

## ESCALA DE SILHUETAS BIDIMENSIONAIS PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO CORPORAL DO CEGO

Fabiane Frota da Rocha Morgado  
Maria Elisa Caputo Ferreira  
Daniela Fantoni de Lima Alexandrino  
Ana Carolina Soares Amaral

### RESUMO

**Introdução:** A satisfação é um dos componentes da Imagem Corporal que pode favorecer inúmeros transtornos psicológicos e é avaliada com a Escala de Silhuetas. **Objetivo:** verificar a aplicabilidade da Escala de Silhuetas Bidimensionais (ESB) em cegos congênitos adultos. **Metodologia:** Foram entrevistados 20 sujeitos do Instituto Benjamin Constant, RJ e da Associação dos Cegos, MG. **Resultados:** Todos erraram a ordenação correta das nove figuras, ou seja, não reconheceram a ESB. **Conclusões:** Sugere-se a realização de estudos que explorem uma outra forma de adaptação da Escala de Silhuetas para o cego ou a criação de novos instrumentos de avaliação. **Palavras chaves:** Imagem Corporal, Deficiente Visual, Instrumento De Avaliação.

### ABSTRACT

Satisfaction is one of the components of Body Image which may favor several psychological disorders and is assessed through the Silhouette Scale. **Objective:** to verify the applicability of the Bidimensional Silhouette Scale (BSS) in adult congenital blind subjects. **Methods:** 20 subjects from the Benjamin Constant Institute, RJ, and from the Blinds Association, MG, were interviewed. **Results:** All of them made mistakes when ordering the nine pictures, i.e., they did not recognize the BSS. **Conclusions:** the conduction of studies which explore another way to adapt the Silhouette Scale for the blind or the creation of new assessment instruments is suggested. **Key-words:** Body Image, The Blind, Assessment Instrument.

### RESUMEN:

La satisfacción es uno de los componentes que pueden favorecer innúmeros trastornos psicológicos y es evaluada por la Escala de Siluetas. **Objetivo:** verificar la aplicabilidad de la Escala de Siluetas (ESB) en ciegos congénitos adultos. **Metodología:** Fueron entrevistados 20 sujetos del Instituto Benjamin Constant, RJ y de la Associação dos Cegos, MG. **Resultados:** todos se equivocaron en cuanto a la ordenación correcta de las figuras, o sea, no reconocieron la ESB. **Conclusiones:** Se sugiere la realización de estudios que exploren una forma alternativa de adaptación de la Escala de Siluetas para el ciego o la creación de nuevos instrumentos evaluación. **Palabras clave:** Imagen Corporal, Deficiente Visual, Instrumento de Evaluación.

## Introdução

Os estudos referentes à Imagem Corporal e deficiência visual, no Brasil, possuem um obstáculo, tendo em vista a inexistência de instrumentos específicos que avaliem os diferentes componentes da Imagem Corporal no público cego. A Escala de Silhuetas Bidimensionais (ESB), adaptada da Escala de Silhuetas de Stunkard, Sorensen e Schlusinger (1983), pode ser uma proposta de avaliação do componente atitudinal da Imagem Corporal, referente à insatisfação corporal. Ela é composta de figuras humanas em alto relevo, com diferentes dimensões e formas corporais, que variam desde a mais magra até a mais gorda. No entanto, é importante conhecer se o deficiente visual reconhece as figuras humanas representadas na ESB.

A Deficiência Visual pode ser definida como uma limitação sensorial grave, capaz de anular ou reduzir a capacidade de ver, abrangendo vários graus de acuidade visual (FERREIRA, 2007). Já a acuidade visual é a imagem menor, cuja forma pode ser apreciada e medida pelo menor objeto que o olho pode distinguir; ela inclui: tamanho do objeto, distância do objeto ao olho, iluminação do objeto e contraste do objeto com o fundo. Há dois tipos de limitação visual, cegueira total e visão subnormal, sendo esta também conhecida como baixa visão. Essas limitações podem possuir característica congênita ou adquirida (GASPARETTO; NOBRE, 2007).

Ferreira (2007) considera cega aquela pessoa que apresenta desde ausência total de visão até a perda da percepção luminosa e que faz uso do Sistema Braille para o processo de ensino/aprendizagem. Enquanto considera com baixa visão os sujeitos os quais apresentam desde condições de indicar projeção de luz até o grau em que a redução de sua acuidade visual limite o seu desempenho. Vale destacar que, segundo Almeida (1995), a cegueira é considerada congênita quando a criança nasce cega ou quando se torna cega até os cinco anos de idade e é considerada adquirida quando o indivíduo se torna cego após os cinco anos de idade.

