



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Danielle Eveline de Quadros

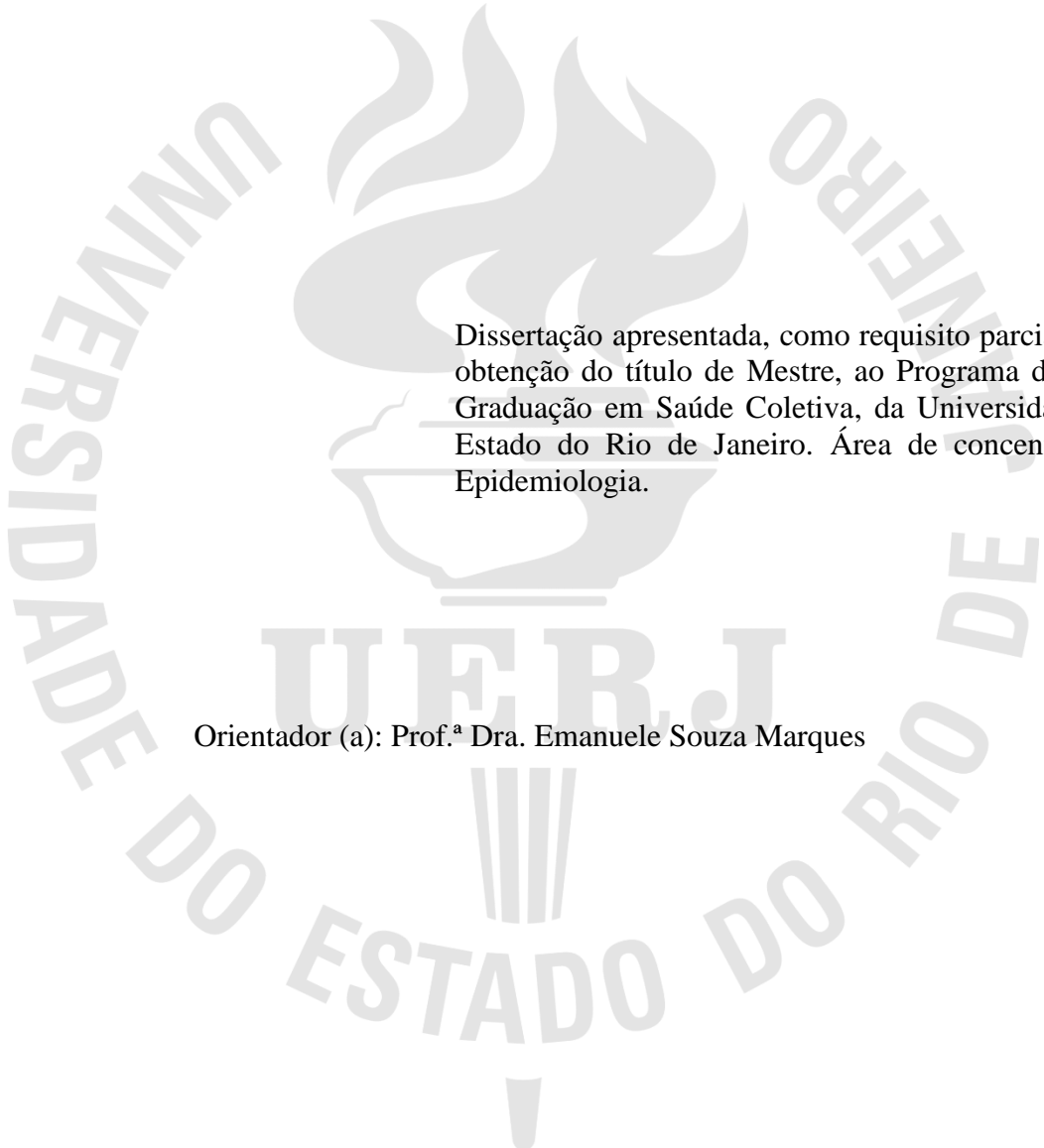
**Relação entre violência familiar e insatisfação com a imagem corporal em
adolescentes**

Rio de Janeiro

2017

Danielle Eveline de Quadros

Relação entre violência familiar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Emanuele Souza Marques

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

A848 Quadros, Danielle Eveline de
Relação entre violência familiar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes / Danielle Eveline de Quadros. – 2017. 112 f.

Orientadora: Emanuele Souza Marques.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência familiar - Teses. 2. Adolescentes – Teses. 3. Imagem corporal em adolescentes – Teses. I. Marques, Emanuele Souza. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 179.2:612.39-053.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Danielle Eveline de Quadros

Relação entre violência familiar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 29 de maio de 2017.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Emanuele Souza Marques

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Denise Cavalcante de Barros

Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Maria Helena Hasselmann

Instituto de Nutrição - UERJ

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

À minha mãe querida, que muito se orgulhou e orou por mim, mas não pode ver este trabalho terminado.

AGRADECIMENTOS

Ao Alexandre, meu amor, companheiro e maior incentivador. Te amo!

Aos meus pais (*in memoriam*), minhas irmãs e irmãos, sobrinhos queridos, família toda, por compreenderem minha ausência em alguns momentos importantes.

À Emanuele, minha querida e dedicada orientadora. Tive a sorte de ser sua primeira orientanda! Me orientou com muita competência e carinho, sendo sempre firme e gentil. Obrigada pelo aprendizado, apoio e paciência. A sua orientação humana e seu exemplo como profissional foram muito importantes ao longo do mestrado, principalmente nestes últimos meses. E ao Nilo, por, além de dividir a atenção de sua mãe comigo, alegrar e participar das minhas orientações, com muitas linguagens e sorrisos.

À Professora Claudia Leite de Moraes, pela acolhida no PIEVF, pelas importantes sugestões na banca de qualificação, por aceitar compor a banca de defesa, e pela disponibilidade em reuniões e tira-dúvidas, sempre muito amável.

À Professora Maria Helena Hasselmann, por ter gentilmente aceitado o convite para ser a ledora da dissertação, muito obrigada pelas sugestões, correções, e por fazer parte da banca de defesa.

À Denise querida, que o destino colocou em meu caminho logo que cheguei ao Rio, e que agora tenho o prazer de tê-la na banca, obrigada por ter aceitado prontamente o convite para compor a banca de defesa.

Ao Professor Michael Reichenheim, por ter aceitado participar de reuniões sobre as análises, sempre compartilhando seu conhecimento e experiência com muita delicadeza e paciência.

À Professora Gloria Valéria da Veiga, por ter participado da banca de qualificação, com opiniões e críticas muito pertinentes.

À Diana Cunha por aceitar o convite para suplente de banca.

Às minhas queridas amigas Andrea, Helen e Nanowska, por estarem sempre presentes mesmo quando estamos longe, e Raisa, pelas conversas teológicas e filosóficas sobre os rumos da vida e pizzas de banana compartilhadas.

À minha turma de mestrado pelos momentos de estudo e descontração

Ao pessoal do PIEVF, colegas, professores e funcionários do IMS.

À CAPES, pela bolsa durante todo o mestrado.

RESUMO

QUADROS, Danielle Eveline de. **Relação entre violência familiar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes**. 2017. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O objetivo principal desta Dissertação foi investigar a relação entre a violência familiar (VF) ocorrida na infância e na adolescência e a insatisfação com a imagem corporal (IIC) em adolescentes. Utilizando a linha de base do Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA), foi realizado um estudo transversal em seis escolas (duas públicas e quatro privadas) do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo, em 2010. A amostra incluiu 1039 adolescentes de ambos os sexos, do 1º ano do ensino médio, entre 13 e 19 anos de idade. A violência familiar ocorrida na infância (VF pregressa) foi avaliada com o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), a violência familiar ocorrida na adolescência (VF atual) com a *Conflict Tactics Scale Form R*, e a IIC com a Escala de Silhuetas Corporais. As análises foram realizadas através de regressão logística multinomial. Dos 1039 adolescentes 53,4% eram do sexo feminino. A prevalência de IIC foi de 75,1%, sendo que no sexo masculino 41,3% desejavam uma silhueta maior. Não houve associação entre VF pregressa (psicológica e física) e IIC, em ambos os sexos. Nos adolescentes do sexo masculino, a violência psicológica sofrida na adolescência (VF atual) aumentou a chance de desejar silhueta menor (OR=2,64; IC 95%: 1,13–6,15); e maior (OR=2,36; IC 95%: 1,21–4,61). A violência física atual apresentou relação inversa para quem deseja silhueta consideravelmente menor (OR=0,42; IC 95%: 0,23–0,79), e maior (OR=0,61; IC 95%: 0,36–1,01). Nas adolescentes, a violência psicológica aumentou a chance de desejar uma silhueta maior (OR=2,93; IC 95%: 1,07 – 7,95). Os resultados indicam que a VF psicológica e a VF física são fatores de risco para a IIC.

Palavras-chave: Maus Tratos Infantis. Violência doméstica. Imagem corporal. Adolescência.

ABSTRACT

QUADROS, Danielle Eveline de. **Relationship between family violence and dissatisfaction with body image in adolescents**. 2017. 112 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The main objective of this Dissertation was to investigate the relationship between family violence (FV) and dissatisfaction with the body image (DBI) in adolescents. Using the baseline of the *Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes* (ELANA), a transversal study was realized in 2010 in six schools (two public and four private) of Rio de Janeiro, Niterói and São Gonçalo. The sample included 1039 adolescents from the first year of high school, with ages varying from 13 to 19 years old. The family violence endured during childhood (previous FV) was evaluated with the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the present violence, endured during adolescence (current FV), was evaluated with the Conflict Tactics Scale Form R (CTS1), and the dissatisfaction with the body image was evaluated with the Body Silhouettes Scale. The analysis were done using multinomial logistic regression. From the 1039 adolescents, 53,4% were females. The dissatisfaction prevalence with the body image was 75,1%, being that 41,3% of males desired to have a larger silhouette. There was no association between the previous FV (psychological and physical) and DBI for both genders. Among the boys, the psychological violence endured during adolescence (current FV) raised the probability of wishing for a thinner silhouette (OR=2,64; IC 95%: 1,13–6,15); and larger (OR=2,36; IC 95%: 1,21–4,61). The current physical violence showed inverse relation for those who wish for a silhouette considerably thinner (OR=0,42; IC 95%: 0,23–0,79), and larger (OR=0,61; IC 95%: 0,36–1,01). Among the girls, the psychological violence has raised the probability chance of wanting for a larger silhouette (OR=2,93; IC 95%: 1,07 – 7,95). The results indicate that psychological FV and physical FV are risk factors for DBI.

Keywords: Child Abuse. Domestic violence. Body image. Adolescence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estudos que avaliaram a relação entre a violência contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal em adolescentes.....	39
Quadro 2 – Estudos que avaliaram a relação entre a violência contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal em adultos.....	42
Figura 1 – Modelo teórico-conceitual.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Descrição da população de estudo, geral e por sexo, dos adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.....	67
Tabela 2 –	Prevalência de violência pregressa e atual, por sexo dos adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.....	68
Tabela 3 –	Prevalência de Insatisfação com a Imagem Corporal, por violência pregressa e atual, dos adolescentes do sexo masculino do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.....	69
Tabela 4 –	Prevalência de Insatisfação com a Imagem Corporal, por violência pregressa e atual, dos adolescentes do sexo feminino do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.....	70
Tabela 5 -	Relação entre Violência familiar pregressa e atual e Insatisfação com a Imagem Corporal dos adolescentes do sexo masculino: regressão logística multinomial.....	71
Tabela 6 –	Relação entre Violência familiar pregressa e atual e Insatisfação com a Imagem Corporal dos adolescentes do sexo feminino: regressão logística multinomial.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<i>CTQ</i>	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
<i>CTS-1</i>	<i>Conflict Tactics Scale Form R</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EF	Ensino Fundamental
ELANA	Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes
EM	Ensino Médio
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
IC	Imagem Corporal
IIC	Insatisfação com a imagem corporal
IMC	Índice de massa corporal
IMS	Instituto de Medicina Social
INJC	Instituto de Nutrição Josué de Castro
LENAD	Levantamento Nacional de álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos mentais comuns
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VF	Violência familiar
VFCA	Violência familiar contra a criança e o adolescente
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REVISÃO DA LITERATURA	15
1.1	Considerações sobre a violência contra a criança e o adolescente no Brasil e no mundo	15
1.1.1	<u>Definição, tipologia e magnitude da violência familiar contra a criança e o adolescente</u>	20
1.1.2	<u>Fatores de risco e consequências da violência familiar contra a criança e o adolescente</u>	23
1.2	Conceituação, operacionalização, magnitude e consequências da insatisfação com a imagem corporal	26
1.2.1	<u>Definição e operacionalização do constructo imagem corporal</u>	26
1.2.2	<u>Magnitude, fatores de risco e consequências da insatisfação com a imagem corporal em adolescentes</u>	29
1.3	Relações entre a violência familiar contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal	38
2	JUSTIFICATIVA	45
3	OBJETIVOS	46
4	MÉTODOS	47
4.1	Método referente ao estudo ELANA	47
4.1.1	<u>População de estudo e critérios de elegibilidade</u>	47
4.1.1.1	Cálculo da amostra	47
4.1.1.2	Seleção dos locais de estudo	48
4.1.1.3	Seleção dos participantes	48
4.1.1.4	Coleta dos dados	49
4.1.1.5	Processamento dos dados	50
4.1.1.6	Questões éticas	51
4.2	Método referente à Dissertação	51
4.2.1	<u>Desenho e população de estudo</u>	51
4.2.2	<u>Modelo teórico-conceitual</u>	51
4.2.3	<u>Variáveis independentes</u>	52
4.2.3.1	Violência familiar contra a criança e o adolescente: exposição de interesse central	52

4.2.3.2	Características socioeconômicas e demográficas	54
4.2.4	<u>Avaliação da insatisfação com a imagem corporal: variável dependente</u>	55
4.2.5	<u>Análise dos dados</u>	56
5	RESULTADOS	57
5.1	Violência familiar contra criança e adolescente e insatisfação com a imagem corporal na adolescência (Artigo científico)	57
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	ANEXO A – Versão do instrumento <i>Conflict Tactics Scale Form R (CTS-1)</i> aplicado no ELANA	100
	ANEXO B – Instrumento <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	104
	ANEXO C – Instrumento Escala de Silhuetas Corporais utilizado no estudo ELANA	106
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
	ANEXO E – Aceite do Comitê de Ética	109
	ANEXO F – Carta de Aceite das Escolas Públicas	110
	ANEXO G – Carta de Aceite das Escolas Privadas	111

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação está inserida no “Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes” (ELANA), o qual é coordenado pela Professora Glória Valéria da Veiga, do Instituto de Nutrição Josué de Castro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (INJC-UFRJ), com a colaboração de pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), financiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O objetivo central do ELANA foi avaliar possíveis fatores de risco para alterações das medidas antropométricas (peso, altura, perímetro abdominal) em adolescentes. Para tal, o ELANA acompanhou duas coortes de adolescentes matriculados em seis escolas (duas públicas e quatro privadas) do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo. Uma das coortes foi composta por alunos que cursavam o 6º ano do Ensino Fundamental (EF) e foi acompanhada de 2010 a 2013; a outra foi composta por alunos do 1º ano do Ensino Médio (EM), e acompanhada de 2010 a 2012.

Alguns dos pesquisadores da UERJ que participam deste estudo fazem parte do Programa de Investigação em Epidemiologia da Violência Familiar (PIEVF) sediado no IMS-UERJ. Os trabalhos desenvolvidos no PIEVF estão subdivididos em seis vertentes de pesquisa: (i) avaliações de magnitude e caracterização da violência familiar em populações; (ii) violência familiar no âmbito dos serviços de saúde; (iii) fatores de propensão à violência familiar; (iv) estudo das consequências da violência familiar na saúde; (v) desenvolvimento, avaliação e adaptação transcultural de instrumentos de aferição relacionados à violência familiar e domínios afins; e (vi) desenvolvimento de programas computacionais e aplicação de métodos estatísticos e epidemiológicos especiais. O tema desta Dissertação está inserido na quarta vertente do PIEVF, por abordar uma possível consequência da violência familiar contra a criança e o adolescente (VFCA).

A VFCA é um fenômeno multicausal complexo e suas consequências físicas, emocionais e sociais podem ocorrer a curto, médio ou a longo prazo. Mesmo tendo sido estudada em várias áreas, ainda existem muitas lacunas para o completo entendimento e enfrentamento desse grave problema. Uma possível repercussão da VFCA, e foco desta Dissertação, é a insatisfação com a imagem corporal (IIC), a qual tem sido evidenciada elevada

(PELEGRINI et al., 2014; PETROSKI, EDIO LUIZ; PELEGRINI; GLANER, 2012) em adolescentes, sendo um fator de risco para transtornos alimentares, baixa autoestima e sintomas depressivos (PAXTON et al., 2010). Os estudos que abordam a relação entre VFCA e IIC ainda são escassos, geralmente realizados com amostras pequenas e apresentam resultados divergentes. Considerando que são dois problemas que afetam o desenvolvimento adequado e a qualidade de vida de muitas crianças e adolescentes, buscamos investigar a influência da VFCA na IIC de adolescentes.

A presente Dissertação está organizada em oito seções. A introdução apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre a temática abordada neste estudo, sendo dividida em três subseções: (1.1) Considerações sobre a violência contra a criança e o adolescente no Brasil e no mundo; (1.2) Conceituação, operacionalização, magnitude e consequências da insatisfação com a imagem corporal; e (1.3) Relações entre a violência familiar contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal. Na segunda seção é apresentada a justificativa para a realização deste estudo. Em seguida, são apontados os objetivos geral e específico (seção 3). A quarta seção descreve os métodos utilizados para alcançar os objetivos propostos. A quinta seção consiste nos resultados em formato de artigo científico, seguido das considerações finais. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas e anexos.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Considerações sobre a violência contra a criança e o adolescente no Brasil e no mundo

A violência é um fenômeno histórico-social que faz parte da humanidade desde as sociedades mais primitivas. É definida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (Krug, et al., 2002, p. 27).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode se manifestar de três diferentes formas: (1) violência autoinfligida: quando direcionada a si mesmo; (2) violência interpessoal: quando direcionada a outra pessoa; e (3) violência coletiva: quando direcionada a um grupo (KRUG et al., 2002). Dentro da violência interpessoal, está inserida a violência perpetrada por familiares. Esta é denominada violência familiar (VF) ou intrafamiliar, e abrange a violência entre parceiros íntimos, entre irmãos, contra a criança e o adolescente ou contra o idoso (GROVES et al., 2002).

A VF direcionada contra a criança e o adolescente, foco desta Dissertação, não é um fenômeno recente (FRANCIA REYES, 2003; PIRES; MIYAZAKI, 2005). O que se mostra recente é a abordagem desse fenômeno na infância como um campo de estudo acadêmico. Os primeiros estudos datam de meados do século XIX. Segundo o historiador francês Philippe Ariès (1981), o desinteresse científico por esta temática advém da inexistência do conceito de infância até o período do Renascimento – que compreende o século XIV ao XVI. Na medida em que a sociedade foi se desenvolvendo e a educação dos filhos, em todas as classes sociais, passou a ter relevância social, os cuidados com a infância e sua pedagogia aumentaram (ARIÈS, 1981).

A infância até meados do século XVII estava ligada à ideia de dependência, e tão logo a criança não demandasse mais muitos cuidados, passava a ser considerada como um pequeno adulto, tendo sua aprendizagem na prática, junto ao trabalho com os adultos (ARIÈS, 1981).

No final do século XVII a escola passa a ter um papel importante na aprendizagem e na educação das crianças, e a infância passa então a fazer parte desses anos de escolarização, sendo prolongada (ARIÈS, 1981). Essa tese sobre a infância explicaria o porquê de não existirem muitas pesquisas referente ao tema da violência familiar contra a criança e o adolescente

(VFCA) nos séculos anteriores – há uma mudança conceitual, onde antes não havia preocupação com a passagem para a vida adulta, e que no livro Ariès denominou como “a descoberta da infância”. Essa ideia é reforçada quando se buscam os primeiros estudos sobre a violência contra a criança e o adolescente. Levaram-se muitos séculos para que houvesse uma mudança de paradigma e que a violência contra a criança começasse a ser um motivo de preocupação e tema de pesquisas da área médica e acadêmica em geral.

Em um estudo de revisão de literatura sobre o reconhecimento da violência física contra a criança ao longo dos séculos, Margareth Lynch (1985) cita tratados médicos que relatam possíveis casos de maus tratos causados pelos pais ou cuidadores. Em um tratado do século IX, um médico persa menciona que crianças com “umbigo proeminente” ou “hérnia de criança” podem ter sido atingidas intencionalmente (RADBILL, 1971). Outra publicação de 1682, em Genebra, expõe que contusões¹ na cabeça de crianças de colo, podem ter sido causadas por quedas relacionadas à negligência no cuidado com as mesmas (Bonet, 1684 apud Lynch, 1985).

Durante o século XVII até meados do século XIX, outros tratados médicos e anais de medicina legal catalogaram sinais de violência contra crianças e adolescentes, porém não entravam no mérito de que o autor fosse um dos pais ou familiares (LYNCH, 1985). Prevalencia a ideia, tanto dos governantes quanto da população em geral, de que assuntos familiares diziam respeito à esfera privada e que era direito dos pais saber como educar e punir seus filhos (ARIÈS, 1981; LABBÉ, 2005). Assim, os tratados e anais apenas catalogavam as lesões para aprendizado médico.

O primeiro estudo científico que tratou explicitamente da VFCA foi publicado em 1860, pelo médico legista, e Professor de Medicina Legal da Universidade de Paris, Auguste Ambroise Tardieu (GUERRA, 1993; LABBÉ, 2005). Este autor descreveu lesões relacionadas à negligência, violência física e abuso sexual (AZEVEDO GUERRA, 1998; DORAHY; VAN DER HART; MIDDLETON, 2010; LABBÉ, 2005; LYNCH, 1985; PIRES; MIYAZAKI, 2005; ROCHE et al., 2005; TARDIEU, 1860; WILLIAMS; GRIFFIN, 2008). No artigo, intitulado “*Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*”, Tardieu analisou 32 casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, sendo 24 perpetrados pelos pais (Tardieu, 1860 apud Labbé, 2005). Destaca-se a relevância deste estudo, por ser o primeiro a apresentar uma descrição de “*child abuse*”.

¹ Nessa época ainda não era usado o termo hematoma subdural, o qual é denominado como o acúmulo de sangue entre o encéfalo e o crânio, geralmente causado por traumatismo.

Tardieu também publicou artigos que denunciavam casos de violência sexual e trabalho infantil, sendo de grande importância por revelarem a crueldade e prevalência da violência contra crianças na época (ADLER, 1996; ROCHE et al., 2005). Porém, seu trabalho não teve muita popularidade, possivelmente devido ao seu envolvimento com questões políticas (GUERRA, 1993; ROCHE et al., 2005), e não se tem registros que seus sucessores tenham abordado o tema da VFCA.

Willians e Griffin (2008), no artigo intitulado “*100 years of lost opportunity: Missed descriptions of child abuse in the 19th century and beyond*”, retratam o fato da população, bem como área médica e científica, não terem levado em conta os artigos sobre a VFCA durante o século XIX. Para os autores, a alta mortalidade infantil – causada por doenças infecciosas, falta de saneamento e desnutrição – somada a mentalidade da época que resistia em aceitar a violência contra a criança como um problema de saúde pública, seriam as possíveis causas deste despreço pelo tema (PANCINO; SILVERIA, 2010; WILLIAMS; GRIFFIN, 2008).

No século XX, com o avanço da medicina e o uso de raio-X na pediatria, passou-se a diferenciar fraturas decorrentes de acidentes das ocasionadas por violência (GUERRA, 1993; PIRES; MIYAZAKI, 2005; WILLIAMS; GRIFFIN, 2008). Pediatras e radiologistas norte-americanos começaram a relatar, em artigos da área, casos de crianças com “traumas esqueléticos não reconhecidos” (CAFFEY, 1946; SHERWOOD, 1930; SILVERMAN, 1953), que pareciam indicar violência contra crianças, as quais apresentavam múltiplas fraturas e hematoma subdural (DORAHY et al., 2010; KNIGHT, 1986; PIRES; MIYAZAKI, 2005; ROCHE et al., 2005).

Em 1962, por meio do artigo intitulado “*The battered-child syndrome*” (Síndrome da criança espancada), Kempe et al., (1962) analisaram 406 casos de crianças com machucados e hematomas que não condiziam com as causas apresentadas pelos pais (KEMPE et al., 1962; LABBÉ, 2005; LYNCH, 1985). O termo “síndrome da criança espancada” ficou popularmente conhecido e é, atualmente, utilizado para caracterizar as manifestações clínicas da violência física grave contra crianças pequenas (GUERRA, 1993; KRUG et al., 2002). Kempe et al., (1962), além de retratarem detalhadamente a síndrome, também reforçaram que é dever dos médicos reportarem às autoridades essas ocorrências, no intuito de garantir que não ocorram reincidências, fato que nem sempre ocorre. É importante lembrar que a década de 1960 foi marcada por movimentos pelos direitos femininos nos Estados Unidos, o que possibilitou que houvesse uma maior preocupação e engajamento de outras organizações e sociedade em geral,

no enfrentamento da violência contra a criança e adolescente (GUERRA, 1993; MINAYO, 2001; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

No Brasil, desde a década de 1970 houve aumento do interesse por essa temática (DORAHY et al., 2010; PIRES; MIYAZAKI, 2005), tendo sido descrito o primeiro caso de violência contra a criança em 1973, por um professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (GUERRA, 1993; JORGE, 2002; PIRES; MIYAZAKI, 2005). Desde então, a VFCA tem sido evidenciada como um problema de saúde pública crescente no Brasil e no mundo (GILBERT et al., 2009; KRUG et al., 2002; PINHEIRO, P. S., 2006; WHO, 2014).

