

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO EATING BEHAVIOURS AND  
BODY IMAGE TEST (EBBIT) EM CRIANÇAS DO SEXO FEMININO NA  
CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – SP**

***ELIZANGELA MOREIRA CARETA GALINDO***

Ribeirão Preto

- 2005 -

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO EATING BEHAVIOURS AND  
BODY IMAGE TEST (EBBIT) EM CRIANÇAS DO SEXO FEMININO NA  
CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – SP**

***ELIZÂNGELA MOREIRA CARETA GALINDO***

*Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do Título de Mestre no programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem – Área de  
concentração: Enfermagem Psiquiátrica,  
vinculado à linha de Pesquisa: Promoção de  
Saúde Mental*

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Maria P. Carvalho

Ribeirão Preto

- 2005 -

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Galindo, Elizângela Moreira Careta

Tradução, Adaptação e Validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2005.

43 f.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP – Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Carvalho, Ana Maria Pimenta

1. Criança. 2. Imagem corporal. 3. Obesidade.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Elizângela Moreira Careta Galindo

Tradução, Adaptação e Validação do Eating Behaviours and Body Image Test(EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP

Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Enfermagem Psiquiátrica.  
Área de concentração: Promoção de Saúde Mental.

Aprovado em: -----

### Banca Examinadora

Prof. Dr. -----

Instituição: -----

Assinatura: -----

Prof. Dr. -----

Instituição: -----

Assinatura: -----

Prof. Dr. -----

Instituição: -----

Assinatura: -----

Prof. Dr. -----

Instituição: -----

Assinatura: -----

## **DEDICATÓRIA**

A Deus que me deu sabedoria e por fazer as coisas acontecerem no momento certo em minha vida.

Ao meu amor Francisco pelo carinho, apoio e incentivo nos momentos em que precisei.

A minha pequena Letícia, amor da minha vida, pela alegria em que me proporciona a cada dia.

Aos meus pais e irmãos com amor e carinho pelo incentivo e compreensão nos momentos de desânimo e cansaço.

As crianças que foram sujeitos do estudo, as quais contribuíram para concretização deste.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Agradeço à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Maria Pimenta Carvalho, pelo carinho, apoio e incentivo. Obrigado pela confiança e credibilidade que depositou no meu trabalho. Muito Obrigado pela amizade e por contribuir para o meu crescimento profissional.

A minha família pelo incentivo e apoio. Obrigado pela dedicação e interesse no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos dirigentes das escolas que permitiram que eu fizesse o meu trabalho, mostrando interesse e apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Apresento meus sinceros agradecimentos às pessoas que me apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho:

- À Profa. Dra. Eucia Beatriz e ao Prof. Dr. Jorge Luís Pedrão pela dedicação e interesse ao analisarem o meu trabalho, pois através de suas experiência profissional contribuíram para o seu enriquecimento.
- À Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos pela ajuda nas análises estatísticas e apoio no desenvolvimento deste trabalho.
- Às crianças que participaram da pesquisa, pela disponibilidade em estarem colaborando com a coleta de dados.
- Aos pais das crianças por terem consentido a participação destas no estudo.
- À CAPES pela ajuda financeira, com a qual colaborou para a minha dedicação integral ao trabalho.

Galindo, E. M. C. Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2005.

### *Resumo*

O presente trabalho tem por objetivo traduzir, adaptar e validar o Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT), para uso com crianças de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Foram sujeitos do estudo 261 escolares do sexo feminino, na faixa etária de 9 a 12 anos. Por meio da análise fatorial, com rotação varimax avaliou-se a consistência interna do instrumento. Esta análise, realizada pelo programa SPSS, versão 10.0, revelou dois fatores. Para o instrumento total a consistência interna foi adequada ( $\alpha$  de Cronbach: 0,89) e para os dois fatores (1 e 2) os valores de  $\alpha$  também foram considerados satisfatórios ( $\alpha=0,90$  e  $\alpha=0,80$  respectivamente), mostrando assim que o EBBIT é útil para uma avaliação precoce, rastreando comportamentos indicadores de possíveis distúrbios no comportamento alimentar. Foram mantidas as características psicométricas do instrumento original.

Palavras chave: criança, imagem corporal, obesidade



Galindo, E. M. C. Translation, adaptation and validation of Eating Behaviours and Body Image Test for use with female children of Ribeirão Preto, Master Dissertation, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2005.

#### Abstract

This study aimed to translate, adapt and validate the Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT), to be used with children in a city in the interior of São Paulo. Study subjects were 261 female students between 9 and 12 years old. The internal consistency of the instrument was evaluated by means of factorial analysis with varimax rotation. This analysis was accomplished through SPSS, version 10.0, revealed two factors. The internal consistency was adequate for the total instrument (Cronbach's  $\alpha$ : 0.89) and  $\alpha$  values were also considered satisfactory for the two factors (1 and 2) ( $\alpha$ =0.90 and  $\alpha$ =0.80 respectively), which demonstrated that the EBBIT is useful for an initial evaluation, tracing behavior that indicates possible eating behavior disorders. The psychometric characteristics of the original instrument were maintained.

Key words: children, body image, eating behaviors.

Galindo, E. M. C. Traducción, adaptación e validación del Eating Behaviours and Body Image Test para uso con niñas en la ciudad de Ribeirao Preto, SP. Disertación de Maestría, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, 2005.

## Resumen

La finalidad de este trabajo fue traducir, adaptar y validar el Eating Behaviors and Body Image Test (EBBIT), para utilización con niños en una ciudad del interior de São Paulo, Brasil, mediante el análisis factorial y de consistencia interna, utilizando una muestra de 261 alumnas de la ciudad de Ribeirão Preto en la franja etaria de 9 a 12 años. El análisis factorial con rotación varimax reveló dos factores por medio del programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versión 10.0. El instrumento original consistía en tres factores. Fue encontrada una consistencia interna adecuada ( $\alpha$  de Cronbach: 0,89) para el instrumento total, y el valor de  $\alpha$  también fue considerado satisfactorio para los dos factores (1 y 2, con  $\alpha=0,90$  y  $\alpha=0,80$ , respectivamente). El tercer factor de la escala no apareció en la muestra investigada. Abarca comportamientos compensatorios que indican problemas alimentarios más severos, tales como la bulimia. El estudio demostró la utilidad del EBBIT para una evaluación de comportamientos alimentarios y de la imagen corporal en niñas que se encuentran en esta franja etaria.

Palabras-clave: niños, imagen corporal, comportamientos alimentarios.

## **LISTA DE TABELAS**

**TABELA 1:** Distribuição das crianças que participaram do estudo, segundo escola e idade, Ribeirão Preto, 2003.

**TABELA 2:** Distribuição dos sujeitos da amostra, segundo idade e classificação do IMC

**TABELA 3:** Distribuição dos sujeitos da amostra das escolas públicas, segundo idade e classificação do IMC.

**TABELA 4:** Distribuição dos sujeitos da amostra de escolas privadas, segundo idade e classificação do IMC.

**TABELA 5:** Cargas fatoriais dos itens do instrumento (variável), por fator, com rotação varimax.

## SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** (1)
  - 1.1. A obesidade (1)
  - 1.2. Os distúrbios da conduta alimentar (5)
    - 1.2.1 A Anorexia nervosa (5)
    - 1.2.2 A Bulimia nervosa (9)
  - 1.3. Avaliação de problemas relacionados à alimentação, em crianças (12)
  - 1.4. Validação de Escalas Psicométricas (14)
  - 1.5. Descrição do Instrumento (19)
2. **OBJETIVO** (22)
3. **MÉTODO** (23)
  - 3.1. Autorização das autoras (23)
  - 3.2. Tradução e adaptação (23)
  - 3.3 Caracterização da amostra (24)
    - 3.3.1 Sujeitos (24)
    - 3.3.2 IMC – Índice de Massa Corporal (25)
  - 3.4. Procedimento (27)
  - 3.5 Análise dos Resultados (28)
  - 3.6 Aspéctos Éticos (28)
4. **RESULTADOS** (29)
  - 4.1. A Validação do EBBIT (29)
    - 4.1.1. A análise dos dados (29)
  - 4.2. Correlação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a subescala de insatisfação com a imagem corporal do EBBIT (32)
5. **DISCUSSÃO** (33)

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÀFICAS (35)

## **1. INTRODUÇÃO**

## **1 Introdução**

A literatura vem mostrando que a obesidade e os distúrbios alimentares são fatores de risco à saúde e se manifestam na adolescência e idade adulta, mas podem aparecer em crianças ou indivíduos em idades mais precoces. Os distúrbios na conduta alimentar, entre eles, a anorexia e a bulimia nervosas, são síndromes psicossomáticas consideradas graves e de prognóstico ruim, caracterizadas pelo medo mórbido de engordar. Há uma redução na quantidade de alimento consumido com progressiva perda de peso, ingestão de grande quantidade de alimento seguida de vômitos e uso de laxantes e /ou diuréticos.

O problema aparece na adolescência, entretanto existem indícios anteriores que podem ser captados através de uma avaliação, e seguindo-se a lógica de uma prevenção precoce, é importante identificar esses indícios que são precursores dos distúrbios relacionados à alimentação ( THELEN, POWELL, LAWRENCE & KUHLNERT, 1992; HODES, 1993).

