B+LATNER%3B+HAYASHI%2C+2013>>. Acesso em: 26 maio, 2018.

WOOD-BARCALOW, N. L.; TYLKA, T. L.; AUGUSTUS-HORVATH. “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. **Body Image**, Amsterdam, v. 7, p. 106-116, March. 2010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144510000021>>. Acesso em: 3 agosto, 2018.

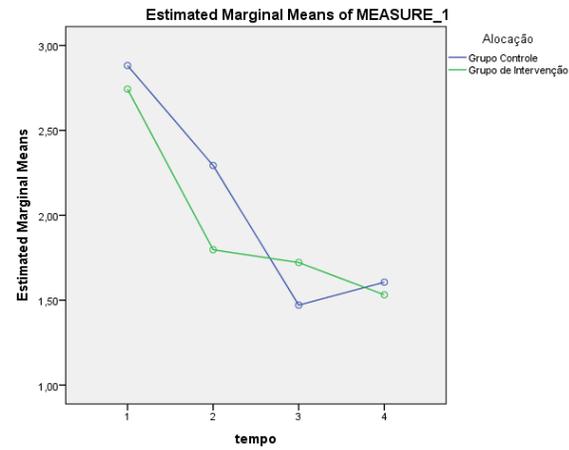
APÊNDICES

Apêndice A - Gráficos de perfil para a ANOVA de modelos mistos

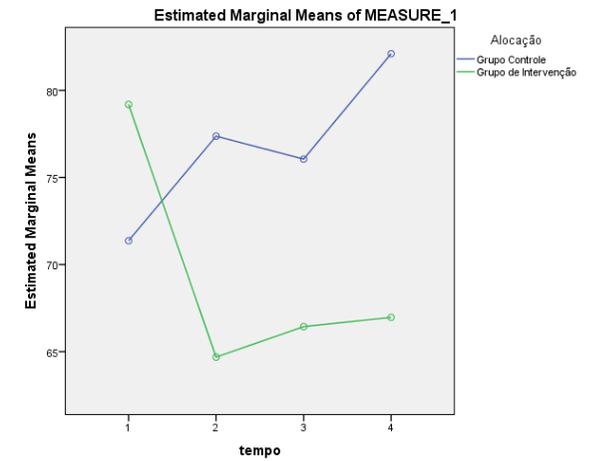
Insatisfação Corporal (BSQ)



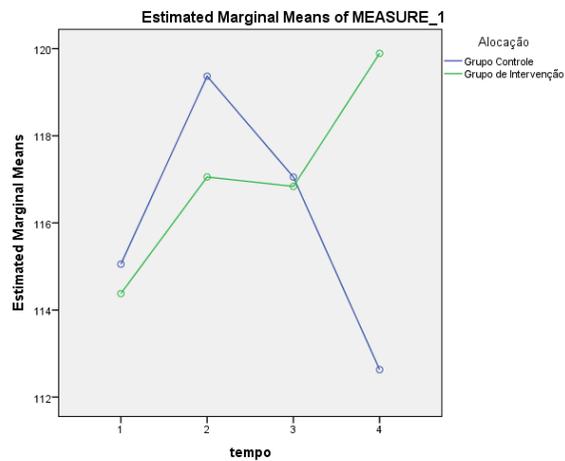
Insatisfação Corporal (SDBPS)



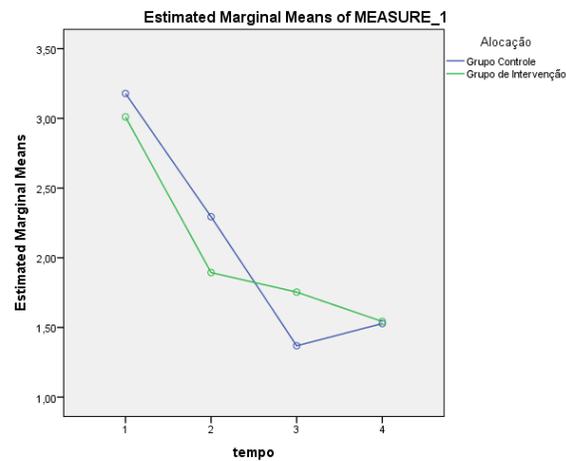
Influência sociocultural da mídia (SATAQ-3)



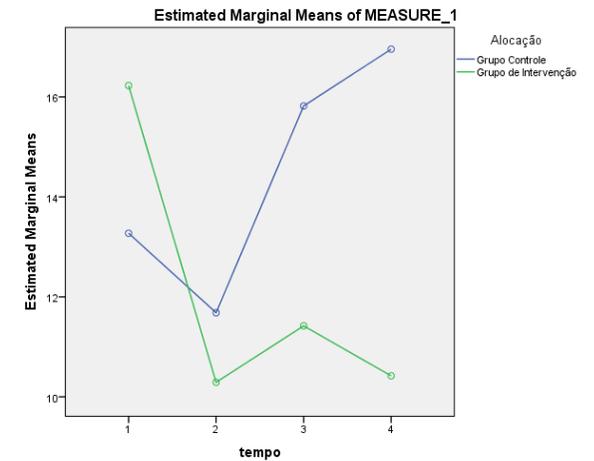
Influência de pais e amigos (EITF)



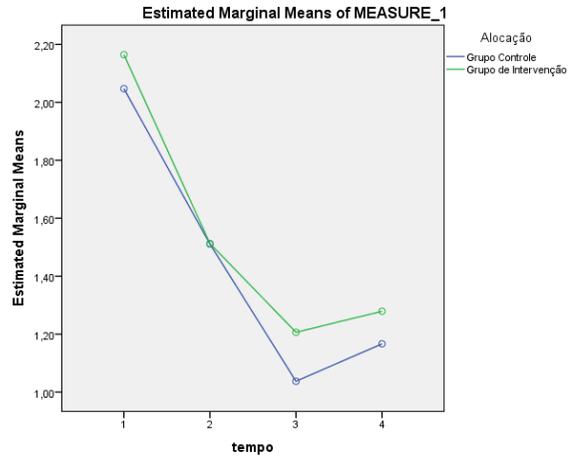
Internalização do ideal de magreza (IBSS)



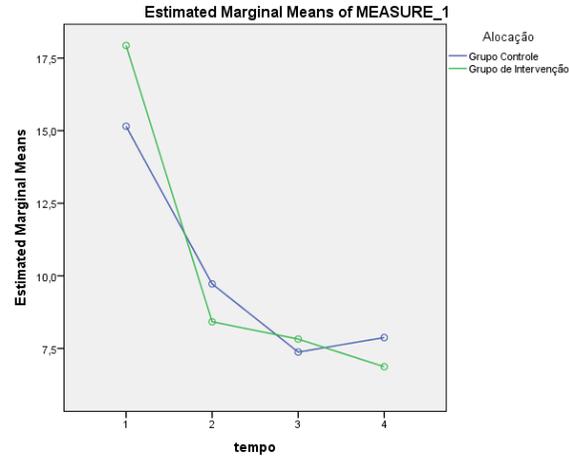
Atitudes Alimentares (EAT-26)



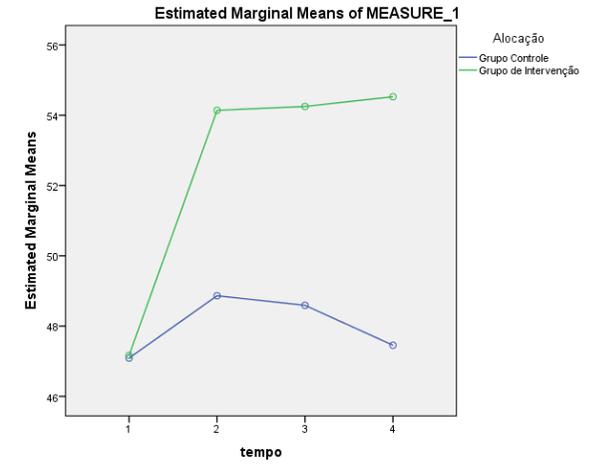
Dieta (DRES)



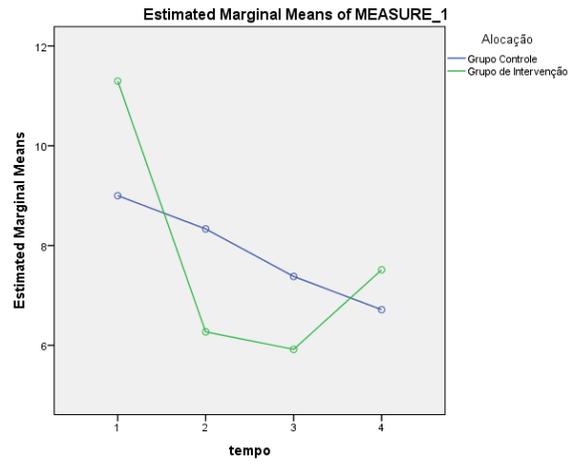
Sintomas de Transtornos Alimentares (EDDS)



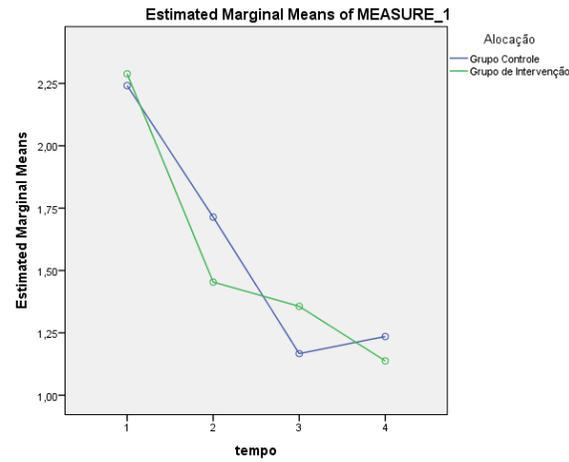
Apreciação Corporal (BAS)



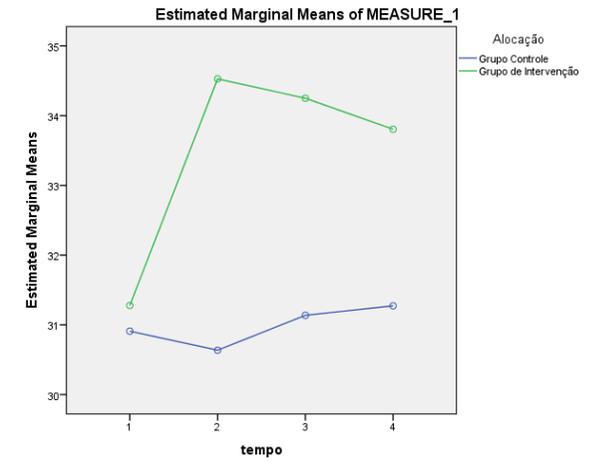
Sintomas Depressivos (BDI)



Afeto Negativo (PANAS)



Autoestima (EAR)



ANEXOS

ANEXO A
QUESTIONÁRIO DE DADOS DEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS

Identificação: _____

Idade: ____anos.