A Imagem Corporal do cego congênito é um tema que merece destaque, dada a importância do estímulo visual na formulação desta Imagem. Ela pode ser considerada como a forma específica e singular em que o sujeito constrói, de maneira evolutiva e dinâmica, a figura de seu corpo existencial em sua mente. Trata-se de uma representação mental da identidade corporal, maior e mais abrangente do que uma figuração unicamente visual do corpo (SCHILDER, 1999; KRUEGER, 2004; CASH, 2004, TAVARES, 2003). Tal representação mental é formulada mediante a relação do indivíduo com o mundo sendo que, no sujeito cego, essa relação se dá sobretudo por meio de outras vias sensoriais que não sejam a visão, como o tato, a audição, o olfato, as percepções cinestésicas, entre outras.

Destaca-se que a Imagem Corporal é influenciada por fatores multidimensionais, em seus aspectos fisiológicos, libidinais e sociológicos e, para sua saudável preservação, é importante manter a integridade e unidade do corpo, por meio do desenvolvimento pleno da personalidade. O movimento oriundo da prática de atividades físicas, segundo Schilder (1999), é um importante facilitador da estruturação da identidade corporal, consequentemente, da Imagem Corporal. No entanto, destaca-se que a Imagem Corporal pode ser “destruída por toda insatisfação profunda” (Ibid, p. 311).

A insatisfação ou satisfação é um dos componentes da Imagem Corporal que pode ser relacionado com inúmeros problemas psicológicos como baixa autoestima, depressão e desordens alimentares. Ela pode ser entendida como um incômodo que alguém sente em relação aos aspectos da aparência do próprio corpo ou um desgosto do corpo percebido e/ou julgado. Ela está relacionada a uma alteração cognitivo-emocional

(GARNER; GARFINKEL, 1981). A insatisfação é mais frequentemente definida como a discrepância entre o tamanho percebido pela pessoa e o tamanho que ela gostaria de ter, idealmente (GARDNER, 2004; FURNHAM, BADMIN, SNEADE, 2002).

Os fatores favorecedores da insatisfação podem ser diversificados. Dentre eles, destacam-se os relacionados ao distanciamento entre o corpo real daquele preconizado como ideal, na cultura em que se vive. Por conseguinte, de um lado, as mensagens divulgadas pela mídia, pelos amigos e pela família preconizam um ideal de beleza que, muitas vezes, são inatingíveis. De outro, os aspectos da aparência como peso e altura, bem como a representação social do indivíduo, são ocorrências que podem dificultar o acesso ao corpo ideal. Tais fatores podem provocar sofrimento, favorecendo alterações emocionais, que comprometem o desenvolvimento pleno da personalidade do indivíduo, por conseguinte, de sua Imagem Corporal.

Cumprе ressaltar que, atualmente, o corpo pode ser tomado como uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições (RODRIGUES, 1985). Os indivíduos modernos, frequentemente, utilizam inúmeros recursos para se aproximarem do ideal de estética corporal que a sociedade define, destacando, dissimulando ou atenuando particularidades de sua aparência. Na verdade, encontram-se em uma constante busca de manter a vitalidade de sua constituição orgânica e social, negando seu corpo próprio, refletindo uma verdadeira “crise de identidade” (HALL, 2001). Em consequência, podem permanecer, constantemente, insatisfeitos com seu corpo real, herdado, construído historicamente.

Nesse contexto, quando o indivíduo se subordina a uma imagem ideal de corpo, ele sacrifica sua realidade interna, afasta-se de seus desejos, de suas limitações, e suas ações perdem o caráter humano, pois são, por si só, vazias de significado. Ao afastar-se do corpo real, do corpo possível, o indivíduo pode ter abafados fragmentos originais de seus sentidos e de sua identidade. Essa relação pode influenciar a forma como ele conceitua e caracteriza seu corpo (TAVARES, 2003).

Tal questão é ainda mais ponderável no contexto da deficiência, inclusive daquela relacionada à visão, tendo em vista a configuração predominantemente visual da atual sociedade, que divulga, diariamente, uma modelagem de corpo belo, magro, produtivo e eficiente. Ao mesmo tempo, ela exclui aquele deficiente, estigmatiza-o com referências de improdutividade e imperfeição, além de lançar sobre ele uma representação de “contra padrão corporal”. Dessa forma, a representação mental do corpo, em uma sociedade que tende a distorcer a imagem real pela introdução de outros valores (estéticos e produtivos), pode estar prejudicada e alterada nas pessoas com deficiências em geral e visual, em particular.