### **1.1 A obesidade**

Na infância, a obesidade tem se constituído um grande desafio. Crianças em idade escolar, de 6 a 12 anos, passam por mudanças alimentares, nas quais a alimentação torna-se menos freqüente e os alimentos não são bem selecionados. Geralmente a criança leva a lancheira pronta de casa (alimentos pobres em nutrientes por serem mais práticos de preparar) ou dinheiro para comprar o lanche na cantina, onde as preferências da criança não terão nenhum embasamento nutricional, o que a leva a deixar de ingerir alimentos importantes para sua saúde e seu crescimento.

A obesidade é causada pela ingestão excessiva de calorias em relação ao gasto, tendo como principal causa o traço genético, que determina a forma como o corpo gasta calorias. Axelrud, Gleiser e Fishman (1999), afirmam que filhos de pais obesos têm 80% de chance de se tornarem obesos. 50% se houver apenas um dos progenitores obeso e 18% se os pais forem magros. Os fatores ambientais e psicológicos podem também induzir a obesidade. Algumas vezes, a obesidade pode ter como causa desajustes emocionais importantes em que a pessoa utiliza o alimento como válvula de escape para suas frustrações, buscando uma satisfação imediata, mas à medida em que engorda cria-se mais um problema.

Em 1980, a literatura já mostrava, segundo Ajuriaguerra, que a prevalência de obesidade era de 3% na população escolar. Ainda que a procura de consulta em geral fosse tardia, por volta da puberdade, o início da obesidade podia ser precoce. Os dois períodos de predileção para consulta, onde a obesidade era queixa principal eram: depois do primeiro ano de vida e, posteriormente, por ocasião do período pré-puberal, entre 10 e 13 anos.

Há um índice de avaliação da obesidade, cuja vantagem é a comparação seqüencial no mesmo paciente, para se ter uma idéia clara da evolução terapêutica. O índice que tem tido aplicação mais difundida e aceita é o índice de massa corpórea (IMC ou índice de Quetelet) e correlaciona o peso (Kg) ao quadrado da altura (m). Simples de obter, descarta a influência da altura no peso e se correlaciona:  $IMC = PESO . (ALTURA)^2$ .

Existem curvas de normalidade para IMC, variando seu valor conforme a idade. Este índice tem sido recomendado para uso corrente pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos e pela Faculdade Real de Médicos de Londres (FLYNN & GIBNEY, 1991), para o diagnóstico da obesidade. Segundo esses autores, o IMC é um índice simples que se correlaciona bem com os outros índices que utilizam peso e altura, há uma alta



correlação com a gordura corporal, além de suas considerações práticas como baixo custo e facilidade operacional. Seus limites de corte sugerido por vários autores (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992) são: Normal (N) = IMC entre 20 e 24,9; Sobrepeso (SP) = IMC entre 25 e 29,9 e Obeso (O) = IMC maior ou igual a 30kg/m<sup>2</sup>.

Axelrud, Gleiser e Fishman (1990), afirmam que os obesos existem em número cada vez maior. Em torno de 20% dos jovens brasileiros são obesos, com prováveis repercussões físicas e psicossociais.

Kaufman (1999), considera que as facilidades da vida moderna aumentam o número de obesos, pois as pessoas comem quando querem, pelo fato da comida estar disponível o tempo todo e o espaço entre as refeições tem diminuído sensivelmente. E mais, nota-se a diminuição crescente da atividade física cotidiana provocada por recursos tais como: TV, videogame, elevador, automóvel, computador, etc.

Levando em consideração os fatores socioculturais, embora haja autores que não concordam, tem-se encontrado uma prevalência aumentada de obesidade em classes socioeconômicas menos favorecidas, talvez motivada por uma ingestão aumentada de alimentos ricos em carboidratos, já que são alimentos economicamente mais acessíveis.

A obesidade e sua história natural tem mostrado que 80% das crianças obesas serão adultos obesos e estudos retrospectivos mostram que 30% dos adultos obesos foram crianças obesas (AZEVEDO, 1996).

Segundo Kaufman (1999), as diferenças de gênero (masculino e feminino) com relação a problemas alimentares aparecem já na adolescência. As mulheres experimentam mais conflitos com relação à comida, peso e forma do corpo do que os homens. As pressões para se manterem magras já estão presentes, como pode ser notado através dos regimes iniciados por meninas, que revelam um medo mórbido de engordar. As próprias crianças

revelam preferência por outras crianças magras. Associam a magreza à popularidade, inteligência e agilidade no esporte, enquanto que as gordinhas são consideradas tolas e o que é mais significativo, solitárias. Por outro lado, em algumas famílias, os adultos têm verdadeiro pânico em relação a crianças magras; estas chegam a sofrer um “bombardeamento alimentar”, através de vitaminas, farinhas e complementos para evitar o risco de “anemia”; em compensação, na adolescência o pânico é oposto: tudo deve ser controlado para evitar que engorde e vire objeto de chacotas. O adolescente gordo vai “aprendendo” que seu corpo é feio e desagradável e vai se tornando cada vez mais inimigo dele.

Algumas crianças não se sentem preparadas para enfrentar as mudanças físicas e psicológicas impostas pela adolescência; elas procuram isolar-se e prolongar sua infância através de diferentes condutas psicológicas, entre as quais os transtornos alimentares. O adolescente está exposto a constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. Realiza tentativas de ligação prazerosa com o mundo, o que nem sempre consegue. Em alguns jovens, a ingestão pode ser uma forma de encobrir esses sentimentos e o alimento, uma falsa companhia.

Dechen, Cano e Ribeiro (2001), em um trabalho junto a pré-adolescentes obesos, com o objetivo de conhecer a percepção de 14 adolescentes obesos de ambos os sexos, na faixa etária de 11 a 14 anos, com relação ao seu corpo e a influência deste na sua vida familiar, escolar e social, verificaram que a insatisfação com o próprio corpo, a valorização e desejo de obter o corpo magro e a vivência de experiências estigmatizantes em relação ao peso, traz a tona sentimentos como a angústia, a vergonha e o fracasso. Assim, não se sentem aceitos, possuem um conceito negativo de si mesmos refletindo na concretização da identidade pessoal.

## **1.2 Os Distúrbios da conduta Alimentar**

Os distúrbios da conduta alimentar, entre eles a anorexia e bulimia nervosas são síndromes psicossomáticas que afetam principalmente jovens do sexo feminino com idades entre 12 e 18 anos com indícios precursores na infância, podendo ser captados através de um diagnóstico mais precoce.

### **1.2.1 Anorexia Nervosa**

O termo anorexia deriva do grego *orexis*(apetite) acrescido do prefixo *an*(ausência, privação). A perda de apetite de origem nervosa, não é o termo mais adequado, considerando que, pelo menos no início do quadro, há uma negação da fome propriamente dita.

A anorexia nervosa se caracteriza por medo muito intenso de engordar tendo como conseqüência o uso de dietas, reduzindo drasticamente a alimentação e aparecendo um conseqüente emagrecimento. Costuma manifestar-se precocemente na adolescência e é mais comum em mulheres. O início da doença geralmente se dá por restrição alimentar gradual, principalmente com a eliminação de alimentos que engordam (doces, massas, etc.) devido ao pavor em ganhar peso. As meninas sentem-se gordas apesar de muitas vezes estarem exageradamente magras. A palavra anorexia significa falta de apetite, muito embora as pacientes anoréxicas sintam fome, elas exercem um rígido controle sobre a ingestão alimentar colocando sua própria vida em perigo (AXELRUD, GLEISER E FISHMAN, 1999).

Segundo Guerreiro, Barjau e Chinchilla (2001), é o grande impacto dos meios de comunicação (principalmente TVs), que provoca e mantém o aumento da incidência de

transtornos alimentares, propagando uma meta para a população geral que é o modelo de beleza que cultua a magreza, aumentando a demanda em generalizar as práticas para atingí-lo.

De acordo com Classificação Internacional das Doenças (CID-10-OMS,1993), Axelrud, Gleiser e Fishman (1999) relatam que, para um diagnóstico definitivo, é necessário preencher os seguintes critérios:

- Recusa em manter ou alcançar um peso corporal mínimo para a idade e altura (abaixo de 15% do mínimo esperado).
- A perda de peso é auto-induzida pela abstenção de alimentos que engordam e um ou mais dos aspectos que se seguem: vômitos provocados, diarréia induzida por laxantes, exercício excessivo, medicações para emagrecer e/ou diuréticos;
- Há uma distorção da imagem corporal com intenso temor de engordar e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;
- Um transtorno endócrino é manifestado em mulheres por amenorréia (cessa a menstruação) e em homens por uma perda de interesse e potência sexuais;
- Se o início é pré-puberal a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem; nos garotos, os genitais permanecem infantis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada, porém a menarca (primeira menstruação) é tardia.

A manutenção da magreza e de um corpo esbelto é preocupação única do anoréxico e para satisfazer esse objetivo tudo é válido: dietas mágicas, extremamente restritivas; abuso de inibidores do apetite; de caféina; de laxantes e diuréticos; exercícios físicos exagerados; vômitos pós-ingestão alimentar. A depauperação física favorece a presença de

outros sintomas, como a dificuldade de concentração, labilidade emocional e preocupação interrompida com a alimentação. Alimentos mais calóricos são evitados e aos poucos, quase todas as possibilidades de cardápio vão desaparecendo.

A etiologia é multidimensional, ou seja, para que a doença apareça é necessária a combinação de componentes biológicos, socioculturais e psicológicos. Alguns autores pensam que deve haver uma predisposição genética, devido à alta ocorrência da anorexia em parentes de primeiro grau das pacientes. Também são postuladas certas disfunções de neurotransmissores cerebrais, ligados à regulação normal do comportamento alimentar e manutenção de peso. Em grande número dos casos, a ansiedade precede a anorexia nervosa.