Um passo importante para o estabelecimento de leis de proteção e cuidado com crianças e adolescentes, foi a Constituição Federal, promulgada em 1988, a qual reconheceu que crianças e adolescentes devem ser vistos como um indivíduo que precisa de cuidados e que têm direitos, não sendo mais uma propriedade dos pais (BRASIL, 1988). Em 1990 houve a criação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) constituído pela Lei nº 8.069/1990, que definiu a obrigatoriedade das notificações de suspeitas de VFCA, as quais devem ser realizadas pelos profissionais da área da educação e saúde (BRASIL, 1990).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi pioneira entre as secretarias, tendo implantado em 1996 uma ficha de notificação compulsória, e realizado treinamentos para os funcionários da área da saúde no intuito de motivá-los a aderir a norma da notificação de violência e maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2002). Seguindo o mesmo modelo, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro instituiu a notificação compulsória de violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes até 18 anos, e também contra portadores de deficiências, no ano de 1999 (BRASIL, 2002; SES-RJ, 1999). Dessa forma, o procedimento passou a ser obrigatório em todos os municípios do estado do RJ, e a partir desta iniciativa outros estados brasileiros começaram a instituir notificações compulsórias de violência.

Em 2001 foi implementado no SUS uma ficha para notificação de VFCA, de acordo com a Portaria MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 (BRASIL, M. D. S., 2001), estabelecendo como deve ser realizado o processo de notificação em um atendimento relacionado à violência contra a criança e adolescentes, no Sistema Único de Saúde, abrangendo o país todo (BRASIL, 2011). Os dados sobre violência no Brasil até esse momento eram, principalmente, contabilizados através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de

Saúde (SIH/SUS) (BRASIL, 2011). O SIM contabiliza os números de toda declaração de óbito, e por ter seu registro padronizado nacionalmente, permite o acompanhamento das mortes ocasionadas por violências. Já o SIH contabiliza informações sobre internações hospitalares realizadas pelo SUS, possibilitando o acompanhamento dos atendimentos ocasionados por violência (BRASIL, 2011).

Visando obter um monitoramento mais sensível das informações sobre violências – tendo em vista que o SIM e SIH abrangem os casos mais graves de violência, e que os casos que não demandam atendimento médico ou levem ao óbito não são contabilizados nestes sistemas – em 2006 o Ministério da Saúde (MS) implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o intuito de analisar a tendência e o perfil de violências (interpessoais ou auto-infligidas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidos em unidades de urgência e emergência em saúde (BRASIL, 2009).

O sistema VIVA foi implantado inicialmente em municípios selecionados por terem estrutura e projetos em andamento de vigilância e notificação de violências. A adesão ao sistema por parte dos gestores das secretarias municipais e estaduais era voluntária mesmo para estes municípios pré-selecionados. O VIVA é composto por duas modalidades de fichas de notificações, o VIVA contínuo – implantado inicialmente em serviços de saúde, centros de referências em atendimentos à violência ou maternidades – e o VIVA sentinela – com informações obtidas de hospitais de urgência e emergência participantes do sistema e com pacto entre os serviços e as secretarias municipais e estaduais. As informações são coletadas durante um mês por meio de pesquisas anuais (BRASIL, 2009).

Em 2009 com a inserção das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net), as mesmas passaram a ser acompanhadas a nível nacional (BRASIL, 2011; WAISELFISZ, 2012). As notificações de violência contra criança referem-se a ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independentemente do tipo ou natureza da violência; e para adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, da mesma forma.

O sistema de notificações no Brasil está em expansão, assim, dimensionar a magnitude da VFCA ainda é um grande desafio. Muitos casos de VFCA não são notificados, devido à ausência de denúncia por parte da vítima por medo, vergonha ou falta de acesso a alguém que possa ajudá-las, principalmente quando são crianças de pouca idade (MÔNICA ARPINI; TANURE; CRISTINE OSS-EMER SOARES, 2008).

Assis et al. (2012) avaliaram que as subnotificações são decorrentes de problemas na estruturação do sistema de informação ou mesmo da falta de sensibilidade e comprometimento de profissionais de saúde e educação, que são os principais responsáveis pelo preenchimento da ficha de notificação. Rolim et al. (2014) em um estudo sobre subnotificação de maus tratos em crianças e adolescentes por parte de profissionais de saúde da Atenção Básica, encontraram como principais fatores associados a essa subnotificação o tempo de serviço menor que cinco anos, o desconhecimento da ficha de notificação e a falta da ficha de notificação nas unidades básicas de saúde.

O desconhecimento do preenchimento das fichas e demais aspectos legais relacionados com a obrigatoriedade das notificações, também foram descritos por Garbin et al. (2011) em um estudo com profissionais de saúde que atuavam no SUS, o que demonstra a necessidade de treinamento contínuo para todos os profissionais que atuam no atendimento básico. Deve-se levar em conta que a abordagem da VFCA pelos profissionais de saúde, bem como a obrigatoriedade da notificação são recentes. Faz-se necessário capacitar os profissionais para a identificação de casos suspeitos de VFCA, entendendo-o como um problema de saúde pública e não mais de esfera privada.

1.1.1 Definição, tipologia e magnitude da violência familiar contra a criança e o adolescente

Conforme introduzido na seção anterior, a VFCA é o subtipo de violência perpetrado pelos pais, responsáveis, ou algum outro membro da família. Segundo a OMS, é caracterizada como:

(...) todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. (...) (Krug, et al., 2002, p. 81).

A VFCA pode manifestar-se de quatro formas: negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual. A negligência envolve falta de cuidados higiênicos básicos (médicos e dentários), alimentação adequada, cuidados físicos, emocionais, educacionais, ou de proteção e/ou supervisão adequada, deixando a criança exposta à violência e causando danos ou ameaça à vida (KRUG et al., 2002).

A violência psicológica ou emocional envolve coerção, humilhação, desatenção, rejeição, isolamento, chantagens; cobranças e exigências excessivas por parte dos pais ou responsáveis, criticar demais, desencorajar, aterrorizar, amedrontar, *teasing* (provocações) e *bullying* (intimidação); e ser indiferente às necessidades emocionais da criança. Em muitos casos a violência emocional precede ou ocorre juntamente com a violência física (KRUG et al., 2002). A violência física envolve o uso excessivo de força, como chutes, socos, tapas, empurrões, beliscões, queimaduras, arranhar, sacudir (síndrome do bebê sacudido). E a violência sexual abarca qualquer contato sexual entre a criança e o adulto, tocar partes íntimas do corpo, incesto, pedofilia, pornografia infantil (GELLERT, 2010).

Nas últimas quatro décadas, a VFCA vem se constituindo, como um dos principais problemas sociais e de saúde pública no plano internacional e nacional (GILBERT et al., 2009; KRUG et al., 2002; PINHEIRO, P. S., 2006; WHO, 2014). Segundo dados da OMS um quarto dos adultos no mundo relatam terem sofrido violência física quando crianças, enquanto que 20% das mulheres e 5 a 10% dos homens declararam terem sido vítimas de violência sexual na infância (WHO, 2014). Quando avaliada a violência psicológica, 36% dos adultos referem ter sofrido esse tipo de violência quando criança (STOLTENBORGH et al., 2012).

No Brasil, dados do Mapa da Violência mostram que do total de 98.115 atendimentos registrados no SINAN² em 2011, 40% foram contra crianças e adolescentes (faixa de 0 a 19 anos de idade) (WAISELFISZ, 2012). A faixa etária que contabilizou o maior número de atendimentos foi de menores de um ano de idade, seguida da de 15 a 19 anos de idade. Os pais foram responsáveis por 39,1% do total de ocorrências, aparecendo como perpetradores principalmente nos casos de violência contra crianças menores de 1 ano de idade (WAISELFISZ, 2012).

Em todas as faixas etárias, a violência ocorreu preponderantemente na residência das vítimas, apesar de haver diminuição a partir dos 10 a 19 anos de idade (Waiselfisz, 2012). A reincidência dos atendimentos foi de 39,6% na faixa de 5 a 9 anos de idade e de 40% de 10 a 14 anos de idade (WAISELFISZ, 2012). O Mapa da Violência também evidenciou que a prevalência de violência física contra crianças e adolescentes foi de 40,5%, seguida da violência sexual com 20%, sendo esta com maior concentração na faixa etária de 5 a 14 anos. Já a violência psicológica apresentou prevalência de 17%, e a negligência ou abandono de 16%, esta última concentrada na faixa de 1 a 4 anos de idade (WAISELFISZ, 2012). Esses números de

² Dados de violência doméstica obtidos do SINAN – 2011, as notificações são realizadas pelo gestor do SUS, através do preenchimento da ficha de notificação diante de suspeita de ocorrência de situação de violência. (WAISELFISZ, 2012)

atendimentos de violência demonstram apenas o que foi notificado no SINAN, e como comentado na seção anterior, as subnotificações são um dos entraves para a correta mensuração da magnitude do problema, devido ao fato dos profissionais de saúde nem sempre estarem atentos ou dispostos a identificar casos de VFCA (ASSIS, S. G. D. et al., 2012; GARBIN et al., 2011; MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; ROLIM et al., 2014).

Moura et al. (2008) em um estudo sobre detecção de maus tratos contra crianças atendidas em dois hospitais de emergência no Rio de Janeiro-RJ, realizaram avaliação das notificações feitas pela equipe de atendimento de cada hospital, referentes ao ano de 2004, e também realizaram busca ativa, entrevistando 524 acompanhantes de crianças que foram atendidas entre os meses de janeiro a março de 2005. Observou-se que enquanto as notificações apresentaram prevalência de 0,007% para violência psicológica, 0,24% para negligência e 0,3% para violência física, na busca ativa a prevalência foi, respectivamente, de 94,8%, 60,3% e 47,2% (MOURA et al., 2008). Esse resultado pode indicar que a subnotificação é um entrave importante, e isso é extremamente danoso às vítimas, e não ajuda o desenvolvimento adequado de políticas públicas para o enfrentamento desse grave problema que é a VFCA.

Em 2011, foi publicada uma série na Lancet com o título “Violências no Brasil”, a qual revelou que estudos sobre a temática do abuso físico contra crianças e adolescentes estimavam uma prevalência média de 15,7% no período dos últimos quinze anos, à época da publicação (REICHENHEIM et al., 2011). Já no estudo de Abranches et al. (2013) realizado com 229 adolescentes de 11 a 18 anos em um hospital público pediátrico, localizado no Município do Rio de Janeiro (RJ), mostrou que 26,4% dos adolescentes sofreram violência psicológica severa, enquanto que apenas 2,2% dos adolescentes responderam “nunca” para todos os 18 itens da Escala de violência psicológica contra adolescentes, aplicada no estudo (ABRANCHES et al., 2013).

No II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) (LARANJEIRA et al., 2014) – realizado com 4607 indivíduos de 14 anos de idade ou mais, em 149 cidades brasileiras sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas e situações estressoras na infância, dentre as quais a VFCA – 21,7% dos entrevistados relataram terem sofrido violência física durante a infância ou adolescência. Entre os adolescentes, verificou-se uma prevalência maior entre as meninas (20,5%) do que entre os meninos (17,8%). Ao citarem as agressões mais comuns, arranhar, beliscar ou empurrar apareceram em primeiro lugar com prevalência de 12,4%, bater até causar marcas no corpo 11,9%, seguida de insultar ou humilhar com 9,3% (LARANJEIRA et al., 2014).

Mostra-se de extrema importância a intensificação e continuidade do treinamento para identificação de VFCA nos serviços de saúde, de forma a capacitar os profissionais a identificarem todas as formas de violência, até as mais sutis – como negligência e violência psicológica – e a preencher as fichas de notificação do SINAN, de maneira a auxiliar no conhecimento da magnitude e, conseqüentemente, para a elaboração de políticas públicas adequadas ao enfrentamento da VFCA.

1.1.2 Fatores de risco e conseqüências da violência familiar contra a criança e o adolescente

Visando uma melhor compreensão dos fatores de risco da VFCA, tanto para a vítima quanto para o perpetrador, a OMS propõe um modelo teórico explicativo conhecido como “modelo ecológico” (BRONFENBRENNER, 1994; KRUG et al., 2002), que leva em conta as características da criança e dos pais e sua interação com o ambiente. O primeiro nível deste modelo está relacionado com as características individuais; o segundo envolve o relacionamento familiar e suas formas de resolução de conflitos; o terceiro contempla o contexto comunitário em que as relações se desenvolvem; e o quarto nível aborda questões macroestruturais (KRUG et al., 2002).

A primeira dimensão deste modelo é o nível individual. Em relação às crianças e adolescentes os fatores de risco são: a idade, quanto mais jovens, maior é o risco de sofrer violência, e conforme a idade aumenta a exposição a outros tipos de violência – que não a familiar – surgem; bebês prematuros ou com alguma deficiência física ou cognitiva, que choram muito e/ou demandam muita atenção também correm maior risco. Em relação aos pais, os fatores de risco são: gravidez indesejada; ter sido vítima de violência quando criança; fazer abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas; baixo nível de escolaridade do pai e/ou da mãe (BROWN et al., 1998; GELLERT, 2010; GLASER, 2005; KRUG et al., 2002).

A segunda dimensão é o nível relacional, para os filhos os fatores de risco são comportamento agressivo ou pouco amoroso, reciprocidade comportamental em relação aos pais (no caso de falta de atenção e cuidados). Para os pais são ter passado por problemas de saúde ou financeiro; não demonstrar afeição; ser pais/mães jovens (BROWN et al., 1998; GILBERT et al., 2009; GLASER, 2005; KRUG et al., 2002). Alguns autores apontam que a forma como os pais foram criados influencia na adoção da violência como forma de resolução

de conflitos, uma vez que os pais tendem a reproduzir o mesmo padrão de violência sofrida, na educação de seus filhos (AZEVEDO, M. A.; DE AZEVEDO GUERRA, 2001; CARMO; HARADA, 2006; WHO, 2014).

A terceira dimensão refere-se a fatores comunitários. A compreensão do contexto onde a violência ocorre e a identificação de situações que possam desencadear a VFCA nesses cenários são importantes, como quando não existe uma rede de apoio (filhos criados sem apoio do cônjuge ou outro familiar) e isolamento social (BROWN et al., 1998; GILBERT et al., 2009; KRUG et al., 2002). Já a quarta dimensão é a esfera macroestrutural, que envolve as políticas de saúde, de educação e sociais, bem como a falta destas, gerando ou aumentando a pobreza, desemprego e desigualdades socioeconômicas (KRUG et al., 2002).

Os fatores socioeconômicos tendem a aumentar a violência interpessoal, mas isso não quer dizer que a VFCA ocorra apenas em classes mais pobres ou países em desenvolvimento. A VFCA está presente em todos os níveis socioeconômicos (KRUG et al., 2002; PINHEIRO, P. S., 2006; RIBEIRO, M. A.; FERRIANI; REIS, 2004). Outra questão que contribui para a ocorrência da VFCA é a “aceitação” da violência como forma de educar crianças e adolescentes. Em muitos países, esta “aceitação” perpassa os hábitos culturais, que são em sua maioria, patriarcais e machistas, utilizando a punição física e psicológica para “ensinar” as crianças (CARMO; HARADA, 2006; GUERRA, 1993).

A VFCA pode causar danos imediatos (lesões letais e não letais durante a infância e/ou adolescência), ou tardios, com ocorrência ao longo da adolescência e na vida adulta (KRUG et al., 2002). O desenvolvimento psicológico da criança e sua capacidade de lidar com conflitos comuns nas relações sociais podem ser afetados, fazendo com que a criança assimile a agressão como uma forma de agir (HILDYARD; WOLFE, 2002). Em vez de conversar e tentar resolver os problemas sem violência, ela pode passar a reproduzir a atitude agressiva (PINHEIRO, P. S., 2006), gerando dificuldades de relacionamento interpessoal (GLASER, 2005; JOHNSON et al., 1999).

Pesquisas tem sustentado que eventos estressores na infância, como a violência familiar, estão associados com transtornos de ansiedade e depressão, tanto em adolescentes quanto em adultos (GLASER, 2005; MACMILLAN et al., 2001; PHILLIPS et al., 2005; WISE et al., 2001). O estresse afeta o desenvolvimento do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), responsável pela resposta ao estresse (CARPENTER et al., 2009), e pode desencadear a síndrome do estresse pós-traumático (SCHILLING et al., 2014; STOLTENBORGH et al., 2012).

Devido ao funcionamento inadequado do sistema HPA, ocorre aumento do nível de cortisol no sangue, hormônio que quando elevado aumenta o apetite, e o indivíduo tende a buscar alimentos com grande quantidade de açúcares e gorduras, que podem reduzir momentaneamente a sensação de estresse, porém, aumentarão o depósito de gordura corporal (HEIM et al., 2008; LI et al., 2015), e o risco de obesidade (DANESE; TAN, 2014; HEMMINGSSON; JOHANSSON; REYNISDOTTIR, 2014). O aumento de fatores pró-inflamatórios e citocinas (interleucina-6, fator de necrose tumoral e proteína C-reativa) e gordura visceral também tem sido evidenciados em indivíduos vítimas de eventos traumáticos na infância (CARPENTER et al., 2010; COELHO et al., 2014; LI et al., 2015).

Estudos relacionam também a ocorrência de violência na infância com comportamento sexual de alto risco na vida adulta (CURRIE; WIDOM, 2010; GILBERT et al., 2009); abuso drogas lícitas ou ilícitas (DUBE et al., 2005; FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008; GILBERT et al., 2009; HUSSEY; CHANG; KOTCH, 2006; SPATZ WIDOM; MARMORSTEIN; RASKIN WHITE, 2006); crises de enxaqueca (ANDA et al., 2010; JUANG; YANG, 2014; TIETJEN; BUSE; COLLINS, 2016); doenças cardiovasculares e auto imunes (SCHILLING et al., 2014). Transtornos alimentares (GILBERT et al., 2009; KENDLER et al., 2000; NORMAN et al., 2012; WHO, 2014) e baixa autoestima (GLASER, 2005; SOLOMON; SERRES, 1999) também tem sido evidenciadas como consequência de violência sofrida na infância. Outra manifestação dessa ocorrência de violência na infância, que tem sido estudada, mas ainda conta com poucas pesquisas, é a insatisfação com a imagem corporal (IIC) (GARDNER, R. M.; GARDNER; MORRELL JR, 1990; HJORTH; HARWAY, 1981; RAMALHETE; SANTOS, 2011; SCHAAF; MCCANNE, 1994), a qual é foco desta Dissertação, e será abordada nas próximas subseções.

As lesões e traumas psicológicos afetam o desenvolvimento da total potencialidade da vítima de VFCA, muitas vezes diminuindo os possíveis anos de escolaridade (GLASER, 2005) e afetando a qualidade de vida futura dessas crianças e adolescentes vitimados. Além das consequências físicas e psicológicas da VFCA, ocorrem também consequências econômicas para a família e para a sociedade em geral, na medida em que existem gastos com atendimento médico para o cuidado da vítima, e custos jurídicos e de assistência social para a segurança adequada da criança e do adolescente, expostos a esta situação (PINHEIRO, P. S., 2006).

1.2 Conceituação, operacionalização, magnitude e consequências da insatisfação com a imagem corporal

1.2.1 Definição e operacionalização do constructo imagem corporal

A imagem corporal (IC) é uma representação mental que fazemos da imagem do nosso corpo, do seu tamanho e formato, influenciado por normas culturais, sociais, mudanças e alterações no peso, bem como aspectos emocionais e cognitivos (GALLAGHER, 1986; SLADE, P. D., 1994). O conceito de IC³ mais conhecido foi elaborado pelo psiquiatra austríaco Paul Schilder⁴ em 1935, e incorporou aspectos culturais, emocionais e comportamentais ao desenvolvimento da IC (CAMPANA; TAVARES, 2009). Para o autor, IC:

(...) é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo aparece para nós mesmos. Nós vemos partes da superfície corporal. (...). Cada emoção modifica a imagem corporal. O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm sobre si mesmos e nós podemos chamá-la de imagem corporal. (Schilder, 1980, p. 11).

Para Schilder (1935) as emoções, a interação social e os aspectos fisiológicos são capazes de modificar a percepção da nossa IC. Dessa forma, a IC sofre influência dos pré-conceitos estabelecidos pela cultura, sociedade, família, e também é modificada pelas experiências inter-relacionais de cada indivíduo em todas as fases da vida (ALMEIDA, 2004).

No livro “A imagem do corpo: energias construtivas da psique”, Shilder descreve três aspectos que integram uma visão sistêmica da IC. O primeiro é de base fisiológica e abrange informações sensoriais e experiências corpóreas relacionadas aos músculos e nervos – referentes ao movimento e postura corporal (BARROS, 2005; CAMPANA; TAVARES, 2009; SCHILDER, 1935).

O segundo aspecto se refere à estrutura libidinal, e relaciona as experiências corporais vividas com sensações, emoções, aspectos psicológicos, desejos e impulsos (CAMPANA; TAVARES, 2009; SCHILDER, 1935). Para Shilder a IC é constantemente destruída e reconstruída, sendo modificada por gestos, atitudes, partes do corpo de outras pessoas e pela

³ O termo mais usado anteriormente era esquema corporal, bastante utilizado por neurologistas e fisioterapeutas em pesquisas sobre postura corporal e perda de membros. (GALLAGHER, 1986)

⁴ Paul Shilder foi o primeiro pesquisador a utilizar o desenho de figura humana nos estudos sobre Imagem Corporal. (CAMPANA; TAVARES, 2009)

forma como outros indivíduos tratam o nosso corpo (FERREIRA, 2008; PENNA, 1990; SCHILDER, 1935).

O terceiro consiste na estrutura sociológica, isto é, refere-se ao ambiente que circunda o indivíduo – espaço, objetos e pessoas em seu entorno (CAMPANA; TAVARES, 2009; SCHILDER, 1935). Neste contexto, as roupas, gestos e posturas indicam uma comunhão de ideias e valores que tentam ser transmitidos e compartilhados entre grupos e classes, promovendo identificação, distanciamento ou imitação social (CAMPANA; TAVARES, 2009; PENNA, 1990; SCHILDER, 1935).

Essa construção tridimensional da IC integra a percepção dos níveis físico, psicológico e social às experiências corporais ocorridas durante a infância e também as vivenciadas no presente (CAMPANA; TAVARES, 2009; KAKESHITA, I., 2004; SCHILDER, 1935). Deste modo, a percepção da IC influencia o modo como o indivíduo se relaciona com os demais indivíduos, como percebe-se a si mesmo, o espaço e o ambiente onde vive (BARROS, 2005; SCHILDER, 1935).

Os métodos para avaliar a percepção da IC, podem ser classificados em (a) métodos de avaliação perceptiva da IC e (b) métodos de avaliação atitudinal ou subjetiva da IC (CAMPANA; TAVARES, 2009; SLADE, P. D., 1994; THOMPSON, J. K. et al., 1995). A avaliação perceptiva abarca os instrumentos que dimensionam as distorções na percepção da IC, produzidas por julgamentos imprecisos e exagerados do seu próprio tamanho corporal (BENNINGHOVEN et al., 2006). Diz respeito à percepção visual que o indivíduo tem de seu corpo, aliada a outras informações sensoriais táteis e cenestésicas (MCCABE et al., 2006). Os instrumentos mais indicados para avaliar esta dimensão, são os que possibilitam que o indivíduo estime o formato e o tamanho de seu corpo, através de manipulação de luzes ou compassos e molduras em folhas de papel (BANFIELD; MCCABE, 2002; CAMPANA; TAVARES, 2009; CASH; PRUZINSKY, 1990). Estes testes de avaliação perceptiva foram criados, aperfeiçoados e ainda são muito utilizados em pesquisas clínicas sobre os transtornos alimentares (CAMPANA; TAVARES, 2009; CASH; FLEMING, 2002; CASH; PRUZINSKY, 1990).

Para o componente de avaliação atitudinal ou subjetivo, são utilizados instrumentos que avaliam a insatisfação com o tamanho do corpo, forma ou partes específicas da aparência do corpo (THOMPSON, J. K. et al., 1995). Essa dimensão está impregnada de crenças, atitudes e sentimentos relacionados ao corpo (CAMPANA; TAVARES, 2009; MUTH; CASH, 1997), e os instrumentos que avaliam essa dimensão podem ser divididos em quatro tipos de abordagem:

Comportamental → avalia o grau de evitação da exposição do corpo, de determinadas roupas ou em público, checagem do corpo, preocupação com a aparência, excesso de se pesar e mensurar medidas do corpo;

Cognitivo → avaliam pensamentos típicos de um grupo de indivíduos, exemplo: pessoas com transtorno alimentar ou dismorfia corporal;

Afetivo → avaliam os sentimentos em relação à aparência física, como medo e desconforto.

Insatisfação geral subjetiva → avaliam satisfação com o peso, e pode ser avaliado como a distância entre o peso atual e o ideal ou desejado; para a satisfação corporal usam-se escalas para determinar a satisfação com cada parte do corpo; satisfação com a aparência, focando apenas no rosto ou em partes do corpo mais relacionadas com peso (cintura, coxas, quadril);

Destarte, existe uma grande quantidade de instrumentos de mensuração de diferentes formatos, tais como escalas contendo figuras de silhuetas, do tipo *likert*, técnicas com vídeo, fotografia ou espelhos, luzes, reflexos, compassos e molduras (Campana & Tavares, 2009).