Nesse contexto, é fundamental a criação, adaptação e validação de instrumentos que avaliem os diferentes componentes da Imagem Corporal do deficiente visual, especialmente, a satisfação corporal. Desse modo, os profissionais da área da saúde como os profissionais de Educação Física, Fisioterapia, Medicina, entre outros, poderiam rastrear traços de alterações da Imagem Corporal dos sujeitos cegos e promover medidas preventivas e terapêuticas.

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a satisfação corporal é a Escala de Silhuetas. No contexto nacional, a Escala de Silhuetas de Stunkard é a mais utilizada nos estudos acerca da Imagem Corporal (MORGADO et al., 2008). Ela possui como característica uma série de nove figuras de corpo humano específicas para cada gênero, as quais aumentam as formas corporais em termos de gordura corporal e é aplicada da seguinte forma: os participantes são direcionados para selecionarem duas figuras, aquela que ele acredita ser a mais representativa de seu corpo real e uma outra

em que ele pensa ser a representante de seu corpo ideal. A discrepância entre o corpo atual e o ideal é medida para a insatisfação corporal. Por conseguinte, quanto mais distante o corpo ideal estiver do real, mais insatisfeito o indivíduo se encontra com seu corpo e, quanto mais próximo, menor o nível de insatisfação. Se a figura relativa ao corpo real e ideal for a mesma, então, o indivíduo encontra-se satisfeito com sua dimensão e forma corporal. Portanto, essa Escala se apresenta como uma possibilidade de adaptação para a avaliação da satisfação com a Imagem Corporal do deficiente visual.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo verificar a aplicabilidade da Escala de Silhuetas Bidimensionais adaptada para o deficiente visual, em indivíduos adultos, cegos congênitos.

## Metodologia

Neste estudo foi adotado o tipo de pesquisa exploratória, pela sua capacidade de examinar um problema de investigação pouco estudado ou que não tenha sido abordado antes (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 1991). A forma de análise dos dados foi a quali-quantitativa. Os seguintes procedimentos metodológicos foram realizados:

### 1) Solicitação da autorização ao autor da Escala

Foi solicitada e concedida a autorização, por meio de e-mail, do Doutor Albert J. Stunkard, o primeiro autor do artigo que publicou as Silhuetas, em 1983, para que se pudesse adaptar a Escala original em linguagem bidimensional, em relevo. Após a adaptação, a Escala passou a se chamar Escala de Silhuetas Bidimensionais.

### 2) Descrição da confecção da Escala de Silhuetas Bidimensionais

Esta etapa da pesquisa foi realizada na Divisão de Produção e Distribuição de Material Especializado (DPME) do Instituto Benjamin Constant, onde recebeu apoio integral dos técnicos em Braille e oferta dos materiais utilizados no procedimento de confecção. Pode-se ressaltar que esta fase envolveu tentativas, erros e acertos, tendo sido necessário repensar alguns conceitos e decisões. Envolveu todo o pessoal do DPME que, com suas críticas e sugestões, nos auxiliou a chegar a um resultado considerado satisfatório pela revisora Braille do referido departamento, que é cega congênita. A referida etapa foi realizada em duas fases: Experimentos prévios e Escala de Silhuetas Bidimensionais.

Na fase dos experimentos prévios foram confeccionadas três figuras masculinas, 3, 6 e 9, escolhidas por terem dois níveis de diferença uma das outras. Elas foram ampliadas para 8,5 cm, aproximadamente.

No procedimento de texturização, foram utilizadas linhas da marca “Anne” para todos os contornos das Silhuetas e areia para representar o *short* dos bonecos. Percebeu-se que a areia era um material de difícil contenção, o que possibilitava que alguns grãos ocupassem outros espaços e confundisse o cego na hora do reconhecimento. Além disso, foi colocado algodão na barriga das figuras mais gordas. Após a texturização das figuras, elas foram submetidas à máquina de calor chamada *thermoform*, que copiou, em alto relevo, a texturização da matriz principal no PVC. Essa cópia pode ser feita inúmeras vezes a partir da matriz central.