Peso: _____ quilos.

Estatura: _____ metros.

Você já foi diagnosticado (a) com algum tipo de transtorno alimentar (p. ex. anorexia e bulimia)?

() Não () Sim. Qual? _____

Você já foi diagnosticado (a) com algum tipo de transtorno mental (p. ex. depressão)?

() Não() Sim. Qual? _____

Você possui preocupações com sua Imagem Corporal?

() Não () Sim

**ANEXO B
ESCALAS DO BODY PROJECT**

O CORPO EM QUESTÃO: Pós-teste

Por favor, circule a resposta que reflete o quanto você concorda com as afirmações, pensando no último mês:

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1. Mulheres magras são mais atraentes.....	1	2	3	4	5
2. Mulheres altas são mais atraentes.....	1	2	3	4	5
3. Mulheres com corpos torneados são mais atraentes..	1	2	3	4	5
4. Mulheres que estão em forma são mais atraentes.....	1	2	3	4	5
5. Mulheres esbeltas são mais atraentes.....	1	2	3	4	5
6. Mulheres com pernas longas são mais atraentes.....	1	2	3	4	5
7. Mulheres com seios grandes são mais atraentes.....	1	2	3	4	5
8. Mulheres com bumbum torneado são mais atraentes.	1	2	3	4	5

Circule a resposta mais adequada para descrever seu comportamento no último mês:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Se você ganha peso, você come menos do que normalmente faria?	1	2	3	4	5
2. Você tenta comer menos do que gostaria nas refeições?	1	2	3	4	5
3. Com que frequência você recusa comidas ou bebidas por causa da sua preocupação com seu peso?	1	2	3	4	5
4. Você vigia o que exatamente você comeu?	1	2	3	4	5
5. Você come propositalmente alimentos que emagrecem?	1	2	3	4	5
6. Quando você come demais, você come menos que o usual no dia seguinte?	1	2	3	4	5
7. Você come propositalmente menos a fim de não ficar mais pesada?	1	2	3	4	5
8. Com que frequência você tenta não comer entre as refeições por que está vigilante com seu peso?	1	2	3	4	5
9. Com que frequência, durante a noite, você tenta não comer por que está vigilante com seu peso?	1	2	3	4	5
10. Você leva em consideração seu peso para decidir o que comer?	1	2	3	4	5

No último mês, quão satisfeito você esteve com seu:

	Extremamente satisfeito	Moderadamente satisfeito	Neutro	Moderadamente Insatisfeito	Extremamente Insatisfeito
1. Peso	1	2	3	4	5
2. Aparência	1	2	3	4	5
3. Aparência da barriga	1	2	3	4	5
4. Formato do corpo	1	2	3	4	5
5. Cintura	1	2	3	4	5
6. Coxas	1	2	3	4	5
7. Nádegas	1	2	3	4	5
8. Quadris	1	2	3	4	5
9. Pernas	1	2	3	4	5

Por favor circule a resposta que indica como você se sentiu durante a última semana:

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Desgostoso com si mesmo.....	1	2	3	4	5
2. Triste.....	1	2	3	4	5
3. Com medo.....	1	2	3	4	5
4. Inseguro.....	1	2	3	4	5
5. Sozinho.....	1	2	3	4	5
6. Desanimado.....	1	2	3	4	5
7. Culpado.....	1	2	3	4	5
8. Nervoso.....	1	2	3	4	5
9. Solitário.....	1	2	3	4	5
10. Tenso.....	1	2	3	4	5
11. Envergonhado.....	1	2	3	4	5
12. Assustado.....	1	2	3	4	5
13. Bravo com você mesmo.....	1	2	3	4	5
14. Desencorajado.....	1	2	3	4	5
15. Condenável.....	1	2	3	4	5
16. Amedrontado.....	1	2	3	4	5
17. Insatisfeito com você mesmo.....	1	2	3	4	5
18. Ansioso.....	1	2	3	4	5
19. Deprimido.....	1	2	3	4	5
20. Preocupado.....	1	2	3	4	5

No último mês...

	Nem um pouco	Levemente	Moderadamente	Extremamente
1. Você se sentiu gorda? .	0	1	2 3	4 5 6
2. Sentiu-se com medo de ganhar peso ou se tornar gorda? .	0	1	2 3	4 5 6
3. O seu peso influenciou a forma como você pensa (julga) você mesma como pessoa?	0	1	2 3	4 5 6
4. A sua forma corporal influenciou como você pensa (julga) você mesma como pessoa?	0	1	2 3	4 5 6

5. Durante o último mês, houve momentos em que você sentiu que comeu o que outras pessoas considerariam como uma grande quantidade de comida (por exemplo, um litro de sorvete), levando em conta as circunstâncias?

() SIM () NÃO

6. Nas vezes em que você comeu uma grande quantidade de comida, você experimentou uma perda de controle (sentiu que não conseguia parar de comer ou mesmo controlar o que ou o quanto você estava comendo)?

() SIM () NÃO

Pule as questões 7 a 14 se você tiver respondido 'NÃO' para as questões 5 OU 6.

7. Quantos **DIAS por semana** em média, no **último MÊS**, você comeu uma quantidade grande de comida e experimentou a perda de controle sobre o alimento? 0 1 2 3 4 5 6 7

8. Quantas **VEZES por semana** em média, no **último MÊS**, você comeu uma quantidade grande de comida e experimentou a perda de controle sobre o alimento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Durante estes episódios de compulsão e perda de controle você...

- | | | |
|--|-----|-----|
| 9. Comeu muito mais rápido do que o normal? | SIM | NÃO |
| 10. Comeu até se sentir desconfortavelmente cheia? | SIM | NÃO |
| 11. Comeu grandes quantidades de comida mesmo não sentindo muita fome? | SIM | NÃO |
| 12. Comeu sozinha por que estava envergonhada pela quantidade que estava comendo? . . . | SIM | NÃO |
| 13. Se sentiu desgostoso consigo mesma, deprimida ou muito culpada após comer em excesso? | SIM | NÃO |
| 14. Se sentiu muito chateada por ter se descontrolado perante a comida ou por poder ganhar peso? | SIM | NÃO |

15. Quantas **vezes por semana** em média, no último **mês**, você provocou vômito para prevenir o ganho de peso ou neutralizar os efeitos da comida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

16. Quantas **vezes por semana** em média, no último **mês**, você usou laxantes ou diuréticos para prevenir o ganho de peso ou neutralizar os efeitos da comida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

17. Quantas **vezes por semana** em média, no último **mês**, você jejuou (pulou no mínimo 2 refeições consecutivas) para prevenir o ganho de peso ou neutralizar os efeitos da comida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

18. Quantas **vezes por semana** em média, no último **mês**, você fez exercícios em excesso extenuantes e em excesso especificamente para prevenir o ganho de peso ou neutralizar os efeitos dos episódios de comer em excesso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

19. Qual é seu peso? Se não tem certeza, por favor faça uma estimativa. _____ kg.

20. Qual é sua altura? (Por favor, especifique em metros) _____ m.

21. Nos últimos **3 meses**, quantos períodos menstruais você perdeu? 0 1 2 3 nenhuma resposta

22. Você vem utilizando pílulas anticoncepcionais nos últimos **3 meses**? SIM NÃO

ANEXO C
BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

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

1. Nunca**3. Às Vezes****5. Muito Frequentemente****2. Raramente****4. Frequentemente****6. Sempre**

1 - Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1 2 3 4 5 6
2 - Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1 2 3 4 5 6
3 - Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1 2 3 4 5 6
4 - Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda?	1 2 3 4 5 6
5 - Você anda preocupada achando que o seu corpo não é firme o suficiente?	1 2 3 4 5 6
6 - Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa de ter engordado?	1 2 3 4 5 6
7 - Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1 2 3 4 5 6
8 - Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1 2 3 4 5 6
9 - Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar 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, mesmo após ingerir uma pequena quantidade menor 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, por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda?	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 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?	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?	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 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 as 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 magra?	1 2 3 4 5 6
27 - Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou no banco de um ônibus)?	1 2 3 4 5 6
28 - Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio 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?	1 2 3 4 5 6
33 - Você fica mais preocupada com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1 2 3 4 5 6
34 - A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1 2 3 4 5 6

ANEXO D
QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SOCIOCULTURAIS EM RELAÇÃO À
APARÊNCIA (SATAQ-3)

Por favor, leia cada um dos itens abaixo cuidadosamente e indique o número que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação.

Discordo totalmente = 1
Discordo em grande parte = 2
Nem concordo nem discordo = 3
Concordo em grande parte = 4
Concordo totalmente = 5

Pergunta	1	2	3	4	5
1. Programas de TV são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
2. Já me senti pressionada pela TV ou por revistas a perder peso.					
3. Não me importo se meu corpo se parece com o de pessoas que estão na TV.					
4. Comparo meu corpo com o de pessoas que estão na TV.					
5. Comerciais de TV são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
6. Não me sinto pressionada pela TV ou por revistas a ficar bonita.					
7. Gostaria que meu corpo fosse parecido com o das modelos das revistas.					
8. Comparo minha aparência com a das estrelas de TV e do cinema.					
9. Videoclipes não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
10. Já me senti pressionada pela TV ou pelas revistas a ser magra.					
11. Gostaria que meu corpo fosse parecido com os das modelos dos filmes					
12. Não comparo meu corpo com o das pessoas das revistas.					
13. Artigos de revistas não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
14. Já me senti pressionada pela TV ou por revistas a ter um corpo perfeito.					
15. Gostaria de me parecer com as modelos dos videoclipes.					
16. Comparo minha aparência com a das pessoas das revistas.					
17. Anúncios em revistas são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
18. Já me senti pressionada pela TV ou por revistas a fazer dieta.					
19. Não desejo ser tão atlética quanto as pessoas das revistas.					
20. Comparo meu corpo ao das pessoas em boa forma.					
21. Fotos de revistas são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
22. Já me senti pressionada pela TV ou por revistas a praticar exercícios.					
23. Gostaria de ter uma aparência tão atlética quanto a das estrelas do esporte.					
24. Comparo meu corpo com o de pessoas atléticas.					
25. Filmes são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
26. Já me senti pressionada pela TV ou por revistas a mudar minha aparência.					
27. Não tento me parecer com as pessoas da TV.					
28. Estrelas de cinema não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
29. Pessoas famosas são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
30. Tento me parecer com atletas.					