As escalas de silhuetas têm sido bastante utilizadas para a avaliação da IIC (GARDNER, RICK M; FRIEDMAN; JACKSON, 1998; KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, 2006; MADRIGAL et al., 2000) e do estado nutricional (MORAES; ANJOS; MARINHO, 2012). O método consiste em solicitar ao indivíduo que escolha, entre diferentes tamanhos corporais, qual o formato de silhueta corporal mais se aproxima do seu, ou seja, do formato que ele percebe o seu corpo, e também qual a imagem que ele gostaria de se parecer (BELING, 2008; CAMPANA; TAVARES, 2009; MCELHONE et al., 1999; MORAES et al., 2012).

A insatisfação é então mensurada pela discrepância entre as duas imagens – a imagem atual e a imagem ideal (CAMPANA; TAVARES, 2009; CÔRTEZ et al., 2013; MORAES et al., 2012; NICIDA; MACHADO, 2014). As figuras são geralmente dispostas em ordem crescente, da esquerda para a direita, em uma única folha, com 5 a 12 silhuetas, que possuem um escore significando uma faixa de IMC para cada 2 figuras (CÔRTEZ et al., 2013; GARDNER, RICK M et al., 1998; LEÃO, 2007; MADRIGAL et al., 2000; MCELHONE et al., 1999).

O uso de escalas de silhuetas tem se mostrado um método eficiente para a avaliação da auto-percepção e satisfação com a IC (GARDNER, RICK M et al., 1998; KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, 2006; MADRIGAL et al., 2000; THOMPSON, J. K. et al., 1995). Por serem de fácil entendimento e rápida aplicação, podem ser úteis num diagnóstico inicial e preventivo de

transtornos alimentares (TA), como anorexia e bulimia nervosa (GILA et al., 1998; MADRIGAL et al., 2000). Portanto, o uso de escalas de silhuetas na prática clínica e ambulatorial pode ser importante para avaliação e prevenção de distúrbios alimentares, bem como para diagnóstico de práticas inadequadas no controle de sobrepeso e obesidade (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005; CÔRTEZ et al., 2013; KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, 2006; NICIDA; MACHADO, 2014; PETROSKI, EDIO LUIZ et al., 2012).

1.2.2 Magnitude, fatores de risco e consequências da insatisfação com a imagem corporal em adolescentes

O desenvolvimento da IC começa desde o nascimento, e vai sendo construída à medida que o indivíduo passa a se perceber como um ser com identidade corporal (TAVARES, 2003). O primeiro contato com essa construção se dá na relação com a mãe ou com o cuidador responsável pela criança quando ainda bebê – o corpo da criança é vivenciado pelo afeto, cuidado e aceitação do seu corpo pelo outro – e assim começam os primeiros registros mentais da percepção corporal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

A partir dos dois anos de idade, as crianças começam a perceber o próprio reflexo no espelho, e a representação de sua imagem aos poucos começa ficar mais nítida, entendendo como os outros o percebem (CASTILHO, 2001; DAVISON; BIRCH, 2001). Estudos realizados com crianças em idade pré-escolar, relatam que as crianças entre 7 e 11 anos de idade, demonstram ter adquirido conceitos sobre magreza e gordura, absorvendo o que é culturalmente atraente, e passam a demonstrar preocupação com a IC (CASH; PRUZINSKY, 1990; CASTILHO, 2001; DAMIANO et al., 2015; FERNANDES, 2007).

O início da adolescência tem sido descrito como um período crítico para o desenvolvimento da IIC (PAXTON; EISENBERG; NEUMARK-SZTAINER, 2006; RICCIARDELLI, LINA A.; MCCABE, 2001). Nessa fase, além das intensas transformações físicas, as experiências que o adolescente vivencia podem afetar sua autopercepção da IC (CASTRO et al., 2010; EISENSTEIN, 2005; EIZIRIK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001). Entre os 10.926 estudantes brasileiros com 13 a 17 anos de idade que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE - 2015), cerca de 80% destes consideram a própria IC importante ou muito importante (IBGE, 2016). Ademais, 11,6% e 23,3% dos adolescentes do

sexo masculino e feminino, respectivamente, consideravam-se insatisfeitos com o seu corpo. Neste estudo, as meninas foram mais propensas a se acharem mais gordas, enquanto os meninos desejavam ser mais fortes e musculosos (IBGE, 2016).

Quando buscamos conhecer a magnitude da IIC em adolescentes, encontramos prevalências que variam de 11 a 70% (AZEVEDO, A. P. et al., 2012; FIDELIX et al., 2011; FORTES LDE et al., 2014; MIRANDA et al., 2014; SCHERER et al., 2010; WICHSTRØM; PEDERSEN, 2001). Devido a diversidade de instrumentos para mensurar a IIC, a comparação entre os estudos torna-se difícil. Em um estudo transversal com 1148 escolares com idades entre 10 e 19 anos, da rede pública e privada de Florianópolis, SC, a prevalência de IIC encontrada foi de 18,8% (ALVES et al., 2008), tendo sido utilizada a escala likert Body Shape Questionnaire (COOPER et al., 1987).

Petroski et al. (2009) investigaram a prevalência de IIC em 629 adolescentes, com idades entre 13 e 17 anos, da área urbana e rural de 4 cidades do oeste de Santa Catarina e norte do Rio Grande do Sul, utilizando a escala de nove silhuetas (IRIART; CHAVES; ORLEANS, 2009). Encontraram prevalência de IIC de 64,2% e 62,8% nos adolescentes da área rural e urbana, respectivamente. Em outro estudo, dos mesmos pesquisadores (PETROSKI, EDIO LUIZ et al., 2012), em Saudades, SC, com 641 adolescentes de 11 a 17 anos de idade, encontraram prevalência de IIC de 60%.

Muitos são os fatores que influenciam o desenvolvimento da IIC, e estes podem ser classificados em fatores de riscos socioculturais (envolvem a influência dos pais, familiares, amigos e das mídias); psicológicos (autoestima, sintomas depressivos, humor depressivo, depressão); biológicos (idade, sexo, estado nutricional, peso, IMC) e socioeconômicos e demográficos (etnia, localidade, faixa de renda) (BURROWES, 2013; CASH; PRUZINSKY, 2004; LAUS et al., 2013; XU et al., 2010).

Dentre os fatores de risco socioculturais, os meios de comunicação (televisão, internet, revistas) exercem forte influência no aumento da IIC, por transmitirem imagens de corpos perfeitos e ideais de atributos físicos (PAXTON et al., 2006; SILVA; TAQUETTE; COUTINHO, 2014; XU et al., 2010). Os adolescentes, por estarem em processo de formação e de maturidade, são mais propensos a internalizar os modelos corporais propostos e conseqüentemente diminuir a autoestima, por não corresponderem ao padrão corporal transmitido (RICCIARDELLI, LINA A; MCCABE; BANFIELD, 2000; THOMPSON, J. KEVIN; HEINBERG, 1999). A comparação e a identificação com o grupo de amigos durante a adolescência são muito importantes, e essa identificação tende a ser reforçada por padrões de

beleza veiculados nos meios de comunicação e propagandas diversas (FONSECA et al., 2008; THOMPSON, J. KEVIN; HEINBERG, 1999). Cada cultura é influenciada por um conjunto de valores e padrões comportamentais estabelecidos para aquela sociedade em determinada época, se a cultura valoriza um padrão de beleza específico, os indivíduos também valorizarão e tentarão alcançar esse padrão (CASH; PRUZINSKY, 2004; JACKSON; CHEN, 2008).

Os pais também podem influenciar indiretamente na IIC dos seus filhos através do exemplo, quando estão frequentemente tentando emagrecer; ou quando são excessivamente autocríticos com a própria IC em conversas na frente das crianças, isto tende a impactar negativamente a auto-percepção do corpo dos filhos (HELFERT, SUSANNE; WARSCHBURGER, 2011; PAXTON et al., 2006). Podem também influenciar diretamente quando criticam o peso ou a quantidade de comida ingerida pela criança, ou mesmo encorajando e/ou fazendo a criança participar de dietas para perda de peso (CASH; PRUZINSKY, 1990; FULKERSON et al., 2007; HELFERT, S.; WARSCHBURGER, 2013). A VFCA também parece influenciar na auto-percepção da IC, causando percepção mais negativa da IC, insegurança e vergonha em relação ao corpo (GARDNER, R. M. et al., 1990; HJORTH; HARWAY, 1981; RAMALHETE; SANTOS, 2011), levando ao desenvolvimento de IIC – hipótese desta Dissertação, e que será abordada na próxima seção.

Juntamente com as transformações no tamanho e formato do corpo, próprias dessa faixa etária, o adolescente vivencia um aumento da preocupação com sua IC, causada por cobranças sociais e culturais de um corpo idealizado, e também expectativas, reais ou imaginárias, de seus familiares e amigos (CASH; PRUZINSKY, 1990; PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, 2006). Xu et al. (2010) em um estudo sobre a influência de fatores socioculturais na IIC, realizado com 517 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 16 anos, encontraram que os meninos sofreram pressão dos amigos para aumentar os músculos, e as meninas sofreram pressão dos familiares adultos, dos amigos e da mídia para perder peso. Os adolescentes conversam entre si sobre aparência, e isso reforça a importância da identificação e aceitação pelo grupo (PAXTON et al., 1999).

Teasing em relação ao peso, provocado por familiares ou amigos, também tem sido investigado como um preditor para IIC (GRILO et al., 1994; LEME; PHILIPPI, 2013; LIBBEY et al., 2008; MALYSSE; GOLDENBERG, 2002). Leme e Tucunduva (2013) em um estudo transversal realizado com 159 adolescentes do sexo feminino, com média de idade de

16 anos, encontraram correlação entre IIC e *teasing*⁵ relacionado ao peso, efetuado pelos pais. Além de apresentarem maior IIC, as adolescentes que relataram provocações e brincadeiras por parte dos familiares em relação ao peso, apresentaram maior suscetibilidade a desenvolverem compulsão alimentar, em relação às adolescentes que não sofreram *teasing*. Carvalho (2002) em um estudo com 1019 adolescentes entre 13 e 19 anos, de escolas públicas e privadas da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana, analisou fatores associados à IIC e encontrou que a IIC foi mais frequente nos adolescentes que sofriam *teasing* comparado aos que não sofriam (90,2% e 70,3% respectivamente).

Comparar a própria aparência corporal com a aparência de outras pessoas também tem sido descrito como um forte preditor para a IIC (STORMER; THOMPSON, 1996; THOMPSON, J. KEVIN; HEINBERG, 1999; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, 2007). Estudos que investigam a influência da comparação corporal na IIC, baseiam-se no Modelo de Influência Tripartite (THOMPSON, J. KEVIN; HEINBERG, 1999), o qual propõe que o relacionamento entre mídia, família e amigos com a IIC, é mediado pela tendência à comparação corporal (GIBBONS; BUUNK, 1999; KEERY; VAN DEN BERG; THOMPSON, 2004; VAN DEN BERG, P. et al., 2002).

Van den Berg et al. (2007) em um estudo realizado com 2536 jovens de ambos os sexos, com média de idade 19 anos, encontraram que a comparação corporal com imagens da mídia está associada com a IIC nas meninas, e atua como mediadora entre a autoestima, humor depressivo, índice de massa corporal⁶ (IMC) e IIC.

Entre os fatores de risco psicológicos, os sintomas depressivos e a baixa autoestima são associados a uma autoimagem negativa e maior autocrítica em relação a aparência, o que contribui para o aumento da IIC (CASH; FLEMING, 2002; PAXTON et al., 2006; STICE, 1994; VAN DEN BERG, P. et al., 2002). Em um estudo com 901 crianças entre 8 e 11 anos de idade, de escolas públicas e privadas de Porto Alegre (RS), a prevalência de insatisfação com a imagem corporal (IIC) foi de 82%, sendo mais prevalente em crianças com baixa autoestima e nas que pensavam que seus amigos esperavam que eles fossem mais magros (PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, 2006).

Com a autoestima baixa, os adolescentes ficam mais suscetíveis às pressões socioculturais e mais propensos a internalizar um ideal de beleza (STICE; WHITENTON,

⁵ O *teasing* relacionado ao peso foi avaliado pela pergunta: "no último ano, alguém da sua família fez piadas sobre o seu peso e/ou aparência física?" (LEME; PHILIPPI, 2013)

⁶ Definido como a razão entre o peso corporal em quilogramas e o quadrado da estatura em metros (kg/m²), também conhecido como Índice de Quetelet. (HOLT; BUCKLEY; WHELAN, 2008)

2002). Uma maior tendência para avaliar-se comparando-se aos outros está ligada a um risco aumentado de IIC (DURKIN; PAXTON, 2002). A comparação corporal foi estudada inicialmente pelo psicólogo norte-americano Leon Festinger (1954), criador da Teoria da Comparação Social, da área da Psicologia Social, e retrata o processo de observação e julgamento de aspectos importantes para a autoestima, através de comparações de si com outros indivíduos relevantes em seu contexto social. Todos os indivíduos realizam essa comparação, porém indivíduos depressivos ou com baixa autoestima são mais propensos a fazer frequentemente essa comparação (GIBBONS; BUUNK, 1999; WEARY; ELBIN; HILL, 1987; WOOD et al., 1994).

Myers e Crowther (2009) em uma metanálise realizada para investigar a relação da comparação social e IIC, encontraram que existe associação, mais forte em mulheres do que homens, e em relação a idade houve uma pequena, mas significativa, relação inversa mostrando que a relação entre a comparação social e a IIC se mostrou mais forte entre os mais jovens do que entre os mais velhos. A autoestima parece ser um fator de risco para a IIC em meninas em toda a adolescência, enquanto que o humor depressivo é um fator de risco para a IIC em meninos no final da adolescência (PAXTON et al., 2006). Indivíduos que sofrem de fobia social também podem apresentar maior risco de desenvolver IIC (BURROWES, 2013).

Entre os fatores de risco biológicos, o peso corporal é um fator importante sobre a IIC (ALMEIDA, 2004; CONTI et al., 2005; PETROSKI, EDIO LUIZ et al., 2012; VOELKER; REEL; GREENLEAF, 2015). O IMC tem sido descrito como um preditor significativo de IIC para os adolescentes, em ambos os sexos (GOLDFIELD et al., 2010; PAXTON et al., 2006; RICCIARDELLI, LINA A. et al., 2003; SANTANA et al., 2013; XU et al., 2010). Estudos revelam que quanto maior o IMC tanto maior tende a ser a IIC (GOLDFIELD et al., 2010; XU et al., 2010), assim como ter um alto IMC e ser exposto a um ambiente que dá ênfase à magreza está associado a um aumento da IIC (VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, 2007).

Santana et al. (2013) em um estudo transversal para identificar fatores associados à IIC, que contou com 1494 adolescentes entre 11 e 17 anos de idade, estudantes de escolas públicas de Salvador (BA), de ambos os sexos, encontraram maior prevalência de IIC entre os adolescentes que se consideravam com sobrepeso ou obesidade, e que apresentam hábitos alimentares não saudáveis. Goldfield et al. (2010) em um estudo com 1590 adolescentes canadenses, com idade média de 14 anos de idade, também encontraram uma forte relação entre o peso e a IIC, tendo aumento significativo no risco de IIC quanto maior o aumento no IMC.

O estado nutricional dos adolescentes nem sempre coincide com a IIC (MENDONÇA et al., 2014). No inquérito europeu “*Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*”, que investigou a influência de fatores sociais e demográficos sobre a saúde de adolescentes, em 42 países, cerca de 31% dos adolescentes de 13 e 15 anos de idade consideravam-se gordos, porém apenas 17% estavam com sobrepeso ou obesidade (IRIART et al., 2009). Alguns estudos evidenciam que a IIC pode existir mesmo que o indivíduo esteja na faixa de IMC considerada eutrófica ou adequada para a idade (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; FIDELIX et al., 2011; PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, 2006). Mendonça et al. (2014), em um estudo realizado em Goiás (GO) com 1168 adolescentes entre 12 e 18 anos de ambos os sexos, de escolas públicas e privadas, encontrou IIC em todas as classes de IMC percentil. Estes resultados podem estar relacionados com a questão da identidade e percepção da IC durante a adolescência, pois nesta faixa etária a aparência física é considerada de grande importância, por facilitar a aceitação social em seus grupos (EIZIRIK et al., 2001).

A diferença entre os sexos também tem sido evidenciada, com a IIC afetando mais fortemente o sexo feminino do que o sexo masculino (EIDSDOTTIR et al., 2014; MENDONÇA et al., 2014; PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, 2006; RICCIARDELLI, LINA A. et al., 2003; THOMPSON, J KEVIN et al., 1999). As mulheres são mais afetadas por um ideal de corpo magro enquanto que os homens buscam aumentar o tamanho ganhando músculos. Petroski et al. (2012) em um estudo realizado com 641 adolescentes de 11 a 17 anos em Santa Catarina (SC), encontraram prevalência de IIC de 60,4%, sendo que a prevalência nos meninos foi de 54,5% dentre os quais 26,4% desejavam aumentar o peso. Para o sexo feminino a prevalência foi um pouco maior, 65,7% e destas uma parcela de 52,4% desejavam emagrecer.

As mulheres sofrem desde cedo com a pressão da família e da mídia impondo um padrão de beleza, que afeta desde os hábitos de consumo e também os alimentares das mulheres que tentam se adequar a um corpo geralmente magro (JACKSON; CHEN, 2008). Isso fica evidente quando os resultados de estudos que investigam a influência dos meios de comunicação na comparação social e no aumento da IIC, revelam que o sexo feminino é mais afetado pelas imagens veiculadas na mídia (VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, 2007).

Eidsdottir et al. (2014) em um estudo realizado com 11388 estudantes norte-americanos, entre 16 e 20 anos de idade, encontraram que as meninas apresentavam menores índices de IMC que os meninos, porém os escores de IIC delas eram mais altos, assim como os sintomas depressivos. Entre as meninas com sobrepeso, 64% estavam insatisfeitas com o peso, e entre os

meninos com sobrepeso, 37% apresentavam IIC. Na faixa de IMC normal, 64% das meninas e 19% dos meninos queriam perder peso.

Em relação à idade, os estudos são mais divergentes, enquanto alguns encontram resultados que demonstram que os adolescentes mais novos tendem a ter maior IIC (EISENBERG; NEUMARK-SZTAINER; PAXTON, 2006; MYERS; CROWTHER, 2009; VAN DEN BERG, P. A. et al., 2010), outros descrevem que a IIC é maior em adolescentes mais velhos (CLAY; VIGNOLES; DITTMAR, 2005; O'DEA, 2006). A puberdade também é um fator que tem sido estudado como um possível preditor da IIC, por ser um período de mudanças hormonais, causando transformações no corpo dos adolescentes. Nas meninas, a chegada da menarca promove aumento no acúmulo de gordura corporal, e sua ocorrência em idades mais precoces faz com que as adolescentes queiram perder peso (DUARTE, 1993; SCHERER et al., 2010). Nesse sentido, a chegada da puberdade pode influenciar no desenvolvimento da IIC nos adolescentes, que nessa faixa etária estão mais suscetíveis às pressões socioculturais para ter o corpo atraente e idealizado dos meios de comunicação.

Calzo et al. (2012) em um estudo longitudinal com 16.882 adolescentes norte-americanos, com idade entre 9 e 14 anos, encontraram associação significativa entre puberdade e IIC para as meninas, e a menarca tardia estava associada com menor risco de IIC. As meninas com IMC acima do percentil 50 apresentaram maior IIC do que as meninas que estavam com IMC abaixo do percentil 50, enquanto que os meninos relatam IIC abaixo do percentil 10 (aproximando-se do baixo peso) ou acima do percentil 75 (aproximando-se do sobrepeso).

Em um estudo longitudinal realizado nos EUA com 2516 estudantes, com idade média de 15 anos de idade, Eisenberg et al. (2006) tiveram o objetivo de examinar as mudanças na satisfação corporal em 5 anos de seguimento. Os resultados encontrados mostraram que, em média a insatisfação corporal diminuiu com o passar da adolescência, ou seja, foi vista maior IIC em adolescentes mais jovens do que no final da adolescência para início da vida adulta. Um achado interessante no estudo de Eisenberg et al. (2006), foi o resultado do aumento da satisfação corporal nas jovens adultas. A hipótese sugerida por esses pesquisadores foi que, com o término da adolescência as meninas afastam-se do ambiente social primário ao qual estavam contidas, e conseqüentemente da pressão e provocação dos amigos da escola, familiares. Essa mudança também, ainda segundo os autores, pode ser creditada à maturidade e desenvolvimento da carreira, ou ambientes educacionais que propiciam maior reconhecimento *“que seu corpo representa apenas um dos seus atributos pessoais e que outras características podem ser mais importantes para a sua auto-definição ou auto-imagem”*.

Em relação aos fatores de riscos sociodemográficos, a diferença entre cor da pele, dos resultados encontrados no estudo de Eisenberg et al. (2006), mostraram que não houve diferença significativa no sexo feminino, enquanto que no sexo masculino a categoria “outras raças”⁷ teve maior IIC. A maioria dos estudos são com brancos, e com as demais categorias os dados são escassos e/ou com amostras pequenas, e parecem indicar que indivíduos brancos têm maior risco de desenvolverem IIC. Alguns estudos que investigam essas diferenças na influência da IIC não encontram diferença entre a raça/cor da pele (ABRAMS; STORMER, 2002; BAUGH et al., 2010; GLUCK; GELIEBTER, 2002).

Apesar disso, há indícios que sugerem que mulheres negras indicam um tamanho de corpo ideal maior do que as mulheres brancas (parece não haver diferença entre as hispânicas e as brancas), e que apesar das meninas negras norte-americanas apresentarem IMC mais elevado, estas têm IIC igual ou menor quando comparadas às meninas brancas (CASH; PRUZINSKY, 2004). Uma metanálise que envolveu 35 estudos examinou a influência da raça/cor da pele e da cultura no desenvolvimento da IIC e transtornos alimentares concluiu que os indivíduos brancos apresentam maior IIC e transtornos alimentares do que os indivíduos não brancos (WILDES; EMERY; SIMONS, 2001). Segundo os autores da metanálise, o problema dos estudos nessa temática é a confusão na terminologia utilizada, indicando que a mais adequada cientificamente é etnia, e que diferentes estudos utilizam raça e cultura como se fossem sinônimos de etnia, dificultando a comparação dos resultados.

Em um estudo realizado com 4746 adolescentes norte-americanos de ambos os sexos, com idades entre 11 e 18 anos, Van den Berg et al. (2010) encontraram que meninas negras apresentavam maior autoestima e menor IIC do que as meninas brancas, e que a relação entre IIC e autoestima era mais fraca comparada às meninas brancas. Garotas asiáticas também apresentaram a relação entre IIC e baixa autoestima mais fraca, no entanto tinham baixa autoestima e maior IIC.

Em relação ao estrato socioeconômico, uma revisão sistemática realizada por Pereira et al. (2011), demonstrou que existe uma tendência de maiores índices de IIC em adolescentes de classes socioeconômicas mais privilegiadas, e que no Brasil, as pesquisas com essa temática são escassas. Um estudo realizado com 1131 crianças na Austrália, com idades entre 6 e 9 anos, que investigou a associação entre o nível socioeconômico, peso, idade, sexo, imagem corporal e práticas de controle de peso, O’Dea e Caputi (2001) encontraram que crianças com baixo

⁷ A etnia foi classificada em: “branco”, “negro”, “asiático”, “nativo americano”, “hispânico” e “outra raça/misto”. (EISENBERG et al., 2006)

estrato socioeconômico apresentaram maior chance de ter sobrepeso, percebiam-se como mais magras e tendiam a querer aumentar o peso. As meninas com sobrepeso e baixo estrato socioeconômico tinham mais IIC do que as meninas com peso normal e do mesmo estrato socioeconômico. Os meninos mesmo percebendo-se como “mais gordos” apresentaram índices elevados de autoestima.

Em relação às diferenças entre as áreas rural e urbana, não parece haver um consenso sobre a IIC. Um estudo transversal realizado com 573 adolescentes, com idades entre 8 e 10 anos, de dois municípios do Rio Grande do Sul, encontrou prevalência de IIC mais elevada nos adolescentes residentes da área urbana (65,6%) do que nos residentes da área rural (52,6%) (TRICHES; GIUGLIANI, 2007). Porém, outros pesquisadores não encontraram essa associação. Petroski et al. (2009) buscando identificar a prevalência de IIC em adolescentes de zona rural e urbana do oeste de Santa Catarina e norte do Rio Grande do Sul, contou com 629 estudantes com idades entre 13 a 17 anos, encontraram prevalência de IIC de 63,4% e similaridade entre as localidades geográficas, concluindo que a IIC não parece estar atrelada ao local em que o adolescente vive. Em um estudo que buscou avaliar a associação entre IIC e fatores demográficos em 405 adolescentes das áreas urbana e rural de Minas Gerais, com idades entre 14 e 17 anos, encontraram prevalência de 56,5% de IIC, porém não encontraram associação entre área domiciliar (rural e urbana) (FIDELIX et al., 2011).