Esse primeiro experimento passou pela revisora em Braille do IBC, que fez riquíssimas colaborações e observações quanto às figuras. Desse modo, considerando-se as suas contribuições, foi realizado, então, um segundo experimento, nos mesmos três

bonecos, porém, a textura da roupa de banho foi feita com uma lixa de parede no lugar da areia. O algodão colocado anteriormente na barriga dos bonecos foi retirado devido a um relevo excessivo no PVC que confundiu a revisora. Tal experimento foi novamente avaliado por ela e foi considerado adequado para o reconhecimento, portanto, resolveu-se confeccionar todas as 18 figuras com base neste último procedimento.

Para a Escala de Silhuetas Bidimensionais, foi proposto pelos técnicos do DPME que todas as figuras coubessem em um único plano para facilitar o processo de comparação. Portanto, as figuras mantiveram o mesmo tamanho do experimento prévio, aproximadamente 8,5 cm, considerando uma proporção máxima de ampliação, de maneira que todas coubessem em uma única folha de papel do tamanho 47 x 36 cm, um limite apropriado para a máquina de *thermoform* do IBC. Esse tipo de folha é muito utilizado para texturização de mapas e esquemas.

No procedimento de texturização, foram utilizadas linhas de crochê e lixas de parede para texturizar os desenhos. As linhas foram coladas com cola escolar da marca “Tenaz” e as lixas foram coladas com cola em bastão da marca “Pritt Henkel”. A linha da marca “Anne” foi colada nos contornos externos das Silhuetas, já os contornos internos, como linha do joelho, cabelos e traços da face, foram feitos com a colagem de uma linha um pouco mais fina, cuja marca é “Cléa”. Uma lixa de parede foi cortada conforme o modelo do maiô para as bonecas e da bermuda para os bonecos e, posteriormente, colada no desenho.

Após a texturização das figuras, elas foram submetidas ao *thermoform*, que copiou em alto relevo a texturização da matriz principal no PVC. Foram feitas, então, duas cópias. Uma delas foi recortada ao meio e dividida em duas partes, uma formada pelas Silhuetas femininas e a outra pelas Silhuetas masculinas. A outra cópia foi recortada em 18 partes: 9 figuras femininas e 9 figuras masculinas, as quais foram apresentadas ao cego do sexo específico das figuras apresentadas de maneira aleatória. A Figura 1 demonstra a Escala de Silhuetas Bidimensionais:

Figura 1 – Escala de Silhuetas Bidimensionais



### 3) Escolha das Instituições

Foram selecionadas duas Instituições participantes: Instituto Benjamin Constant, RJ, considerada referência nacional no atendimento ao deficiente visual e Associação dos Cegos de Juiz de Fora, MG, considerada referência no estado de Minas Gerais. Estas instituições possuem contextos socioculturais diferenciados além de acomodarem um número relevante de sujeitos que poderiam participar deste estudo.

#### 4) População e amostra

A população foi composta de deficientes visuais congênitos. A amostra foi composta de 20 sujeitos adultos, 10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, deficientes visuais congênitos vinculados às Instituições participantes. Em cada uma das Instituições, foram recrutados 10 sujeitos.

#### 5) Critérios de inclusão e exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter entre 21 e 50 anos; manifestar diagnóstico de cegueira congênita fornecido pelas Instituições selecionadas; não possuir outras deficiências associadas e possuir vínculo Institucional. Três critérios de exclusão foram adotados: manifestar algum tipo de distúrbio mental; estar ausente no dia da coleta de dados e recusar participar, livremente, da pesquisa.

#### 6) Instrumentos

Os instrumentos para coleta de dados foram: 1) Escala de Silhuetas Bidimensionais adaptada (Anexo I); 2) Roteiro de entrevista semiestruturada; 3) Balança da marca Filizola e trena metálica para aferir os seguintes valores antropométricos: peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); 4) Gravador digital para gravação e transcrição dos relatos.

#### 7) Coleta de dados

Foram mensurados o peso e a estatura dos cegos para o cálculo do IMC - peso (em kg) sobre a altura ao quadrado (em m) - seguidos da aplicação da entrevista semiestruturada aplicada da seguinte forma: A Escala de Silhuetas Bidimensionais foi apresentada ao participante em ordem crescente, da mais magra para a mais gorda. Em seguida, ela foi apresentada em cartões individuais, de forma aleatória. Foi solicitado ao participante que ordenasse os cartões da figura mais magra para a mais gorda.