ANEXO E

ESCALA DE INFLUÊNCIA DOS TRÊS FATORES (EITF)

Caro participante, este questionário visa avaliar a influência da mídia, dos amigos e dos pais em relação a seus sentimentos sobre seu corpo. Por favor, responda às questões marcando com um X a resposta que melhor se aplica a você, de acordo com a seguinte escala:

- 1 = Sempre**
2 = Quase sempre
3 = Frequentemente
4 = Algumas Vezes
5 = Nunca

	1	2	3	4	5
1- O quanto a sua mãe é preocupada se você está ou pode se tornar muito gordo (a)?					
2- Quão importante é para sua mãe que você seja magro (a)?					
3- O quanto o seu pai é preocupado se você está ou pode se tornar muito gordo (a)?					
4- Quão importante é para seu pai que você seja magro (a)?					
5- Seu pai está fazendo dieta para perder peso.					
6- É importante para o seu pai que ele seja tão magro quanto possível.					
7- A aparência física do seu pai (forma corporal, peso, roupas) é importante para ele.					
8- Sua mãe está fazendo dieta para perder peso.					
9- É importante para a sua mãe que ela seja tão magra quanto possível.					
10- A aparência física de sua mãe (forma corporal, peso, roupas) é importante para ela.					
11- Seu pai faz comentários ou te provoca sobre sua aparência.					
12- Sua mãe faz comentários ou te provoca sobre sua aparência.					
13- Com que frequência seus pais comentam sobre os pesos um do outro?					
14- Com que frequência seus pais encorajam um ao outro a perder peso?					
15- Com que frequência seus pais conversam sobre peso e prática de dieta?					
16- Com que frequência seus pais se preocupam sobre o quanto eles pesam?					
17- Com que frequência seus pais fazem dietas?					
18- Você acha que seus pais reparam muito no peso e formas corporais um do outro?					
19- Um ou mais de meus amigo (a)s e colegas de classe estão fazendo dieta para perder peso.					
20- É importante para meus amigo (a)s e colegas de classe que eles sejam tão magro (a)s quanto possível.					
21- A aparência física dos meus amigo (a)s e colegas de classe (forma corporal, peso, roupas) é importante para eles.					
22- Seus amigo (a)s e colegas de classe fazem comentários ou te provocam sobre sua aparência.					
23- Com que frequência seus amigo (a)s e colegas de classe comentam entre si sobre seus pesos?					
24- Com que frequência seus amigo (a)s e colegas de classe encorajam um ao outro a perder peso?					
25- Com que frequência seus amigo (a)s e colegas de classe conversam sobre peso ou prática de dietas?					
26- Com que frequência seus amigo (a)s e colegas de classe se preocupam sobre o quanto eles pesam?					
27- Com que frequência seus amigo (a)s e colegas de classe fazem dietas?					
28- Com que frequência seus amigo (a)s e colegas de classe pulam refeições?					
29- Você acha que seus amigo (a)s e colegas de classe reparam muito no peso e formas corporais um do outro?					

ANEXO F
EATING ATTITUDES TEST-26 (EAT-26)

Por favor, responda às seguintes questões:

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

ANEXO G
BODY APPRECIATION SCALE (BAS)

Por favor, indique a frequência com que estas questões são verdadeiras para você: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentem ente	Sempre
1 – Respeito meu corpo					
2 – Sinto-me bem com relação ao meu corpo					
3 – De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo					
4 – Apesar de suas imperfeições, aceito meu corpo do jeito que ele é.					
5 – Sinto que meu corpo tem algumas qualidades boas					
6 – Tomo uma atitude positiva em relação ao meu corpo					
7 - Sou atenta às necessidades do meu corpo					
8 – Minha autoestima independe da forma ou do peso do meu corpo					
9 – Perco tempo me preocupando com a forma ou o peso do meu corpo					
10 – A maioria dos sentimentos a respeito do meu corpo são positivos					
11 – Adoto comportamentos saudáveis para cuidar do meu corpo					
12 – Permito que imagens idealizadas de mulheres magras na mídia afetem minhas atitudes em relação ao meu corpo					
13 – Apesar de suas imperfeições, ainda assim gosto do meu corpo					

ANEXO H
BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado às vezes.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO I
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

ANEXO J SESSÕES DO PROGRAMA “O CORPO EM QUESTÃO”

SESSÃO 1

Materiais: Fotografias de modelos de revistas de moda
Pacotes com mulheres magras e com peso saudável, para cada participante
Flip chart (ou quadro branco) e pincéis (apostilas devem ser colocadas nas pastas dos participantes)
Câmera de vídeos
Crachás

Tópicos:

- I. Introdução
- II. Comprometimento voluntário e visão geral
- III. Definição e origem do ideal de magreza
- IV. Custos associados ao ideal de magreza
- V. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)

Visão geral da sessão: O foco da Sessão 1 é gerar uma visão geral e introduzir as participantes nas regras e expectativas do grupo. A sessão é amplamente interativa, com discussões sobre a definição e a origem do ideal de magreza, e os custos associados com a perseguição deste ideal. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também são enfatizadas.

I. INTRODUÇÃO (8Mins)

Ligue a câmera de vídeo agora. Se alguém estiver preocupada sobre estar sendo filmada, poderá ter a opção de ficar fora do campo de visão. Apesar de não exigir que todas as sessões sejam filmadas, isto aumenta a responsabilidade para as demonstrações anti-ideal de magreza que, teoricamente, maximiza os efeitos da intervenção.

Obrigada a todas pela presença. Todas vocês decidiram fazer parte deste grupo por causa de sua preocupação com sua Imagem Corporal – um problema comum entre meninas e mulheres.

Pesquisas mostram que o fato de mulheres/meninas falarem sobre o “ideal de beleza” mostrado na mídia de massa, e como desafiar as pressões para ser magra faz com que elas se sintam melhor sobre seus próprios corpos. Esta tem sido relatada como a melhor intervenção para melhorar a Imagem Corporal e para reduzir o ganho insalubre de peso e os problemas alimentares.

Esta é a razão de eu me remeter a este roteiro durante todo o encontro. O que fazemos aqui é baseado em pesquisas científicas, então quero ter certeza de abranger tudo o que sabemos que é útil.

O líder do grupo começa se apresentando ao grupo. A apresentação inclui o nome, a profissão, e informações pessoais (por exemplo, alguma coisa interessante e única sobre si mesmos). O líder do grupo pede ao facilitador ou ajudante (se estiver presente) e aos membros

Vamos começar conhecendo melhor umas às outras. Cada uma pode nos dizer seu nome e alguma coisa única e interessante sobre vocês? Eu vou primeiro.

Os líderes dos grupos devem gastar algum tempo com cada participante para obter informações específicas e mostrar interesse (por exemplo, quanto tempo você tem gasto andando a cavalo? Que tipo de pinturas você faz?)

II. COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO E VISÃO GERAL (3mins)

Solicitando o comprometimento voluntário dos participantes da sessão

Os participantes aproveitam ao máximo estas reuniões se participarem de todos os encontros, se posicionarem verbalmente e completarem todos os exercícios propostos entre as reuniões. É importante deixar claro que a participação é voluntária.

Cada uma de vocês está disposta a participar voluntariamente deste grupo?

Vá ao redor da sala e faça com que cada participante diga que está disposto a participar ativamente.

Durante as quatro sessões nós iremos:

1. Definir o ideal de magreza e explorar suas origens
2. Examinar os custos de perseguir este ideal
3. Explorar formas de resistir às pressões para ser magra
4. Discutir como desafiar nossas próprias preocupações com o corpo
5. Aprender novas formas de falar mais positivamente sobre nossos corpos e
6. Falar sobre como nós podemos responder melhor a futuras pressões para ser magra

Comparecimento

É importante que todas compareçam às quatro reuniões. Se você absolutamente precisar perder uma sessão, por favor avise ao(facilitador) ou a mim tão logo você saiba que terá que se ausentar. Nós iremos agenda uma sessão de “revisão” com você, antes da próxima reunião, para que você acompanhe todos os outros.

Líderes de grupo poderiam ligar ou enviar um e-mail às participantes no dia anterior a cada sessão, para lembrá-las do encontro e trazer as atribuições concluídas em casa. Se uma participante precisar perder uma sessão por qualquer razão, por favor planeje uma breve sessão individual (15 minutos) para discutir os pontos chave da sessão e dar ao participante a chance de acompanhar os demais, antes da próxima sessão. Peça a ela para completar os exercícios antes da próxima sessão também.

III. DEFINIÇÃO E ORIGEM DO IDEAL DE MAGREZA (20mins)

O Líder do grupo deverá espalhar fotografias de modelos de revistas (por exemplo Boa Forma, Capricho etc.) sobre a mesa (deve haver cerca de três fotos para cada participante).

Primeiro, eu gostaria que cada uma de vocês escolhesse duas imagens.

Não diga aos participantes o propósito do exercício – apenas peça para escolher alguma foto que lhes agrada.

Agora que vocês já selecionaram as fotos, vocês podem me dizer o que chamou sua atenção?

Procure obter a resposta de cada participante. Encoraje as participantes a focar em temas relacionados à aparência (por exemplo, “Existe alguma coisa sobre a aparência dela que atraiu você?”). Se uma participante disser algo como “Eu realmente gostei da bolsa, por isso escolhi esta”, você deverá dizer “Sim, mas havia algo na modelo segurando a bolsa que te atraiu?”. Se uma participante disser algo como “Eu realmente gostei do cabelo dela”, peça mais detalhes (por exemplo, “O que esta foto quer dizer é que é assim que o cabelo de uma mulher deve ser?”).

Escreva as características físicas de cada participante no quadro branco, e escreva o primeiro nome próximo a ela. Deixe escrito no quadro durante toda a sessão.

Agora que vocês disseram o que vocês gostaram nestas super-modelos, o que estas fotos dizem sobre como a aparência da ‘mulher perfeita’ deve ser?

Coloque questões para o grupo e promova a participação e colaboração em suas respostas. Promova discussões chave – leve os participantes a falar, não os líderes do grupo.

Magreza e atratividade, ter um corpo perfeito, tonificado, com aparência atlética, com peitos grandes, nádegas redondas com pernas finas, alto, parecidos com uma super-modelo. Foque a discussão na magreza, parte irreal do ideal de aparência, embora seja bom notar outros aspectos, como a pele clara e os dentes brancos. Destaque características aparentemente incompatíveis, tais como ultra-esbeltez e seios grandes.

Enfatize características que as participantes disseram ter lhes chamado a atenção. Adicione novas características à lista (sem nomes).

Nós chamamos esta aparência – esta mulher magra, tonificada e peituda – “de ideal de magreza”.

O ideal de magreza não é o mesmo do ideal saudável. Como ideal de magreza as pessoas tomam medidas extremas para terem uma aparência ultra-magra (como as supermodelos), incluindo alguns comportamentos de controle de peso muito insalubres (não saudáveis) e excesso de exercícios. O objetivo do ideal de magreza é alcançar esta aparência que não é real, nem saudável. Com o ideal saudável, o objetivo é saúde, aptidão física e longevidade. Um corpo saudável tem ambos: músculos e tecido adiposo. O ideal saudável envolve sentir-se bem sobre como nosso corpo funciona e sente.

Este “ideal de magreza” sempre foi o ideal de atratividade feminina? Já houve momentos na história em que a “mulher perfeita” tinha uma aparência diferente?

Não. Já foi diferente, em diferentes tempos.

Solicite exemplos de diferentes padrões de beleza ao longo do tempo (por exemplo, Vera Fisher, Helô Pinheiro, Luiza Brunet, super-modelos atuais como Gisele Bündchen).