Quando focamos nas consequências da IIC em adolescentes, a busca por soluções rápidas para a perda de peso surge como prática adotada por quem está ou se considera com sobrepeso. A ingestão insuficiente de alimentos, dietas restritivas, uso de diuréticos, laxantes, autoindução de vômitos, realização de atividade física extenuante, culminando com o desenvolvimento de transtornos alimentares (JACOBI, 2005; RIBEIRO, R. P. P.; DOS SANTOS; DOS SANTOS, 1998; SANDS et al., 1997; VILELA et al., 2004), afetam o estado nutricional e saúde desses adolescentes.

A IIC é um importante fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (anorexia, bulimia e vigorexia) que podem surgir na fase pré-púbere (VANDER WAL; THELEN, 2000). A relação entre a IC e os distúrbios alimentares (anorexia nervosa, bulimia, compulsão alimentar) tem sido estudada e documentada desde 1950 (CAMPANA; CAMPANA; TAVARES, 2009; CAMPANA; FERNANDES; JÚNIOR, 2012; GARNER, 1981; STICE; WHITENTON, 2002). Os transtornos alimentares parecem afetar mais o sexo feminino do que o masculino (KLEIN; WALSH, 2004; PINZON; NOGUEIRA, 2004). Em vários estudos sobre a prevalência da IIC também percebe-se uma diferença em relação ao sexo,

onde as meninas tendem a querer emagrecer e os meninos a querer aumentar o peso (PETROSKI, EDIO LUIZ et al., 2012; PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, 2006).

A IIC também é evidenciada como fator de risco para baixa autoestima (PAXTON et al., 2006; PAXTON et al., 2010; WICHSTRØM, 1999), podendo propiciar o desenvolvimento de humor deprimido, sintomas depressivos e depressão (FUNG; DENNIS, 2010; NEEDHAM; CROSNOE, 2005). A relação entre IIC, autoestima e sintomas depressivos ou depressão, é bidirecional, ou seja, um dos fatores pode reforçar o surgimento do outro e vice-versa (PAXTON et al., 2006; SANTANA et al., 2013). A relação entre IIC e autoestima na adolescência tem sido investigada como possíveis preditores de desenvolvimento posteriores de transtornos alimentares, sintomas depressivos e comportamento de controle de peso (PAXTON et al., 2006; PRESNELL; BEARMAN; STICE, 2004; STICE; WHITENTON, 2002). Conhecer os mecanismos e fatores de riscos para o desenvolvimento da IIC é importante para prevenir o surgimento de transtornos alimentares, bem como o agravamento de problemas psicológicos, visto que a IIC tem sido evidenciada como propiciadora e também sendo reforçada por estes.

1.3 Relações entre a violência familiar contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal

A relação entre a VFCA e IIC começou a ser estudada há aproximadamente 30 anos (GARDNER, R. M. et al., 1990; HJORTH; HARWAY, 1981). Quando focamos na avaliação deste desfecho na infância e/ou adolescência, a produção científica ainda é pequena. Há somente cinco estudos, conforme podemos ver no **Quadro 1**, que tratam da relação VFCA e IIC em crianças e adolescentes (GARDNER, R. M. et al., 1990; HJORTH; HARWAY, 1981; MARTINS; JORGE, 2009; RAMALHETE; SANTOS, 2011; SCHAAF; MCCANNE, 1994).

Hjorth e Harway (1981) em um estudo realizado com 60 adolescentes norte-americanas, entre 12 e 16 anos de idade, compararam desenhos de figuras humanas feitos pelos adolescentes que sofreram violência física com os que não sofreram violência, através do *The Draw-A-Person test*⁸ (MACHOVER, 1949). Os autores concluíram que os adolescentes que foram

⁸ *The Draw-A-Person*: teste projetivo frequentemente utilizado em avaliações psicológicas, onde é solicitado que a criança faça um desenho de uma pessoa.

vítimas de violência física na infância apresentaram imagem corporal com sinais de insegurança (com desenhos menos detalhados, com pouca roupa, e mais assimétricos) quando comparados com os que não sofreram violência.

Quadro 1. Estudos que avaliaram a relação entre a violência contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal em adolescentes.

Autor/ ano/ local	Idade/ amostra	Instrumentos	Conclusão
Hjorth e Harway (1981), EUA	60 adolescentes do sexo feminino, entre 12 e 16 anos de idade	<i>The Draw-A-Person test</i> (Machover, 1949)	Vítimas de violência física na infância apresentaram imagem corporal com sinais de insegurança
Gardner et al., (1990), EUA	41 crianças de ambos os sexos, de 6 a 10 anos de idade	<i>Distorting Video Câmera</i> (Cornsweet, 1962)	Vítimas de violência sexual reportavam um maior tamanho corporal do que as vítimas de violência física
Schaaf & McCanne (1994), EUA	670 estudantes do sexo feminino, com idade média de 18 anos	<i>Childhood History Questionnaire; Body Image Detection Device</i> (Ruff & Barrios)	Não encontraram associação entre violência sexual e IIC
Ramalhete & Santos (2011), Portugal	33 adolescentes do sexo feminino de 11 a 18 anos	Questionário Sobre a Imagem do Corpo; Ficha de caracterização do abuso sexual (Bruchon-Schweitzer, 1986)	Vítimas de abuso sexual e negligência apresentaram percepção mais negativa quanto à imagem corporal
Silva (2015), Brasil	201 adolescentes de ambos os sexos, entre 13 a 19 anos de idade	<i>Body Area Scale</i> (Conti, et al., 2009) <i>Conflict Tactics Scales Instrument</i> (CTS-1) (Hasselmann & Reichenheim, 2003)	Encontrou associação entre violência psicológica no sexo feminino, mas não houve diferença significativa no sexo masculino, em relação aos adolescentes que não sofreram violência familiar.

Fonte: A autora, 2017.

Gardner et al. (1990) realizaram um estudo com 41 crianças norte-americanas, de ambos os sexos, de 6 a 10 anos de idade, onde compararam a percepção da imagem corporal entre vítimas de violência sexual e física e aquelas que não sofreram violência, utilizando o método *Distorting Vídeo Câmera*⁹. Os autores observaram que as vítimas de violência reportavam um maior tamanho corporal do que as não vítimas.

Schaaf & McCanne (1994) investigaram a relação entre violência sexual e física na infância e o distúrbio da imagem corporal. Participaram deste estudo 670 estudantes norte-americanas do sexo feminino, com idade média de 18 anos. Estas, foram selecionadas e divididas em três grupos: (i) meninas que sofreram violência sexual antes dos 13 anos (n = 29); (ii) meninas que sofreram violência física antes dos 13 anos (n = 32); e (iii) meninas sem histórico de violência (n = 29). A violência sexual e física foram avaliadas por meio do instrumento *Childhood History Questionnaire* (MILNER; ROBERTSON; ROGERS, 1990), e para a IIC utilizou-se o instrumento *Body Image Detection Device*, elaborado por Ruff & Barrios (1986). Os autores não encontraram diferença significativa de IIC entre os grupos, mas as vítimas de violência física apresentaram escores elevados de perfeccionismo, maiores do que as não vítimas.

O estudo de Ramallete & Santos (2011) foi realizado com 33 adolescentes portuguesas do sexo feminino de 11 a 18 anos. Destas, 22 sofreram episódios de incesto ou negligência familiar e encontravam-se institucionalizadas em dois Centros de Acolhimento Temporário; e as demais não foram vítimas de violência e residiam com a família. As adolescentes foram divididas em três grupos: (1) vítimas de violência sexual infantil; (2) vítimas de negligência e (3) adolescentes sem histórico de violência familiar na infância. A VFCA foi avaliada por meio de uma Ficha de caracterização do abuso sexual e a IIC pelo Questionário Sobre a Imagem do Corpo elaborado por Bruchon-Schweitzer (1987). Os autores observaram que as vítimas de violência sexual expressaram sentimentos de repugnância em relação ao corpo, e tinham percepção mais negativa quanto à imagem corporal.

Silva (2009) investigou a relação entre violência familiar física e psicológica com a IIC em adolescentes. Seu estudo foi realizado em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, e contou com a participação de 221 adolescentes, com idades entre 13 e 19 anos, de ambos os sexos, assistidos pelo Programa Bolsa Família (PBF). Para avaliar a violência física foi usada a *Conflict Tactics Scales* (CTS-1) (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003) e a Escala de

⁹ *Distorting Vídeo Câmera*: método no qual as crianças são filmadas em frente a um monitor, e a imagem é manipulada – ajustada ou aumentada – para que a criança identifique como é sua imagem corporal.

Violência Psicológica contra Adolescentes (AVANCI et al., 2005) para avaliar a violência psicológica. A IIC foi mensurada com a Escala de Áreas do Corpo (MULLENDER et al., 2002) adaptada por Conti et al. (2009). A autora encontrou associação entre violência psicológica no sexo feminino, mas não houve diferença significativa no sexo masculino, em relação aos adolescentes que não sofreram violência familiar.

Os sentimentos negativos em relação ao corpo, insegurança, e uma percepção corporal aumentada podem afetar a autoestima e propiciar o desenvolvimento e/ou aumento da IIC (CASH; FLEMING, 2002; PAXTON et al., 2006; STICE; WHITENTON, 2002). Um inquérito realizado com 1460 adolescentes, com idades entre 11 e 18 anos, estudantes de escolas públicas e privadas de São Gonçalo (RJ), investigou a associação entre a representação¹⁰ que os adolescentes têm de si e a violência sofrida, e verificou que os adolescentes vítimas de violência por parte de pai ou mãe, que testemunharam ou sofreram violência sexual, e os que sofreram violência psicológica de pessoas que lhes são significativas, mesmo demonstrando terem uma representação positiva de si mesmos, ainda assim evidenciaram com maior frequência seus atributos negativos (ASSIS, S. G. et al., 2004).

Buscando um melhor entendimento da relação entre VFCA e IIC, fizemos uma apreciação dos estudos que investigaram essa temática avaliando as repercussões na fase adulta, apresentados no **Quadro 2** (BROOKE; MUSSAP, 2013; BYRAM; WAGNER; WALLER, 1995; DUNKLEY; MASHEB; GRILO, 2010; EUBANKS; KENKEL; GARDNER, 2006; KONG, 2011; TREUER et al., 2005). Byram et al. (1995) avaliaram a percepção da imagem corporal de 100 estudantes do sexo feminino, com média de 20 anos de idade, utilizando a *Visual Size-estimation Technique* (SLADE, P., 1986) e investigaram a ocorrência de abuso sexual na infância com o instrumento *Sexual Events Questionnaire*, desenvolvido por Calam e Slade (CALAM; SLADE, 1989). Das 100 estudantes, 78 relataram algum tipo de abuso sexual (exposição, ameaça de agressão sexual, voyeurismo, masturbação, e/ou relações sexuais de qualquer tipo). Não houve diferença significativa entre as percepções de imagem corporal das vítimas de abuso sexual ou não vítimas.

¹⁰ Os pesquisadores utilizaram a teoria do núcleo central para aferir a representação social, uma abordagem quanti-qualitativa. (ASSIS, S. G. et al., 2004)

Quadro 2. Estudos que avaliaram a relação entre a violência contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal em adultos.

Autor/ ano/ local	Idade/ amostra	Instrumentos	Conclusão
Byram et al., (1995), Inglaterra	100 estudantes do sexo feminino, com média de 20 anos de idade	<i>Visual Size-estimation Technique</i> (Slade, 1986); <i>Sexual Events Questionnaire</i>	Não houve diferença entre vítimas e não vítimas
Treuer et al., (2005) Hungria	63 mulheres com distúrbios alimentares, idade média de 24 anos	<i>Body Attitude Test</i> (Tury & Szabo, 2000); Violência física e sexual por meio de entrevista	Distorção da IC significativamente mais severa nas pacientes que sofreram violência física do que sexual;
Eubanks et al., (2006), EUA	38 universitárias, com idade média de 18 anos	<i>Body Imagem Computer Program</i> (Gardner & Boice, 2004); <i>Childhood History Questionnaire</i> (Milner, et al., 1990)	Não houve diferença entre vítimas e não vítimas, mas houve uma maior variância entre as percepções vítimas
Dunkley et al., (2010), Canadá	170 pacientes com transtorno de compulsão alimentar, ambos os sexos, média de 43 anos de idade	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein & Fink, 1998); <i>Body shape questionnaire</i> , (Cooper et al., 1987)	Violência psicológica e violência sexual foram fortemente associadas a IIC
Kong (2011), Canadá	278 estudantes universitárias, com média de idade de 23 anos	<i>Childhood Trauma Questionnaire – Short Form</i> (Bernstein & Fink, 1998); <i>Body Shape Questionnaire</i> (Cooper, et al., 1987)	Houve associação entre violência psicológica e IIC
Brooke e Mussap (2013), Austrália	299 adultos de ambos os sexos, entre 18 e 40 anos de idade	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein & Fink, 1998); <i>Weight and Shape Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (Fairburn & Beglin, 1994)	Encontraram associação entre negligência física e violência psicológica com a IIC

Fonte: A autora, 2017.

Treuer et al. (2005) investigaram o impacto do abuso físico e sexual na imagem corporal e transtornos alimentares, em uma amostra de 63 pacientes húngaras, com distúrbios alimentares, idade média de 24 anos, com diagnóstico de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV) para bulimia e anorexia nervosa. Foram encontradas distorções da imagem corporal significativamente mais severas nas pacientes que sofreram violência física do que sexual; abuso de laxantes e a anorexia nervosa apresentaram um risco considerável para a gravidade da distorção da imagem corporal. A distorção da imagem corporal foi mensurada com o instrumento *Body Attitude Test* (TURY; SZABO, 2000). A ocorrência de abuso físico e sexual foi obtido por meio de entrevista clínica.

Eubanks et al. (2006) investigaram as relações entre abuso físico, emocional e sexual com a percepção do tamanho corporal, em 38 universitárias norte-americanas, sendo metade destas vítimas de abuso físico, emocional ou sexual na infância até os 13 anos de idade. Não houve diferença significativa entre a distorção da imagem corporal entre os dois grupos (vítimas e não vítimas), mas houve uma maior variância entre as percepções das estudantes que sofreram algum tipo de abuso na infância. O instrumento utilizado para mensurar a IIC foi o *Body Image Computer Program* (GARDNER, RICK M; BOICE, 2004), e para a violência na infância o *Childhood History Questionnaire* (MILNER et al., 1990).

Dunkley et al. (2010) realizaram um estudo com 170 pacientes canadenses adultos diagnosticados com transtorno de compulsão alimentar, com média de 43 anos de idade, sendo a maioria mulheres (78%). Neste estudo, buscaram identificar o papel mediador da autocrítica na relação entre maus tratos na infância, sintomas depressivos, IIC e distúrbios alimentares. Observaram que a autocrítica estava associada com IIC e sintomas depressivos, e atuava como mediadora de maus tratos na infância. Violência psicológica e violência sexual foram fortemente associadas a IIC, sendo que a violência psicológica foi mais associada com transtorno de compulsão alimentar.

Kong (2011) buscou identificar potenciais mediadores entre violência psicológica na infância e IIC, em uma amostra de 278 estudantes universitárias canadenses, com média de idade de 23 anos. Os instrumentos utilizados na mensuração da violência foram o *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (BERNSTEIN; FINK, 1998) e o *Child Abuse Trauma Scale* (SANDERS; BECKER-LAUSEN, 1995), e para a IIC utilizou-se o *Body Shape Questionnaire* (COOPER et al., 1987). Os resultados mostraram associação entre violência psicológica e IIC, e a depressão foi associada a uma maior IIC e violência psicológica.

Brooke e Mussap (2013) realizaram um estudo com 156 mulheres e 143 homens australianos, entre 18 e 40 anos de idade, com o objetivo de examinar o impacto da violência ocorrida na infância, na IIC, em relação a busca por músculos e emagrecimento. O instrumento utilizado para mensurar a violência foi o *Childhood Trauma Questionnaire* (BERNSTEIN; FINK, 1998), e para a IIC foi o *Weight and Shape Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Examination Questionnaire* (FAIRBURN; BEGLIN, 1994). Para os homens foi encontrada associação entre negligência física e violência psicológica com a IIC e desejo de emagrecer. E para as mulheres, foi encontrada associação entre violência e negligência psicológica com o desejo de aumentar os músculos. Esse resultado, como os próprios autores concluíram, difere do que geralmente é encontrado na literatura sobre esse tema, onde os estudos apresentam que mulheres desejam emagrecer e os homens almejam ganhar músculos.

Entre os seis artigos apreciados acima, com a população adulta, quatro apresentaram associação entre VFCA e IIC. Nestes, as mulheres que sofreram abuso sexual ou violência física, demonstraram possuir pior autopercepção da IC do que mulheres que não foram vítimas (KREMER; ORBACH; ROSENBLOOM, 2013; WALLER et al., 1993). Vítimas de violência sexual também apresentam vergonha e culpa em relação ao corpo associados às experiências do abuso, podendo levar a depreciação do próprio corpo (KEARNEY-COOKE; STRIEGEL-MOORE, 1994; TRIPP; PETRIE, 2001), sentimentos estes que podem acarretar em maior IIC. De acordo com esses estudos, os resultados parecem indicar que a VFCA está associada com a IIC, e que os possíveis mediadores dessa relação são o excesso de autocrítica, baixa autoestima e a depressão.

O excesso de autocrítica foi evidenciado como mediador entre a VFCA e IIC. Como comentado anteriormente, pesquisas relacionadas às consequências da VFCA na IIC de crianças e adolescentes ainda são escassas. Considerando que a VFCA pode levar ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, distúrbios de ansiedade e depressão (CASH; PRUZINSKY, 2004; STICE; WHITENTON, 2002), e que o excesso de autocrítica é um sintoma de depressão (DOUGHER; HACKBERT, 2003; MOLINA, 2013), esses resultados mostram-se de extrema importância para as pesquisas nesse tema. Diante disso, consideramos que conhecer as possíveis relações envolvendo a VFCA e a IIC é fundamental, visto que são dois problemas que ocasionam sofrimento e afetam o desenvolvimento físico, mental e social de muitas crianças e adolescentes.

2 JUSTIFICATIVA

A VFCA é um problema de saúde pública global, que afeta milhares de crianças e adolescentes causando danos físicos, psicológicos e sociais. Suas repercussões têm sido estudadas em várias áreas, mas por sua natureza complexa e multifatorial, ainda existem muitas lacunas para o completo entendimento e enfrentamento desse grave problema. As pesquisas que encontramos sobre as consequências da violência ocorrida na infância, relatam forte associação com o desenvolvimento de transtornos na saúde das vítimas, tanto em nível psicológico quanto biológico, com o desenvolvimento ao longo da adolescência e na vida adulta (KRUG et al., 2002).

A prevalência da IIC em adolescentes, conforme apresentada nas seções anteriores, tem sido elevada, e demonstra ser um fator de risco para transtornos alimentares, depressão e baixa autoestima. Na literatura existente, os artigos encontrados que enfocam a relação VFCA e a IIC na adolescência ainda são escassos e apresentam resultados divergentes. Um ponto negativo destes estudos é que os resultados são obtidos geralmente em amostras muito pequenas, o que compromete o poder estatístico das evidências encontradas, além de utilizarem diferentes instrumentos para mensuração da IIC e violência, dificultando a síntese dos achados existentes. Quando buscamos compreender a existência e consequências dessa relação na idade adulta, encontramos também poucos estudos, mas estes indicam que existe associação entre negligência, violência psicológica, física e sexual com a IIC.

Considerando que são dois problemas que afetam o desenvolvimento adequado e a qualidade de vida de muitas crianças e adolescentes, a hipótese que queremos verificar é da influência direta da VFCA na IIC de adolescentes. Se esta hipótese for constatada, o resultado desta Dissertação contribuirá para sensibilização de profissionais de saúde quanto a importância de identificar e rastrear situações de VFCA para intervenção precoce e prevenção de IIC, e consequentemente prevenção do desenvolvimento de distúrbios alimentares (bulimia, anorexia). Outra contribuição será para profissionais da área de nutrição e saúde mental, que ao se depararem com adolescentes com elevada IIC devem ficar alertas para a possibilidade de o paciente estar sendo vítima de VFCA, podendo ser considerado neste caso como um evento sentinela, por evidenciar e possibilitar seu monitoramento.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar as relações entre a violência familiar contra a criança e o adolescente e a insatisfação com a imagem corporal na adolescência.

Objetivos Específicos

- Avaliar se a violência familiar, psicológica e física, ocorrida na infância (violência familiar pregressa) podem ser consideradas como fator de risco para a insatisfação com a imagem corporal na adolescência;
- Avaliar se a violência familiar, psicológica e física, ocorrida na adolescência (violência familiar atual) podem ser consideradas como fator de risco para a insatisfação com a imagem corporal na adolescência.

4 MÉTODOS

A presente Dissertação tem abordagem de corte transversal, e está inserida no estudo maior intitulado Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA), o qual teve por objetivo central avaliar os possíveis fatores de risco para alterações das medidas antropométricas (peso, altura, perímetro abdominal) em adolescentes. Sendo assim, esta seção está dividida em duas partes, a saber: (seção 4.1) métodos referentes ao estudo de fundo e (seção 4.2) métodos referentes a esta Dissertação.

4.1 Método referente ao estudo ELANA

4.1.1 População de estudo e critérios de elegibilidade

O ELANA acompanhou duas coortes de adolescentes matriculados em seis escolas (duas públicas e quatro privadas) do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo. Uma das coortes foi composta por alunos que cursavam o 6º ano do Ensino Fundamental (EF) e foi acompanhada de 2010 a 2013; a outra foi composta por alunos do 1º ano do Ensino Médio (EM), e acompanhada de 2010 a 2012.

Como critérios de exclusão utilizados foram considerados a (i) não inclusão de alunos com certas deficiências físicas e/ou motoras (amputados) na realização de exames antropométricos específicos (bioimpedância elétrica) ou de competência física (teste de corrida); (ii) adolescentes grávidas e (iii) adolescentes em tratamento medicamentoso para obesidade.

4.1.1.1 Cálculo da amostra

A projeção do cálculo da amostra considerou a investigação do desfecho excesso de peso, prevendo 600 estudantes de escolas públicas e 600 de escolas privadas em cada nível de ensino, implicando, portanto, 1200 estudantes na linha de base. Esse tamanho de amostra, estratificado por série e por tipo de escola, permitiria avaliar no estudo longitudinal, para cada estrato, uma variação mínima de uma unidade do Índice de Massa Corporal (IMC), com erro alfa de 5%, poder do teste de 80% e perda de seguimento de até 20%. A média de IMC e o desvio-padrão utilizados no cálculo amostral tiveram por base os estudos “VIGITEL BRASIL 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (Brasil, 2008) e os dados de Alvarez et al. (2008).

4.1.1.2 Seleção dos locais de estudo

Os locais do estudo foram definidos pela facilidade operacional, assim, os seguintes locais de coleta foram definidos: quatro unidades do Colégio Santa Mônica (CSM), sendo três localizadas na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente nos bairros de Bonsucesso, Cachambi e Taquara, e uma unidade no município de São Gonçalo, no bairro do Mutuá, além de dois colégios públicos na cidade de Niterói: o Colégio Estadual Aurelino Leal (CEAL) situado no bairro do Ingá, e o Colégio Estadual Joaquim Távora (CEJOTA) localizado no bairro de Icaraí.

4.1.1.3 Seleção dos participantes

Foram considerados elegíveis para participar do ELANA todos os alunos matriculados nas seis escolas participantes do estudo e efetivamente cursando o 6º ano do EF e o 1º ano do EM, abrangendo adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, que concordaram em participar e apresentaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) assinado pelos pais e/ou responsáveis, conforme orientação da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996).

O sigilo das informações fornecidas e a não-obrigatoriedade da participação do estudante na pesquisa foram destacados no TCLE. Além disso, o TCLE continha questões importantes que deveriam ser respondidas por um dos pais ou outro responsável pelo aluno e que, por este motivo, não foram incluídas no questionário. Todos os alunos, após devolverem o TCLE devidamente assinado e com as questões respondidas, ficavam com o restante do documento para o esclarecimento de eventuais dúvidas e para a possibilidade de contato com os pesquisadores.

Na linha de base da coorte de estudantes do 6º ano do EF, oitocentos e nove foram arrolados à entrada (2010) e 648, 547 e 492 participaram das três ondas de seguimento, respectivamente. A perda total de seguimento nessa coorte foi de 39,2%. Já na coorte do 1º ano do EM, 1.039 estudantes participaram da linha de base (2010). Nas ondas de seguimento de 2011 e 2012, foram reavaliados 789 e 587 estudantes, respectivamente. Vinte e dois alunos que participaram da linha de base não foram encontrados no segundo encontro, mas recuperados na segunda onda de seguimento em 2012. Nessa coorte, a perda total de seguimento foi de 43,7%.

4.1.1.4 Coleta dos dados

No primeiro ano de coleta de dados (2010) da coorte do EF, foram feitas todas as aferições de medidas antropométricas e de composição corporal, além das sessões de preenchimento dos módulos autoaplicáveis contendo as variáveis de exposição do questionário. No segundo ano (2011), foram repetidas as medidas antropométricas e de composição corporal, e inserido um módulo para a investigação do consumo abusivo de álcool. No terceiro e quarto ano (2012 e 2013) foram novamente aferidas as medidas antropométricas e de composição corporal e aplicados alguns módulos novos e repetidos do questionário.