#### 8) Aspectos éticos

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também disponibilizado em Braille, a assinatura foi feita através da impressão digital por aqueles que não sabiam escrever.

O projeto relativo a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) no dia 18 de dezembro de 2008, conforme Parecer nº. 423/2008 e Relatório nº. 1619.309.2008 (anexo E). Está inscrito no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) sob o número 222266.

#### Resultados

Diante da análise das características específicas dos participantes, pode-se perceber que o valor médio de IMC dos homens e das mulheres está dentro de uma faixa de normalidade, considerada como eutrofia pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997). Essa faixa corresponde aos valores de massa corporal correspondentes a  $18,4 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$ . As médias das Silhuetas Bidimensionais atuais para os respectivos valores médios de IMC foi de 4,5 para homens e 3,1 para mulheres. A

Tabela 3, a seguir, demonstra a média dos valores antropométricos dos sujeitos pela média da Silhueta atual selecionada na Escala adaptada:

Tabela 3 - Média dos valores antropométricos da amostra

VALORES ANTROPOMÉTRICOS	HOMEM	MULHER
IDADE (anos)	32	43
ESTATURA (m)	1,67	1,51
PESO (kg)	65,95	56,11
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	23,48	24,68
SILHUETA ATUAL (ESB)	4,5	3,1

Fonte: Dados antropométricos colhidos em dezembro de 2008 e janeiro de 2009.

Neste estudo, com o intuito de verificar se os participantes reconheceram a ESB, foram adotados os seguintes procedimentos: em princípio, a referida Escala foi apresentada com as figuras do próprio sexo em ordem ascendente, para que eles a explorassem. Após esse procedimento, a ESB foi recolhida e as mesmas figuras foram apresentadas em cartões individuais, de forma aleatória. Então, foi solicitado aos sujeitos que fizessem uma ordenação ascendente das figuras, ou seja, das mais magras para as mais gordas.

A ordenação adequada de cada figura da Escala de Silhuetas em série ascendente é, segundo Kakeshita (2008), um indício de validade de conteúdo e indica que a Escala possui a capacidade de representar as diferentes dimensões e formas corporais e, portanto, pode ser aplicada satisfatoriamente. A autora esclarece que inversões mínimas entre as figuras, realizadas por até 30% dos sujeitos, são justificáveis, tendo em vista os cuidados na adaptação da Escala quanto à manutenção de mínima diferença perceptível entre as figuras. No entanto, no caso específico da ESB, a inversão entre as figuras foi realizada por 100% dos participantes, ou seja, todos erraram a ordenação correta das Silhuetas bidimensionais.

No ato da ordenação dos modelos bidimensionais, os deficientes visuais tiveram dificuldades de reconhecer as diferenças nas dimensões corporais das nove Silhuetas. Alguns participantes utilizaram a largura dos cartões como referência para discernir umas figuras das outras. Outros colocaram a figura de cabeça para baixo na ordem apresentada. Entretanto, chamou atenção o fato de que a maioria manteve as quatro Silhuetas mais magras representadas pelas figuras 1, 2, 3 e 4, nas quatro primeiras casas, enquanto manteve as quatro Silhuetas mais gordas representadas pelas figuras 6, 7, 8, e 9, nas quatro últimas casas. No entanto, essas figuras não necessariamente foram apresentadas na ordem correta.

Vale ressaltar que a maioria, representada por 75% dos cegos, não conseguiu ordenar corretamente mais do que seis figuras e somente 15% dos participantes conseguiram acertar a ordenação de sete, das nove Silhuetas. A figura 1 foi reconhecida como a mais magra por 30% dos cegos, enquanto que a figura 9 foi reconhecida como a mais gorda por 75% dos participantes. Destaca-se que 15% dos indivíduos apresentaram uma figura de cabeça para baixo.

A interpretação desses fatos sugere que os cegos não reconheceram ou acomodaram um reconhecimento rudimentar das diferentes dimensões corporais apresentadas nos modelos bidimensionais apresentados na ESB. Eles dividiram e sintetizaram as nove figuras em três grupos: os quatro mais gordos, os quatro mais magros, e o que sobrou ficou como intermediário. Desse modo, não se confirma a hipótese de reconhecimento dessas figuras, já que nenhum participante acertou a ordenação de todas as nove figuras.