Este ideal é o mesmo para todos os grupos étnicos e culturas?

Dê às participantes uma chance de discutir as diferenças no ideal de aparência (características físicas, incluindo o ideal de magreza) para vários grupos étnicos e culturas. Resuma a discussão reconhecendo que, assim como o ideal não tem sido consistente, ao longo do tempo, ele também varia de acordo com os grupos étnicos e culturais.

De onde vem este ideal?

Mídia, indústria da moda.

Como este ideal é transmitido para nós?

Mídia: programas de televisão, revistas; indústria da dieta e do emagrecimento.

Alguma de vocês já recebeu algum comentário negativo sobre seu peso ou forma, vindo de seus amigos, familiares ou namorado?

Como você se sentiu com isso? Ou isso pode ter acontecido com alguma amiga?

Discuta as experiências pessoais das participantes nestas áreas e o impacto em suas emoções e autoestima (isto é, enfatize os custos pessoais do foco da sociedade no ideal de magreza para as mulheres).

Como as mensagens midiáticas sobre o ideal de magreza impactam sobre a forma como você se sente sobre seu corpo?

Sentir-se inadequada por não se parecer com uma modelo, insatisfação com seus próprios corpos, sentimentos depressivos.

ESTEJA CERTO DE QUE TODAS AS PARTICIPANTES RESPONDERAM.

O que nossa cultura nos diz que acontecerá, se nós conseguirmos nos parecer com o ideal de magreza?

Nós seremos aceitas, amadas, felizes, teremos sucesso, riqueza.

Diferencie o ideal de magreza do ideal saudável, se elas disserem que você será saudável caso se pareça com o ideal de magreza.

Você realmente acha que todas essas coisas boas irão acontecer se você emagrecer?

Não, elas provavelmente terão pouco impacto.

Não descreva (ou permita que as participantes discutam) os benefícios da magreza, em geral, ou dê a impressão de que o ideal de magreza está próximo do ideal saudável (isto é, é possível estar dentro das normas de peso saudável, mas não atender aos padrões de um ideal super-magro).

IV. CUSTOS ASSOCIADOS COM A PERSEGUIÇÃO DO IDEAL DE MAGREZA (20mins)

Nós discutimos o ideal de magreza e de onde ele veio – agora iremos pensar sobre os custos envolvidos com este ideal.

Obter a participação do grupo.

Quais os custos para a própria pessoa de tentar se parecer com o ideal de magreza?

Reduz autoestima; é caro; física e mentalmente desgastante; pode se machucar, causar problemas de saúde, muitas vezes incentiva técnicas não saudáveis de controle de peso, depressão, ansiedade.

Se tantas mulheres estão lidando com estas questões, então quais os custos para a sociedade?

Aumentam os custos com os serviços de saúde mental, promovem uma cultura do descontentamento, crítica e julgamento das outras pessoas.

Quem se beneficia com o ideal de magreza?

A indústria da dieta; a mídia; a indústria da moda e do “fitness”, maquiagem, produtos de beleza.

Você é uma das pessoas que se beneficia com o ideal de magreza? Em outras palavras, você está ficando rica com o ideal de magreza?

Não.

Dados todos os custos, faz algum sentido tentar se parecer com o ideal de magreza?

Não.

Esteja certo de que cada participante torne público seu argumento contra o ideal de magreza, neste momento (e em qualquer outro momento possível).

V. ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (5MINS)

As participantes do grupo são lembradas sobre as atividades que deverão ser realizadas em casa e trazidas na próxima sessão:

Agora que nós começamos a discutir os custos do ideal de magreza, você estaria disposta a escrever uma carta a uma adolescente, que está lutando com sua Imagem Corporal, sobre os custos associados com a perseguição ao ideal de magreza? Pense no máximo de custos que você puder, e se sinta livre para trabalhar com outras ideias.

Por favor, traga esta carta em nossa próxima reunião para que você possa ler e nós possamos discutir seus sentimentos ao escrevê-la. Nós iremos gravar você lendo sua carta e, então, caso você tenha concordado na avaliação inicial, iremos postar sua carta ou vídeo no site do nosso grupo. Também vamos dar-lhe uma cópia da gravação e você pode publicá-la em suas páginas do YouTube, Facebook ou outro site, caso deseje.

Consulte o formulário **Carta a uma adolescente** (Exercício #1).

Em segundo lugar, gostaríamos que você fique de frente para o espelho, com o mínimo de roupa possível e anote 10 características positivas. Isso inclui características físicas, emocionais, intelectuais e sociais. Por exemplo, você pode gostar da forma dos seus braços, da força das suas pernas, do seu longo cabelo escuro, do som da sua risada, do fato de você ser um bom amigo.

Por favor, esteja certa de incluir pelo menos alguns atributos físicos em sua lista. Isso pode ser difícil no início, mas nós realmente queremos que você faça isso, porque é importante reconhecer cada uma dessas áreas sobre você mesma. Participantes anteriores acharam este exercício muito útil e poderoso.

Por favor, traga sua lista de qualidades positivas na próxima semana para que você possa compartilhá-la com o grupo.

Consulte o formulário **Exercício do Espelho** (Exercício #2).

Em terceiro lugar, por favor, individualmente, complete o breve checklist de comportamentos do ideal de magreza. Ele foi designado para aumentar a consciência sobre comportamentos que o perpetuam.

Consulte o formulário **Perpetuação do Ideal de Magreza** (Exercício #3).

Será que todas conseguiram entender o que estamos pedindo que vocês façam entre as sessões? Alguém poderia nos dizer, com suas próprias palavras, quais são os exercícios para após a sessão de hoje?

1. Escrever uma carta para uma menina mais jovem sobre os custos relacionados à perseguição do ideal de magreza.
2. Fazer o exercício de auto-afirmação do espelho.
3. Completar o formulário de perpetuação do ideal de magreza

As experiências mostram que as estudantes tiram o máximo proveito das sessões quando dão o melhor de si nestes exercícios. Será que todas vocês acham que podem fazer isso?

Obter alguma forma de comprometimento público de cada participante.

Por favor, inclua seu nome completo e sua assinatura em seus exercícios feitos em casa. Nós iremos recolhê-los.

Queremos que estes exercícios sejam divertidos e instigantes, por isso, sinta-se livre para falar sobre eles com outras pessoas entre as sessões.

Se o tempo permitir:

Todas podem me dizer alguma coisa que “funcionou pra você” nesta sessão, ou que “realmente fez sentido”?

Isto é tudo por hoje. Obrigada por virem. Estamos ansiosos para vê-las na próxima semana!

Nome:

Assinatura:

**Sessão 1, Exercício #2:
Exercício do Espelho**

Por favor, fique de frente para um espelho e olhe para você mesma. Escreva todas suas qualidades positivas, liste ao menos dez. Isto inclui características físicas, emocionais, intelectuais e sociais. Por exemplo, você pode gostar da forma dos seus braços, da força das suas pernas, de seu longo cabelo preto, do som de sua risada, do fato de você ser uma boa amiga. Por favor, tenha certeza de incluir ao menos alguns atributos físicos em sua lista.



Sessão 1, Exercício #3:
Checklit sobre comportamentos de perpetuação do ideal de magreza

Este checklist foi designado para aumentar a conscientização sobre comportamentos que servem para perpetuar o ideal de magreza em nossa cultura. Por favor, registre em quais destes comportamentos você esteve engajado nos últimos anos.

Comprei uma revista de moda ou beleza	sim
Assinei uma revista de moda ou beleza	sim
Fui a um desfile de moda com uma passarela e modelos	sim
Assisti a um programa de TV focado no ideal de magreza (Menina Fantástica, p.ex.)	sim
Cumprimentei alguém porque ele perdeu peso	sim
Fiz um comentário negativo sobre a aparência de alguém	sim
Fiz um comentário negativo sobre o peso de alguém	sim
Fiz um comentário crítico sobre o peso de um ator, cantor ou modelo	sim
Julguei alguém negativamente por causa de seu peso ou aparência	sim
Fiz um comentário negativo sobre meu próprio peso ou aparência	sim
Perguntei a alguém se ele perdeu peso	sim
Encorajei alguém a tentar uma dieta para emagrecer	sim
Dei a um irmão uma bronca sobre seu peso	sim
Decidi não falar ou ser amigo de alguém porque ele estava com sobrepeso	sim
Adquiri produtos que promovem o ideal de magreza em seus anúncios (como Victoria's Secret)	sim
Comi em um restaurante que vende apenas comida para emagrecer	sim
Cobri partes do meu corpo das quais senti vergonha	sim
Me pesei várias vezes ao dia	sim
Considerarei ou fiz uma cirurgia plástica (por exemplo, nariz, seio ou lipoaspiração)	sim

SESSÃO 2

Preparação: Enviar e-mail ou ligar para cada participante antes desta reunião, lembrando de completar os exercícios.

Materiais: Câmera de vídeo
Câmera digital/Telefone celular
Crachás

Tópicos:

- I. Reforçando o comprometimento voluntário
- II. Discussão sobre o Exercício da Carta a uma adolescente
- III. Discussão sobre o Exercício do Espelho
- IV. Dramatização: Desencorajar a busca do ideal de magreza
- V. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)

Visão geral da sessão: O foco da segunda sessão é revisar os materiais discutidos na sessão anterior e discutir as reações às duas atividades propostas para casa. Adicionalmente, esta sessão envolve dramatizações para provocar declarações verbais contra o ideal de magreza.

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (2MINS)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Obrigada por comparecerem à segunda sessão. Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Vá ao redor da sala e faça com que cada participante diga que está disposta a participar ativamente.

II. Registro e discussão da carta (20mins)

Na última semana, nós perguntamos se cada uma de vocês estaria disposta a escrever uma carta para uma adolescente sobre os custos de tentar se parecer com o ideal de magreza.

Eu gostaria de fazer um vídeo de você lendo sua carta para você poder postá-lo em seu próprio site, blog, ou sua conta do YouTube ou Facebook, caso deseje.

Peça a cada participante para ler a carta. Enfatize para os membros do grupo que, por confidencialidade, nós não estamos autorizados a postar o vídeo se o participante disser seu nome completo ou de outro indivíduo durante a gravação. Grave com uma outra câmera, ou com os telefones celulares, para poder gerar um pequeno vídeo clip de cada participante. Após cada participante concluir a leitura de sua carta, responda agradecendo e fazendo um comentário positivo sobre a carta.

NOTA: Por questões de confidencialidade, é importante ter certeza de que a participante que está lendo a carta seja a ÚNICA pessoa no vídeo.

NOTA: Se uma participante não estiver disposta a ler sua carta, pergunte se está disposto a resumir ou escolher um trecho para ler.

Todas claramente gastaram um bom tempo escrevendo estas cartas e fizeram um grande trabalho. Por favor, entregue-os – não deixem de colocar seu nome e assinatura!