No ensino médio, o primeiro ano de coleta de dados (2010) envolveu a aferição de todas as medidas antropométricas e de composição corporal, assim como a aplicação dos módulos do questionário de autopreenchimento. No segundo ano (2011), foram repetidas as medidas antropométricas e de composição corporal e aplicado um módulo para a investigação do consumo abusivo de álcool. No terceiro e último ano (2012) foram repetidas apenas as medidas antropométricas e aplicado um módulo para investigação de transtornos mentais comuns.

A coleta de dados foi realizada por equipe constituída por quatro supervisores de campo do INJC/UFRJ e IMS/IERJ (três nutricionistas e um fisioterapeuta) e examinadores do Centro de Avaliação Física e Treinamento (CAFT), empresa especializada em aferição de medidas antropométricas e avaliação da composição corporal. Ao final do período de coleta, os resultados das medidas antropométricas, da avaliação da composição corporal e do teste físico de corrida¹¹ foram entregues, em ficha própria para os alunos que participaram da pesquisa. Nesse retorno às escolas, aproveitou-se para recuperar algumas perdas e sanar pendências nas coletas que foram finalizadas mais rapidamente devido à proximidade do período de férias no mês de julho.

4.1.1.5 Processamento dos dados

Concomitantemente ao andamento da pesquisa, os questionários já preenchidos foram revisados pelas supervisoras da pesquisa e pela coordenadora do trabalho de campo, a fim de serem reduzidas as perdas por possíveis questões em brancos ou ainda por respostas inconsistentes. Em seguida, foi realizada a digitação dos mesmos com auxílio do software EpiData versão 3.1 (LAURITSEN; BRUUS; MYATT, 2004). Todos os questionários foram duplamente digitados para avaliação de concordância e verificação de erros ao longo da digitação. A digitação originou então dois bancos idênticos e a comparação dessas duas entradas dos dados também foi realizada no EpiData. Os erros de digitação encontrados foram conferidos e corrigidos com base na revisão dos questionários originais preenchidos pelos adolescentes. A correção foi realizada em apenas um dos bancos. O outro permaneceu como originalmente digitado.

Ao final, realizou-se uma primeira análise exploratória, procurando avaliar e identificar possíveis erros. Todas as variáveis foram examinadas, avaliando-se valor bruto, distribuição percentual, dados ausentes, variações não esperadas e a presença de valores aberrantes (*outliers*).

Ainda na fase de processamento dos dados, foi realizada a classificação, codificação e atribuição de rótulos (*labels*) e identificação dos valores de cada variável, além da criação de

¹¹ Foi realizada avaliação da capacidade cardiorrespiratória com teste de corrida/caminhada de nove minutos na quadra esportiva das escolas.

novas variáveis compostas e/ou categorizadas diferentemente da variável original. Esses procedimentos foram realizados com auxílio do software STATA 10 (STATA CORP, 2007).

4.1.1.6 Questões éticas

Todos os resultados referentes às avaliações nutricionais foram entregues aos adolescentes participantes da pesquisa que, na oportunidade, foram aconselhados a procurar orientação profissional caso apresentassem alguma alteração de risco à saúde. Estas e outras questões específicas constam no protocolo de pesquisa do ELANA que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CAAE 0020.0.259.000-09).

4.2 Método referente à Dissertação

4.2.1 Desenho e população de estudo

Nesta Dissertação foram utilizados os dados da linha de base 2010. A coleta de dados foi realizada em escolas públicas e particulares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. As informações foram obtidas por meio da aplicação de questionário auto preenchido pelos adolescentes que cursavam o 1º ano do Ensino Médio (EM) nas referidas escolas, totalizando 1039 estudantes.

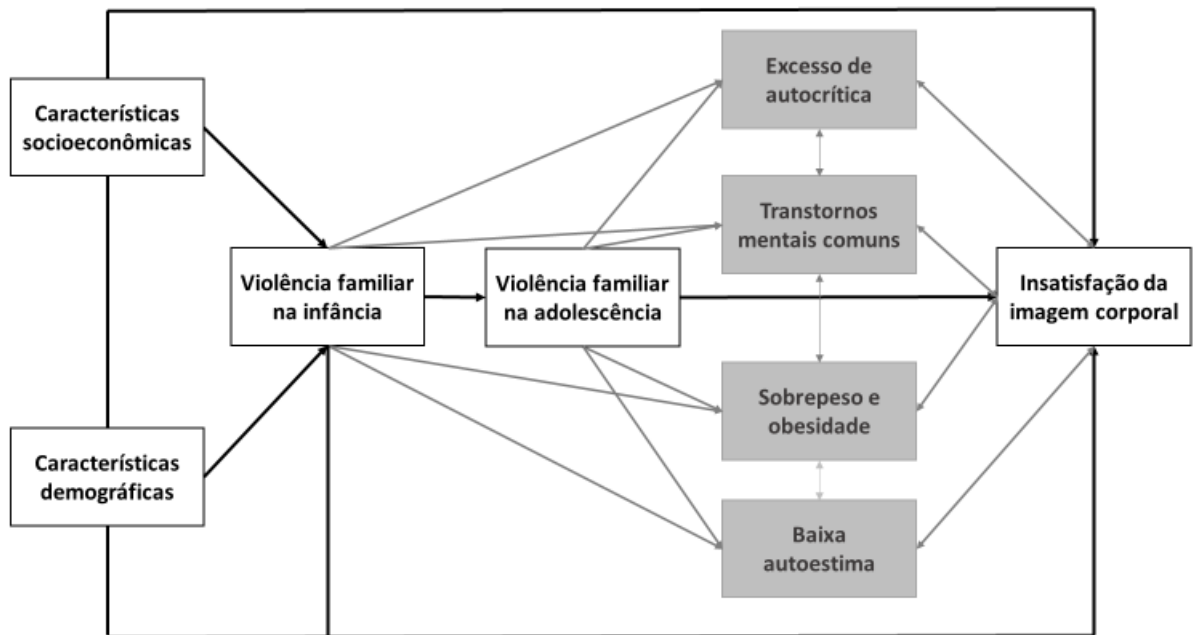
4.2.2 Modelo teórico-conceitual

Baseado na hipótese central deste estudo, de que a VFCA pode estar relacionada com a IIC, e a partir da revisão bibliográfica apresentada nas seções iniciais desta Dissertação, foi

construído um modelo teórico com o propósito de representar esta possível relação (**Figura 1**), sem a pretensão de esgotar todas as dimensões associadas aos processos entre estas.

Como pode ser visto na **Figura 1**, o modelo teórico-conceitual apresenta como constructos distais as características socioeconômicas e demográficas; como constructos intermediários, a VFCA – a qual é a exposição de interesse central – pregressa e atual, os transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão), sobrepeso e obesidade, e baixa autoestima, que estão em cinza porque não foram avaliadas por serem variáveis intervenientes; e o desfecho estudado, a IIC.

Figura 1. Modelo teórico-conceitual, de acordo com a literatura.



Fonte: A autora, 2017.

4.2.3 Variáveis independentes

4.2.3.1 Violência familiar contra a criança e o adolescente: exposição de interesse central

Avaliação de violência pregressa – *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)

Para verificar a existência de violência pregressa foi utilizado o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) usado para graduar situações de eventos traumáticos ocorridos na infância. A versão original do CTQ é composta por 70 itens e constituída para avaliar adultos e adolescentes maiores de 12 anos (BERNSTEIN et al., 1997).

No ELANA foi utilizada a versão reduzida composta por 28 itens mantendo as mesmas propriedades da versão original de 70 itens. Esta versão foi adaptada e validada por Grassi-Oliveira et al. (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006). Denominado no Brasil como “Questionário sobre Traumas na Infância” (QUESI), avalia a ocorrência de eventos de violência familiar vivenciados desde o momento do qual o adolescente consiga recordar até os 10 anos de idade.

A versão reduzida do instrumento é formada por cinco subescalas ou dimensões: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. No ELANA, bem como na presente Dissertação, optou-se por não ser avaliada a ocorrência de abuso sexual, para não comprometer a coleta de dados, pois os diretores, professores, pais ou responsáveis poderiam julgar os itens como muito invasivos para os adolescentes.

Na análise dos dados a variável violência familiar sofrida na infância foi utilizada na forma binária, sendo classificada em “nunca ocorreu”, quando não houver ocorrência da violência; e “ocorreu”, referindo-se a presença de violência (opções de “poucas vezes” a “sempre”). Foram considerados vítimas de violência pregressa os adolescentes que responderam afirmativamente a pelo menos um item de cada subescala.

Avaliação de violência atual – *Conflict Tactics Scale Form R* (CTS1)

Para avaliar a presença de violência atual foi utilizada a escala *Conflict Tactics Scale Form R* (CTS1), desenvolvida por Murray A. Straus (1979), que tem como intuito mensurar as estratégias usadas entre os familiares para resolver conflitos e desavenças durante os últimos 12 meses. A CTS1 é um instrumento estruturado, multidimensional que passou por um processo de adaptação transcultural para utilização no Brasil (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003).

O instrumento é composto por questões que abrangem três táticas para lidar com os conflitos: argumentação, agressão psicológica e agressão física. A argumentação caracteriza-se pelo uso de discussão com utilização de linguagem moderada e sensata; a agressão psicológica consiste em insultos e ameaças e a agressão física incide no uso de força física explícita. Na análise fatorial realizada neste instrumento, foram identificadas três dimensões representadas pelas escalas de argumentação (3 itens); agressão verbal (6 itens); agressão física (9 itens – menor composta por 3 itens e grave por 6 itens). As opções de resposta variam entre “nunca aconteceu”, “aconteceu apenas uma vez” e “já aconteceu mais de uma vez”. Neste trabalho, a análise das variáveis do CTS1 foi realizada na forma binária, onde as situações de violência foram classificadas em “nunca ocorreu” (quando a resposta tiver sido “nunca”) e “ocorreu” (quando a resposta tiver sido “aconteceu apenas uma vez” e “já aconteceu mais de uma vez”). Foram avaliadas violências perpetradas pelo pai ou pela mãe de forma conjunta.

4.2.3.2 Características socioeconômicas e demográficas

As características socioeconômicas e demográficas foram representadas neste estudo através das seguintes variáveis: i) Tipo de escola, ii) Raça/cor, iii) Idade e iv) Sexo.

Tipo de escola

O tipo de escola foi definido de forma binária como escola pública e escola privada. O desenho do estudo ELANA em escolas públicas e privadas propiciou a utilização do tipo de escola como um proxy da condição socioeconômica dos adolescentes investigados.

Raça/cor

A variável Raça/cor autorreferida pelo adolescente foi categorizada segundo a classificação do IBGE (2011) em preto, pardo, branco, amarelo ou indígena. Além disso, esta variável foi analisada nos modelos finais em três categorias (“branca”, “parda” e “preta”).

Idade

A variável idade foi calculada a partir da diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento auto preenchida no questionário. A idade foi trabalhada de forma contínua.

Sexo

O sexo dos adolescentes foi definido de acordo com o preenchimento do questionário, e classificado como sexo masculino (1) ou sexo feminino (2). Essa variável foi considerada como uma possível modificadora de efeito em função do grande número de evidências científicas de que a prevalência da IIC pode variar de acordo com o gênero, afetando mais o sexo feminino.

4.2.4 Avaliação da insatisfação com a imagem corporal: variável dependente

Para avaliação da imagem corporal foi aplicada a Escala de Silhuetas Corporais (PUDEL; BECKER; WESTENHÖFER, 1992), a qual consiste em uma escala composta por um conjunto de 9 silhuetas para as meninas e 9 silhuetas para os meninos, que varia desde a figura correspondente a extrema magreza até a obesidade. Os estudantes primeiramente escolheram a figura com a qual eles achavam que mais se pareciam, a qual representa a forma do corpo percebido ou formato atual. Depois escolheram a figura com a qual mais gostariam de parecer, correspondente ao formato de corpo desejado ou idealizado.

A IIC foi mensurada subtraindo-se do valor referente à figura do corpo atual o valor da figura do corpo ideal. Essa diferença pôde ir de -8 a 8, onde os valores positivos correspondem aos indivíduos que desejam diminuir a forma do corpo, e os valores negativos correspondem aos que desejam aumentar o formato corporal.

Na análise, essa variável foi operacionalizada em 4 categorias¹² como “satisfeito” (quando a imagem que correspondia ao corpo desejado foi igual à do corpo atual); “deseja formato corporal consideravelmente menor” (quando o formato escolhido como do corpo desejado foi de duas ou mais figuras menores do que o formato de corpo atual); “deseja formato corporal menor” (quando a escolha da figura que correspondia ao formato de corpo que desejava foi apenas 1 formato menor que o formato corporal atual); e “deseja formato corporal maior” (quando o adolescente escolheu uma figura com formato maior do que o formato de corpo atual).

4.2.5 Análise dos dados

Para fins exploratórios, inicialmente, foi avaliada a distribuição de cada variável na população de estudo. Em seguida, foram analisadas as relações entre as variáveis independentes com o desfecho via regressão logística multivariada. Seguindo o modelo teórico conceitual, foi realizada regressão logística multinomial. A ordem de entrada das variáveis no modelo seguiu a sequência hierárquica descrita no modelo teórico (Figura 1). A análise foi realizada com estratificação por sexo, uma vez que a literatura descreve a existência de diferença entre a IIC para o sexo feminino e masculino.

O ajuste do modelo foi avaliado com o Critério de Informação Bayesiano (*Bayesian Information Criterion - BIC*). Este é definido como a estatística que maximiza a probabilidade de se identificar o verdadeiro modelo dentre os avaliados. O valor do BIC para um determinado modelo é dado por $BIC = -2L + 2k \cdot \ln(n)$, com n sendo o número de observações. O modelo com menor BIC é considerado o de melhor ajuste (NORMAN et al., 2012). Todas as análises foram realizadas no software STATA 13.0 (STATACORP, 2013).

¹² Essa categorização tem sido utilizada por outros pesquisadores, para essa escala. (MCELHONE et al., 1999)

5 RESULTADOS

5.1 Violência familiar contra criança e adolescente e insatisfação com a imagem corporal na adolescência (Artigo científico)

Resumo:

O estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a violência familiar (VF) ocorrida na infância (pregressa) e a VF ocorrida na adolescência (atual) com a insatisfação da imagem corporal (IIC) em adolescentes. Trata-se de um estudo transversal, realizado em seis escolas (públicas e privadas) do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo, em 2010. A amostra incluiu 1039 adolescentes do 1º ano do ensino médio, com idades entre 13 e 19 anos, de ambos os sexos. As informações foram obtidas por meio de entrevista utilizando-se um questionário estruturado, contendo instrumentos previamente validados, como o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para mensurar a violência pregressa, a *Conflict Tactics Scale Form R* (CTS1) para a avaliação da violência atual (ocorrida nos 12 meses anteriores à entrevista), e a Escala de Silhuetas Corporais para avaliar a IIC. A relação entre a exposição (VF: sim; não), desfecho (IIC: satisfeito; insatisfeito desejando silhueta consideravelmente menor; insatisfeito desejando silhueta menor; insatisfeito desejando silhueta maior) e demais variáveis do modelo multivariado (raça/cor, idade, tipo de escola) foi analisada através de regressão logística multinomial. Não houve associação entre VF pregressa e a IIC, em ambos os sexos. Nos adolescentes do sexo masculino, a violência psicológica atual aumentou a chance para desejar silhueta consideravelmente menor (OR=2,64; IC 95%: 1,13–6,15); e maior (OR=2,36; IC 95%: 1,21–4,61). A violência física atual apresentou relação inversa para quem deseja silhueta consideravelmente menor (OR=0,42; IC 95%: 0,23–0,79), e maior (OR=0,61; IC 95%: 0,36–1,01). No sexo feminino, a violência psicológica atual se mostrou fator de risco apenas para quem deseja silhueta maior (OR=2,68; IC 95%: 1,02 – 7,02). Os resultados indicam que a VF atual influencia a IIC.

Palavras chaves: Maus-Tratos Infantis. Violência Doméstica. Imagem Corporal. Adolescência.

INTRODUÇÃO

A imagem corporal (IC) é uma representação mental que fazemos da imagem do nosso corpo, do seu tamanho e formato (Schilder, 1935). A insatisfação pode então ser mensurada pela discrepância entre a imagem atual que temos do nosso corpo e a imagem que gostaríamos de ter, ou seja, a imagem idealizada ou desejada (Campana & Tavares, 2009; Moraes, et al., 2012; Côrtes, et al., 2013; Nicida & Machado, 2014).

O início da adolescência tem sido descrito como um período crítico para o desenvolvimento da insatisfação com a imagem corporal (IIC) (Ricciardelli & McCabe, 2001; Paxton, et al., 2006). Nessa fase, além das intensas transformações físicas, as experiências que o adolescente vivencia podem afetar sua autopercepção da IC (Eizirik, et al., 2001). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015, 11,6% e 23,3% dos adolescentes do sexo masculino e feminino, respectivamente, consideravam-se insatisfeitos com o seu corpo. Neste estudo, as meninas foram mais propensas a se acharem mais gordas, enquanto os meninos desejavam ser mais fortes e musculosos (IBGE, 2016).

Uma possível causa da IIC é a violência familiar contra a criança e adolescente (VFCA). A relação entre a VFCA e a IIC começou a ser estudada há aproximadamente 30 anos (Hjorth & Harway, 1981; Gardner, et al., 1990). Entretanto, a produção científica referente à avaliação deste desfecho na infância e/ou adolescência, ainda é pequena. Há somente cinco estudos que tratam da relação VFCA e IIC em crianças e adolescentes (Hjorth & Harway, 1981; Gardner, et al., 1990; Schaaf & McCanne, 1994; Ramalhete & Santos, 2011; Silva, 2015).

Hjorth e Harway (1981) em um estudo realizado com 60 adolescentes norte-americanas, entre 12 e 16 anos de idade, compararam desenhos de figuras humanas feitos pelos adolescentes que sofreram violência física com os que não sofreram violência. Os autores concluíram que as vítimas de violência física na infância apresentaram imagem corporal com sinais de insegurança (com desenhos menos detalhados, com pouca roupa, e mais assimétricos) quando comparados com os que não sofreram violência.

Gardner et al. (1990) realizaram um estudo com 41 crianças norte-americanas, de ambos os sexos, de 6 a 10 anos de idade, onde compararam a percepção da imagem corporal entre vítimas de violência sexual e física e aquelas que não sofreram violência. Os autores observaram que as vítimas de violência reportavam um maior tamanho corporal do que as não vítimas.

Schaaf & McCanne (1994) investigaram a relação entre violência sexual e física na infância e o distúrbio da imagem corporal. Participaram deste estudo 670 estudantes norte-americanas do sexo feminino, com idade média de 18 anos. Destas, foram selecionadas e divididas em três grupos: (i) meninas que sofreram violência sexual antes dos 13 anos ($n = 29$); (ii) meninas que sofreram violência física antes dos 13 anos ($n = 32$); e (iii) meninas sem histórico de violência ($n = 29$). Os autores não encontraram diferença significativa de IIC entre os grupos, mas as vítimas de violência física apresentaram escores elevados de perfeccionismo, maiores do que as não vítimas.

O estudo de Ramalhete & Santos (2011) foi realizado com 33 adolescentes portuguesas do sexo feminino de 11 a 18 anos. Destas, 22 sofreram episódios de incesto ou negligência familiar e encontravam-se institucionalizadas em dois Centros de Acolhimento Temporário; e as demais não foram vítimas de violência e residiam com a família. As adolescentes foram divididas em três grupos: (1) vítimas de violência sexual infantil; (2) vítimas de negligência e (3) adolescentes sem histórico de VF na infância. Os autores observaram que as vítimas de violência sexual expressaram sentimentos de repugnância em relação ao corpo, e tinham percepção mais negativa quanto à imagem corporal.

Silva (2015) investigou a relação entre VF física e psicológica com a IIC de adolescentes. Seu estudo foi realizado em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, e contou com a participação de 221 adolescentes, com idades entre 13 e 19 anos, de ambos os sexos, assistidos pelo Programa Bolsa Família (PBF). A autora encontrou associação entre VF psicológica e a IIC no sexo feminino, mas não houve diferença significativa no sexo masculino, em relação aos adolescentes que não sofreram VF.

Destes cinco estudos, três foram realizados apenas com o sexo feminino, e maioria avaliou amostras muito pequenas, o que compromete o poder estatístico das evidências encontradas. Foram utilizados diferentes instrumentos para apreciar tanto as exposições quanto os desfechos, ainda assim, seus resultados sugerem que vítimas de violência física e/ou sexual apresentam sentimentos negativos em relação ao corpo, reportavam maior tamanho corporal do que não vítimas de VFCA, e que a VF psicológica é associada à IIC no sexo feminino. Essa

temática também ainda é pouco investigada avaliando as repercussões na fase adulta. Dos seis artigos sobre o tema, dois não encontraram associação (Byram, et al., 1995; Eubanks, et al., 2006) e quatro encontraram associação entre violência física e violência psicológica com IIC (Treuer, et al., 2005; Dunkley, et al., 2010; Kong, 2011; Brooke & Mussap, 2013), sendo a maioria destes com amostras de mulheres adultas.

Nas últimas quatro décadas, a VFCA vem se constituindo, como um dos principais problemas sociais e de saúde pública no plano internacional e nacional (Krug, et al., 2002; Pinheiro, 2006; UNICEF, 2014). As consequências da VFCA afetam o desenvolvimento físico, social e psicológico, causando traumas e danos a infância, adolescência e vida adulta. Pesquisas tem suportado que eventos estressores na infância, estão associados com transtornos de ansiedade e depressão (MacMillan, et al., 2001; Wise, et al., 2001; Glaser, 2005; Phillips, et al., 2005); comportamento sexual de alto risco na vida adulta (Gilbert, et al., 2009; Currie & Widom, 2010); abuso de drogas lícitas ou ilícitas (Dube, et al., 2005; Hussey, et al., 2006; Spatz Widom, et al., 2006); transtornos alimentares (Kendler, et al., 2000; Gilbert, et al., 2009; Norman, et al., 2012); baixa autoestima (Solomon & Serres, 1999; Glaser, 2005); dentre outros.

Já a IIC é um importante fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (anorexia, bulimia e vigorexia) (Vander Wal & Thelen, 2000); baixa autoestima (Wichstrøm, 1999; Paxton, et al., 2010); humor deprimido, sintomas depressivos e depressão (Needham & Crosnoe, 2005; Fung & Dennis, 2010).

Visando contribuir para o conhecimento desta relação, e considerando que são dois problemas que afetam o desenvolvimento adequado e a qualidade de vida de muitas crianças e adolescentes, o objetivo principal deste estudo foi investigar a relação entre a violência familiar psicológica e física, ocorridas na infância e na adolescência, e a insatisfação da imagem corporal em adolescentes.

MÉTODOS

Desenho, população do estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo de corte transversal, com adolescentes matriculados em duas escolas públicas e quatro escolas privadas da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A população do presente estudo foi composta por 1039 adolescentes que cursavam o 1º ano do Ensino Médio (EM) nas referidas escolas. Os dados foram coletados de fevereiro a julho de 2010 por meio de questionário auto preenchido. Os adolescentes foram informados do sigilo das respostas e da importância de responder o questionário individualmente.

A projeção do cálculo da amostra considerou a investigação do desfecho excesso de peso, prevendo 600 estudantes de escolas públicas e 600 de escolas privadas em cada nível de ensino, implicando, portanto, 1200 estudantes na linha de base. Esse tamanho de amostra, estratificado por série e por tipo de escola, permitiria avaliar no estudo longitudinal, para cada estrato, uma variação mínima de uma unidade do Índice de Massa Corporal (IMC), com erro alfa de 5%, poder do teste de 80% e perda de seguimento de até 20%. A média de IMC e o desvio-padrão utilizados no cálculo amostral tiveram por base os estudos “VIGITEL BRASIL 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (Brasil, 2008) e os dados de Alvarez et al. (2008).

Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis

O modelo teórico-conceitual consiste em um recorte da realidade e tem como função tentar representar graficamente o que dela se pretende extrair. Baseado na hipótese central deste estudo, de que a VFCA pode estar relacionada com a IIC, e da revisão bibliográfica, foi construído um modelo teórico com o propósito de representar esta possível relação (**Figura 1**), sem a pretensão de esgotar todas as dimensões associadas aos processos entre estas.

Como pode ser visto na **Figura 1**, o modelo teórico-conceitual apresenta como variáveis distais as características socioeconômicas e demográficas. Essa dimensão é composta pelas variáveis tipo de escola (pública ou privada); raça/cor (brancos e não brancos); idade (em anos); sexo. Como variáveis intermediárias, a VF progressiva e atual (exposições de interesse central), e também sobrepeso e obesidade, transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão), excesso de autocrítica e baixa autoestima – que não entraram na análise por serem variáveis intervenientes – mas estão presentes na literatura como consequência da VFCA e da IIC, com a qual pode existir uma relação bilateral.

VF pregressa - Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)

Para verificar a existência de violência pregressa foi utilizado o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) versão adaptada do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) composto por 28 itens (Grassi-Oliveira, et al., 2006). Esse instrumento tem como objetivo avaliar a ocorrência de eventos de violência familiar vivenciados desde o momento do qual o adolescente consiga recordar até os 10 anos de idade. Esta versão é formada por cinco subescalas ou dimensões: abuso emocional (5 itens), abuso físico (5 itens), abuso sexual (5 itens), negligência emocional (5 itens) e negligência física (5 itens). Neste estudo, optou-se por não ser avaliada a ocorrência de abuso sexual, para não comprometer a coleta de dados, pois os diretores, professores, pais ou responsáveis poderiam julgar os itens como muito invasivos para os adolescentes. Na análise dos dados a variável violência familiar sofrida na infância foi utilizada na forma binária. Foram considerados vítimas de violência pregressa os adolescentes que responderam afirmativamente a pelo menos um item de cada subescala.