É difícil compreender a anorexia, como doença, como se seus sintomas aparecessem sem motivo. Ela deve ser entendida como um distúrbio que se origina da própria experiência feminina. É possível reconhecer que a anorexia não é um problema e sim a solução para um problema com o qual a mulher não consegue lidar de outra forma. Torna-se assim, difícil desistir da anorexia. A anorexia protege. Segundo Kaufman (1999), quem já teve uma experiência anoréxica, conta que sentiu segurança com a solução encontrada. Embora possa representar um estado físico e mental doloroso e angustiante, é como se a pessoa estivesse dentro de uma concha protetora, de modo a não precisar de mais ninguém. Por baixo desta onipotência, podemos encontrar todas as características negadas pela anoréxica, isto é, sua identidade vulnerável, dependente, com todas as necessidades de uma menininha infeliz. Embora seja necessário recuperar o peso para garantir a sobrevivência, para a anorexia não é a solução e sim, na melhor das hipóteses, uma medida parcial e temporária. Por outro lado, a sociedade ocidental rejeita e estigmatiza as pessoas gordas; a própria idéia de gordura desperta sentimentos de desprezo. Aí nasce o medo de engordar.

As meninas em particular, inseguras quanto a sua aceitação, consideram que o pior que lhes pode acontecer é engordar.

Soifer (1992) relata que, quando as fobias alimentícias não melhoram, instala-se claramente a anorexia, chegando ao ponto de não ingerir quase nada, nem mesmo guloseimas. Foi visto este estado a partir dos 8 ou 9 anos, em meninos e adolescentes com antecedentes de inapetência e fobia alimentar. As profundas angústias persecutórias, assinaladas na psicopatologia da inapetência, derivam agora de uma simples e clara expressão da pulsão de morte, com auto-agressões variadas: negativa a passear, a ter amigos, a brincar, etc. A anorexia constitui uma tentativa de suicídio, um angustiante pedido de ajuda e de imposição de limites, insociabilidade e evidente simbiose patológica com os pais, com o correspondente comprometimento de várias áreas do desenvolvimento. Essas crianças apresentam também uma profunda onipotência, claros traços obsessivos e ciúmes patológicos. A anorexia expressa na criança a sua maneira de viver a depressão familiar.

Lawrence (1991) afirma que projetamos coletivamente na gordura as más qualidades que não pertencem a ela, e sim a nós mesmos. Então tudo o que temos a fazer é evitar engordar e estaremos a salvo do que existe de pior em nós.

As famílias de pacientes com anorexia tendem a ser superprotetoras, rígidas, envolventes e “evitadoras de conflitos”. Os padrões de comunicação destas famílias mostram alto nível de agressividade encoberta, baixos níveis de agressividade franca e ineficiência na solução de problemas. Quando a comunicação familiar torna-se freqüentemente aberta e a agressividade menos secreta, os sintomas anoréxicos diminuem.

Woodman (1991), afirma que a anoréxica é geralmente uma mulher jovem que “se vê” gorda, apesar de seu aspecto esquelético, cadavérico. Aquilo que publicamente é visto

como magreza, de uma perspectiva imaginária é vista como obesidade. Sua obesidade está escondida e seu volume é invisível.

Spignesi (1992), arremata que a anorexia é uma espécie de morte em vida. Pode-se dizer que seu corpo e sua obesidade não são substanciais, mas imaginários. Possui uma aparência assexuada, talvez como forma de se proteger da sexualidade feminina.

O medo mórbido de engordar leva à uma severa redução da ingestão alimentar com perda progressiva e desejada de peso podendo levar até à morte. O tratamento deve envolver toda a família e um acompanhamento interdisciplinar.

### **1.2.2 A bulimia Nervosa**

A bulimia nervosa é uma síndrome caracterizada por repetidos ataques de comer compulsivo (grandes quantidades em pouco tempo) e uma preocupação excessiva com controle de peso corporal, levando o paciente a adotar medidas extremas, a fim de evitar engordar. A bulimia nervosa ocorre em termos de distribuição por sexo e faixa etária de forma similar à anorexia nervosa, porém tende a se apresentar em idade mais tardia. Pode ser visto como uma seqüela de anorexia nervosa persistente (uma paciente previamente anoréxica pode apresentar um aumento de peso em decorrência de sua melhora e um retorno da menstruação, mas pode apresentar um padrão alimentar caracterizado pelo comer em excesso acompanhado de uma necessidade de eliminar a ingestão através de vômitos repetidos, abuso de laxantes e outros purgativos. Os vômitos repetidos provavelmente causarão perturbações corporais, complicações físicas e conseqüentemente grave perda de peso (AXELRUD, GLEISER e FISHMAN,1999). Para um diagnóstico definitivo são requeridos os seguintes critérios:

- Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida; o paciente sucumbe aos episódios de hiperalimentação, nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidas em curtos períodos de tempo;
- O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de jejum, diuréticos ou exercícios físicos;
- Os episódios de compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem ao menos duas vezes por semana em média.

A bulimia é uma “anarquia” alimentar crônica, associada a uma preocupação obsessiva com o peso. É caracterizada pelo surgimento brutal e repetido de episódios incontroláveis de superalimentação (*binge-eating*), verdadeiras “orgias alimentares”. Estes episódios geralmente consistem em ingestão rápida e voraz de alimentação hipercalórica, quase sempre açucarada, por um período aproximado de duas horas, seguidos de vômitos provocados e do uso intempestivo de diuréticos e laxativos, que são destinados a diminuir a agonia resultante do acesso bulímico e que servem como forma de controle de peso. No final do acesso, a pessoa experimenta um intenso sentimento de culpa e necessidade de autopunição, compensando com horas de exercício físico exaustivo ou livrando-se do que comeu através de vômito, laxantes e/ou diuréticos (ADES, 1986).

Segundo Soifer (1992), a criança tem um apetite exagerado, come muito e a todo o momento com avidez e voracidade notável. A comida converte-se num fator de gratificação narcisista, como modo de compensação da ferida produzida pelo desmame e constitui o modo de prolongar a simbiose da etapa oral de sucção, transformando-se na modalidade de



relação mais sólida com os pais, em detrimento de outras áreas de vinculação. Em muitos casos, a bulimia é acompanhada de obesidade, mas também existem crianças bulímicas muito ágeis que não são gordas. A bulimia é diferente do grande apetite natural do adolescente, cuja motivação é a necessidade imposta pelo desenvolvimento corporal.

A prevalência dos transtornos alimentares em jovens surge de um conflito entre cultura e biologia, pois vão surgindo novas publicações, revistas especializadas em *fitness*, dedicadas a adolescentes, enfatizando as dietas e os exercícios praticados por atrizes e modelos. Os comerciais de TV e cinema valorizam o ideal estético, o corpo perfeito e paradoxalmente, expandem-se as redes de *fast-foods* e aumenta a taxa de obesidade da população.

Estamos vivendo no meio de uma revolução do corpo. A imagem corporal pode ser vista como a relação entre o corpo de uma pessoa e os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes (VOLKWEIN & McCONTHA, 1997). As pessoas aprendem a avaliar seus corpos através da sua interação com o ambiente. Assim sua auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira (BECKER,1999). Na verdade a imagem corporal é uma entidade multifacetada que abrange as dimensões físicas, psicológicas e sociais (VOLKWEIN & McCONATHA, 1997).

Esse processo tem um impacto negativo sobre a auto imagem das mulheres que sentem-se obrigadas a ter um corpo magro, atrativo, em forma e jovem. E uma imagem corporal negativa pode determinar o aparecimento de baixa auto-estima, ou seja, sofrimento. Wichstrom (1995), investigando 11.315 adolescentes noruegueses, com o Teste de Atitudes de Alimentação, verificou que os transtornos de alimentação (anorexia e bulimia) eram influenciados por fatores como a adoção de ídolos com corpo perfeito, insatisfação corporal, falta de apoio familiar, depressão e ansiedade.

### **1.3 Avaliação de problemas relacionados à alimentação, em crianças.**

Meninas que apresentam ou estão em risco de apresentar desordens alimentares exibem problemas específicos como atitudes inadequadas em relação à comida; insatisfação com a imagem corporal, restrição a alimentos, comer excessivamente em episódios delimitados *binge eating* e comportamentos compensatórios por comer em excesso (LAWRENCE & THELEN, 1995).

Em geral a adolescência é identificada como o momento do desenvolvimento onde desordens decorrentes dos problemas acima podem configurar-se de maneira mais clara como problemas alimentares mais severos tais como a anorexia e bulimia.

Entretanto mesmo em idades mais precoces têm sido identificados casos que alcançam os critérios diagnósticos para tais distúrbios (THELEN, POWELL, LAWRENCE & KUHNERT, 1992; HODES, 1993). Esta é uma razão que justifica a investigação de problemas em meninas mais jovens, anteriormente à adolescência. Outra razão é a compreensão de que os problemas não emergem repentinamente, são expressões de construções ao longo do desenvolvimento.

Tal idéia central tem sido pressuposto para a formulação teórica denominada Psicopatologia do Desenvolvimento (SROUFE & RUTTER, 1984; SROUFE, 1997).

Até recentemente, sua aplicação não alcançava as investigações relacionadas aos distúrbios alimentares. Smolak (2004) no conjunto de seus trabalhos abordando o tema imagem corporal vem propondo a adoção desse pressuposto também no contexto de investigações sobre obesidade e problemas alimentares. A autora propõe que sejam abordadas crianças com idades inferiores a 10 anos.