Recolha o formulário **Carta para uma adolescente** (Exercício#1). Esteja certo de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

Nós ficamos bastante impressionados com as cartas de todas as participantes e sentimos que elas poderão ajudar outras jovens mulheres que estão lutando com problemas de Imagem Corporal. Nós enviaremos uma cópia do vídeo para você postar em sua conta do YouTube ou Facebook, se assim desejar.

III. DISCUSSÃO SOBRE O EXERCÍCIO DO ESPELHO (12mins)

O outro exercício que pedimos que vocês fizessem foi se olharem no espelho e listar algumas características positivas sobre vocês.

Como você se sentiu quando fez este exercício? [obter respostas]

Por que tantos de nós sente dificuldade em tecer elogios sobre si mesmo?

Como nós poderíamos ensinar jovens meninas que existe uma diferença entre confiança e arrogância, e que ser confiante é bom?

Agora que você já passou por isso, gostaríamos que você compartilhasse sua lista com o grupo. Lembre-se que pensar positivamente sobre seu corpo requer prática e que este é um exercício que lhe dará a prática de se lembrar de todas as suas características com as quais você está feliz!

Cite pelo menos três aspectos sobre você mesma com os quais você está feliz, incluindo ao menos duas características físicas?

Peça a cada participante para compartilhar as qualidades positivas que elas listaram. Desencoraje demonstrações “qualificadas” (por exemplo, “eu acho que meu estômago não é tão horrível”). Se você tiver este tipo de demonstração, aceite e peça ao participante outra característica que seja completamente positiva (por exemplo, “ok, você pode me dar mais uma característica que você tenha que seja completamente positiva?”).

Recolha o formulário **Exercício do Espelho** (Exercício#2). Esteja certo de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

Com sorte, você reconheceu coisas positivas sobre você e irá se lembrar disso, particularmente porque as pressões para o ideal de magreza estão ao seu redor. Levando em consideração que estas pressões são potentes – vamos discutir formas de resistir a elas.

IV. DRAMATIZAÇÕES PARA DESENCORAJAR A PERSEGUIÇÃO AO IDEAL DE MAGREZA (20mins)

Os líderes assumirão o papel de um indivíduo com Transtornos Alimentares ou que faz dietas severas, fazendo isso com cada participante. Deixe que cada participante gaste aproximadamente dois minutos tentando dissuadir o personagem de perseguir o ideal de magreza (faça duas dramatizações se for necessário). Tenha certeza de que cada participante tente falar com você convencendo a não perseguir o ideal de magreza.

Dicas sobre estar em um “personagem”:

- Repita qualquer comentário pró-magreza feito anteriormente pelos participantes enquanto está interpretando o papel do ideal de magreza.
- Foque nos benefícios irreais do ideal de magreza (“Eu serei feliz todo o tempo se eu for magra”, “todos irão gostar de mim”, “eu terei o parceiro perfeito”, “todos os meus problemas serão resolvidos”).
- Faça declarações que façam alusão aos custos de perseguir o ideal de magreza (“eu ficarei um tempo longe dos meus amigos e da minha escola, mas acharei um jeito de fazê-lo” ou “Eu

realmente não acho que uma dieta como esta seja perigosa”) para que o participante possa apontar estes custos para você.

- Seja difícil de persuadir (você e os participantes deverão “ir e voltar” na dramatização várias vezes), mas você pode ser brincalhão com este exercício. Sinta-se livre para ir além com participantes mais resistentes.

Agora, eu gostaria de passar por alguns exemplos de declarações dadas por pessoas que perseguem o ideal de magreza e praticar como se poderia responder a elas. Eu irei interpretar uma pessoa que está obcecada com o ideal de magreza e o seu trabalho é me convencer de que eu não devo fazer isso. Sinta-se livre para usar qualquer um dos custos de perseguir o ideal, que nós identificamos em nossas discussões anteriores.

Os facilitadores devem interpretar as dramatizações antes de as participantes fazê-lo. Em seguida, selecione os membros do grupo para participar, garantindo que cada participante terá sua vez. Comece com a participante mais sociável, ou se não houver voluntárias, comece com a pessoa mais próxima a você e vá contornando a mesa.

Exemplos de declarações para os líderes aparecem abaixo:

- *“Eu realmente queria poder vestir um biquíni nas férias de primavera, então estou pensando em começar a pular o café da manhã para perder alguns quilinhos extras.”*
- *“Eu tenho certeza de que seria popular se eu perdesse um pouco mais de peso.”*
- *“Eu acabei de ver um anúncio para este novo remédio para emagrecer, estou indo comprá-lo imediatamente. Eu finalmente poderei ser tão magra quanto quero.”*
- *“Eu não posso te encontrar para jantar hoje à noite porque preciso passar algumas horas na academia. Eu só fui por duas horas ontem.”*
- *“Eu tenho me sentido um pouco tonta ultimamente, deve ser por causa destas pílulas de emagrecimento que estou tomando, mas eu não ligo porque já perdi 4kg.”*
- *“Estou pensando em iniciar uma dieta vegetariana livre de glúten. É muito mais saudável e tenho certeza de que irá me ajudar a finalmente perder o peso do qual tanto quero me livrar!”*
- *“Para ser o melhor corredor, eu preciso estar abaixo do meu peso mínimo. Eu estou fazendo isso pela minha saúde – irá me ajudar a evitar lesões.”*
- *“Eu preciso ser magra ou minha vida está arruinada.”*
- *“Qualquer um poderia ter o corpo de uma super-modelo, se realmente quisesse.”*
- *“Nenhum garoto nunca irá me convidar para sair, a menos que eu perca um pouco de peso.”*
- *“Eu nunca serei selecionada para a fraternidade, a menos que perca 4kg.”*
- *“Eu quero ter certeza de que não irei ganhar o concurso de miss este ano, então irei comer apenas uma banana no café da manhã e uma maçã no almoço todos os dias.”*
- *“Estou treinando para uma maratona neste momento, então terei que passar ao menos duas ou três horas correndo este fim de semana.”*
- *“Meu treinador disse que se eu cortasse o café da manhã, eu poderia ser um atleta melhor.”*
- *“Minha agenda está cheia, então nunca tenho tempo pra comer. Eu sei que eu provavelmente deveria achar tempo, mas estou gostando de quanto peso estou perdendo.”*
- *“Eu acabei de instalar um aplicativo em meu telefone que me ajuda a calcular minhas calorias. Ele disse que para eu perder 4 kg no próximo mês preciso comer a metade do que costumo comer”*
- *“Se eu quiser sair essa noite, eu terei que pular o almoço e o jantar de hoje.”*
- *“Para chegar mais perto da coxa pela qual estou lutando, acho que terei que gastar uma hora no exercício de adutor de coxa cada dia dessa semana.”*
- *“Você acha que se eu fumar ficarei mais magra? Eu ouvi dizer que é uma ótima maneira de inibir o apetite.”*

Os líderes poderão gerar outras declarações quando necessário e podem adaptar as declarações para serem mais apropriadas aos membros de seu grupo.

Discussão sobre a dramatização

Como você se sentiu ao fazer estas interpretações?

Deixe os participantes refletirem sobre como se sentiram ao argumentar contra alguém que está obcecada em perseguir o ideal de magreza.

Você acha que pode ser benéfico para você desafiar as pessoas quando elas fazem declarações a favor do ideal de magreza?

Promova uma discussão sobre porque é útil falar contra as pressões para se adequar ao padrão de magreza. Por favor, deixe as participantes acrescentarem argumentos.

V. ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (5mins)

Atividades para serem feitas em casa, para a próxima sessão:

Ótimo. Agora nós gostaríamos de explicar duas atividades que deverão ser feitas em casa, antes da próxima sessão. A primeira é escrever uma carta para alguém na sua vida que te pressiona a se adequar ao ideal de magreza, como um de seus pais, irmãos, namorado ou amigo. Por favor, diga a ele como isso afeta você e diga-lhe como você responderia agora, após o que aprendeu nestes encontros.

Se ninguém te pressiona sobre ser magra, por favor invente um exemplo ou use um exemplo que você ouviu de outros no grupo ou de um amigo.

Retire o formulário **Carta-resposta** de seu pacote (Exercício #4).

O segundo exercício é trazer uma lista Top-10 de coisas que as meninas/mulheres podem fazer para resistir ao ideal de magreza. O objetivo deste exercício é fazer alguma coisa que atualmente mudaria seu ambiente/mundo, ao menos um pouco, de forma a beneficiar outras jovens. Pense em você mesma como uma ativista social que está combatendo o ideal de magreza. Por favor, escreva seu Top-10 e traga no próximo encontro.

Alguém tem algumas ideias para esta atividade agora? Eu gostaria de um par de exemplos, no caso de alguém estar confusa.

Consulte o formulário **Lista Top-10** (Exercício #5). Extraia um ou dois exemplos.

Exemplos:

1. Convide amigos para se juntar a você em um boicote a revistas de moda que promovem o ideal de magreza.
2. Coloque um balde com giz no passeio da escola para que as pessoas escrevam no chão algo que gostam sobre seus corpos.
3. Faça um pacto com seus amigos para não ter conversas pró-magreza durante uma semana (ou mais).
4. Identifique uma amiga ou conhecida mais jovem e se comprometa a ajudá-la a lutar contra o ideal de magreza enquanto ela cresce.
5. Cubra todos os espelhos da casa de sua fraternidade por uma semana para que outras mulheres possam ser libertadas da pressão de se ver perfeita todos os dias.
6. Coloque adesivos nos espelhos nos banheiros femininos dizendo “ame seu corpo”.
7. Escreva uma postagem no Facebook, Twitter, ou blog que critique o ideal de magreza e compartilhe com sua família e amigos.
8. Desafie um homem ou grupo de homens a não falar sobre mulheres de uma forma que apoie o ideal de magreza.
9. Inicie uma página no Facebook com o objetivo de desafiar o ideal de magreza e convite

- seus amigos para se juntarem a você.
10. Faça uma festa “Take Back our Bodies” (Pegue de volta seus corpos) com amigos (homens e mulheres) que desafie as pressões pelo ideal de magreza criadas pela mídia e outras fontes externas.
 11. Coloque adesivos dizendo “Você está ótima como você é” dentro de livros direcionados à perda de peso em livrarias ou bibliotecas.
 12. Coloque um cartaz “Ame seu corpo” no vestiário das meninas ou nos carros da escola.
 13. Pendure folhetos sobre aceitação corporal em todo o câmpus.
 14. Escreva “aceite seu corpo” na janela do seu carro.
 15. Faça um vídeo sobre “coisas que as pessoas dizem” sobre as preocupações com a Imagem Corporal e poste no Youtube.

Alguém pode me dizer quais são os exercícios para casa desta semana?

1. Completar o formulário de desafio verbal.
2. Criar uma lista Top 10-list de formas de desafiar o ideal de magreza dentro de sua comunidade.

Se o tempo permitir:

Todas podem me dizer alguma coisa que “funcionou pra você” nesta sessão, ou que “realmente fez sentido”?