VF atual - Conflict Tactics Scale Form R (CTS1)

Para avaliar a presença de violência atual foi utilizada a escala *Conflict Tactics Scale Form R* (CTS1), que passou por um processo de adaptação transcultural para utilização no Brasil (Hasselmann & Reichenheim, 2003). O instrumento é composto por questões que abrangem três táticas para lidar com os conflitos: argumentação (3 itens), violência verbal (6 itens) e agressão física (9 itens). Neste trabalho, a análise das variáveis do CTS1 foi realizada na forma binária. Foram avaliadas violência perpetrada pelo pai ou pela mãe de forma conjunta.

Desfecho – IIC – Escala de Silhuetas Corporais

Para avaliação da imagem corporal foi aplicada a Escala de Silhuetas Corporais (Pudel, et al., 1992), a qual consiste em uma escala composta por um conjunto de 9 silhuetas para as

meninas e 9 silhuetas para os meninos, que varia desde a figura correspondente a extrema magreza até a obesidade. Os estudantes primeiramente escolheram a figura com a qual eles achavam que mais se pareciam, a qual representava a forma do corpo percebido ou formato atual. Depois escolheram a figura com a qual mais gostariam de parecer, correspondente ao formato de corpo desejado ou idealizado. A IIC foi então mensurada subtraindo do valor referente à figura do corpo atual o valor da figura do corpo ideal, e essa diferença pode ir de -8 a 8, onde os valores positivos correspondem aos indivíduos que desejam diminuir a forma do corpo, e os valores negativos correspondem aos que desejam aumentar o formato corporal.

Para a análise, essa variável foi operacionalizada em 4 categorias como “satisfeito” (quando a imagem que correspondia ao corpo desejado foi igual à do corpo atual); “deseja formato corporal consideravelmente menor” (quando a escolha da figura que correspondia ao formato de corpo que desejava foi de 2 formatos menores ou mais, que o formato corporal atual); “deseja formato corporal menor” (quando a escolha da figura que correspondia ao formato de corpo que desejava foi de apenas 1 formato menor do que o formato corporal atual); e “deseja formato corporal maior” (quando o adolescente escolheu 1 figura ou mais, com formato maior do que o formato de corpo atual) (Pudel, et al., 1992; McElhone, et al., 1999).

Análise dos dados

Para fins exploratórios, inicialmente, foi avaliada a distribuição de cada variável na população de estudo. Em seguida, foram analisadas as relações entre as variáveis independentes com o desfecho via regressão logística multivariada. Seguindo o modelo teórico conceitual, foi realizada regressão logística multinomial. A ordem de entrada das variáveis no modelo seguiu a sequência hierárquica descrita no modelo teórico (Figura 1). A análise foi realizada com estratificação por sexo, uma vez que a literatura descreve a existência de diferença entre a IIC para o sexo feminino e masculino.

O ajuste de modelo foi avaliado com o Critério de Informação Bayesiano (*Bayesian Information Criterion* - BIC). Este é definido como a estatística que maximiza a probabilidade de se identificar o verdadeiro modelo dentre os avaliados. O valor do critério BIC para um determinado modelo é dado por $BIC = -2L + 2k \cdot \ln(n)$, com n sendo o número de observações.

O modelo com menor BIC é considerado o de melhor ajuste (Norman, et al., 2012). Todas as análises foram realizadas no software STATA 13.0 (StataCorp, 2013).

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (CAAE 0020.0.259.000-09). Os adolescentes deveriam levar para casa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e trazê-los de volta assinados pelos pais e/ou responsáveis. O sigilo das informações fornecidas e a não obrigatoriedade de participação do estudante na pesquisa foram destacados no TCLE.

RESULTADOS

Dos 1131 alunos elegíveis para o estudo, matriculados no primeiro ano do ensino médio, houve perda de 8,1% (N=92) entre recusas, faltosos e não autorizados a participar pelos pais ou responsáveis, totalizando 1039 adolescentes de ambos os sexos.

Em relação à caracterização da amostra (**Tabela 1**), pôde-se observar que mais da metade dos adolescentes são do sexo feminino (53,4%). A idade média dos adolescentes foi de 15,8 anos (DP=0,93), sendo a menor idade 13 e a maior 19, 46,2% dos adolescentes se autodeclararam brancos, e a prevalência de IIC foi de 75,1%. Quanto ao tipo de escola, 50,3% são estudantes de escola pública.

No tocante a exposição à violência pregressa (**Tabela 2**), a prevalência de violência psicológica na infância (66,0% nos meninos e 70,1% nas meninas) e violência física (48,6% nos meninos e nas 38,8% meninas) foram elevadas em ambos os sexos, sendo que a violência física afetou mais fortemente os meninos do que as meninas. Em relação à violência atual, ou seja, na adolescência, a violência psicológica apresentou prevalência de 82,3% no sexo masculino e 91,1% no feminino (p-valor 0,000), e a violência física 54,3% nos meninos e 52,1% nas meninas (p-valor 0,520).

A **Tabela 3** apresenta o percentual de IIC segundo a ocorrência de violências, para o sexo masculino. Os percentuais de IIC mais elevados foram encontrados nos adolescentes que foram vítimas de violência psicológica, tanto pregressa quanto atual. Na **Tabela 4**, foram apresentadas as prevalências de IIC segundo a ocorrência de violências, para o sexo feminino, onde seguiu-se o mesmo padrão do sexo masculino, com maiores percentuais de IIC quando da ocorrência de violência psicológica. Para ambos os sexos a IIC os fez desejar mais aumentar a silhueta corporal, ainda que sem diferença significativa entre as categorias.

Foram avaliados quatro modelos, dois para meninos e dois para meninas. Na **Tabela 5** são apresentados os resultados da análise de regressão multinomial para o sexo masculino. Os modelos brutos para a violência pregressa e a atual foram avaliados separadamente, e apresentaram BIC_{VFCA} pregressa e atual: 1269,182 e 1217,276. Subsequentemente, foram avaliados os mesmos modelos ajustados, sendo a violência pregressa ajustada por tipo de escola, raça/cor e idade (BIC_{VFCA} pregressa: 1242,940) e a violência atual foi ajustada por tipo de escola, raça/cor, idade e violência pregressa (BIC_{VFCA} atual 1194,196).

A mesma análise para o sexo feminino foi apresentada na **Tabela 6**, onde os modelos brutos obtiveram BIC_{VFCA} pregressa e atual de 1544,268 e 1476,506, e quando ajustados passaram a 1507,308 e 1445,979. Todos os modelos ajustados apresentaram BIC menor do que os modelos brutos.

A violência pregressa não se mostrou associada à IIC nos adolescentes de ambos os sexos. Já a violência atual do tipo psicológica no sexo masculino, aumentou a chance de desejar silhueta consideravelmente (OR=2,64; IC 95%: 1,13–6,15) e silhueta maior (OR=2,36; IC 95%: 1,21–4,61). No sexo feminino aumentou a chance de desejar silhueta maior (OR=2,93; IC 95%: 1,07–7,95). Já a violência física atual não apresentou relação significativa com a IIC nas meninas. Mas no sexo masculino apresentou relação inversa para quem deseja formato corporal consideravelmente menor (OR=0,42; IC 95%: 0,23–0,79) e maior (OR=0,61; IC 95%: 0,36–1,01).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar a existência da associação entre a exposição à violência familiar ocorrida na infância e na adolescência com a insatisfação da imagem corporal em

adolescentes. A IIC embora bastante estudada, geralmente é avaliada apenas com o estado nutricional dos adolescentes. No entanto, estudos indicam que a IIC pode apresentar prevalências altas mesmo em indivíduos que estejam na faixa de IMC considerada eutrófica ou adequada para a idade (Pinheiro & Giugliani, 2006; Mendonça, et al., 2014). Nesse sentido é importante investigar quais outros fatores estão colaborando com o aumento da IIC.

Os resultados deste estudo mostraram que 75,1% dos adolescentes estão insatisfeitos com sua imagem corporal, destes 33,7% querem uma silhueta maior, 19,6% silhueta menor e 21,8% desejam silhueta consideravelmente menor. Ao avaliarmos a IIC estratificada pelo sexo, 41% dos meninos e 27% das meninas querem aumentar a silhueta corporal. Dados de IIC semelhantes foram encontrados por Behar et al., (2007) e Petroski et al., (2012), que encontraram prevalências de 63,8% e 60,4%, respectivamente, quando avaliaram adolescentes com a mesma faixa etária.

Já a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE – 2015), quando avaliou a satisfação com a imagem corporal encontrou que 27,6% dos escolares de 13 a 15 anos de idade e 33,4% dos adolescentes entre 16 a 17 anos de idade estavam insatisfeitos com sua imagem corporal (IBGE, 2016). A PeNSE¹³, também perguntou aos escolares sobre a ocorrência de violência física perpetrada por algum familiar adulto nos últimos 12 meses, e a prevalência foi de 17,3%, sendo 18,5% nos meninos e 16% nas meninas (IBGE, 2016).

No presente estudo, a violência física na infância se mostrou elevada em ambos os sexos (48,6% nos meninos e 38,8% nas meninas), afetando significativamente o sexo masculino. A violência física na adolescência também afetou mais o sexo masculino do que o sexo feminino. O Mapa da Violência 2012 (Crianças e Adolescentes) evidenciou que a prevalência de violência física contra crianças e adolescentes foi de 40,5% dos atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) registrados no Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN) em 2011 (Waiselfisz, 2012). Mas não houve muita diferença entre os sexos.

O percentual de violência psicológica (VF atual) foi bastante elevado em ambos os sexos, e afetou mais o sexo feminino. Quando avaliado o percentual de IIC segundo os tipos de ocorrência de violência, encontramos prevalências mais altas de IIC nos adolescentes que sofreram violência psicológica, e estes tendem a desejar silhueta corporal maior, em ambos os sexos.

¹³ A PeNSE avaliou a IIC e a ocorrência de violência contra os adolescentes com as perguntas: “Quanto ao seu corpo, você se considera: muito magro (a), magro (a), normal, gordo e muito gordo(a)”, e “Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi agredido fisicamente por um adulto da sua família?”. (IBGE, 2016).

Tabela 1 - Descrição da população de estudo, geral e por sexo, dos adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010

	Geral			Meninos			Meninas		
	<i>n</i>	%	(IC 95%)	<i>n</i>	%	(IC 95%)	<i>n</i>	%	(IC 95%)
Raça/cor da pele do adolescente autor referida									
Preta	115	11,3	(9,3 – 13,2)	60	12,6	(9,6 – 15,6)	55	10,2	(7,6 – 12,7)
Parda	382	37,6	(34,6 – 40,5)	175	36,8	(32,5 – 41,2)	207	38,2	(34,1 – 42,3)
Branca	470	46,2	(43,1 – 49,3)	218	45,9	(41,4 – 50,4)	252	46,5	(42,3 – 50,7)
Amarela	29	2,8	(1,8 – 3,9)	12	2,6	(1,1 – 3,9)	17	3,1	(1,7 – 4,6)
Indígena	21	2,1	(1,2 – 2,9)	10	2,1	(0,8 – 3,4)	11	2,0	(0,8 – 3,2)
Faixa etária (anos)									
13 – 14	184	17,7	(15,4 – 20,0)	80	16,6	(13,3 – 19,9)	104	18,7	(15,4 – 21,9)
15	526	50,6	(47,6 – 53,7)	233	48,4	(43,9 – 52,8)	293	52,6	(48,4 – 56,8)
16 – 17	294	28,3	(25,6 – 31,1)	152	31,5	(27,4 – 35,7)	142	25,5	(21,9 – 29,2)
18 – 19	35	3,4	(2,3 – 4,5)	17	3,5	(1,9 – 5,2)	18	3,2	(1,8 – 4,8)
Tipo de escola									
Pública	512	49,3	(46,2-52,3)	225	46,7	(42,2 – 51,2)	287	51,3	(47,4 – 55,7)
Privada	527	50,7	(47,7 – 53,8)	257	53,3	(48,8 – 57,8)	270	48,5	(44,3 – 52,6)
Insatisfação com a imagem corporal									
Satisfeito	254	24,9	(22,3 – 27,6)	131	27,6	(23,5 – 31,6)	123	22,6	(19,1 – 26,1)
Deseja silhueta consideravelmente menor	222	21,8	(19,2 – 24,3)	84	17,6	(14,2 – 21,1)	138	25,4	(21,7 – 29,0)
Deseja silhueta menor	200	19,6	(17,2 – 22,1)	64	13,5	(10,4 – 16,5)	136	25,0	(21,3 – 28,6)
Deseja silhueta maior	343	33,7	(30,7 – 36,6)	196	41,3	(36,8 – 45,7)	147	27,0	(23,3 – 30,7)

Legenda: Intervalo de 95% de confiança (IC95%)

Fonte: A autora, 2017.

Tabela 2 – Prevalência de violência atual e pregressa, por sexo dos adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

	Masculino % (IC 95%)	Feminino % (IC 95%)	p-valor
Violência familiar – Progressa (QUESI)			
Violência psicológica			
Não	34,0 (29,7-38,2)	29,9 (26,0-33,7)	0,164
Sim	66,0 (61,7-70,3)	70,1 (66,2-73,8)	
Violência física			
Não	51,4 (46,8-55,9)	61,2 (57,1-65,4)	0,002
Sim	48,6 (44,1-53,1)	38,8 (34,6-42,5)	
Violência familiar – Atual (CTS1)			
Mãe ou Pai			
Violência psicológica			
Não	17,7 (14,2-21,2)	8,9 (6,4-11,3)	0,000
Sim	82,3 (78,8-85,8)	91,1 (88,7-93,6)	
Violência física total			
Não	45,7 (41,1-50,3)	47,8 (43,5-52,1)	0,520
Sim	54,3 (48,8-59,7)	52,1 (47,9-56,3)	

Legenda: Intervalo de 95% de confiança (IC95%)

Fonte: A autora, 2017

Ainda que não tenha havido diferença significativa entre as faixas de IIC no sexo feminino, as prevalências de VF são ligeiramente maiores na faixa que deseja aumentar a silhueta corporal, quando consideramos as quatro categorias de IIC. Uma possível explicação para esse resultado, seria que vítimas de VFCA podem almejar aumentar o formato corporal na expectativa de se protegerem da violência sofrida, assim como ocorre em alguns casos de violência doméstica contra a mulher, onde os filhos que acham que possuem força o suficiente, tendem a tentar intervir para proteger a mãe (Mullender, et al., 2002).

Tabela 3. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal, por violência pregressa e atual, dos adolescentes do sexo masculino do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

MENINOS					
	Satisfeitos	Deseja silhueta consideravelmente menor	Deseja silhueta menor	Deseja silhueta maior	
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	p-valor
Violência pregressa - (QUESI)					
<i>Violência psicológica</i>	64,9 (53,6-74,8)	65,5 (51,4-77,8)	73,0 (58,9-85,7)	64,8 (55,6-72,8)	0,661
<i>Violência física</i>	46,9 (34,6-60,7)	44,6 (27,1-60,5)	55,6 (36,6-71,2)	49,2 (39,0-59,9)	0,586
Violência atual - (CTS1)					
Mãe/Pai					
<i>Violência psicológica</i>	76,6 (67,1-84,9)	85,2 (74,9-92,8)	83,9 (71,9-93,1)	84,3 (77,9-89,7)	0,279
<i>Violência física</i>	61,0 (49,4-72,4)	44,4 (27,9-61,9)	57,4 (39,3-73,7)	53,1 (42,8-62,9)	0,126

Legenda: Intervalo de 95% de confiança (IC95%)

Fonte: A autora, 2017

Tabela 4. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal, por violência pregressa e atual, dos adolescentes do sexo feminino do ensino médio de escolas públicas e privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

MENINAS					
	Satisfeitos	Deseja silhueta consideravelmente menor	Deseja silhueta menor	Deseja silhueta maior	
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	p-valor
Violência pregressa - (QUESI)					
<i>Violência psicológica</i>	68,0 (56,3-77,3)	67,4 (57,2-77,1)	69,6 (58,8-78,3)	74,8 (65,3-82,4)	0,510
<i>Violência física</i>	40,2 (27,1-55,8)	36,2 (22,9-50,8)	32,3 (16,6-47,6)	45,9 (34,1-58,9)	0,114
Violência atual - (CTS1)					
Mãe/Pai					
<i>Violência psicológica</i>	87,1 (79,1-93,0)	91,6 (85,2-95,9)	90,3 (83,3-94,8)	94,8 (89,1-97,8)	0,184
<i>Violência física</i>	50,4 (36,8-63,2)	55,0 (43,4-67,3)	48,5 (36,6-61,9)	54,4 (42,1-65,7)	0,671

Legenda: Intervalo de 95% de confiança (IC95%)

Fonte: A autora, 2017

Tabela 5. Relação entre Violência familiar progressa e atual e Insatisfação com a Imagem Corporal dos adolescentes do sexo masculino: regressão logística multinomial

		Análise bruta						Análise ajustada*					
		MENINOS											
		Deseja silhueta consideravelmente menor		Deseja silhueta menor		Deseja silhueta maior		Deseja silhueta consideravelmente menor		Deseja silhueta menor		Deseja silhueta maior	
		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Violência progressa (QUESI)	<i>Violência psicológica</i>	1,13 (0,61 – 2,08)	0,706	1,35 (0,67 – 2,73)	0,396	1,01 (0,63 – 1,58)	0,990	1,08 (0,58-2,02)	0,798	1,27 (0,62-2,58)	0,511	1,01 (0,62-1,66)	0,967
	<i>Violência física</i>	0,88 (0,49 – 1,57)	0,660	1,29 (0,68 – 2,44)	0,435	1,10 (0,68 – 1,76)	0,699	0,87 (0,48-1,57)	0,638	1,27 (0,66-2,43)	0,470	1,09 (0,68-1,76)	0,708
		BIC: 1269,182						BIC: 1242,940					
		Análise bruta						Análise ajustada**					
Violência atual (CTS1) Mãe/Pai	<i>Violência psicológica</i>	2,96 (1,28 – 6,83)	0,011	1,91 (0,76 – 4,76)	0,173	2,18 (1,13 – 4,20)	0,020	2,64 (1,13-6,15)	0,025	1,76 (0,69-4,48)	0,238	2,36 (1,21-4,61)	0,012
	<i>Violência física</i>	0,41 (0,29 - 0,90)	0,005	0,75 (0,38 – 1,49)	0,419	0,61 (0,37 – 1,02)	0,058	0,42 (0,23-0,79)	0,007	0,79 (0,41-1,58)	0,511	0,61 (0,36-1,01)	0,048
		BIC: 1217,276						BIC: 1194,196					

Legenda: Intervalo de 95% de confiança (IC95%); *odds ratio* (OR); Análise ajustada por tipo de escola, raça/cor e idade (*); Análise ajustada por violência progressa, tipo de escola, raça/cor e idade (**); Critério de Informação Bayesiano (BIC).

Fonte: A autora, 2017.

Tabela 6. Relação entre Violência familiar pregressa e atual e Insatisfação com a Imagem Corporal dos adolescentes do sexo feminino: regressão logística multinomial

Análise bruta							Análise ajustada*							
	MENINAS													
	Deseja silhueta consideravelmente menor		Deseja silhueta menor		Deseja silhueta maior		Deseja silhueta consideravelmente menor		Deseja silhueta menor		Deseja silhueta maior			
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p		
Violência pregressa (QUESI)														
<i>Violência psicológica</i>	1,02 (0,60 – 1,76)	0,932	1,19 (0,69 – 2,06)	0,525	1,32 (0,76 – 2,31)	0,313	1,02 (0,59 – 1,76)	0,936	1,24 (0,71 – 2,15)	0,448	1,34 (0,77 – 2,33)	0,302		
<i>Violência física</i>	0,85 (0,51 – 1,45)	0,568	0,70 (0,41 – 1,19)	0,195	1,21 (0,73 – 2,00)	0,468	0,89 (0,52 – 1,51)	0,670	0,74 (0,44 – 1,25)	0,261	1,18 (0,70 – 1,96)	0,536		
	BIC: 1544,268						BIC: 1507,308							
Análise bruta							Análise ajustada**							
Violência atual (CTS1) Mãe/pai														
<i>Violência psicológica</i>	1,71 (0,71 – 4,19)	0,236	1,58 (0,67 – 3,72)	0,293	2,71 (1,00 – 7,31)	0,049	1,71 (0,71 – 4,21)	0,241	1,71 (0,71 – 4,10)	0,230	2,93 (1,07 – 7,95)	0,036		
<i>Violência física</i>	1,20 (0,69 – 2,08)	0,524	0,91 (0,53 – 1,57)	0,738	1,03 (0,61 – 1,77)	0,920	1,21 (0,69 – 2,12)	0,497	0,92 (0,53 – 1,60)	0,770	0,98 (0,56 – 1,71)	0,937		
	BIC: 1476,506						BIC: 1445,979							

Legenda: Intervalo de 95% de confiança (IC95%), *odds ratio* (OR), Análise ajustada por tipo de escola, raça/cor e idade (*); Análise ajustada por violência pregressa, tipo de escola, raça/cor e idade (**); Critério de Informação Bayesiano (AIC)

Fonte: A autora, 2017.

No sexo masculino os percentuais variam entre as categorias, sendo ligeiramente maior em quem deseja silhueta menor quando avaliada a violência pregressa, bem como a atual. Estudos com análise de dados mais robustas, como análise de caminhos e/ou modelos de equações estruturais, poderiam elucidar melhor quais fatores explicam mais esse desejo, considerando que fatores socioculturais (como a influência das mídias; comentários dos pais, familiares, amigos; cultura e hábitos da sociedade em que o jovem está inserido) podem afetar a IIC (Chen & Jackson, 2009; Xu, et al., 2010; Petroski et al., 2012). Para o sexo feminino, outra possibilidade seria de haver uma mudança nos padrões de beleza corporal expostos nas mídias, onde em vez de um corpo apenas magro, o que é “vendido” atualmente como corpo ideal é um corpo com músculos definidos, mas sem gordura (Malysse & Goldenberg, 2002).

Nesse sentido, é importante que profissionais de saúde fiquem atentos ao transtorno alimentar que define quando esse comportamento passa a ser prejudicial, que é a vigorexia ou dismorfia muscular, que consiste em indivíduos obsessivos em ganhar massa muscular, e para isso, fazem muita atividade física, consomem suplementos dietéticos, dietas hiperproteicas e hipolipídicas (Azevedo, et al., 2012).

Nos modelos finais, a violência psicológica e física pregressa não apresentaram relação significativa com a IIC nos adolescentes de ambos os sexos, em relação aos adolescentes satisfeitos com a imagem corporal. No sexo masculino, a violência psicológica atual aumentou a chance de desejar silhueta consideravelmente menor (OR=2,64; IC 95%: 1,13–6,15) e silhueta maior (OR=2,36; IC 95%: 1,21–4,61). No sexo feminino aumentou a chance de desejar silhueta maior (OR=2,93; IC 95%: 1,07–7,95). Já a violência física atual não apresentou relação significativa com a IIC nas meninas. Mas no sexo masculino apresentou relação inversa para quem deseja formato corporal consideravelmente menor (OR=0,42; IC 95%: 0,23–0,79) e maior (OR=0,61; IC 95%: 0,36–1,01). Um possível caminho para ser investigado poderia ser sobre a resiliência de vítimas de VFCA e o desenvolvimento de IIC (Cordini, 2005). A resiliência pode ser definida como uma estratégia de lidar de maneira positiva com os problemas e situações de estresse da vida. Assim como a IIC, a resiliência é um constructo que não é fixo, e pode sofrer alterações e mudanças, sendo influenciada por aspectos individuais, do ambiente familiar e aspectos sociais (Luthar et al., 2000). Esse constructo tem sido estudado como um fator importante na prevenção e promoção da saúde de crianças e adultos (Masten et al., 2011).

Como comentado anteriormente, há escassez de estudos que avaliaram essa relação de VFCA e IIC com amostras de adolescentes (Hjorth & Harway, 1981; Gardner, et al., 1990; Schaaf & McCanne, 1994; Ramallete & Santos, 2011; Silva, 2015). Dos cinco estudos, quatro

apresentaram resultados na direção haver sentimentos negativos em relação ao corpo, insegurança, percepção corporal aumentada em adolescentes do sexo feminino, quando comparadas com quem não sofreu violência psicológica e física. O único estudo brasileiro, até o momento, que trabalhou com essa relação (Silva, 2015) resultados semelhantes aos aqui apresentados. Silva (2015) em seu estudo com adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição, encontrou que a violência física apresentou relação inversa para o sexo masculino, e para o sexo feminino a violência psicológica se mostrou associada com a IIC.