Diante desse quadro surge a necessidade de se dispor de instrumentos que possibilitem de forma sistemática a avaliação de problemas relacionados à alimentação em crianças.

Grande parte dos instrumentos utilizados para este fim foram desenvolvidos para uso com indivíduos adultos (KILLEN, HAYWARD, WILSON, TAYLOR, HAMMER, LITT, SIMMONDS & HAYDEL 1994) ou foram desenvolvidos a partir de adaptações de instrumentos propostos para o uso com adultos (MALONEY, MCGUIRE & DANIELS, 1988; CHILDRESS, JARRELL & BEWERTON, 1993).

Dois outros instrumentos foram propostos para uso com crianças – Kid's Eating Disorder Survey (CHILDRESS ET AL 1993) e Body Image and Eating Questionnaire for Children (THELEN ET AL 1992), entretanto ambos apresentam limitações quais sejam: no primeiro, as respostas são dadas através de duas alternativas sim ou não; a consistência interna do instrumento foi baixa. Com relação ao formato das respostas Hsu (1989) argumenta que as desordens alimentares são dimensionais e não categoriais, por isso essa forma de coletar a pontuação é inadequada. Quanto ao segundo instrumento há questões utilizando as duas formas de resposta contínua e dicotômica e meninas com sobrepeso ou obesas não foram incluídas na amostra que forneceu os elementos originais para a construção do instrumento.

Em nosso meio o EAT tem sido utilizado a partir da versão do original proposto por Garner e Garfinkel. Entretanto ele foi originalmente proposto para uso com adolescentes e adultos (1979). Ribeiro (1999) utilizou o EAT Eating Attitude Test (GARNER, GARFINKEL, OLMSTED & BOHR, 1982) e o EDI-II Eating Disorders Inventory (GARNER, OLMSTED E POLIVY, 1983), traduziu e validou com amostras de indivíduos portadores de anorexia e bulimia (N= 24) e sem problemas alimentares (n=17).

Posteriormente a autora aplicou-os em 484 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 11 e 18 anos, para identificação dos problemas nesta amostra. Não foi feita, neste trabalho a investigação das propriedades psicométricas dos instrumentos. Tal iniciativa foi realizada por Bighetti (2003) utilizando o EAT, com meninas na faixa etária de 12 a 18 anos de nível sócio econômico alto.

Uma vez que tais instrumentos foram propostos e utilizados com meninas mais velhas buscou-se, na literatura, um instrumento destinado ao uso com crianças, até 12 anos. Foi identificado o Eating Behaviours and Body Image Test EBBIT desenvolvido por Candy e Fee (1998). O teste original atendeu aos critérios de apresentar boa consistência interna, fidedignidade teste-reteste e abarcar fatores envolvidos nos problemas alimentares e adotar uma forma de pontuação não dicotômica.

#### **1.4 Validação de escalas psicométricas**

Segundo Pasquali (1999), as análises estatísticas que se fazem de um instrumento psicológico no seu todo e em cada item individual fazem a suposição de que o instrumento seja unidimensional, isto implica que todos os itens de um instrumento estejam medindo um mesmo construto. A primeira análise que se impõe sobre os dados coletados é a verificação desta unidimensionalidade através de uma análise fatorial, a qual determinará quantos fatores o instrumento estará medindo de fato.

Ao aplicar um instrumento, pressupõe-se que haja um valor verdadeiro da característica a ser medida. Para se chegar a este valor verdadeiro, contudo, devem ser eliminados os *erros sistemáticos* ou de *mensuração* e os *erros aleatórios* ou *casuais*. Um instrumento idealmente confiável seria aquele completamente livre desses dois tipos de

erros. Ou seja, uma medida completamente precisa e estável, sem influência do observador, do entrevistado ou do ambiente.

No entanto, na prática, não é isso que acontece. Toda medida apresenta erros aleatórios ou casuais e erros sistemáticos ou de mensuração. Os erros sistemáticos são previsíveis, possíveis de serem evitados ou, pelo menos, minimizados. Os erros aleatórios, ao contrário, são imprevisíveis, não sendo possível, portanto, controlá-los ou evitá-los. Conforme afirma Stanley (1971) apud MICHELI (2000): “A quantidade de erro presente na mensuração, pode ser maior ou menor, mas estará sempre presente”. Dado que o erro está sempre presente em qualquer medida, é de suma importância que haja meios de neutralizar ou diminuir os seus efeitos ou, pelo menos, de conhecer sua grandeza, do modo mais aproximado possível, para conhecer a magnitude do risco em que se está incorreto ao tomar decisões baseadas naquela medida (PASQUALI, 1997). Com o objetivo de padronizar sistemas diagnósticos e escalas para uso em diversos países, faz-se necessário que a versão original do instrumento seja traduzida e validada para a população na qual será aplicada.

Em geral, testes psicológicos e escalas psiquiátricas são desenvolvidos com uma linguagem singular e voltados para um determinado contexto cultural. Neste sentido, alguns problemas podem surgir com relação a sua generalização, suas propriedades psicométricas, uso de expressões idiomáticas e interpretações baseadas em escores quando estes instrumentos são utilizados em grupos de pessoas diferentes daqueles para os quais foram originalmente criados. Fatores como linguagem e cultura tem uma influência importante na validade e confiabilidade de tais testes (EDGERTON; KARNO, 1971; CHAN, 1985 apud MICHELI, 2000).

Portanto, se determinado instrumento foi desenvolvido para um grupo particular de indivíduos com idioma e cultura específicos, a tradução para um outro idioma requer inúmeros cuidados (MICHELI, 2000).

Uma vez feita a tradução, existem poucas garantias de que as propriedades psicométricas do instrumento permaneçam constantes. Neste caso, se faz necessária a validação do instrumento para uso na nova população a ser estudada (WESTERMEYER, 1985; PHILIPS et al., 1991 apud MICHELI, 2000).

A confiabilidade é a primeira característica que um instrumento deve possuir. É o “grau de coerência ou precisão com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir” (GUILLEMIN, 1993 apud NUNES, 2000).

Há duas propriedades básicas e indispensáveis para as medidas empíricas: validade e confiabilidade. A validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que ele se propõe a medir (PORTNEY, 1993 apud MICHELI, 2000), isto é, quando os resultados das medidas correspondem ao verdadeiro estado do fenômeno sendo mensurado. A questão da validade de um instrumento se refere ao que ele mede e até que ponto o faz.

Quando se fala em validade, o que está em pauta não é somente um instrumento. Valida-se uma interpretação de dados que se originam de um procedimento específico, não o instrumento de medição em si mas o instrumento em relação à proposta para a qual ele está sendo usado (CARMINES & ZELLER, 1979; STREINER; NORMAN, 1989; GIBBONS et al., 1985 apud MICHELI, 2000).

A análise fatorial é baseada na idéia de que um construto contém uma ou mais dimensões subjacentes, ou diferentes componentes teóricos. A suposição básica da análise fatorial é que dimensões subjacentes, denominadas *fatores*, podem ser usadas para explicar

um fenômeno complexo. A análise fatorial analisa as interrelações dos dados do teste, calcula as correlações de cada um dos itens com todos os outros, revela agrupamentos entre os itens e sugere a localização de traços comuns, os fatores. Cada fator é definido e identificado pelos itens que se correlacionam mais fortemente entre si do que com os demais. Deste modo, um fator é constituído por um grupo de variáveis, cujo rótulo caracteriza o conceito que se quer avaliar. A indicação estatística da extensão com que cada item está correlacionado com cada fator é dada pela carga do fator (*factor loading*). Este coeficiente indica o peso designado para cada fator. Fatores com coeficientes altos (alta carga fatorial) para uma variável, são altamente relacionados com ela. Este peso ou carga fatorial representa as correlações do instrumento com cada fator. Tal correlação é conhecida como validade fatorial do instrumento (ANASTASI, 1961 apud MICHELI, 2000).

A análise fatorial constitui a demonstração da própria validade do instrumento e representa igualmente a análise preliminar dos próprios itens. Ela produz resultados importantes com os quais se pode tomar decisões sobre a qualidade dos itens, bem como do instrumento no seu todo. Na verdade, ela demonstra o que o instrumento está medindo, isto é, os fatores, bem como os itens que compõem cada fator. Ela produz, para cada item, a carga fatorial (saturação) no fator e esta carga fatorial, por sua vez, indica a covariância entre o fator e o item. Isto significa que a carga fatorial mostra qual porcentagem existe de parentesco (covariância) entre o item e o fator de sorte que, quanto mais próximo de 100% de covariância de item-fator, melhor será o item, pois ele assim se constitui um excelente representante comportamental do fator (do traço latente).

As cargas fatoriais são expressas similarmente aos índices de correlação e, portanto, podem ir de  $-1,00$  a  $+1,00$ . Uma carga de  $0,00$  significa que não há nenhuma correlação

entre o item e o fator; neste caso, o item seria uma representação comportamental totalmente equivocada do fator. Costuma-se apontar o valor 0,30 (positivo ou negativo) como sendo uma carga mínima necessária para o item ser um representante útil do fator. Obviamente, quanto maior de 0,30 for a carga, melhor o item e, se todos os itens de um fator apresentam cargas fatoriais em torno de 0,30, isto indica que esse fator está muito mal representado, porque se esperam cargas bem maiores (acima de 0,50) para se dizer que o fator foi bem representado (PASQUALI, 1999).