Durante a próxima reunião nós iremos falar mais sobre como resistir ao ideal de magreza e como desafiar nossas próprias preocupações com o corpo. Alguém tem alguma pergunta antes de irmos embora hoje?

Obrigada novamente por virem. Estamos ansiosos para vê-las na próxima semana!

Nome:

Assinatura:

Sessão 2, Exercício #5:

Lista Top-10

Por favor, crie uma lista Top-10 de coisas que meninas/mulheres podem fazer para resistir ao ideal de magreza. O que podem evitar, dizer, fazer ou ensinar para batalhar contra este ideal de beleza? Por favor, escreva seu Top-10 abaixo e traga no próximo encontro.

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

SESSÃO 3

- Preparação:** Enviar e-mail ou ligar para cada participante antes desta reunião, lembrando de completar os exercícios.
- Materiais:** Câmera de vídeo
Crachás
- Tópicos:**
- I. Reforçando o Comprometimento Voluntário
 - II. Discussão sobre a Carta-Resposta
 - III. Dramatização: Respostas rápidas a declarações sobre o ideal de magreza
 - IV. Razões para se inscrever
 - V. Desafio Comportamental
 - VI. Discussão sobre a lista Top-10
 - VII. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)

Visão geral da sessão: O foco da Sessão 3 é discutir mais sobre como resistir ao ideal de magreza, como desafiar as próprias preocupações com o corpo e como responder a futuras pressões para ser magra. Dramatizações são também usadas para que as participantes possam praticar fazer declarações contra o padrão de magreza.

Ligue a câmera de vídeo agora.

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (2MINS)

Novamente, é importante dizer que a participação é voluntária. Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Certifique-se de que todos pelo menos acenem com a cabeça em resposta.

II. DISCUSSÃO SOBRE A CARTA-RESPOSTA (10MINS)

Na semana passada nós pedimos que vocês escrevessem uma carta para alguém em sua vida que tem te pressionado a se adequar ao ideal de magreza. Nós solicitamos que vocês contassem a eles como isso afetou vocês. Nós também pedimos para vocês indicarem como responderiam agora, após as discussões feitas nestes encontros.

Cada uma de vocês está disposto a ler sua carta em voz alta? Como você se sentiu ao escrever esta carta?

Como você se sentiu ao escrever esta carta?

Por favor, entregue seu formulário da Carta-Resposta e por favor, certifique-se de ter assinado. Obrigada!

Recolha o Exercício #4. Certifique-se de que as participantes escreveram seus nomes e assinaram o formulário.

III. DRAMATIZAÇÃO: RESPOSTAS RÁPIDAS A DECLARAÇÕES SOBRE O IDEAL DE MAGREZA (10mins)

Muitas vezes, nós não percebemos como perpetuamos o ideal de magreza das maneiras mais sutis. Alguma de vocês pode pensar em algumas formas pelas quais vocês e outros podem promover o ideal de magreza sem ao menos perceber?

Possíveis respostas incluem elogiar a perda de peso de outra pessoa, comentar sobre o que ou quanto você está comendo, gastar muito tempo pensando sobre como você pode cortar calorias, se tornando vegetariano ou fazendo uma dieta livre de glúten, reclamando sobre seu corpo e falando sobre celebridades que são muito magras ou notar como estão ganhando peso.

Na última semana, nós pedimos que vocês falassem com alguém para deixar de perseguir o ideal de magreza, eu um exercício de dramatização. Esta semana, nós faremos uma coisa um pouco diferente – nós gostaríamos que cada uma de vocês desafiasse declarações sobre o ideal de magreza de forma rápida, como um “bate-volta”. Seu objetivo é simplesmente evitar a conversa sobre gordura. Eu gostaria que cada um de vocês combatesse duas declarações sobre o ideal de magreza que eu irei fazer. Por exemplo, se eu disser: “Esta camisa me faz parecer gorda?” Vocês poderiam dizer: “Eu acho melhor se nós não nos debruçarmos em questões sobre a aparência como esta.”

Dramatizações usando declarações contrárias ao ideal de magreza para resistir às pressões dos amigos. Peça a cada participante para gerar uma declaração contra o ideal de magreza em resposta a duas falas feitas pelos líderes. Rode o círculo duas vezes. Se as participantes derem uma resposta longa, interrompa gentilmente e peça que eles deem uma resposta de apenas uma ou duas frases.

Exemplos de declarações:

- *Uau, olhe para o tamanho daquela garota!*
- *Érica realmente ganhou peso no sferiados.*
- *Eu acho que se eu cortar produtos lácteos e glúten eu realmente posso perder muito peso.*
- *Estou pensando em fazer uma dieta, você gostaria de se juntar a mim?*
- *Você não acha que aquela menina é uma vaca?*
- *Eu nunca seria amiga de alguém tão pesado.*
- *Meu treinador disse que eu preciso parar de tomar café da manhã se eu quiser chegar ao meu peso ideal.*
- *Meu irmão disse que eu pareço gorda, o que você acha?*
- *Eu adoro escutar Adele, mas é difícil olhar para ela com todo o excesso de peso.*
- *Eu acho que seria realmente legal se nós pudéssemos alcançar aquele espaço entre as coxas (“thigh gap”).*
- *Se eu não perder algum peso, eu posso ser cortada do time decorrida.*
- *Eu odeio tanto meu corpo – eu queria poder acordar em um corpo diferente.*
- *Você sabe que se você apenas parar de comer queijo você perderia peso suficiente para ser atraente.*
- *Somente as meninas magras são convidadas para sair pelos garotos.*
- *Ela realmente não tem corpo para estar vestindo esta roupa.*
- *Eu realmente gostaria de ter o corpo de uma modelo.*
- *Eu estava pensando em ter uma “barriga tanquinho”.*
- *Meu treinador está trabalhando comigo para que eu perca peso suficiente para vestir tamanho 36.*
- *Esse vestido me faz parecer gorda?*
- *Eu pareço gorda neste?*
- *Eu sou muito gordo para comer assim.*
- *Você está tão magra, como você faz?*
- *Eu estou pensando em me tornar vegetariano porque ouvi que isso ajuda a perder peso.*
- *Você está tão magra, não tem nada para se preocupar.*
- *Se eu não perder algum peso, eu sei que ele vai me trair.*
- *Vamos começar a fazer Ioga, eu ouvi que queima até 1000 calorias por aula.*
- *As férias da primavera estão chegando, você realmente acha que deve comer isso?*
- *O técnico disse para comer apenas saladas no almoço.*

- *Estou experimentando um novo suco desintoxicante, você deveria experimentar também!*
- *Ele me disse que apenas namora garotas com espaço entre as coxas (“thigh gap”).*
- *Eu não acredito que aquela baleia apareceu com aquele vestido.*
- *Ninguém quer namorar uma gorda.*

Discussão sobre a dramatização.

Como você se sentiu com estas dramatizações? Você acha que poderia desafiar seu amigo ou parente se eles fizerem uma declaração pró-magreza?

Encoraje a discussão com questões adicionais, se necessário (por exemplo, “Quais afirmações eram mais difíceis de responder?” ou “O que você faria na vida real para indicar que você não apoia o ideal de magreza?”).

IV. RAZÕES PARA SE INSCREVER NESTAS REUNIÕES (10MINS)

Neste momento, é útil para as pessoas compartilhar as principais razões que os levaram a se inscrever nestes encontros para aceitação corporal, para que possam ter um retorno do grupo. Eu espero que todas sejam honestas ao compartilhar o por que se inscreveram neste grupo. Por exemplo, algumas garotas se inscreveram por causa de um comentário negativo que alguém fez a ela ou por se sentir preocupada com a forma de seu corpo.

Qual foi a principal razão para você se inscrever neste grupo?

Os facilitadores podem fornecer exemplos de suas próprias insatisfações corporais e dar suporte se o grupo parecer hesitante. É melhor começar com a participante mais sociável.

Deixe as participantes discutirem o quanto estiverem confortáveis para compartilhar. O propósito é permitir às participantes compartilhar preocupações específicas sobre a Imagem Corporal e desafiar o grupo sobre os pensamentos e sentimentos que os mesmos têm sobre partes específicas do seu corpo.

Se necessário, pergunte “*Você estaria disposta a dizer quais preocupações com a imagem corporal você tem? Quase todo mundo tem algum tipo de preocupação!*”. Se as participantes derem respostas vagas (por exemplo, interesse no tópico ou interesse financeiro), pressione-as ainda mais.

Ouvindo vocês, parece que seria útil para algumas de vocês desafiarem seus medos e preocupações sobre sua Imagem Corporal.

V. DESAFIO COMPORTAMENTAL (10Mins)

Existem coisas que vocês não fazem em função da preocupação com a imagem corporal?

(por exemplo, vestir certas roupas, ir a lugares específicos, etc.)

Vocês estão dispostas a um experimento que lhes ajudará a se sentir melhores com seus corpos? Nós gostaríamos de desafiar vocês a fazer coisas que normalmente não fazem, por causa da preocupação com a aparência. Fazer isso poderia aumentar sua confiança e dissipar seus medos.

Exemplos incluem:

- *Vestir shorts na escola, se suas pernas são uma área de preocupação para você*
- *Ir a uma piscina usando maiô, se você usualmente tem medo disso*
- *Se exercitar em público*
- *Comer em público*
- *Vestir uma camisa justa ou de alcinha para ir ao shopping/jantar/biblioteca*

- *Prender seu cabelo se você se sente constrangido em como você aparenta desta forma*
- *Vestir um top com nada sobre ele ou uma calça apertada quando trabalhar fora*
- *Não fazer maquiagem*
- *Ir a um centro de recreação se você usualmente evita por causa de sua preocupação com a Imagem Corporal*
- *Revelar uma parte do seu corpo, com o seus pés, que você tende a cobrir (como vestindo sandálias)*

Vocês estão dispostas a fazer dois desafios comportamentais na próxima semana, ou o mesmo desafio duas vezes? Nós gostaríamos de ouvir como foi, na próxima semana. Por favor, pensem um momento sobre duas coisas que vocês gostariam de fazer, mas não fizeram ainda. Agora, vamos compartilhar duas coisas que faremos na próxima semana.

Note que o objetivo deste exercício não é simplesmente que os participantes façam alguma coisa que normalmente não fazem (por exemplo, vestir uma camisa apertada porque não é o seu estilo de roupa), mas o que precisam fazer é alguma coisa que eles fariam de outra forma se não tivessem problemas com sua Imagem Corporal (por exemplo, eu gostaria de vestir uma camisa apertada, mas não faço porque acho que me faz parecer muito gorda).

Deixe cada participante compartilhar com o grupo dois desafios comportamentais que irão fazer na próxima semana.

Consulte o formulário **Exercício comportamental** (Exercício #6). Peça-as para registrar seu plano no formulário.