Os resultados do presente estudo, à despeito das suas limitações, apontam para a importância da VFCA como fator de risco para IIC. Espera-se que a divulgação destes resultados auxilie os profissionais e gestores na área da saúde a incorporar outros fatores de risco (e.g. VFCA) no debate sobre os determinantes e estratégias de enfrentamento da IIC e possíveis transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

- Azevedo AP, Ferreira AC, Silva PPD, Caminha IO, Freitas CM. Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. *Motricidade* 2012; 8:53-66.
- Behar, Rosa, et al. "Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar." *Revista chilena de nutrición* 34.3 (2007): 240-249.
- Brooke L, Mussap AJ. Brief report: Maltreatment in childhood and body concerns in adulthood. *Journal of health psychology* 2013; 18:620-626.
- Bruchon-Schweitzer M. Dimensionality of the body-image: the body-image questionnaire. *Perceptual and Motor Skills* 1987; 65:887-892.
- Byram V, Wagner HL, Waller G. Sexual abuse and body image distortion. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19:507-510.
- Campana ANNB, Tavares MdCGC. Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa. *Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa: Phorte*, 2009.
- Chen H, Jackson T. Predictors of changes in body image concerns of Chinese adolescents. *J Adolesc* 2009; 32:977-94.
- Cordini M. La Resiliencia en adolescentes del Brasil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2005; 3:97-121.
- Côrtes MG, Meireles AL, Friche A, Caiaffa WT, Xavier CC. O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura [Silhouette scales and body satisfaction in adolescents: a systematic literature review]. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:427-44.
- Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment* 2010; 15:111-120.

- Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28:430-438.
- Dunkley DM, Masheb RM, Grilo CM. Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders* 2010; 43:274-281.
- Eizirik CL, Kapezinski F, Bassols AMS. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica: Artmed, 2001.
- Eubanks JR, Kenkel MY, Gardner RM. Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse *Perceptual and Motor Skills* 2006; 102:485-497.
- Fung K, Dennis C-L. Postpartum depression among immigrant women. *Current opinion in Psychiatry* 2010; 23:342-348.
- Gardner RM, Gardner EA, Morrell Jr JA. Body image of sexually and physically abused children. *Journal of Psychiatric Research* 1990; 24:313-321.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet* 2009; 373:68-81.
- Glaser D. Child maltreatment. *Psychiatry* 2005; 4:53-57.
- Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica* 2006; 40:249-55.
- Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1083-1093.
- Hjorth CW, Harway M. The body-image of physically abused and normal adolescents. *Journal Of Clinical Psychology* 1981; 37:863-866.
- Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics* 2006; 118:933-942.
- IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.
- Iriart JAB, Chaves JC, Orleans RGd. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. 2009.
- Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettrema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of general psychiatry* 2000; 57:953-959.
- Kong M. The model of self mediates the association between childhood psychological maltreatment and body dissatisfaction in women. 2011.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The lancet* 2002; 360:1083-1088.
- Luthar, Suniya S., Dante Cicchetti, and Bronwyn Becker. "The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work." *Child development* 71.3 (2000): 543-562.
- Machover K. Personality projection in the drawing of the human figure (A method of personality investigation). 1949.
- MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:1878-1883.
- Malysse S, Goldenberg M. Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca 2002; 2:79-137.

- Masten, Ann, and Abigail H. Gewirtz. "Resiliência no desenvolvimento: a importância da primeira infância." *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (2011): 1-6.
- McCabe MP, Ricciardelli LA, Holt K. Are there different sociocultural influences on body image and body change strategies for overweight adolescent boys and girls? *Eating Behaviors* 2010; 11:156-163.
- McElhone S, Kearney JM, Giachetti I, Zunft H-JF, Martínez JA. Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999; 2:143-151.
- Mendonça KL, Sousa AL, Carneiro CS, Nascente FM, Póvoa TI, Souza WK, et al. Does nutritional status interfere with adolescents' body image perception? *Eating Behaviors* 2014; 15:509-512.
- Milner JS, Robertson KR, Rogers DL. Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence* 1990; 5:15-34.
- Moraes C, Anjos LAd, Marinho SMSdA. Construção, adaptação e validação de escalas de silhuetas para autoavaliação do estado nutricional: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública* 2012; 28:7-20.
- Mullender A, Hague G, Imam UF, Kelly L, Malos E, Regan L. *Children's perspectives on domestic violence*: Sage, 2002.
- Needham BL, Crosnoe R. Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *J Adolesc Health* 2005; 36:48-55.
- Nicida DP, Machado KS. O uso de duas escalas de silhueta na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão de literatura. *InterfacEHS* 2014; 9.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9:e1001349.
- Paxton SJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Developmental Psychology* 2006; 42:888.
- Paxton SJ, Franko DL, Cucciare M, Weingardt K. *Body image and eating disorders*, 2010.
- Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17:1071-1077.
- Phillips NK, Hammen CL, Brennan PA, Najman JM, Bor W. Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of abnormal child psychology* 2005; 33:13-24.
- Pinheiro AP, Giugliani ERJ. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40:489-496.
- Pinheiro PS. *World report on violence against children*. 2006.
- Pudel V, Becker K, Westenhöfer J. Ausgewählte sozio-kulturelle Einflüsse auf das Ernährungsverhalten. *Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg): Ernährungsbericht* 1992:177-222.
- Ramalhete C, Santos GD. Imagem do corpo e problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abuso sexual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2011; Vol.2:225 - 234.
- Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical psychology review* 2001; 21:325-344.
- Ruff GA, Barrios BA. Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment* 1986.
- Schaaf KK, McCanne TR. Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18:607-615.
- Schilder P. *The image and appearance of the human body*. 1935.

- Schwarz G. Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics* 1978; 6:461-464.
- Silva AMVLd. Maus-tratos familiares: imagem corporal e obesidade na adolescência [Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
- Solomon CR, Serres F. Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23:339-351.
- Spatz Widom C, Marmorstein NR, Raskin White H. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006; 20:394.
- StataCorp L. Base reference manual release 13. USA: StataCorp LP 2013.
- Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family* 1979:75-88.
- Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*: American Psychological Association, 1999.
- Treuer T, Koperdák M, Rózsa S, Füredi J. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2005; 13:106-111.
- UNICEF. *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children*. New York, USA: United Nations Children's Fund 2014.
- Vander Wal JS, Thelen MH. Predictors of body image dissatisfaction in elementary-age school girls. *Eating Behaviors* 2000; 1:105-122.
- Waiselfisz JJ. *Mapa da violência* 2012. Caderno complementar 2012; 1.
- Wichstrøm L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology* 1999; 35:232.
- Wichstrøm L, Pedersen W. Use of anabolic-androgenic steroids in adolescence: winning, looking good or being bad? *Journal of studies on alcohol* 2001; 62:5-13.
- Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *The lancet* 2001; 358:881-887.
- Xu X, Mellor D, Kiehne M, Ricciardelli LA, McCabe MP, Xu Y. Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image* 2010; 7:156-164.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência familiar contra a criança e o adolescente é um grave problema de saúde pública com consequências deletérias para o adequado desenvolvimento e qualidade de vida das vítimas. Conforme discutido ao longo desta Dissertação, poucos estudos têm investigado a relação entre a VFCA e a IIC. Os estudos existentes trabalharam geralmente com amostras pequenas e em sua maioria apenas com o sexo feminino. Conquanto, é importante frisar que esta Dissertação é o segundo estudo brasileiro, e o sexto estudo no mundo, a trabalhar com esta temática. Assim, este trabalho contribui para a ampliação do conhecimento da relação entre diferentes tipos de violência na infância e adolescência e a ocorrência da IIC em adolescentes, de ambos os sexos.

De acordo com a literatura encontrada e com o modelo teórico proposto, existem variáveis intervenientes que podem explicar as possíveis relações mais detalhadamente – não trabalhadas neste estudo devido ao método de análise empregado. Evidenciando a necessidade de estudos nesta área com análises de dados mais complexas (análises de caminhos e/ou modelo de equações estruturais) para a elucidação dessas relações. Há lacunas que necessitam ser exploradas em estudos posteriores, tais como a influência de da mídia televisiva, internet, revistas, na tentativa de elucidar e confirmar se o ideal de corpo desejado pelo sexo feminino ainda é o corpo magro. A ocorrência de *teasing* e *bullying* cometido pelos amigos e familiares; depressão; baixa-autoestima, também podem ser investigadas, como intervenientes dessa temática (VFCA x IIC). Isto, possibilitaria ampliar o conhecimento sobre esta relação.

Não obstante, considerando o objetivo deste estudo, os resultados corroboram a hipótese inicial, de que a VFCA apresenta relação com a IIC. E essa relação não segue o mesmo padrão em todos os subgrupos de violência ou categorias de insatisfação corporal. Enquanto que aumentou a chance de IIC em meninos que sofreram violência psicológica, apresentou relação inversa quando a violência sofrida é do tipo violência física. No sexo feminino, a violência psicológica perpetrada também aumentou a chance de as meninas desejarem silhuetas maiores.

A importância deste estudo está no fato de reconhecer um outro fator de risco para a IIC, a VFCA, até o momento pouco explorado. Espera-se que, com os resultados desta Dissertação, profissionais de saúde fiquem atentos para intervir precocemente em situações de VFCA e investiguem a possível ocorrência de violência em pacientes com IIC. A criação de intervenções e políticas de saúde em prol da satisfação da IC, tanto no ambiente escolar quanto

familiar, podem colaborar investindo no aumento da autoestima e redução de transtornos mentais e alimentares.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, L. S.; STORMER, C. C. Sociocultural variations in the body image perceptions of urban adolescent females. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 31, n. 6, p. 443-450, 2002.

ABRANCHES, C. D. D.; ASSIS, S. G. D.; PIRES, T. D. O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. 2013.

ADLER, R. Twenty years on ... time to take stock. **Child Abuse & Neglect**, v. 20, n. 6, p. 473-476, 6// 1996.

ALMEIDA, A. Insatisfação com o peso corporal. **Rev Port Clin Geral**, v. 20, p. 651-66, 2004.

ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 503-12, 2008.

ANDA, R. et al. Adverse Childhood Experiences and Frequent Headaches in Adults. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 50, n. 9, p. 1473-1481, 2010.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1981. 275

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 1, p. 43-51, 2004.

ASSIS, S. G. D. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2305-2317, 2012.

AVANCI, J. Q. et al. Escala de violência psicológica contra adolescentes. **Revista de saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 702-708, 2005.

AZEVEDO, A. P. et al. Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. **Motricidade**, v. 8, p. 53-66, 2012.

AZEVEDO GUERRA, V. N. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. Cortez Editora, 1998. ISBN 8524904356.

AZEVEDO, M. A.; DE AZEVEDO GUERRA, V. N. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. Iglu, 2001. ISBN 8574940216.

BANFIELD, S. S.; MCCABE, M. P. An evaluation of the construct of body image. **Adolescence**, v. 37, n. 146, p. 373, 2002.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo Body image: discovering one's self. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 547-54, 2005.

BAUGH, E. et al. Ethnic identity and body image among Black and White college females. **Journal of American College Health**, v. 59, n. 2, p. 105-109, 2010.

BELING, M. T. C. A auto imagem corporal e a tendência a transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino em Belo Horizonte, MG. 2008.

BENNINGHOVEN, D. et al. Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment. **European Eating Disorders Review**, v. 14, n. 2, p. 88-96, 2006.

BERNSTEIN, D. P. et al. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 36, n. 3, p. 340-348, 1997.

BERNSTEIN, D. P.; FINK, L. **Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual**. Harcourt Brace & Company, 1998. ISBN 0158102290.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. D. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 20 Ed. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 1988.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

_____. **Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde . Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde**: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 167 2002.

_____. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília.: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.: 154 p. p. 2009.

_____. **Vigilância de Violências e Acidentes: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde Brasília, 2011.

BRASIL, M. D. S. **Portaria no 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente atendidos no Sistema Único de Saúde**. 2001.

BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. **Readings on the development of children**, v. 2, p. 37-43, 1994.

BROOKE, L.; MUSSAP, A. J. Brief report: Maltreatment in childhood and body concerns in adulthood. **Journal of health psychology**, v. 18, n. 5, p. 620-626, 2013.

BROWN, J. et al. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. **Child Abuse & Neglect**, v. 22, n. 11, p. 1065-1078, 11// 1998.

BRUCHON-SCHWEITZER, M. Dimensionality of the body-image: the body-image questionnaire. **Perceptual and Motor Skills**, v. 65, n. 3, p. 887-892, 1987.

BURROWES, N. Body image—a rapid evidence assessment of the literature. **A project on behalf of the Government Equalities Office**, 2013.

BYRAM, V.; WAGNER, H. L.; WALLER, G. Sexual abuse and body image distortion. **Child abuse & neglect**, v. 19, n. 4, p. 507-510, 1995.

CAFFEY, J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. **The American journal of roentgenology and radium therapy**, v. 56, n. 2, p. 163-173, 1946.

CALAM, R. M.; SLADE, P. D. Sexual experience and eating problems in female undergraduates. **International Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 4, p. 391-397, 1989.

CALZO, J. P. et al. The Development of Associations Among Body Mass Index, Body Dissatisfaction, and Weight and Shape Concern in Adolescent Boys and Girls. **Journal of Adolescent Health**, v. 51, n. 5, p. 517-523, 2012.

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

CAMPANA, A. N. N. B.; FERNANDES, M. D. C. G. C.; JÚNIOR, C. G. Preocupação e insatisfação com o corpo, checagem e evitação corporal em pessoas com transtornos alimentares. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p. 375-381, 2012.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. D. C. G. C. Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa. In: (Ed.). **Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa**: Phorte, 2009.

CARMO, C. J. D.; HARADA, M. D. J. C. S. Violência física como prática educativa. **2006**, v. 14, n. 6, p. 8, 2006-12-01 2006.

CARPENTER, L. L. et al. Association between plasma IL-6 response to acute stress and early-life adversity in healthy adults. **Neuropsychopharmacology**, v. 35, n. 13, p. 2617-2623, 2010.

CARPENTER, L. L. et al. Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. **Biological psychiatry**, v. 66, n. 1, p. 69-75, 2009.

CASH, T. F.; FLEMING, E. C. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. **International Journal of Eating Disorders**, v. 31, n. 4, p. 455-460, 2002.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. The Guilford Press, 2004. ISBN 1593850158.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. E. **Body images: Development, deviance, and change**. Guilford Press, 1990. ISBN 089862438X.

CASTILHO, S. M. **A imagem corporal**. ESETec, 2001.

CASTRO, I. R. R. D. et al. Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3099-3108, 2010.

CLAY, D.; VIGNOLES, V. L.; DITTMAR, H. Body image and self-esteem among adolescent girls: Testing the influence of sociocultural factors. **Journal of research on adolescence**, v. 15, n. 4, p. 451-477, 2005.

COELHO, R. et al. Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 129, n. 3, p. 180-192, 2014.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 491-497, 2005.

CONTI, M. A. et al. Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Area Scale for Brazilian adolescents. **Cadernos de saude publica**, v. 25, n. 10, p. 2179-2186, 2009.

COOPER, P. J. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of eating disorders**, v. 6, n. 4, p. 485-494, 1987.

CÔRTEZ, M. G. et al. O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura [Silhouette scales and body satisfaction in adolescents: a systematic literature review]. **Cad Saúde Pública**, v. 29, p. 427-44, 2013.

CURRIE, J.; WIDOM, C. S. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. **Child maltreatment**, v. 15, n. 2, p. 111-120, 2010.

DAMIANO, S. R. et al. Relationships between body size attitudes and body image of 4-year-old boys and girls, and attitudes of their fathers and mothers. **Journal of eating disorders**, v. 3, n. 1, p. 1, 2015.

DANESE, A.; TAN, M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. **Mol Psychiatry**, v. 19, n. 5, p. 544-554, 05//print 2014.

DAVISON, K. K.; BIRCH, L. L. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. **Pediatrics**, v. 107, n. 1, p. 46-53, 2001.

DORAHY, M. J.; VAN DER HART, O.; MIDDLETON, W. Childhood trauma: epidemiology and historical. **The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic**, p. 3, 2010.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 167-184, 2003.

DUARTE, M. D. F. D. S. Maturação física: uma revisão da literatura, com especial atenção à criança brasileira. **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. supl 1, p. 71-84, 1993.

DUBE, S. R. et al. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 28, n. 5, p. 430-438, 6// 2005.

DUNKLEY, D. M.; MASHEB, R. M.; GRILO, C. M. Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 3, p. 274-281, 2010.

DURKIN, S. J.; PAXTON, S. J. Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. **Journal of psychosomatic research**, v. 53, n. 5, p. 995-1005, 2002.

EIDSDOTTIR, S. T. et al. Association between higher BMI and depressive symptoms in Icelandic adolescents: the mediational function of body image. **The European Journal of Public Health**, v. 24, n. 6, p. 888-892, 2014.

EISENBERG, M. E.; NEUMARK-SZTAINER, D.; PAXTON, S. J. Five-year change in body satisfaction among adolescents. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 61, n. 4, p. 521-527, 10// 2006.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Artmed, 2001. ISBN 8536310219.

EUBANKS, J. R.; KENKEL, M. Y.; GARDNER, R. M. Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse **Perceptual and motor skills**, v. 102, n. 2, p. 485-497, 2006.

FAIRBURN, C. G.; BEGLIN, S. J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 4, p. 363-370, 1994.

FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. **Child abuse & neglect**, v. 32, n. 6, p. 607-619, 2008.

FERNANDES, A. E. R. Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte. **Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais**, 2007.

FERREIRA, F. R. The production of meanings regarding body image. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 471-483, 2008.

FESTINGER, L. A theory of social comparison processes. **Human relations**, v. 7, n. 2, p. 117-140, 1954.

FIDELIX, Y. L. et al. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 3, 2011.

FONSECA, H. et al. Obesidade na Adolescência: uma proposta de intervenção. **Acta Pediatrica Portuguesa**, v. 39, n. 2, p. 53-6, 2008.

FORTES LDE, S. et al. [Does self-esteem affect body dissatisfaction levels in female adolescents?]. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 3, p. 236-40, Sep 2014.

FRANCIA REYES, M. E. Maltrato infantil: Un problema de todos. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 19, n. 1, p. 0-0, 2003.

FULKERSON, J. A. et al. Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family. **J Consult Clin Psychol**, v. 75, n. 1, p. 181-6, Feb 2007.

FUNG, K.; DENNIS, C.-L. Postpartum depression among immigrant women. **Current opinion in Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 342-348, 2010.

GALLAGHER, S. Body image and body schema: A conceptual clarification. **Journal of Mind and Behavior**, v. 7, n. 4, p. 5417554, 1986.

GARBIN, C. A. S. et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2011.

GARDNER, R. M.; BOICE, R. A computer program for measuring body size distortion and body dissatisfaction. **Behavior Research Methods, Instruments, & Computers**, v. 36, n. 1, p. 89-95, 2004.

GARDNER, R. M.; FRIEDMAN, B. N.; JACKSON, N. A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. **Perceptual and motor skills**, v. 86, n. 2, p. 387-395, 1998.

GARDNER, R. M.; GARDNER, E. A.; MORRELL JR, J. A. Body image of sexually and physically abused children. **Journal of Psychiatric Research**, v. 24, n. 4, p. 313-321, // 1990.

GARNER, D. M. Body image in anorexia nervosa. **The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie**, 1981.

GELLERT, G. **Confronting violence: answering questions about the epidemic destroying america's homes and communities**. American Public Health association, 2010. ISBN 0875531962.

GIBBONS, F. X.; BUUNK, B. P. Individual differences in social comparison: development of a scale of social comparison orientation. **Journal of personality and social psychology**, v. 76, n. 1, p. 129, 1999.

GILA, A. et al. Subjective body-image dimensions in normal and anorexic adolescents. **British Journal of Medical Psychology**, v. 71, n. 2, p. 175-184, 1998.

GILBERT, R. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **The lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68-81, 2009.

GLASER, D. Child maltreatment. **Psychiatry**, v. 4, n. 7, p. 53-57, 7/1/ 2005.

GLUCK, M. E.; GELIEBTER, A. Racial/ethnic differences in body image and eating behaviors. **Eating behaviors**, v. 3, n. 2, p. 143-151, 2002.

GOLDFIELD, G. S. et al. Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. **Journal of School Health**, v. 80, n. 4, p. 186-192, 2010.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. **Rev Saude Publica**, v. 40, n. 2, p. 249-55, Apr 2006.

GRILO, C. M. et al. Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. **Addictive Behaviors**, v. 19, n. 4, p. 443-450, 7// 1994.

GROVES, B. M. et al. **Identifying and Responding to Domestic Violence: Consensus Recommendations For Child and Adolescent Health**. San Francisco, CA: United States of America 2002. 77

GUERRA, V. N. D. A. Violência física doméstica contra crianças e adolescentes: os difíceis caminhos do conhecimento científico. **Temas em Psicologia**, v. 1, n. 3, p. 137-153, 1993.

HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1083-1093, 2003.

HEIM, C. et al. The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. **Psychoneuroendocrinology**, v. 33, n. 6, p. 693-710, 7// 2008.

HELFERT, S.; WARSCHBURGER, P. A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. **Body Image**, v. 8, n. 2, p. 101-109, 2011.

HELFERT, S.; WARSCHBURGER, P. The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 7, n. 1, p. 16, 2013.

HEMMINGSSON, E.; JOHANSSON, K.; REYNISDOTTIR, S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 15, n. 11, p. 882-893, 2014.

HILDYARD, K. L.; WOLFE, D. A. Child neglect: Developmental issues and outcomes. **Child Abuse & Neglect**, v. 26, n. 6-7, p. 679-695, 2002.

HJORTH, C. W.; HARWAY, M. The body-image of physically abused and normal adolescents. **Journal Of Clinical Psychology**, v. 37, n. 4, p. 863-866, 1981.

HOLT, S.; BUCKLEY, H.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, n. 8, p. 797-810, 8// 2008.

HUSSEY, J. M.; CHANG, J. J.; KOTCH, J. B. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. **Pediatrics**, v. 118, n. 3, p. 933-942, 2006.

IBGE. **Características étnico-raciais da população : um estudo das categorias de classificação de cor ou raça : 2008 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. 99 ISBN 9788524042003.

_____. **Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 126p : il. ISBN 9788524043871.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. D. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. 2009.

JACKSON, T.; CHEN, H. Predicting changes in eating disorder symptoms among adolescents in China: an 18-month prospective study. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 37, n. 4, p. 874-85, Oct 2008.

JACOBI, C. Psychosocial risk factors for eating disorders. **Eating disorders review**, v. 1, p. 59-84, 2005.

JOHNSON, J. G. et al. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. **Archives of general psychiatry**, v. 56, n. 7, p. 600-606, 1999.

JORGE, M. H. P. D. M. Violência como problema de saúde pública. **Ciência e Cultura**, v. 54, p. 52-53, 2002.

JUANG, K. D.; YANG, C.-Y. Psychiatric Comorbidity of Chronic Daily Headache: Focus on Traumatic Experiences in Childhood, Post-Traumatic Stress Disorder and Suicidality. **Current Pain and Headache Reports**, v. 18, n. 4, p. 1-7, 2014.

KAKESHITA, I. Estudo das relações entre o estado nutricional, a percepção da imagem corporal e o comportamento alimentar em adultos [dissertação]. **São Paulo: Universidade de São Paulo**, 2004.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. D. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006.

KEARNEY-COOKE, A.; STRIEGEL-MOORE, R. H. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. **International Journal of Eating Disorders**, v. 15, n. 4, p. 305-319, 1994.

KEERY, H.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. **Body image**, v. 1, n. 3, p. 237-251, 2004.

KEMPE, C. H. et al. The Battered-Child Syndrome. **JAMA**, v. 181, n. 1, p. 17-24, 1962.

KENDLER, K. S. et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. **Archives of general psychiatry**, v. 57, n. 10, p. 953-959, 2000.

KLEIN, D. A.; WALSH, B. T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. **Physiology & behavior**, v. 81, n. 2, p. 359-374, 2004.

KNIGHT, B. The history of child abuse. **Forensic Science International**, v. 30, n. 2, p. 135-141, 1986/02/01 1986.

KONG, M. The model of self mediates the association between childhood psychological maltreatment and body dissatisfaction in women. 2011.

KREMER, I.; ORBACH, I.; ROSENBLOOM, T. Body image among victims of sexual and physical abuse. **Violence and victims**, v. 28, n. 2, p. 259-273, 2013.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

LABBÉ, J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, n. 4, p. 311-324, 4// 2005.

LARANJEIRA, R. et al. II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Violência contra Crianças ou Adolescentes e Uso de Drogas - Resultados Parciais., 01/04/2016 2014. Disponível em: < http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/05/LENAD_-_VioContraCrian%C3%A7a_Final.pdf >.

LAURITSEN, J.; BRUUS, M.; MYATT, M. **EpiData 3.02** 2004.

LAUS, M. F. et al. Geographic location, sex and nutritional status play an important role in body image concerns among Brazilian adolescents. **Journal of health psychology**, v. 18, n. 3, p. 332-338, 2013.

LEÃO, A. Desejabilidade social numa população com excesso de peso. 2007.

LEME, A. C. B.; PHILIPPI, S. T. Teasing and weight-control behaviors in adolescent girls. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 4, p. 431-436, 2013.

LI, L. et al. Childhood maltreatment increases the risk for visceral obesity. **Obesity**, v. 23, n. 8, p. 1625-1632, 2015.

LIBBEY, H. P. et al. Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. **Obesity (Silver Spring)**, v. 16 Suppl 2, p. S24-9, Nov 2008.

LYNCH, M. A. Child abuse before Kempe: An historical literature review. **Child Abuse & Neglect**, v. 9, n. 1, p. 7-15, 1985/01/01 1985.

MACHOVER, K. Personality projection in the drawing of the human figure (A method of personality investigation). 1949.

MACMILLAN, H. L. et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 11, p. 1878-1883, 2001.

MADRIGAL, H. et al. Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. **Public health**, v. 114, n. 6, p. 468-473, 2000.

MALYSSE, S.; GOLDENBERG, M. Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**, v. 2, p. 79-137, 2002.

MARTINS, C. B. D. G.; JORGE, M. H. P. D. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, p. 315-334, 2009.