Não é suficiente apenas verificar se o instrumento mede o que ele se propõe a medir, mas, é necessário também verificar se ele está mensurando o fenômeno de forma estável, consciente e confiável.

O termo confiabilidade geralmente é utilizado para se referir à reprodutividade ou fidedignidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto. O valor de um instrumento é demonstrado quando mensurações dos mesmos em diferentes ocasiões, por diferentes observadores ou por instrumentos paralelos, produzem resultados semelhantes. A confiabilidade é o índice de extensão em que mensurações obtidas em circunstâncias diferentes produzem o mesmo resultado (KAPLAN e SADOK, 1995; STREINER e NORMAN, 1998 apud MICHELI, 2000).

Instrumentos de triagem, entrevistas e questionários de um modo geral, são idealmente compostos por um conjunto de questões designadas para medir um conhecimento particular ou atributo. A *consistência interna*, ou homogeneidade dos itens reflete a extensão em que os vários itens mede o mesmo fenômeno. Ao examinar a consistência interna de um conjunto de questões, é possível avaliar a confiabilidade do teste através de uma única administração de uma única forma de teste (PORTNEY, 1993 apud MICHELI, 2000). Existem vários coeficientes que fornecem medidas de consistência



interna, entretanto, o coeficiente alfa de Cronbach, em geral, é o mais utilizado (PASQUALI, 1997 apud MICHELI, 2000).

O alfa de Cronbach é uma medida de correlação entre os itens componentes de um indicador e assume valores de zero a um, em uma escala progressiva de ajustes. Este coeficiente pode ser interpretado pelo  $R^2$  (quadrado do coeficiente de correlação de Pearson) sugerindo a proporção de representação da variabilidade total da medida considerada (NUNES, 2000).

Embora não tenha sido o primeiro a trabalhar com este tipo de análise, foi Cronbach quem propôs este coeficiente geral como indicador da consistência interna do teste. Esta técnica refere-se à consistência das respostas dos indivíduos a todos os itens do instrumento e não requer nem separação de itens nem repetição da aplicação. O cálculo do alfa de Cronbach é baseado na correlação média dos itens dentro do teste. Parte-se do pressuposto de que os itens de um instrumento estão positivamente correlacionados uns com os outros em função de estarem medindo uma variável comum (CRONBACH, 1951).

Como regra geral, admite-se que a confiabilidade de  $\alpha$  de Cronbach não deve estar abaixo de 0,80 ( CARMINES & ZELLER, 1979; STREINER & NORMAN; 1989 apud MICHELI, 2000).

## **1.5 Descrição do Instrumento**

### **O Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT)**

O *Eating Behaviours and Body Image Test* foi desenvolvido por Fee e Candy (1998) e trata-se de um instrumento (questionário) composto por 42 itens, com 4 alternativas de

resposta, onde cada uma traduz o comportamento alimentar com uma pontuação diferente. As respostas variam de a maior parte do tempo (todos os dias) a nunca e para cada alternativa escolhida são conferidos pontos de 0 a 3, sendo: 3 = a maior parte do tempo (todos os dias); 2 = freqüentemente (uma vez por semana); 1 = raramente (uma vez por mês) e 0 = nunca.

A amostra utilizada foi constituída por 291 meninas de 9 a 12 anos, de escolas públicas e privadas do Mississippi e escolas públicas da Pensilvânia. Foram obtidas medidas de peso e altura dos sujeitos, calculando o IMC (Índice de Massa Corpórea). Segundo Fee e Candy (1998), o IMC pode ser usado como uma medida indireta de obesidade porque se correlaciona com medidas diretas de tecido adiposo.

O teste divide-se em 3 subescalas, onde a primeira indica a insatisfação com a imagem corporal, a segunda, hábitos de comer em excesso e a terceira escala indica comportamentos precursores de distúrbio alimentar (anorexia e bulimia). Inicialmente, as autoras tinham como hipótese que a estrutura do EBBIT tinham 4 fatores. Foi feito uma análise através da *Rotação Varimax*, que revelou uma estrutura de 2 fatores principais: a insatisfação com a imagem corporal e restrição alimentar e o comer em excesso.

Na avaliação da confiabilidade, foi encontrado um  $\alpha$  de Cronbach para o fator 1 (insatisfação com a imagem corporal e restrição alimentar) igual a 0,91 e para o fator 2 (comer em excesso) um  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,75. O alfa de Cronbach total encontrado foi de 0,89.

A confiabilidade Teste-Reteste foi feito com um intervalo de 2 semanas e uma amostra de 70 meninas. Os valores encontrados foram: 0,90 para o fator 1 e 0,79 para o fator 2.

Como o interesse da pesquisadora estava voltado para a busca de um instrumento destinado a crianças com idades entre 9 e 12 anos, julgou-se apropriado a partir de uma busca na literatura, utilizar o EBBIT.

## **2. OBJETIVO**

## **2. OBJETIVO**

O presente trabalho foi proposto com a finalidade de traduzir, adaptar e validar o teste de rastreamento de comportamentos e hábitos alimentares precursores dos chamados distúrbios alimentares e da obesidade, o *EATING BEHAVIOURS AND BODY IMAGE TEST (EBBIT)*, para uma amostra de crianças do sexo feminino, com idades entre 9 e 12 anos da cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.

### **3. MÉTODO**

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Autorização das autoras**

A autorização das autoras, Virgínia E. Fee, Ph.D. e Collete M. Candy, M.S., do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Mississippi, para tradução, adaptação e validação deste instrumento, foi fornecida através de correspondência postal (Anexo 1).

#### **3.2 Tradução e adaptação**

Inicialmente, o instrumento foi traduzido a partir da versão original em inglês por profissionais de psicologia e nutrição, depois submetido à apreciação de 3 juízes, profissionais estes com domínio na língua inglesa, docentes da EERP – USP em três áreas distintas: um psicólogo, um nutricionista e um enfermeiro. Esta etapa teve o objetivo de haver um consenso entre os juízes, discutindo os termos utilizados na língua portuguesa, conciliando os termos de cada um e concluindo assim a primeira etapa da adaptação do instrumento.

Na questão número 16: “ I eat all of my Halloween candy at once” que significa: “eu como todos os meus doces do Halloween de uma vez”. O evento Halloween, que tradicionalmente não faz parte da cultura em nosso meio foi trocado pela Páscoa, pois nesta ocasião, os doces, os chocolates em particular, estão bastante presentes como algo que é trocado entre as pessoas e oferecido às crianças. Desta forma, o item modificado apresentou-se da seguinte maneira: “ Eu como todo o chocolate que ganho na Páscoa, de uma vez”.

Feita a tradução, o instrumento foi submetido à avaliação de usuários potenciais, crianças na faixa etária de 9 a 12 anos, para verificação de sua compreensão.

Foi feito um estudo piloto com 12 crianças, com idades entre 10 a 12 anos, de ambos os sexos, alunos de escolas públicas situadas próximas ao campus da USP. Todas as dúvidas e sugestões que as crianças tiveram foram levadas em consideração para modificar algumas questões. Observou-se dificuldade de entendimento nas seguintes questões: No item 23 do instrumento: Eu tomo laxante para perder peso, foi colocado entre parênteses, na frente da palavra laxante, o seu significado em uma linguagem usualmente utilizada pelas crianças: “remédio para fazer coco”. O item 36: Eu tomo diurético para perder peso, foi feito o mesmo procedimento, explicando que diurético é “remédio para fazer xixi”. Isto foi feito porque as crianças não sabiam o que era laxante ou diurético.

Em um segundo momento, após realizada as alterações, o instrumento foi novamente testado, com 20 crianças com idades de 9 a 12 anos, obtendo-se a versão final (Anexo 2).

Nos demais itens, as crianças tiveram um bom entendimento e conseguiram responder ao teste de forma adequada.

### **3.3 Caracterização da amostra**

#### **3.3.1 Sujeitos**

Foram utilizados como amostra da pesquisa 261 sujeitos, meninas, escolhidas de forma aleatória, com idades entre 9 e 12 anos, alunas de escolas públicas (n=189) e privadas (n=72), situadas no centro e periferia da cidade de Ribeirão Preto. O nível sócio-econômico dessas crianças compreendem as classes baixa, média baixa e média.



O tamanho da amostra foi escolhido por conveniência e tamanho semelhante à amostra utilizada pelas autoras no instrumento original e a escolha das escolas foi motivada pela facilidade de acesso aos alunos devido à receptividade de suas direções.

A distribuição dos sujeitos é apresentada na tabela abaixo.

Tabela 1: Distribuição das crianças que participaram do estudo, segundo escola e idade, Ribeirão Preto, 2003.

<b>Idade (anos)</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Escolas</b>						
<b>Particulares</b>	13	17	19	23	72	27,6%
<b>Públicas</b>	31	37	40	81	189	72,4%
<b>Total</b>	44	54	59	104	261	100%

### **3.3.2 IMC (Índice de Massa Corporal )**

Os valores de IMC ( $\text{Kg/m}^2$ ), de acordo com a classificação de Must; Dallal e Dietz (1991), revelaram que a maioria da amostra, 60,2% das crianças, encontraram-se dentro de

um valor médio, considerado normal para a idade. 19,5% foram consideradas subnutridas e 20,3% obesas.