Os líderes do grupo devem ajudar as participantes a selecionarem os desafios apropriados e que eles serão capazes de cumprir na próxima semana (por exemplo, não selecione vestir uma roupa de banho na piscina se estamos no inverno). Conforme a necessidade, pressione as participantes a serem específicas em seus planos (por exemplo, com que elas irão fazer essa atividade [se com alguém], quando farão, onde farão, e como farão isso).

VI. DISCUSSÃO SOBRE A LISTA Top-10 (15mins)

O segundo exercício da semana passada pedia que vocês fizessem uma lista de 10 coisas que uma menina/mulher poderia fazer para resistir ao ideal de magreza – o que você pode evitar, dizer, fazer, ou aprender para lutar contra esta pressão social. Isso pode ser chamado de “ativismo corporal”.

Cada uma de vocês poderia compartilhar três itens da sua lista?

Consulte o formulário **Lista Top-10** (Exercício #5).

Exemplos:

1. Compartilhar um vídeo anti-ideal de magreza no Facebook.
2. Você poderia fazer vídeo sobre “coisas que as pessoas dizem” sobre as preocupações com a Imagem Corporal e postar no Youtube.
3. Escrever para uma revista ou agência publicitária sobre um anúncio, em particular, que promove o ideal de magreza e explicar por que você tem um problema com isso. Ou você poderia sugerir campanhas publicitárias mais positivas.
4. Conte com um grupo de amigos para fazer um pacto de apenas fazer elogios sobre talentos e realização, não sobre aparência.
5. Peça a grupo de amigos para se juntarem a você em uma atividade física em grupo que vise a diversão e a saúde, não a perda de peso (por exemplo, jogar tênis ou pingue-pongue, ir a uma caminhada, etc.).
6. Faça uma jarra “conversa sobre gordura” e coloque em sua casa para que toda vez que alguém fizer um comentário a favor do ideal de magreza tenha que colocar dinheiro na jarra.

7. Coloque adesivos dizendo “Você está ótima como você é” dentro de livros direcionados à perda de peso em livrarias ou bibliotecas.
8. Coloque um cartaz “Ame seu corpo” no vestiário das meninas.
9. Pendure folhetos sobre aceitação corporal em todo o campus.
10. Coloque um balde com giz no passeio da escola para que as pessoas escrevam no chão algo que gostam sobre seus corpos.
11. Coloque folhetos escritos “Ame seu Corpo” em carros.
12. Escreva “aceite seu corpo” na janela do seu carro.
13. Peça a um grupo de amigos (podem ser meninos também) para escrever uma carta para alguém, no seu passado, que já os pressionaram a ser magros.

Nós gostaríamos que cada uma de vocês fizesse, ao menos, dois atos de ativismo corporal nesta semana, e então nos contasse como foi na próxima sessão. Pensem um momento e escolham duas formas de ativismo corporal que vocês farão. Agora, compartilhem com todas as duas coisas que vocês irão fazer nesta semana.

Consulte o formulário **Ativismo Corporal** (Exercício #7).

Deixe cada participante escolher dois comportamentos de suas listas (ou alguma coisa que outro participante disse ou que você tenha pensado) para fazer durante a próxima semana. Caso necessário, pressione as participantes a serem bem específicos em seus planos (por exemplo, com que elas farão esta atividade [se com alguém], quando farão, onde farão, e como farão isso). Se necessário, também lembre as participantes que o ativismo corporal tem a intenção de ter um impacto além do nível individual (isto é, entre amigos, no colégio, na comunidade, etc.)

Recolha o formulário **Lista Top-10** (Exercício #5). Certifique-se de que todas escreveram seus nomes e assinaram os formulários.

VII. ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (3mins)

Novamente, nós gostaríamos que cada uma de vocês realizasse dois desafios comportamentais relacionados a suas preocupações pessoais com a Imagem Corporal, e se engajasse em dois exercícios de ativismo corporal.

Nós também gostaríamos que vocês fizessem um terceiro exercício. Você estaria disposta a escrever uma carta para você, quando era mais jovem, descrevendo como evitar o desenvolvimento de problemas de imagem corporal? Extraia das coisas que você tem aprendido nestas sessões. O objetivo é dar a você mesma um aviso sobre coisas que você pode fazer, dizer, evitar ou aprender para se ajudar a desenvolver uma Imagem Corporal positiva.

Consulte o formulário **Carta para a jovem eu** (Exercício #8).

Por favor, inclua seu nome completo e assinatura no seu exercício. Eu recolherei todas as tarefas após falarmos sobre cada uma delas, na próxima semana.

Peça a uma das participantes para explicar, com suas palavras, os exercícios que deverão ser feitos em casa para ter certeza de que está claro.

Se o tempo permitir:

Todas podem me dizer alguma coisa que “funcionou pra você” nesta sessão, ou que “realmente fez sentido”?

Mais uma vez, obrigada pela presença. Nos vemos na próxima semana para a última sessão!

Nome:

Assinatura:

**Sessão 3, Exercício #6:
Desafio Comportamental**

Nós gostaríamos de desafiar cada uma de vocês a fazer duas coisas que vocês normalmente não fazem por causa de preocupações com sua Imagem Corporal, para aumentar sua confiança. Por exemplo, vestir shorts para ir à escola, ir a uma piscina vestindo maiô, exercitar-se em público. Nós gostaríamos que cada uma de vocês fizesse dois desafios comportamentais nesta semana (ou o mesmo duas vezes) e nos conte como foi durante a próxima sessão. Por favor, pense por alguns instantes em alguma coisa que você gostaria de fazer, mas não fez ainda. Por favor, escreva seu objetivo no espaço abaixo para se lembrar dele.

Nome:

Assinatura:

**Sessão 3, Exercício #7:
Ativismo Corporal**

O segundo exercício da última sessão pedia que você escrevesse uma lista Top-10 de coisas que as meninas/mulheres poderiam fazer para resistir ao ideal de magreza – o que podem evitar, dizer, fazer, ou aprender para combater as pressões sociais. Isto pode ser chamado de “ativismo corporal”.

Por favor, escolha dois comportamentos da sua lista e faça-os durante a próxima semana. Você pode escrever sua meta de ativismo corporal nesta folha, para se lembrar dela.

SESSÃO 4

Preparação: Enviar e-mail ou ligar para cada participante antes desta reunião, lembrando de completar os exercícios.

Materiais: Câmera de vídeo
Câmera digital/Telefone celular
Crachás

Tópicos:

- I. Reforçando o Comprometimento voluntário
- II. Discussão sobre o Desafio Comportamental
- III. Discussão sobre o Ativismo Corporal
- IV. Discussão sobre a “Carta para jovem eu”
- V. Benefícios do grupo/Discussão de encerramento
- VI. Exercício de autoafirmação
- VII. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)
- VIII. Encerramento

Visão geral da sessão: O foco da quarta sessão é discutir as experiências das participantes com os exercícios de desafio comportamental e ativismo corporal, e discutir quais as formas com que nós falamos sobre nossos próprios corpos que podem promover o ideal de magreza. Esta sessão final centra-se em levar os participantes a terem formas mais positivas de falarem sobre seus corpos e encorajá-los a continuar desafiando suas preocupações com a Imagem Corporal no futuro.

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (2MINS)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Cada uma de vocês está disposto a participar verbalmente da sessão de hoje?

Certifique-se de que todos pelo menos acenem com a cabeça em resposta.

II. DISCUSSÃO SOBRE O DESAFIO COMPORTAMENTAL (10mins)

Na semana passada, nós pedimos que vocês fizessem alguma coisa que você não fariam normalmente por causa de preocupações com seu corpo.

Vamos rodar a sala e descrever o que cada um de você fez e como se saíram.

Você considerou este exercício útil? O que você aprendeu? [Fazer outras perguntas que estimulem a falar].

Deixe cada participante discutir suas experiências.

Se elas não fizeram o exercício, pergunte sobre as barreiras para fazê-lo. O que se pode fazer para superá-las? Existe alguma coisa que possa ser mais fácil de fazer para que possa tentar primeiro? Encoraje as participantes a continuarem desafiando suas preocupações relacionadas ao corpo.

Nós apreciamos que vocês estejam dispostas a tentar algo novo. Esperamos que vocês continuem a desafiar vocês mesmas e suas preocupações com o corpo no futuro, de forma parecida.

Recolha o formulário **Desafio Comportamental** (Exercício #6). Certifique-se de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

III. DISCUSSÃO SOBRE O ATIVISMO CORPORAL (10mins)

Da última vez, nós também pedimos a vocês que fizessem dois exercícios de ativismo corporal. Vamos ver se podemos ouvir o que cada uma fez e como se saíram.

Rode toda a sala para que cada participante descreva o que elas fizeram e o que aconteceu. Se necessário, faça questões para promover discussões adicionais (por exemplo, “X, parece que você gostou de fazer este exercício. Fale mais sobre o que o tornou tão agradável” ou “X, que aspectos deste exercício foram desafiadores?”)

Como você acha que este tipo de exercício poderia fazer a diferença? Individualmente e para a sociedade?

Alguém está disposta a fazer mais ativismo corporal no futuro? Se sim, o que vocês fariam?

Dê às participantes a oportunidade de falarem em fazer mais ativismo corporal no futuro.

Por favor, entreguem seus formulários sobre o exercício de ativismo corporal e por favor, assinem.

Recolha o formulário de **Ativismo Corporal** (Exercício #7). Certifique-se de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

IV. DISCUSSÃO SOBRE A “CARTA PARA A JOVEM EU” (10mins)

Na última semana, nós perguntamos se vocês estariam dispostas a escrever uma carta para você mais jovem, introduzindo você mesma em como evitar o desenvolvimento de problemas de imagem corporal.

Eu gostaria de fazer um vídeo de você lendo sua carta para você postar, caso deseje, em seu site ou perfil do YouTube ou Facebook.

Faça cada participante ler sua carta. Enfatize para os membros do grupo que, por razões de confidencialidade, estaremos proibidos de postar o vídeo se um participante disse seu nome completo ou o nome completo de outra pessoa durante a gravação. Grave de uma câmera separada, ou pelo celular para gerar pequenos vídeos individuais das participantes. Após cada participante concluir sua leitura, responda agradecendo e fazendo um comentário positivo sobre a carta.

NOTA: Por questões de confidencialidade, é importante ter certeza de que a participante que está lendo a carta seja a ÚNICA pessoa no vídeo.

NOTA: Se uma participante não estiver disposta a ler sua carta, pergunte se está disposto a resumir ou escolher um trecho para ler.

Todas claramente gastaram um bom tempo escrevendo estas cartas e fizeram um grande trabalho. Por favor, entregue-as – certifiquem-se de terem escrito seus nomes e assinado os formulários! Nós iremos enviar estas cartas a você em 6 meses para lembrá-las de todas as coisas que vocês aprenderam sobre aceitação corporal neste grupo.

Recolha o formulário **Carta para a jovem eu** (Exercício#8). Esteja certo de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

V. DISCUSSÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS DO GRUPO E ENCERRAMENTO (10MINS)

Como este é nosso último encontro, eu gostaria de falar sobre algumas coisas que vocês aprenderam participando deste grupo.