MCCABE, M. P. et al. Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v. 3, n. 2, p. 163-171, 6// 2006.

MCELHONE, S. et al. Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union. **Public Health Nutrition**, v. 2, n. 1a, p. 143-151, 1999.

MENDONÇA, K. L. et al. Does nutritional status interfere with adolescents' body image perception? **Eating behaviors**, v. 15, n. 3, p. 509-512, 2014.

MILNER, J. S.; ROBERTSON, K. R.; ROGERS, D. L. Childhood history of abuse and adult child abuse potential. **Journal of Family Violence**, v. 5, n. 1, p. 15-34, 1990.

MINAYO, M. C. D. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 1, p. 91-102, 2001.

MIRANDA, V. P. N. et al. Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 6, p. 1791-1801, 2014.

MOLINA, M. R. A. L. Sintomas depressivos e gênero: observando as diferenças em amostras clínica e não clínica de adultos jovens. 2013.

MÔNICA ARPINI, D.; TANURE, B.; CRISTINE OSS-EMER SOARES, A. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 2, p. 95-111, 2008.

MORAES, C.; ANJOS, L. A. D.; MARINHO, S. M. S. D. A. Construção, adaptação e validação de escalas de silhuetas para autoavaliação do estado nutricional: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 7-20, 2012.

MOURA, A. T. M. S. D.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2926-2936, 2008.

MULLENDER, A. et al. **Children's perspectives on domestic violence**. Sage, 2002. ISBN 1446233146.

MUTH, J. L.; CASH, T. F. Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? 1. **Journal of applied social psychology**, v. 27, n. 16, p. 1438-1452, 1997.

MYERS, T. A.; CROWTHER, J. H. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. **Journal of abnormal psychology**, v. 118, n. 4, p. 683, 2009.

NEEDHAM, B. L.; CROSNOE, R. Overweight status and depressive symptoms during adolescence. **J Adolesc Health**, v. 36, n. 1, p. 48-55, Jan 2005.

NICIDA, D. P.; MACHADO, K. S. O uso de duas escalas de silhueta na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão de literatura. **InterfacEHS**, v. 9, n. 2, 2014.

NORMAN, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.

O'DEA, J. A. Self-concept, Self-esteem and Body Weight in Adolescent Females A Three-year Longitudinal Study. **Journal of health psychology**, v. 11, n. 4, p. 599-611, 2006.

O'DEA, J. A.; CAPUTI, P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6-to 19-year-old children and adolescents. **Health education research**, v. 16, n. 5, p. 521-532, 2001.

PANCINO, C.; SILVERIA, L. Pequeno demais, pouco demais . A criança e a morte na Idade Moderna. **Cadernos de História da Ciência**, v. 6, p. 179-212, 2010.

PAXTON, S. J.; EISENBERG, M. E.; NEUMARK-SZTAINER, D. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. **Developmental psychology**, v. 42, n. 5, p. 888, 2006.

PAXTON, S. J. et al. **Body image and eating disorders**. 2010. 151-168

PAXTON, S. J. et al. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. **Journal of abnormal psychology**, v. 108, n. 2, p. 255, 1999.

PELEGRINI, A. et al. Dissatisfaction with body image among adolescent students: association with socio-demographic factors and nutritional status. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 4, p. 1201-8, Apr 2014.

PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. **Psicologia USP**, v. 1, n. 2, p. 167-174, 1990.

PEREIRA, E. et al. Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 3, p. 423-9, 2011.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Insatisfação corporal em adolescentes rurais e urbanos. **Motricidade**, v. 5, p. 13-25, 2009.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1071-1077, 2012.

PHILLIPS, N. K. et al. Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. **Journal of abnormal child psychology**, v. 33, n. 1, p. 13-24, 2005.

PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, E. R. J. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 489-496, 2006.

PINHEIRO, P. S. World report on violence against children. 2006.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

PIRES, A. L.; MIYAZAKI, M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-9, 2005.

PRESNELL, K.; BEARMAN, S. K.; STICE, E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. **International Journal of eating disorders**, v. 36, n. 4, p. 389-401, 2004.

PUDEL, V.; BECKER, K.; WESTENHÖFER, J. Ausgewählte sozio-kulturelle Einflüsse auf das Ernährungsverhalten. **Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht**, p. 177-222, 1992.

RADBILL, S. X. The first treatise on pediatrics. **American Journal of Diseases of Children**, v. 122, n. 5, p. 369-371, 1971.

RAMALHETE, C.; SANTOS, G. D. Imagem do corpo e problemas comportamentais em adolescentes vítimas de abuso sexual. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. Vol.2, p. 225 - 234, 2011.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. D. G. C.; REIS, J. N. D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 456-464, 2004.

RIBEIRO, R. P. P.; DOS SANTOS, P. C. M.; DOS SANTOS, J. E. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 31, n. 1, p. 45-53, 1998.

RICCIARDELLI, L. A.; MCCABE, M. P. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. **Clinical Psychology Review**, v. 21, n. 3, p. 325-344, 4// 2001.

RICCIARDELLI, L. A.; MCCABE, M. P.; BANFIELD, S. Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends and the media. **Journal of psychosomatic research**, v. 49, n. 3, p. 189-197, 2000.

RICCIARDELLI, L. A. et al. A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 24, n. 4, p. 475-495, 9// 2003.

ROCHE, A. J. et al. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, n. 4, p. 325-334, 4// 2005.

ROLIM, A. C. A. et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 794-804, 2014.

RUFF, G. A.; BARRIOS, B. A. Realistic assessment of body image. **Behavioral Assessment**, 1986.

SANDERS, B.; BECKER-LAUSEN, E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. **Child abuse & neglect**, v. 19, n. 3, p. 315-323, 1995.

SANDS, R. et al. Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. **International Journal of Eating Disorders**, v. 21, n. 2, p. 159-166, 1997.

SANTANA, M. L. et al. Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. 2013.

SCHAAF, K. K.; MCCANNE, T. R. Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders. **Child Abuse & Neglect**, v. 18, n. 8, p. 607-615, 1994.

SCHERER, F. C. et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

SCHILDER, P. The image and appearance of the human body. 1935.

SCHILLING, C. et al. Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in inpatient psychotherapy: A typological approach. **Psychopathology**, v. 48, n. 2, p. 91-100, 2014.

SES-RJ. **Resolução 1354 de 14 de Julho de 1999**. Rio de Janeiro: SES-RJ. : Secretaria Estadual de Saúde – Rio de Janeiro 1999.

SHERWOOD, D. Chronic subdural hematoma in infants. **American Journal of Diseases of Children**, v. 39, n. 5, p. 980-1021, 1930.

SILVA, M. L. D. A.; TAQUETTE, S. R.; COUTINHO, E. S. F. Senses of body image in adolescents in elementary school. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 438-444, 08/12/received 02/26/accepted 2014.

SILVERMAN, F. N. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. **The American journal of roentgenology, radium therapy, and nuclear medicine**, v. 69, n. 3, p. 413, 1953.

SLADE, P. A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Anorexia Nervosa and Bulimic Disorder: Current Perspectives**, p. 255-265, 1986.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SOLOMON, C. R.; SERRES, F. Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. **Child Abuse & Neglect**, v. 23, n. 4, p. 339-351, 1999.

SPATZ WIDOM, C.; MARMORSTEIN, N. R.; RASKIN WHITE, H. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 20, n. 4, p. 394, 2006.

STATACORP, L. Stata data analysis and statistical Software. **Special Edition Release**, v. 10, 2007.

_____. Base reference manual release 13. **USA: StataCorp LP**, 2013.

STICE, E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical psychology review**, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STICE, E.; WHITENTON, K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. **Developmental Psychology**, v. 38, n. 5, p. 669-678, 2002.

STOLTENBORGH, M. et al. The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, v. 21, n. 8, p. 870-890, 2012/11/01 2012.

STORMER, S. M.; THOMPSON, J. K. Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. **International Journal of Eating Disorders**, v. 19, n. 2, p. 193-202, 1996.

STRAUS, M. A. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. **Journal of Marriage and the Family**, p. 75-88, 1979.

TARDIEU, A. A. **Étude médico-légale sur les sévices et les mauvais traitements exercés sur les enfants.** Ann hyg publ med leg 1860.

TAVARES, M. D. C. G. C. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. In: (Ed.). **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento:** Manole, 2003.

THOMPSON, J. K. et al. Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. **The International Journal Of Eating Disorders**, v. 18, n. 3, p. 221-236, 1995.

THOMPSON, J. K.; HEINBERG, L. J. The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? **Journal of Social Issues**, v. 55, n. 2, p. 339-353, 1999.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance.** American Psychological Association, 1999. ISBN 1557985413.

TIETJEN, G. E.; BUSE, D. C.; COLLINS, S. A. Childhood Maltreatment in the Migraine Patient. **Current Treatment Options in Neurology**, v. 18, n. 7, p. 1-15, 2016.

TREUER, T. et al. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. **European Eating Disorders Review**, v. 13, n. 2, p. 106-111, 2005.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Revista de nutrição. Campinas. Vol. 20, n. 2 (mar./abr. 2007), p. 119-128**, 2007.

TRIPP, M. M.; PETRIE, T. A. Sexual abuse and eating disorders: A test of a conceptual model. **Sex Roles**, v. 44, n. 1-2, p. 17-32, 2001.

TURY, F.; SZABO, P. **Disorders of eating behaviour anorexia and bulimia nervosa. Psychiatry on the turn of the millennium series:** Budapest: Medicina Publishing 2000.

VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. Self-schema and social comparison explanations of body dissatisfaction: A laboratory investigation. **Body Image**, v. 4, n. 1, p. 29-38, 2007.

VAN DEN BERG, P. et al. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. **Journal of psychosomatic research**, v. 53, n. 5, p. 1007-1020, 2002.

VAN DEN BERG, P. A. et al. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. **Journal of Adolescent Health**, v. 47, n. 3, p. 290-296, 2010.

VANDER WAL, J. S.; THELEN, M. H. Predictors of body image dissatisfaction in elementary-age school girls. **Eating Behaviors**, v. 1, n. 2, p. 105-122, 2000.

VILELA, J. E. et al. Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr**, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

VOELKER, D. K.; REEL, J. J.; GREENLEAF, C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. **Adolescent health, medicine and therapeutics**, v. 6, p. 149, 2015.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012. **Caderno complementar**, v. 1, 2012.

WALLER, G. et al. Sexual abuse and body-image distortion in the eating disorders. **British journal of clinical psychology**, v. 32, n. 3, p. 350-352, 1993.

WEARY, G.; ELBIN, S.; HILL, M. G. Attributional and social comparison processes in depression. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 52, n. 3, p. 605, 1987.

WHO. Child maltreatment: Fact sheet. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en>>.

WICHSTRØM, L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. **Developmental psychology**, v. 35, n. 1, p. 232, 1999.

WICHSTRØM, L.; PEDERSEN, W. Use of anabolic-androgenic steroids in adolescence: winning, looking good or being bad? **Journal of studies on alcohol**, v. 62, n. 1, p. 5-13, 2001.

WILDES, J. E.; EMERY, R. E.; SIMONS, A. D. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A meta-analytic review. **Clinical psychology review**, v. 21, n. 4, p. 521-551, 2001.

WILLIAMS, A. N.; GRIFFIN, N. K. 100 years of lost opportunity. Missed descriptions of child abuse in the 19th century and beyond. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, n. 10, p. 920-924, 10// 2008.

WISE, L. A. et al. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. **The Lancet**, v. 358, n. 9285, p. 881-887, 2001.

WOOD, J. V. et al. Strategies of social comparison among people with low self-esteem: self-protection and self-enhancement. **Journal of personality and social psychology**, v. 67, n. 4, p. 713, 1994.

XU, X. et al. Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. **Body Image**, v. 7, n. 2, p. 156-164, 2010.

ANEXO A – Versão do instrumento *Conflict Tactics Scale Form R (CTS-1)* aplicado no
ELANA

<p>N. Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças/desavenças. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças/desavenças entre pessoas que moram juntas. Para cada uma das coisas listadas a seguir, marque se já aconteceu e quantas vezes, mais ou menos, isto ocorreu em momentos de desentendimentos e discussões entre você e sua mãe (ou madrasta ou companheira/mulher/namorada de seu pai) NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES.</p>		
<p>NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES, em momentos de desentendimentos ou desavenças entre VOCÊ E SUA MÃE (ou madrasta, se você não morar com sua mãe e tiver uma madrasta)...</p>		
<p>N1. ...ela discutiu o problema calmamente com você?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>N2. ...ela procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>N3. ...ela trouxe, ou tentou trazer, alguém para ajudar a acalmar as coisas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>N4. ...ela te xingou ou insultou?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N5. ...ela ficou emburrada ou não falou mais do assunto?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N6. ...ela se retirou do quarto, da casa ou da área?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N7. ...ela chorou?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N8. ...ela fez ou disse coisas só para te irritar?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N9. ...ela ameaçou bater ou jogar coisas em você?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N10. ...ela destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		
<p>N11. ...ela jogou coisas sobre você?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu 2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez 3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez</p>		

NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES, em momentos de desentendimentos ou desavenças entre VOCÊ E SUA MÃE (ou madrasta, se você não morar com sua mãe e tiver uma madrasta)...		
N12. ...ela empurrou ou agarrou você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N13. ...ela deu tapa ou bofetada em você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N14. ...ela chutou, mordeu ou deu um murro em você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N15. ...ela bateu ou tentou bater em você com objetos?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N16. ...ela espancou você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N17. ...ela estrangulou ou sufocou você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N18. ...ela ameaçou você com faca ou arma?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N19. ...ela usou faca ou arma contra você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
N20. As respostas acima se referem ao seu relacionamento com a sua...		
1 <input type="checkbox"/> Mãe	2 <input type="checkbox"/> Madrasta	3 <input type="checkbox"/> Outra (<i>informe o seu parentesco com ela</i>): _____

O. Para cada uma das coisas listadas a seguir, marque se já aconteceu e quantas vezes, mais ou menos, isto ocorreu em momentos de desentendimentos e discussões entre você e seu pai (ou padrasto ou companheiro/marido/namorado de sua mãe) **NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES.**

NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES, em momentos de desentendimentos ou desavenças entre VOCÊ E SEU PAI (ou padrasto, se você não morar com seu pai e tiver um padrasto)...

O1. ...ele discutiu o problema calmamente com você?

1 Sim 2 Não

O2. ...ele procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar?

1 Sim 2 Não

O3. ...ele trouxe, ou tentou trazer, alguém para ajudar a acalmar as coisas?

1 Sim 2 Não

O4. ...ele te xingou ou insultou?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O5. ...ele ficou emburrado ou não falou mais do assunto?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O6. ...ele se retirou do quarto, da casa ou da área?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O7. ...ele chorou?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O8. ...ele fez ou disse coisas só para te irritar?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O9. ...ele ameaçou bater ou jogar coisas em você?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O10. ...ele destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O11. ...ele jogou coisas sobre você?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

O12. ...ele empurrou ou agarrou você?

1 Nunca aconteceu 2 Aconteceu apenas 1 vez 3 Aconteceu mais de 1 vez

NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES, em momentos de desentendimentos ou desavenças entre VOCÊ E SEU PAI (ou padrasto, se você não morar com seu pai e tiver um padrasto)...		
O13. ...ele deu tapa ou bofetada em você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O14. ...ele chutou, mordeu ou deu um murro em você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O15. ...ele bateu ou tentou bater em você com objetos?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O16. ...ele espancou você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O17. ...ele estrangulou ou sufocou você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O18. ...ele ameaçou você com faca ou arma?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O19. ...ele usou faca ou arma contra você?		
1 <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu	2 <input type="checkbox"/> Aconteceu apenas 1 vez	3 <input type="checkbox"/> Aconteceu mais de 1 vez
O20. As respostas acima se referem ao seu relacionamento com o seu...		
1 <input type="checkbox"/> Pai	2 <input type="checkbox"/> Padrasto	3 <input type="checkbox"/> Outro (<i>informe o seu parentesco com ele</i>): _____

ANEXO B – Instrumento *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*

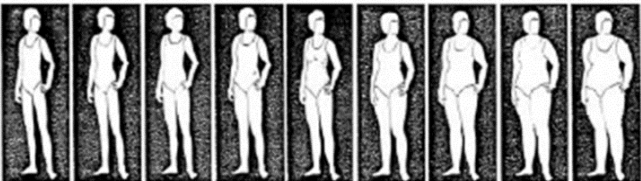
<p>P. As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança. Para cada afirmação, marque a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu desde que você se lembre até os seus 10 anos de idade.</p>			
<p>Complete a frase: <u>Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...</u></p>			
<p>P1. ...eu não tive o suficiente para comer.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P2. ...eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P3. ...as pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P4. ...meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P5. ...houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P6. ...eu tive que usar roupas sujas.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P7. ...eu me senti amado (a).</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P8. ...eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P9. ...eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P10. ...não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P11. ...alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>P12. ...eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.</p>			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre

Complete a frase: Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...			
P13. ...as pessoas da minha família cuidavam umas das outras.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P14. ...as pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P15. ...eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P16. ...eu tive uma ótima infância.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P17. ...eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P18. ...eu senti que alguém da minha família me odiava.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P19. ...as pessoas da minha família se sentiam unidas.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P20. ...eu tive a melhor família do mundo.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P21. ...eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P22. ...houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre
P23. ...minha família foi uma fonte de força e apoio.			
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sempre

ANEXO C – Instrumento Escala de Silhuetas Corporais utilizado no estudo ELANA


I. Marque a figura...

I1. ...com a qual você acha que mais se parece:



1 2 3 4 5 6 7 8 9


I2. ...com a qual você mais gostaria de parecer:



1 2 3 4 5 6 7 8 9


I. Marque a figura...

I1. ...com a qual você acha que mais se parece:



1 2 3 4 5 6 7 8 9

I2. ...com a qual você mais gostaria de parecer:



1 2 3 4 5 6 7 8 9

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 1º ANO

Propósitos do estudo: Na escola em que seu (sua) filho(a) estuda será desenvolvida uma pesquisa sobre o estado nutricional e os fatores que podem interferir no mesmo. Neste estudo serão realizadas as medidas de peso, altura, circunferência da cintura e gordura corporal, as quais acontecerão em três ocasiões, uma por semestre, por um período de dois anos.

Seu filho irá responder a um questionário com perguntas sobre consumo alimentar, atividade física, imagem corporal, traumas e conflitos e comportamentos relacionados à alimentação. Também será avaliado quanto à resistência física por meio de um teste de corrida acompanhado por Educador Físico. A coleta dos dados será realizada em cada semestre, a partir de março de 2010, no período escolar, com marcação prévia e apenas após a explicação detalhada dos procedimentos ao adolescente e mediante o seu consentimento e o de seus pais e/ou responsáveis.

Seu filho será informado do diagnóstico quanto ao seu estado nutricional e aptidão física, podendo ser alertado para a necessidade de orientação nutricional, se houver indicação. As informações globais serão enviadas para a direção da escola e servirão de base para programar possíveis atividades futuras que tenham a finalidade de promover a saúde do adolescente.

Privacidade: As informações obtidas nesta investigação são confidenciais. Os dados individuais serão fornecidos somente para o participante do estudo. As informações científicas resultantes poderão ser apresentadas em eventos científicos, como congressos, e publicadas em revistas científicas, sem que a identidade dos participantes seja revelada.

Participação voluntária: A participação do adolescente neste estudo é totalmente voluntária e não está condicionada a qualquer tipo de remuneração. O adolescente poderá desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem nenhum tipo de represália ou prejuízo.

Com quem você deve entrar em contato em caso de dúvida:

Se você tiver dúvidas sobre o estudo ou algum dado relacionado à pesquisa poderá entrar em contato com os supervisores do trabalho de campo, Alice Helena Pacheco [Telefone: (21) 2334-0504 ramal 160 ou e-mail: alicelena@gmail.com], Tatiana Tavares Ribeiro [Telefone: (21) 2334-0504 ramal 160 ou e-mail: tatiribeironut@yahoo.com.br] e Ana Carolina Reiff [Telefone: (21) 2334-0504 ramal 158 ou e-mail: carolreiff@gmail.com], a qualquer momento que você julgar necessário, assim como com a Profª Glória Valéria da Veiga, do Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ [Telefone: (21) 2562-6432 ou e-mail: gvveiga@globocom]. Suas dúvidas também podem ser enviadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003 –Bloco D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235 ramal 108, fax (21) 2264-1142 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

Declaro, por meio deste termo, que eu, _____ (*nome do responsável pelo(a) adolescente*) concordo e autorizo a participação do meu (minha) filho(a) _____, (*coloque na linha acima o nome do(a) adolescente*) estudante do colégio _____, cursando o _____ ano e a turma _____, caso ele(a) assim o deseje, na pesquisa intitulada Estudo Longitudinal sobre Avaliação do Estado Nutricional de Adolescentes, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

ID: |__|__|__|__| (Para preenchimento pela equipe de pesquisa).

Por favor, preencha as informações abaixo:

1) Qual foi a última série (ou ano) e o último grau concluídos, na escola, pelos pais ou responsáveis do adolescente?

a) Mãe: |__| série/ano do |__| grau |__| Nunca estudou

b) Pai: série/ano do grau Nunca estudou

Atenção: Marque 1º grau se for Ensino Fundamental (antigo primário e ginásio), 2º grau se for Ensino Médio (antigo colegial ou científico) e 3º grau se for Ensino Superior.

2) Informe quem é o chefe da família (ou seja, aquele que contribui com a maior parte da renda para manutenção da casa): 1 Mãe 2 Pai 3 Outro. Quem? _____.

3) Caso o chefe da família não seja o pai nem a mãe, por favor, informe a escolaridade do chefe da família: série/ano do grau.

4) Marque com um X quais, entre as pessoas abaixo, moram com o(a) adolescente na maior parte da semana?

1 Mãe 2 Madrasta ou companheira do pai 3 Pai 4 Padrasto ou companheiro da mãe 5 Avó materna 6 Avó materno 7 Avó paterna 8 Avó paterno.

5) Informe, abaixo, o peso e a altura dos pais do(a) adolescente:

a) Mãe: peso: _____ kg altura: _____ m (*Exemplo: 1,55 m*).

b) Pai: peso: _____ kg altura: _____ m (*Exemplo: 1,55 m*).

6) O(A) seu(sua) filho(a) tem algum problema de saúde que o impeça de realizar uma corrida? 1 Sim. Qual(is)? _____ 2 Não.

7) Algum médico ou profissional de saúde informou que seu(sua) filho(a) não deve praticar atividade física atualmente? 1 Sim 2 Não.

Rio de Janeiro, 19 de março de 2010

Assinatura do pai ou mãe ou responsável/ Assinatura do(a) adolescente participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO E – Aceite do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa “Estudo longitudinal de avaliação nutricional de adolescentes (ELANA)” (CAAE – 0020.0.259.000-09), coordenado por Rosely Sichieri, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 18/08/2009.

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2009

Maria Helena Costa-Couto
p/ MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

ANEXO F – Carta de Aceite das Escolas Públicas



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
COORDENADORIA REGIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA VIII
GERÊNCIA DE ENSINO, GESTÃO E INTEGRAÇÃO

Ofício/Ensino N° 061/2009

Niterói, 15 de julho de 2009

De: Gerência de Ensino, Gestão e Integração

Para: Direção dos Colégios Estaduais Aurelino Leal e Raul Vidal

Assunto: Carta de Apresentação

Projeto de pesquisa sobre nutrição - UFRJ

Prezadas Diretoras,

A equipe do Departamento de Nutrição da UFRJ que desenvolve o Projeto "Evolução do estado nutricional de adolescentes estudantes de escolas públicas estaduais de Niterói - RJ: comparação de estudos realizados em 2003 e 2009", apresentou-nos relatório das atividades executadas e dos principais resultados alcançados, bem como nova proposta para análise.

Avaliada a documentação, concluímos pela relevância do trabalho e consideramos ser, a apreciação de seus dados, de possível grande valia para aplicação por vários segmentos para medidas que possam corrigir problemas relacionados à alimentação, ao crescimento, à saúde física e psicológica dos alunos.

Sendo assim, autorizamos o contato com as escolas e, mediante o êxito obtido pelo Projeto em experiências anteriores em sua unidade escolar, solicitamos sua sempre inestimável atenção no sentido de facilitar o necessário contato com os alunos e pais para ver se há interesse na retomada do mesmo.

Atenciosamente,

Beatriz Trézze
Gerência de Ensino, Gestão e Integração


Beatriz Trézze
Gerente
Gerência de Ensino, Gestão e Integração
CR Metropolitana VIII - Niterói
Fone: 02120490-2


Coordenadoria Regional
Metropolitana VIII - Niterói
Fone: 02123305-7

ANEXO G – Carta de Aceite das Escolas Privadas

Rio de Janeiro, 26 de agosto de 2009.

De: Rede de Ensino Santa Mônica

Para: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Assunto: Carta de Aceite referente ao Projeto de Pesquisa 'Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA)

Declaro, em nome da **Rede de Ensino Santa Mônica**, ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA)", coordenado pela professora Gloria Valeria da Veiga, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, dando-lhe consentimento para realizar a pesquisa nos Colégios Santa Mônica (Unidades de Bonsucesso, Taquara, Cachambi e São Gonçalo), coletando os dados citados no projeto, entre os adolescentes, durante o período estabelecido pelo cronograma do mesmo. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente garantido o anonimato de todos os participantes, bem como da Rede de Ensino Santa Mônica.

Atenciosamente,

Nome do Responsável
Cargo do mesmo