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos da amostra, segundo idade e classificação do IMC

	<b>9 anos</b>	<b>10 anos</b>	<b>11 anos</b>	<b>12 anos</b>	<b>Total</b>
<b>Subnutridos</b>	9	10	18	14	51
<b>Normais</b>	33	27	30	67	157
<b>Sobrepeso e</b>					
<b>Obesos</b>	2	17	11	23	53
<b>Total</b>	44	54	59	104	261

Subdividindo esta amostra entre as escolas públicas e privadas, obteve-se os seguintes resultados:

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos da amostra das escolas públicas, segundo idade e classificação do IMC.

	<b>9 anos</b>	<b>10 anos</b>	<b>11 anos</b>	<b>12 anos</b>	<b>Total</b>
<b>Subnutridos</b>	6	9	12	11	38
<b>Normais</b>	23	21	20	48	112
<b>Sobrepeso e</b>					
<b>Obesos</b>	2	7	8	22	39
<b>Total</b>	31	37	40	81	<b>189</b>

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos da amostra de escolas privadas, segundo idade e classificação do IMC.

	<b>9 anos</b>	<b>10 anos</b>	<b>11 anos</b>	<b>12 anos</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Subnutridos</b>	3	1	6	3	13
<b>Normais</b>	10	6	10	19	45
<b>Sobrepeso e</b>					
<b>Obesos</b>	0	10	3	1	14
<b>Total</b>	13	17	19	23	<b>72</b>

Os critérios utilizados para a avaliação do IMC das crianças, foram aqueles propostos por MUST , DALLAL & DIETZ (1991).

As crianças da amostra com idade na faixa de 9 anos foram avaliadas com critérios semelhantes às de 10 anos da proposta de Must, Dallal & Dietz (1991), uma vez que não foram encontrados outros critérios para avaliá-las.

### **3.4 Procedimento**

O teste é auto administrável e foi aplicado nas escolas, em salas de aula, no horário em que as crianças estudavam. A pesquisadora contou com a participação de uma colaboradora, que ajudou- a na coleta de medidas de peso e altura das crianças.

Após a aplicação do instrumento, tomaram-se as medidas de peso e altura de cada criança. Para tanto utilizou- se uma balança de uso doméstico portátil (em Kg), e uma trena (em metros) fixada em uma parede e um marcador de altura posicionado sobre a parte

superior da cabeça. O peso e a altura foram aferidos com as crianças descalças e com vestimentas leves. Com esses dados pôde-se calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), cuja fórmula é o peso(em Kg), dividido pela altura elevada ao quadrado(em metros). Esses dados foram utilizados também para correlacionar com a escala de insatisfação com a imagem corporal, presente no instrumento.

No momento da aplicação a pesquisadora esteve presente para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

### **3.5 Análise dos Resultados**

Os resultados foram analisados de forma quantitativa, utilizando testes estatísticos e os passos foram os seguintes:

1. Análise de fatores através da Rotação Varimax
2. Avaliação da consistência interna do instrumento por meio do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, tanto para o instrumento no geral quanto para os ítems que definem os fatores. Considerou-se o valor  $\alpha > 0,70$  como critério para uma consistência interna satisfatória.
3. Correlação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Subescala de Insatisfação com a Imagem Corporal do EBBIT, através do Teste de Correlação de Pearson.

### **3.6 Aspectos éticos**

Atendeu-se à resolução 196/96 do Ministério da Saúde, no que tange à proteção dos sujeitos de pesquisa. O projeto relativo a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 28 de agosto de 2002 (processo no. 0286/2002) (Anexos 3 e 4).

## **4. RESULTADOS**

## **4 Resultados**

### **4.1 A validação do EBBIT**

#### **4.1.1 A análise dos dados**

O banco de dados foi elaborado utilizando o programa Excel, onde foram distribuídos todos os sujeitos e itens do instrumento. Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences”, SPSS, versão 10.0.

Apresentam-se nesta seção os resultados da análise fatorial e consistência interna (alfa de Cronbach) do instrumento avaliado.

A Tabela 5 exhibe os valores das cargas fatoriais dos itens do instrumento.

Tabela 5. Cargas fatoriais dos itens do instrumento (variável), por fator, com rotação varimax.

	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>
<b>Variável 1</b>	<b>,587</b>	,170
<b>Variável 2</b>	<b>,638</b>	2,883E-03
<b>Variável 3</b>	,138	<b>,440</b>
<b>Variável 4</b>	<b>0426</b>	,180
<b>Variável 5</b>	<b>,734</b>	-5,423E-02
<b>Variável 6</b>	<b>,548</b>	-1,998E-02
<b>Variável 7</b>	<b>,686</b>	6,526E-02
<b>Variável 8</b>	,115	<b>,512</b>
<b>Variável 9</b>	7,572E-02	<b>,543</b>
<b>Variável 10</b>	<b>,802</b>	-3,717E-03
<b>Variável 12</b>	<b>,595</b>	,165
<b>Variável 13</b>	1,988E-02	<b>,459</b>
<b>Variável 14</b>	6,995E-02	<b>,535</b>
<b>Variável 15</b>	<b>,495</b>	,200
<b>Variável 16</b>	-,102	<b>,456</b>
<b>Variável 18</b>	<b>,426</b>	,231
<b>Variável 19</b>	<b>,624</b>	,129
<b>Variável 20</b>	-6,753E-02	<b>,479</b>
<b>Variável 21</b>	<b>,338</b>	1,579E-02
<b>Variável 22</b>	,227	<b>,333</b>
<b>Variável 24</b>	<b>,793</b>	1,093-02
<b>Variável 25</b>	<b>,527</b>	9,703E-02
<b>Variável 26</b>	,170	<b>,468</b>
<b>Variável 27</b>	<b>,509</b>	,300
<b>Variável 28</b>	<b>,480</b>	8,859E-03
<b>Variável 29</b>	<b>,393</b>	,115
<b>Variável 30</b>	-9,850E-02	<b>,541</b>
<b>Variável 31</b>	7,583E-02	<b>,492</b>
<b>Variável 32</b>	<b>,463</b>	-5,047E-02
<b>Variável 33</b>	<b>,802</b>	3,411E-02
<b>Variável 34</b>	1,999E-02	<b>,582</b>
<b>Variável 35</b>	,103	<b>,666</b>
<b>Variável 37</b>	<b>,615</b>	1,054E-02
<b>Variável 38</b>	<b>,439</b>	,142
<b>Variável 39</b>	,151	<b>,558</b>
<b>Variável 40</b>	6,953E-02	<b>,580</b>
<b>Variável 41</b>	<b>,423</b>	9,173E-02
<b>Variável 42</b>	<b>,309</b>	-8,019E-02



O valor total de alfa para o EBBIT, considerando-se dois fatores, foi de 0,89.

Todas as questões do teste permaneceram na mesma escala da original, conforme a tabela a seguir:

O fator 1 é correspondente aos seguintes itens:

1; 2; 4; 5; 6; 7; 10; 12; 15; 18; 19; 21; 24; 25; 27; 28; 29; 32; 33; 37; 38; 41 e 42.

O fator 2 corresponde aos itens:

3; 8; 9; 13; 14; 16; 20; 22; 26; 30; 31; 34; 35; 39 e 40.

O alfa de Cronbach total corresponde a 0,89, No fator 1, obteve-se um alfa de 0,90 e no fator 2, 0,80.

Quanto aos itens do fator 3 (4 itens), no presente trabalho, verificou-se que estes não alcançaram valores de carga fatorial que permitissem sua inclusão no instrumento. Portanto foram excluídos, podendo serem utilizados apenas como uma informação sobre o sujeito.

Assim, o instrumento validado neste estudo constitui-se de apenas 2 fatores: escala de insatisfação com a imagem corporal e comer com restrição e a escala de comportamentos de comer em excesso.

Os itens 11, 17, 23 e 36 do instrumento que se referem a comportamentos compensatórios ao comer em excesso não apareceram com força suficiente nesta amostra para fazerem parte do instrumento. Também este resultado é semelhante ao que foi encontrado no estudo das propriedades psicométricas do instrumento original.

#### **4.2 Correlação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Subescala de Insatisfação com a Imagem Corporal do EBBIT.**

A correlação, entre o IMC e os escores da subescala Insatisfação com a Imagem Corporal, foi calculada usando-se o Teste de Correlação de Pearson, obtendo-se um índice de 0,52, significante ao nível 0,01.

## **5. DISCUSSÃO**

## **5. Discussão**

Com o objetivo de padronizar sistemas diagnósticos e escalas para uso em diversos países, faz-se necessário que a versão original do instrumento seja traduzida para o idioma da população na qual será aplicada. Fatores como linguagem e cultura tem uma influência importante na validade e confiabilidade de tais testes. Portanto, se determinado instrumento foi desenvolvido para um grupo particular de indivíduos com idioma e cultura específicos, a tradução requer inúmeros cuidados. Uma vez feita a tradução, existem poucas garantias de que as propriedades psicométricas do instrumento permaneçam constantes. Neste caso, faz-se necessário a validação do instrumento para o uso junto à nova população a ser estudada. O processo de tradução e adaptação é complexo e necessita inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade desse novo contexto (GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON, 1993).

A tradução de um instrumento pode levar a resultados duvidosos se feita de maneira inadequada do ponto de vista lingüístico e também em relação às expressões comuns, ou não, a vários idiomas e culturas. Esses fatores foram discutidos em trabalhos, avaliando populações sub-desenvolvidas e não ocidentais na Índia e Paquistão, o que levou ao uso de expressões e conceitos que não tem o mesmo significado por influências lingüísticas, sociais e religiosas (KING e BHUGRA, 1989).