Vocês podem me falar alguma coisa sobre os benefícios da aceitação corporal? [obter resposta]

Alguma atividade, em particular, se destacou como realmente útil para você? [obter resposta]

Como esta experiência mudou a forma como você pensa e se sente sobre seu próprio corpo? [obter resposta]

Como sua participação no Projeto “O Corpo em Questão” mudou o que você faz, ou fará no futuro, para promover sua própria aceitação corporal? [obter resposta]

Como este grupo mudou a forma de você interagir com amigos, namorados ou outras pessoas na sua

Tente fazer com que todas as participantes reflitam sobre qualquer crescimento que tenham tido, ou ideias que tenham aprendido. O objetivo é consolidar o que aprenderam.

VI. EXERCÍCIO DE AUTO-AFIRMAÇÃO (10mins)

Como estamos terminando nossas sessões, gostaríamos de encorajar vocês a continuarem a desafiar algumas de suas próprias preocupações com o corpo. Parte disso é falar de nossos corpos de uma maneira mais positiva que negativa. Aqui algumas ideias para vocês começarem:

1. Escolha um amigo ou familiar e discuta uma coisa que você gosta sobre você mesma.
2. Mantenha um diário de todas as coisas boas que seu corpo te permite fazer (por exemplo, fazer uma longa caminhada, jogar tênis bem, etc.).
3. Escolha um amigo e faça um pacto de evitar conversas negativas sobre o corpo. Quando você pegar seu amigo falando negativamente sobre o corpo dele, lembre-o do pacto.
4. Faça uma promessa de parar com reclamações sobre seu corpo, como “Eu tenho tão pouco peito” ou “Eu odeio minhas pernas”. Quando você se pegar fazendo isso, faça uma correção dizendo alguma coisa positiva sobre esta parte do seu corpo, como “Estou tão feliz que minhas pernas me permitiram praticar futebol hoje”.
5. Da próxima vez que alguém lhe fizer um elogio, ao invés de contestar (“Não, eu sou tão gorda”), pratique respirar fundo e dizer “Obrigada”.

Cada uma de vocês pode escolher uma dessas ideias (ou alguma outra) e fazê-la durante a semana e nos enviar um e-mail dizendo como foi?

Considerem isso um “exercício de despedida”. Fazer este tipo de coisa torna mais provável que você irá falar sobre você mesmo de uma forma mais positiva. Pense em quais exercícios específicos você pode fazer. Eu gostaria que cada uma de vocês compartilhasse.

Consulte o formulário **Exercício de Autoafirmação** (Exercício #9).

Peça que cada participante defina qual exercício de afirmação estão dispostas a fazer durante a próxima semana.

VII. OUTRO EXERCÍCIO PARA APÓS AS SESSÃO (5MINS)

**Se a escola continuar com os grupos e recrutamento para o Projeto “O Corpo em Questão”, peça às participantes para completar um exercício de recrutamento:

Em segundo lugar, nós gostaríamos de ver se vocês estariam dispostos a encorajar ao menos 3 de suas amigas a participar das sessões do BP, baseado em sua experiência positiva com este programa. Por favor, dê a elas os folders de recrutamento que estão no final de sua pasta ou simplesmente peça seus amigos para me enviar em mensagens em: _____

Nós gostaríamos que cada uma de vocês fizesse um exercício de autoafirmação durante a próxima semana e nos enviasse um e-mail contando como foi. Em segundo lugar, queremos que você encoraje 3 amigos a participarem do próximo grupo do Projeto “O Corpo em Questão” e nos envie seus contatos para que possamos enviar o programa.

****Se a escola não irá continuar como os grupos do Projeto “O Corpo em Questão” faça as participantes completarem o Exercício de Ativismo Corporal no lugar do exercício de recrutamento:**

Em segundo lugar, nós gostaríamos que vocês fizessem mais um formulário de ativismo corporal e nos enviasse um e-mail sobre isso. Vocês estão dispostas a fazer um ativismo corporal como um grupo? Isto poderia consistir em escrever uma carta em que todas assinem e enviá-la a uma revista ou companhia que promova o ideal de magreza. Vocês decidem o que querem fazer e combinem com as outras, por e-mail ou mensagens de texto. Há algumas ideias sobre o que poderia ser feito? Alguém estaria disposto a ser o líder e fazer acontecer? [Selecione um ou dois membros do grupo para serem líderes]. Nós gostaríamos de ouvir o que vocês decidiram fazer como um grupo.

Anote o Exercício de Ativismo Corporal em potencial.

Consulte o formulário **Exercício de ativismo corporal em grupo** (Exercício #10).

Nós gostaríamos que cada uma de vocês fizesse um exercício de autoafirmação durante a próxima semana e nos enviasse um e-mail sobre como foi. Em segundo lugar, queremos que vocês, como um grupo, façam mais um exercício de ativismo corporal.

VIII. ENCERRAMENTO (3MIN)

Mais uma vez, obrigada por decidirem fazer parte deste grupo. Nós ficamos muito impressionados com seus comentários inteligentes e participação – eles foram muito apreciados!

Nome:

Assinatura:

**Sessão 4, Exercício #9:
Exercício de Autoafirmação**

Parte de desafiar as preocupações com o corpo envolve falar sobre seus corpos de uma forma mais positiva que negativa. Nós discutimos alguns exemplos disso no grupo, por exemplo, fazer uma promessa de parar com reclamações sobre seu corpo e aceitar elogios mais que contestá-los. Por favor, escolha três ideias sobre as quais nós falamos, ou outras que você possa pensar, para praticar ao longo da próxima semana, e nos avise como foi, por e-mail.

Sessão 4, Exercício #10:
Ativismo Corporal em grupo

Nós gostaríamos que vocês, como um grupo, fizessem um formulário adicional sobre “ativismo corporal”. Como um lembrete, “ativismo corporal” é alguma coisa que vocês podem evitar, dizer, fazer ou aprender para resistir ao ideal de magreza. Isso poderia consistir em escrever uma carta que todos assinem e enviá-la a uma revista, ou companhia que promova o ideal de magreza. Vocês decidem o que querem fazer e combinam uns com as outras por e-mail ou mensagens de texto. Por favor, listem algumas idéias do que vocês podem fazer, abaixo, e então uma pessoa pode me enviar sobre o que foi feito com o grupo.



Membros do Grupo:

Nome:

Nome:

Nome:

Nome:

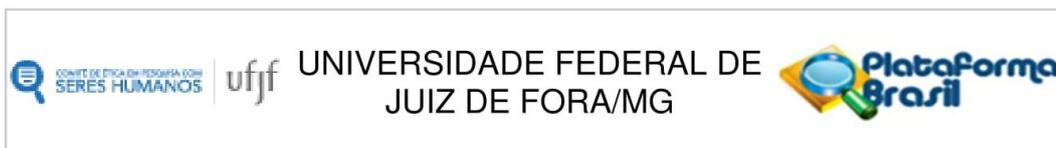
Nome:

Nome:

Nome:

Nome:

ANEXO K



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A imagem corporal dos adolescentes brasileiros: diagnóstico e intervenção

Pesquisador: Maria Elisa Caputo Ferreira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 12640713.9.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.717.434

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N^o 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.717.434

modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_655147E1.pdf	08/09/2016 09:18:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EMENDA_Projeto_de_pesquisa_detalhado_3.pdf	08/09/2016 09:15:31	Ana Carolina Soares Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_no_caso_de_menor_SEGUNDA_ETAPA.pdf	22/05/2016 17:48:26	Ana Carolina Soares Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_SEGUNDA_ETAPA.pdf	22/05/2016 17:48:11	Ana Carolina Soares Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_SEGUNDA_ETAPA.pdf	22/05/2016 17:47:53	Ana Carolina Soares Amaral	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/02/2013 10:59:47		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Ana Carolina Soares Amaral).pdf	06/02/2013 10:51:03		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Maria Elisa Caputo Ferreira).pdf	06/02/2013 10:49:14		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto .pdf	23/01/2013 09:46:38		Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	23/01/2013 08:35:50		Aceito
Outros	Declaração de infraestrutura e autorização.pdf	23/01/2013 08:35:21		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO - 2 etapa.pdf	23/01/2013 08:35:02		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO - 1 etapa.pdf	23/01/2013 08:34:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - 2 etapa.pdf	23/01/2013 08:33:55		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

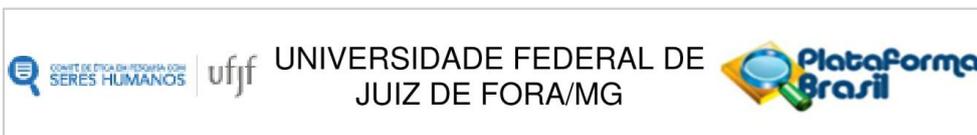
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.717.434

Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - 2 etapa.pdf	23/01/2013 08:33:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - 1 etapa.pdf	23/01/2013 08:32:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 08 de Setembro de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO L

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**A Imagem Corporal dos Adolescentes brasileiros: Diagnóstico e Intervenção**”. Neste estudo pretendemos avaliar a Imagem Corporal dos participantes e sua relação com outras variáveis psicológicas de forma a fornecer evidências que possibilitem o desenvolvimento de uma proposta preventiva em âmbito escolar.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o elevado número de adolescentes e jovens com insatisfação corporal e, também, os poucos estudos sobre quais aspectos mais influenciam esta insatisfação, como autoestima e depressão. Além disso, verifica-se a necessidade de intervenções que previnam o desenvolvimento do descontentamento com a aparência, bem como dos transtornos alimentares.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: nesta etapa da pesquisa, será desenvolvida uma intervenção preventiva sobre a Imagem Corporal, na qual serão realizados encontros extracurriculares no período letivo. Você responderá a alguns questionários, antes e após o período de intervenções, os quais buscam avaliar a satisfação corporal geral e por áreas corporais; a influência da mídia na Imagem Corporal e a internalização do ideal de magreza ou busca da muscularidade; as atitudes alimentares e os sintomas de Transtornos Alimentares; a frequência de comportamentos associados a dietas; sintomas depressivos e o afeto negativo; a apreciação corporal e a autoestima global do participante. Além disso, os participantes deverão avaliar a proposta de intervenção sugerida. Alguns dos participantes formarão um grupo controle, o qual responderá aos questionários, mas não participará da intervenção.

Para participar desta pesquisa, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O(A) Sr. (a) poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador, que irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Corte aqui.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “A Imagem Corporal dos adolescentes brasileiros: Diagnóstico e Intervenção” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ de _____ de 20____

Assinatura do (a) Participante



Assinatura da Pesquisadora responsável

Professora Dr^a. ANA CAROLINA SOARES AMARAL

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais –
Campus Barbacena

Rua Monsenhor José Augusto, nº 204 – Bairro São José – CEP 36205-018
Barbacena – Minas Gerais – Brasil

Telefone: (32) 3693 8810 / E-MAIL: ana.amaral@ifsudestemg.edu.br

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana – UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br