## Conclusões

Diante da constatação de que os deficientes visuais congênitos, participantes deste estudo, não reconheceram as diferentes dimensões e formas corporais da Escala de Silhuetas Bidimensionais adaptada da Escala de Silhuetas de Stunkard, conclui-se que a ESB não pode ser aplicável ao cego como instrumento de avaliação da insatisfação corporal. O instrumento adaptado para este estudo não apresentou indícios de validade de conteúdo, pois os sujeitos não conseguiram ordenar corretamente os cartões representantes das 9 figuras que aumentam suas dimensões corporais.

A dificuldade do reconhecimento dos desenhos em relevo pode estar relacionada a pouca familiaridade que a maioria dos cegos relatou que existe com esse tipo de material. Além disso, eles consideraram que a linguagem em relevo bidimensional é muito difícil de ser identificada, devido a dificuldade de percepção tátil com esse material.

Todavia, acreditamos ser urgente a adaptação de um instrumento específico para a finalidade de avaliar a insatisfação corporal do sujeito que não enxerga. Em adição, pensamos ser necessário avaliar outros componentes da Imagem Corporal deste público. Portanto, sugerimos a realização de novos estudos que explorem uma outra forma de adaptação da Escala de Silhuetas para o deficiente visual ou a criação de novos instrumentos de avaliação.

É importante ressaltar que, para os profissionais da área de saúde, em especial, o profissional de Educação Física, é relevante conhecer o nível de insatisfação corporal do deficiente visual e diante dos resultados, propor atividades que privilegie o movimento, auxiliando no desenvolvimento positivo da Imagem Corporal. Além disso, as atividades físicas podem manter a integridade e unidade do corpo, favorecendo uma Imagem Corporal positiva e sem alterações.

## Referências

ALMEIDA, J. J. G. Estratégias para a aprendizagem esportiva: uma abordagem pedagógica da atividade motora para cegos e deficientes visuais. 176 f. 1995. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

CASH, T. F. Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image In: CASH, T. F., PRUZINSKY, T. Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice. Nova Iorque: Guilford Press, 2004, p. 38-46.

FERREIRA M. E. C. Imagem Corporal, autoestima e vaidade sob a perspectiva de deficientes visuais congênitos. 2007. 195 f. Tese (Pós-Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GARDNER, R. M. Body Image Assessment of Children. In: CASH, T., PRUZINSKY, T. Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice. Nova Iorque: Guilford Press, 2004.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications, International Journal of Psychiatry and Medicine. v. 11, n. 3, p. 263 - 284, 1981.

GASPARETTO, M. E. R. F.; NOBRE, M. I. R. S. Avaliação do funcionamento da visão residual: educação e reabilitação. In: MASINI, E. F. S (Org.). A pessoa com Deficiência Visual: um livro para educadores. São Paulo: Vetor, 2007.

HALL, S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

KAKESHITA, I. S. Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros. 2008. 118 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

KRUEGER, D. W. Psychodynamic Perspectives on Body Image. In: CASH, T., PRUZINSKY, T. Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice. Nova Iorque: Guilford Press, 2004.

MORGADO, F. F. R. et al. Analysis of the Body Image Assessment Protocols published in Brazil. Fiep Bulletin, Foz do Iguaçu, v. 78, p. 12-15, jan. 2008, Special Edition.

RODRIGUES, J. C. Tabu do corpo. Rio de Janeiro: Achiamé, 1985.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. Metodologia de la investigación. México: McGraw-Hill, 1991.

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

STUNKARD A. J.; SORENSEN T.; SCHLUSINGER F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW, editors. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: Raven, p. 115-20, 1983.

TAVARES, M. C. G. C. Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on WHO Consultation on obesity. Geneve, 1997.

Autores:

1) Fabiane Frota da Rocha Morgado

End.: Rua Professor Cunha Figueiredo, 74, aptº 303. Mundo Novo, Juiz de Fora, MG.

CEP: 36026-280.

E-mail: [fabr.frm@hotmail.com](mailto:fabr.frm@hotmail.com)

2) Maria Elisa Caputo Ferreira

End.: Rua Padre Frederico, nº 80. Santa Catarina, Juiz de Fora, MG. CEP: 36036-150.

E-mail: [caputoferreira@terra.com.br](mailto:caputoferreira@terra.com.br)

3) Daniela Fantoni de Lima Alexandrino

E-mail: [dani\\_efi2002@yahoo.com.br](mailto:dani_efi2002@yahoo.com.br)

4) Ana Carolina Soares Amaral

E-mail: [acsamaral@hotmail.com](mailto:acsamaral@hotmail.com)

Por favor, se possível, desejo contar com o uso do data show.