No presente estudo, os cuidados foram tomados no sentido de adequação do instrumento de forma a ser compreendido no contexto em que seria utilizado. Substituiu-se o termo Halloween por Páscoa, julgando-se mais apropriado do ponto de vista lingüístico e sociocultural, uma vez que este evento não é usualmente comemorado em nosso meio. Outro exemplo, foi o esclarecimento de alguns termos como laxante e diurético, cujos significados apresentaram dificuldades de entendimento para as crianças. Consideramos

que a tradução do EBBIT foi satisfatória, conforme o propósito de adaptar este instrumento, respeitando os valores socioculturais do contexto regional de onde procede a amostra estudada.

Quanto à estrutura fatorial, foram mantidos os fatores da escala original, inclusive a obtenção de cargas fatoriais baixas para os itens indicativos de distúrbios alimentares.

Os resultados aqui obtidos mostraram que o instrumento é útil para fornecer informações gerais sobre a imagem corporal e comportamentos alimentares em crianças do sexo feminino, de diferentes classes sociais. Isto é bastante relevante visto que as duas variáveis entram no modelo explicativo para desordens alimentares. Preocupações com a forma física, o peso e a adoção de restrição alimentar são aspectos dessas variáveis contemplados no instrumento, sob análise, neste trabalho. A correlação existente entre a subescala que mede as variáveis acima e o IMC é um indicativo do poder de discriminar, entre indivíduos com excesso de peso, sinais de risco para o desenvolvimento de problemas alimentares no futuro, como salientam Burrows e Cooper (2002).

Uma vez estabelecido que ele atende aos objetivos propostos, isto é, avalia os comportamentos alimentares e a imagem corporal de meninas, pode-se concluir que ele permite o rastreamento de indicadores de risco para o desenvolvimento de desordens alimentares. Contudo, outros estudos são necessários para estabelecer-se, por exemplo, valores normativos e avaliar sobretudo o poder de discriminar entre grupos de sujeitos, por faixa etária, por exemplo, estabelecer sua validade preditiva, além da verificação de suas propriedades psicométricas em outros contextos socioculturais.

Finalmente, há que se salientar critério para estratificação social. No presente trabalho, a variável nível sócio econômico foi abordada indiretamente via frequência da criança a escolas públicas e privadas. Contudo as escolas privadas em que o estudo foi

realizado não atendem clientes de classe alta, reconhecidamente. As escolas que o fazem não autorizaram a abordagem a seus alunos para fins deste trabalho. Assim outras formas de acessar esta variável deve ser concluída em estudos futuros.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **6. Referência Bibliográficas**

ADES, J. L.ê **Syndrome Boulimique**, Psynergie, 3 :2-4., 1986

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Tradução de Geraldes, P. C.e Alves, S. R. P. (2<sup>a</sup> ed.). RJ masson do Brasil, SP Atheneu, 1980

ANJOS, L. A. – **Índice de massa corporal (massa corporal . altura<sup>2</sup>) como indicador do estado nutricional dos adultos**: Revista Saúde Pública, 26(6):431-436, 1992

AXELRUD,E., GLEISER,D., FISHMAN,J.B. **Obesidade na Adolescência** : Uma Abordagem para Pais, Educadores e Profissionais da Saúde – O Adolescente do Terceiro Milênio , Ed. Mercado Aberto , Porto Alegre, 1999

AZEVEDO, M. A. S. B. – **Estudo Exploratório da personalidade da criança obesa através do desenho da figura humana e dos indicadores emocionais de Koppitz** [Tese de Doutorado-UNICAMP – Campinas], 1996.

BECKER JR, B. **Manual de psicologia aplicada ao exercício & esporte**. Porto Alegre: Edelbra, 1999



BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test – EAT-26 em Adolescentes do Sexo Feminino na Cidade de Ribeirão Preto –SP**, [Dissertação de Mestrado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003, p.101.

BRUCH, H. **Conversation with anorexics**. ed. D. Czyewski & M. A. Suhr – basic books, New York., 1998

BURROWS A., COOPER M., **Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pré-adolescent girls**. Internationa Journal of Obesity 2002; 26 (9): 1268-73.

CANDY, C. FEE, V. **The underlying dimensions and psychometric properties of the Eating Behaviors and Body Image Test (EBBIT) for preadolescent girls**. Journal of Clinical Child Psychology, 27, 117-27, 1998.

CHILDRESS A.C., JARRELL M.P. e BREWERTON T.D., **The Kid's Eating Inventory Survey (KEDS): Internal consistency, component analysis and reliability**. Eating Disorders. 1993; 1: 123-133.

**Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10; Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CRONBACH, L.J. **Coeficient alpha and the internal structure of tests**. Psychometrika, 16, 297-334, 1951.

DECHEN,S., CANO,M.T.A., RIBEIRO,R.P.P. A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem, **resumo SIICUSP, EERP\_USP**, 2001

DEL PRETE,G., QUAIOTE,T.C.B./ALMEIDA, S.S. **Obesidade infantil: A influência nos comerciais de TV sobre os hábitos alimentares**, IX SIICUSP, 2001

FEE, V. E. & CANDY, C. M. – **EBBIT –Eating Behaviours and Body Image Test for preadolescent girls Manual**, 1998.

FLYNN, M. A T. & GIBNEY, M. J. – Obesity and health: Why Slim? **Proc. Nutr. Society**, 50:413-432, 1991

GARNER, D.M. e GARFINKEL, P.E.. **The eating attitude test: an index of the symptoms of anorexia nervosa**. *Psychological Medicine*. 1979; 9: 273-279.

GARNER, D.M., OLMSTED, M.P. e POLIVY, J. **The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia**. *International Journal of Eating Disorders*. 1983; 2: 15-34.

GARROW, J. S. & WEBSTER, J. **Quelet's Index (W/H<sup>2</sup>) as a measure of fatness**. *Int. J. Obesity*, 9:147-153, 1985

GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C., BEATON, D. **Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines.** Journal of Clinic Epidemiology 1993; 46 (12): 1417-32.

HODES, M. **Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children.** International Review of Psychiatry, 1993; 5: 101-108.

HSU, L.K.G. **The gender gap in eating disorders: why are the eating disorders more common among women?** Clinical Psychology Review. 1989; 9: 393-407.

KAUFMAN, A. **Projeto de distúrbio alimentar e atendimento ao obeso (PRATO),** Instituto de psiquiatria do HCFMUSP ([cibersaude.Com.Br/revistas.asp?r003&id-materia=88](http://cibersaude.Com.Br/revistas.asp?r003&id-materia=88)).

KILLEN, J.D., HAYWARD, C., WILSON, D.M., TAYLOR, C.B., HAMMER, L.D., LITTI, SIMONDS, B. e HAYDEL, F. **Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6<sup>th</sup> to 7<sup>th</sup> grade girls.** International Journal of Eating Disorders 1994; 15: 357-367.

KOENIG,L.J. & WASSERMAN,E.L. **Body Image and dieting failire in college men and women:** Examinig links between depression and eating problems. Sex roles,32 (3-4),225-249, 1995.

LAWRENCE, C.M., THELEN, M.H. **Body image, dieting and self-concept: their relation in African-American-Caucasian children.** Journal of Clinical Child Psychology 1995; 24: 41-8.

LAWRENCE, M.A **A experiência anoréxica** , summus, São Paulo, 1991.

MALONEY, M.J., McGUIRE,J., DANIELS, S.R. **Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test.** Journal of the American Academy of Child Psychology 1988; 24: 41-8.

MARBO, D. B. – **Análise comparativa de cinco antropométricos para o diagnóstico de obesidade em escolares da cidade de Paulínia** – São Paulo, 1988 [tese – mestrado – UNICAMP]

MICHELI, D. **Uso de drogas por adolescentes:** adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial, 2000. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.

NAGEL,K. & JONES,K **Sociological factors in the development of eating disorders.** **Adolescence**, 27,107-113, 1992

OLIVEIRA, P.G./ CARVALHO, M. G. B./ RIBEIRO, R. P. P. Abordagem nutricional de famílias e adolescentes obesos, resumo, IX **SIICUSP**, 2001.

PASQUALI, L. **Escalas psicométricas** In: **Pasquali L (Editor). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração** (pp. 105-126) Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida- LabPAM, 1999.

PIERS, E. V. **Piers-Harris Childrens Self concept Scale – revised manual**. Los Angeles: Counselor Psychology Test, 1984.

SPIGNESI,A. **Mulheres Famintas**, summus São Paulo, 1992

RIBEIRO, R.P.P. Indicadores de hábitos dietéticos e aspectos cognitivos e comportamentais relacionados aos distúrbios de conduta alimentar em adolescentes do sexo feminino. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1999, 98 p.

SMOLAK, L. **Body image in children and adolescents: where do we go from here?** Body Image 2004; 1 (1): 15-28.

SOIFER, R. **Psiquiatria Infantil Operativa**, Artes Médicas , Porto Alegre, 1992

SROUFE, L.A., RUTTER, M. **The domain of developmental psychopathology**. Child Development 1984; 55: 17-29.

SROUFE, L, **Psychopathology as an outcome of development.** Developmental and Psychopathology 1997; 9: 251-68.

STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES – SPSS **Interactive Graphics 10.0.** Chicago, IL; 1999.

STUNKARD, A. J. In M. HERSEN, A. BELLAK, A. KASDIM, **Obesity.** International handbook of behavior modification and therapy. New York: Plenum. 385, 1982

THELEN, M., POWELL, A.L., LAWRENCE, C. e KUHNERT, M.E., **Eating and body image concerns among children.** Journal of Clinical Child Psychology. 1992; 21: 41-46.

VOLKWEIN,K. & MC CONATHA,J.T. **Cultural contours of the body** – The impact of age and fitness. In: R. Lidor & M. Bar-Eli (Eds.) Innovations in Sport Psychology: Linking theory and practice. (pp. 744-746) Tel-Aviv: ISSP, 1997.

WICHISTROM,L. **Social, psychological and physical correlates of eating problems:** A study of the general adolescent population in Norway. Psychological Medicine, 25 (3), 567-579, 1995

**ANEXOS**



# Mississippi State UNIVERSITY

Department of Psychology  
P.O. Box 6161  
Mississippi State, MS 39762-6161  
Telephone: (662) 325-3202  
Fax: (662) 325-7212

Permission for Translation of  
The Eating Behaviors and Body Image Test (EBBIT)  
For Preadolescent Girls

We, Colette M. Candy and Virginia E. Fee, provide Ana Maria Pimenta Carvalho with permission to translate the EBBIT into Portugese, the only provision being that we would be provided with a copy of the translation, a description of its development, and have permission to send it out to others requesting it.

We would very much appreciate a copy of your Method, Results, and Discussion of your research to possibly incorporate into our manual.

Sincerely,

Colette Candy, M.S.

*Colette Candy*  
(Date) June 9, 2001

Virginia Fee, Ph.D.

*Virginia Fee*  
(Date) 6/18/01



**ANEXO 2**  
**Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal**  
**para Pré-adolescentes**  
(Traduzido e Adaptado de Fee & Candy, 1998)

Nome:.....

Idade: ..... Série.....Data: .....

Escola: .....

Altura:.....

Peso:.....

**Instruções:** Aqui estão algumas afirmações sobre como as pessoas se alimentam e o que sentem sobre o seu corpo. Leia cada afirmação com atenção e escolha a afirmativa que melhor descreve o que você sente e pensa. Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas. Você apenas pode contar-nos como você se alimenta e o que sente sobre o seu corpo.

As duas próximas questões são muito importantes para conhecê-lo melhor, por favor, responda:

- Você necessita se alimentar de forma especial devido a algum problema de saúde ? Se sim, explique.
  
- Sua família faz alguma dieta especial ? ( p.ex. vegetariana, para diabéticos )

Responda o questionário de acordo com o exemplo e seguindo a tabela abaixo:  
Assinale a opção que melhor descreve o que você sente ou pensa a respeito de si mesmo.

<b>A maior parte do tempo (todos os dias)</b>	<b>3</b>
<b>Freqüentemente (uma vez por semana)</b>	<b>2</b>
<b>Raramente (uma vez por mês)</b>	<b>1</b>
<b>Nunca (nunca)</b>	<b>0</b>

**EXEMPLO**

Eu como muito enquanto assisto TV	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	----------	----------	----------	----------

<b>A maior parte do tempo (todos os dias)</b>	<b>3</b>
<b>Freqüentemente (uma vez por semana)</b>	<b>2</b>
<b>Raramente (uma vez por mês)</b>	<b>1</b>
<b>Nunca (nunca)</b>	<b>0</b>

1. Eu faço regime ( como menos do que o normal ) como meus amigos fazem	3	2	1	0
2. Meu peso atual me incomoda	3	2	1	0
3. Eu como muita comida de uma vez	3	2	1	0
4. Eu tento não comer mesmo quando eu estou com fome	3	2	1	0
5. Eu gostaria de ser mais magro (a )	3	2	1	0
6. Eu não como lanches ou comida gordurosa porque eu quero perder peso	3	2	1	0
7. Eu tento perder peso fazendo regimes	3	2	1	0
8. Eu como quando estou com raiva	3	2	1	0
9. Eu, às vezes, levo coisas de comer para meu quarto e como tudo de uma vez	3	2	1	0
10. Eu acho que sou gordo (a )	3	2	1	0
11. Eu provoco vômito depois de comer muito	3	2	1	0
12. Eu acho que sou mais gordo que a maioria dos meninos da minha idade e altura	3	2	1	0
13. Eu como o que quero e na hora que quero	3	2	1	0
14. Eu como até sentir desconforto na barriga / estômago	3	2	1	0
15. Eu me preocupo a respeito de ganhar peso	3	2	1	0
16. Eu como todo o chocolate, que ganho na páscoa, de uma vez	3	2	1	0
17. Eu tomo remédio para emagrecer	3	2	1	0
18. Eu fico muito mal depois que como muito	3	2	1	0
19. Eu deixo de comer alguma refeição para poder perder peso	3	2	1	0
20. Eu sinto fome quando não estou comendo	3	2	1	0
21. Eu gosto de sentir meu estômago vazio	3	2	1	0
22. Eu “belisco” coisas em meu quarto para que ninguém veja que estou comendo	3	2	1	0
23. Eu tomo laxante (remédio para fazer coco) para perder peso	3	2	1	0
24. Eu me sinto gordo (a)	3	2	1	0
25. Eu fico mal depois de comer muito e penso logo numa maneira de me livrar do que eu comi.	3	2	1	0
26. Eu como muito mesmo quando não estou com fome	3	2	1	0
27. Eu fico pensando que se eu comer eu posso ganhar peso	3	2	1	0
28. Eu leio os rótulos de coisas de comer para saber quantas calorias e quanta gordura elas tem.	3	2	1	0
29. Depois que como muito de uma vez, tento pular a próxima refeição ou as duas próximas	3	2	1	0
30. Eu comeria umas 10 barras de chocolate (ou doce) se meus pais deixassem	3	2	1	0
31. Algumas vezes eu fico beliscando a comida	3	2	1	0
32. Eu evito comer alimentos muito gordurosos	3	2	1	0
33. Eu olho para minha gordura e desejaria que ela não existisse	3	2	1	0
34. Eu como quando estou triste	3	2	1	0
35. Eu como quando estou aborrecido (a)	3	2	1	0
36. Eu tomo diurético (remédio para fazer xixi) para perder peso	3	2	1	0
37. Eu faço exercícios para “queimar” a comida que eu comi	3	2	1	0
38. Eu faço dieta assim como meus pais ou meus irmãos fazem	3	2	1	0
39. Existem comidas que eu comeria muito se eu tivesse oportunidade	3	2	1	0
40. Eu penso muito em comida quando não estou comendo	3	2	1	0
41. Eu tomo refrigerantes <i>diet</i> em vez de fazer refeições ou comer lanches	3	2	1	0
42. Eu não como sobremesa (bolo, sorvete, doces ) porque eu quero perder peso	3	2	1	0

Eu acho que fui capaz de responder estas questões honestamente ? ( ) SIM ( ) NÃO

### **ANEXO 3**

#### **Termo de Consentimento Informado**

Várias pesquisas mostram que o início da adolescência é um dos momentos críticos para o aparecimento de problemas relacionados à alimentação.

Com base nesse argumento planejou-se um estudo sobre o comportamento alimentar de pré-adolescentes de 9 a 12 anos, de escolas da rede pública e privada do município de Ribeirão Preto, com o objetivo de adaptar um instrumento (um questionário) através do qual poderemos investigar a insatisfação com a imagem corporal, a preocupação com a quantidade de comida que consome, o comer em excesso e comportamentos que sejam indicativos de problemas mais sérios relacionados à alimentação. Para atingir este objetivo solicita-se que o pré-adolescente responda a um questionário: Teste da Imagem Corporal e Comportamentos Alimentares. Entretanto, antes que ele (ela) o faça é preciso que seus pais e/ou responsáveis sejam informados e manifestem sua aceitação em relação à participação do (a) filho (a) neste estudo, por escrito, assim como o próprio adolescente manifeste sua aceitação em participar, respondendo ao questionário.

Assim, caso aceite que seu filho (a) participe deste estudo, dirigimo-nos aos senhores pais informando que:

- Ele (a) responderá a um questionário, de 42 itens, com questões fechadas de múltipla escolha;
- A pesquisa será feita na própria escola e no horário em que ele estiver na mesma;
- A aplicação do instrumento terá duração de no máximo 30 minutos;
- Todas as informações serão mantidas em sigilo e poderão apenas ser utilizadas como um estudo;
- Seu filho estará livre para desistir de participar do estudo, em qualquer momento;
- Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo;
- Não haverá gastos para o Sr.(a) ou seu (sua) filho (a) em participar do estudo.

***Eu, ..... autorizo meu (minha) filho(a ) a participar deste estudo, deixando claro que sua participação é inteiramente voluntária.***

Assinatura do pai ou responsável: .....

Assinatura do filho(a):.....

Data: .....

.....  
Elizângela M. Careta Galindo.  
Assinatura do pesquisador

.....  
Ana Maria Pimenta Carvalho  
Assinatura do Orientador

Telefone p/ contato: 602 -3427 (Ana Maria P. Carvalho)  
*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*



**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA**  
**O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM**

Av. dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
 FAX: 55 - 016 - 633 3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of. CEP-EERP/USP - 086/2002

Ribeirão Preto, 28 de agosto de 2002.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de agosto de 2002, conforme parecer anexo.

**Protocolo:** n° 0286/2002  
**Projeto:** *Adaptação e Validação do EBBIT – Eating Behaviours And Body Image Test (EBBIT) para pré-adolescentes de Ribeirão Preto.*  
**Pesquisadores:** Ana Maria Pimenta Carvalho (Orientadora)  
 Elizângela Moreira Careta Galindo (Orientanda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Marli Villela Mamede  
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.  
 Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho  
 Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas