



 Sarah Emanuelle Almeida
Fontes da Silva¹

 Julia Duppre de Abreu²

 Mariana Ribeiro Costa Portugal³

¹ Centro Universitário de Volta Redonda^{ROR}, Curso de Nutrição. Volta Redonda, RJ, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense^{ROR}, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio. Niterói, RJ, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro^{ROR}, Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Aplicada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência

Mariana Ribeiro Costa Portugal
marianarcostaportugal@gmail.com

Editora Associada

 Luciane Pires da Costa

Risco de transtorno alimentar e preocupações com a imagem corporal em mulheres com deficiência visual

Eating disorder risk and body image concerns in visually impaired women

Resumo

Indivíduos com deficiência visual podem ter dificuldades para perceber seus corpos e acabar desenvolvendo questões em relação a imagem corporal e perturbações no comportamento alimentar. O objetivo principal deste trabalho original foi avaliar a presença da (in)satisfação com a imagem corporal e a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) em mulheres com deficiência visual. Foram aplicados o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Body Checking Questionnaire* (BCQ) e *Eating Attitudes Test 26* (EAT-26), além da determinação do estado nutricional e coleta de informações sobre exercícios físicos, autonomia na aquisição de insumos e preparo de refeições e uso de mídias sociais. Participaram da pesquisa 37 mulheres com deficiência visual e média de idade de $41,4 \pm 13,9$ anos. Foi observado que 78,3% têm excesso de peso, 23,3% das participantes apresentaram algum grau de insatisfação com a imagem corporal e 45,9% apresentaram comportamentos de risco para TA. Metade das mulheres com baixa visão apresentou comportamentos de risco para TA e uma pontuação média no EAT-26 de $23,1 \pm 14,4$. No grupo com cegueira total, associações diretas foram observadas entre o EAT-26 e BCQ ($r=0,542$; $p=0,013$) e BSQ e BCQ ($r=0,738$; $p<0,001$); e no grupo com baixa visão, associações diretas entre EAT-26 e BSQ ($r=0,581$; $p=0,018$), EAT-26 e BCQ ($r=0,643$; $p=0,007$) e BSQ e BCQ ($r=0,568$; $p=0,002$). A presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares e baixa insatisfação corporal foi identificada entre as mulheres com deficiência visual. Há necessidade de mais estudos que possam ampliar o conhecimento sobre o tema nessa população.

Palavras-chave: Deficiência visual. Portadores de deficiência visual. Imagem corporal. Insatisfação corporal. Transtorno Alimentar.

Abstract

Visually impaired individuals may have difficulty perceiving their bodies and may develop body image and eating disorders. The main purpose of this original research was to assess body image concerns and risk behaviors for eating disorders (ED) in visually impaired women. The Body Shape Questionnaire (BSQ), Body Checking Questionnaire (BCQ) and Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) were used, in addition to determining nutritional

status and collecting information on physical exercise, autonomy in the acquisition of supplies and preparation of meals, and the use of social media. Thirty-seven visually impaired women participated in the study, with a mean age of 41.4 ± 13.9 years. It was observed that 78.3% of the participants were overweight, 23.3% had some degree of body image dissatisfaction, and 45.9% had ED risk. Half of the women with low vision had risky behaviors for ED and a mean score on the EAT-26 of 23.1 ± 14.4 . In the group with total blindness, direct correlations were observed between the EAT-26 and BCQ ($r=0.542$; $p=0.013$) and BSQ and BCQ ($r=0.738$; $p<0.001$) whereas in the low vision group, direct associations were observed between the EAT-26 and BSQ ($r=0.581$; $p=0.018$), EAT-26 and BCQ ($r=0.643$; $p=0.007$), and BSQ and BCQ ($r=0.568$; $p=0.002$). Risk behaviors for ED and low body dissatisfaction were identified among visually impaired women. Further studies are needed to expand the knowledge on this subject in this population.

Keywords: Vision disorders. Visually impaired person. Body image. Body dissatisfaction. Eating disorder..

INTRODUÇÃO

Cerca de 2,2 bilhões de pessoas no mundo vivem com deficiência visual ou cegueira.¹ Estudos indicam que mulheres de todas as idades têm maior risco para deficiência visual do que homens, principalmente porque possuem maior expectativa de vida e pela falta de acesso aos serviços de saúde nos estratos mais pobres. Nesse sentido, mulheres e meninas representam 55% das pessoas com deficiência visual no mundo.^{2,3}

Consideram-se com deficiência visual as “pessoas que apresentam incapacidade total para ver, e aquelas nas quais o prejuízo da visão se encontra em níveis incapacitantes para o exercício de tarefas rotineiras, apesar de possuírem certos graus de visão residual”.² As classificações mais utilizadas envolvem a idade de início da deficiência (deficiência visual congênita ou adquirida) e o nível de acuidade visual (cegos e indivíduos com baixa visão).^{2,3}

A construção da imagem corporal (IC) inicia-se na infância. Nessa fase, ocorre exploração do corpo, propiciando experiências que permitirão o desenvolvimento humano e a formação da IC. A IC é um fenômeno multifacetado e social, sendo definida como a figura que o indivíduo constrói baseando-se no tamanho, no contorno e na forma do seu corpo, incluindo também os sentimentos em relação a ele.⁴

A IC é dividida em duas dimensões: perceptiva e atitudinal. A dimensão perceptiva se refere ao retrato mental que temos do nosso corpo e à precisão com que um indivíduo é capaz de avaliar seu tamanho corporal total ou alguma dimensão física. Por sua vez, a dimensão atitudinal se refere aos comportamentos, sentimentos, emoções, pensamentos e crenças relacionados ao corpo. O comprometimento das dimensões da IC leva a distorções na estimativa do tamanho corporal e avaliações negativas, como, por exemplo, vergonha e repulsa, evitação ou comportamento de checagem e insatisfação corporal.⁵

Para pessoas com deficiência visual, a formação da IC acontece através de experiências e sensações envolvendo os sentidos remanescentes.⁶ Considera-se que tal deficiência propicia limitações na maneira como as pessoas percebem seus corpos, podendo desenvolver questões em relação à IC.⁷ Alguns estudos relataram dificuldades dessa população em perceber seus corpos quanto aos aspectos físicos e motores, além de haver uma percepção distorcida do esquema corporal.⁶⁻⁸ A incapacidade de ver a si mesmo e aos outros pode estimular o desenvolvimento de imagens corporais distorcidas e transtornos alimentares (TA), sobretudo em mulheres.^{9,10}

A insatisfação corporal pode estar associada a baixa autoestima, estresse, isolamento social ou até depressão, independentemente de idade, sexo e estado nutricional.¹¹ Observa-se, contudo, maior insatisfação em mulheres, as quais tendem a se comparar com os demais e a se preocuparem mais com a aparência corporal,^{12,13} o que pode contribuir para o surgimento de TA em pessoas suscetíveis. Distúrbios de IC são frequentemente associados a comportamento alimentar disfuncional.¹⁴⁻¹⁶

Mulheres com deficiência visual também sofrem pressão da sociedade, família e amigos para atingir padrões ideais de beleza impostos e exigidos pela sociedade vidente, o que pode contribuir para a insatisfação com a IC e, conseqüentemente, alterações no comportamento alimentar.¹⁷ Comparadas aos homens com deficiência visual, as mulheres já demonstraram em seus relatos maior insatisfação com a IC.¹⁸ Além da pressão pelo alcance de padrões estéticos, a deficiência visual pode desencadear ou acentuar diversos problemas psicológicos, os quais também podem contribuir para desenvolvimento e manutenção de TA.^{10,19}

Considerando a relevância do tema e a escassez de estudos realizados com esse público, o objetivo deste trabalho foi avaliar a presença da (in)satisfação com a imagem corporal e a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares em mulheres com deficiência visual.

MÉTODOS

População e desenho do estudo

Estudo transversal observacional descritivo realizado na Escola Municipal Especializada Doutor Hilton Rocha (Volta Redonda) e no Instituto Benjamin Constant (Rio de Janeiro), no estado do Rio de Janeiro, entre julho e dezembro de 2022, com mulheres com deficiência visual. Ambas as instituições são especializadas na educação e atendimento de pessoas cegas e com baixa visão de todas as idades, contribuindo para a reinserção social desse público e conquista da autonomia.

Por se tratar de mulheres com deficiência visual, ao serem abordadas, o objetivo da pesquisa era explicado e, para aquelas que aceitaram participar, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi lido pelas pesquisadoras envolvidas, sendo quaisquer dúvidas esclarecidas no mesmo momento. Cada participante recebeu uma cópia do TCLE assinado pela pesquisadora responsável. Foram incluídas mulheres na faixa etária ≥ 18 anos e < 60 anos. A amostragem foi não probabilística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, sob registro CAAE nº 58872122.3.0000.5237.

As perguntas e respectivas opções de respostas presentes em todos os questionários mencionados a seguir foram lidas cuidadosamente pelas pesquisadoras, permitindo que as participantes respondessem de forma adequada.

Determinação do estado nutricional

A aferição de peso foi feita com balança digital e a estatura através foi obtida através do estadiômetro acoplado à balança. Os valores de peso (kg) e altura (m) foram utilizadas para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A classificação do estado nutricional feita segundo os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde.²⁰

Avaliação da (in)satisfação com a imagem corporal

Foi aplicado o *Body Shape Questionnaire* – BSQ²¹ na versão traduzida e validada para a população brasileira.²² Uma pontuação ≤ 110 corresponde à ausência de insatisfação corporal; > 110 e ≤ 138 corresponde à insatisfação leve; > 138 e ≤ 167 , moderada; e > 167 , insatisfação severa. Foi necessário adaptar a pergunta 29 do BSQ, "Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?" para "Perceber seu corpo faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?".

Avaliação da presença de comportamentos de checagem corporal

O *Body Checking Questionnaire* – BCQ²³ na versão traduzida e validada para a população brasileira²⁴ foi aplicado. A pontuação total do questionário varia entre 12 e 60. Quanto maior for a pontuação, mais frequentes são os comportamentos de checagem corporal. Foi necessário substituir o verbo "ver" por "perceber" nas perguntas 7 e 11 do BCQ.

Avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares

Foi utilizado o *Eating Attitudes Test 26* (EAT-26)²⁵ na versão traduzida e validada para a língua portuguesa.²⁶ Um escore ≥ 21 corresponde à presença de comportamentos de risco para TA.

Além da aplicação dos questionários mencionados, foram coletadas as seguintes informações: idade atual, tipo de deficiência visual (congenita ou adquirida), nível de acuidade visual (baixa visão ou cegueira total), prática ou não de exercício físico, se faz compras e/ou prepara as refeições do dia sozinha e se faz uso de mídias sociais. No caso das mulheres que relataram deficiência visual adquirida, foram coletadas informações sobre mudança nos sentimentos com relação ao corpo.

Análise estatística

Após verificação da normalidade na distribuição dos dados, as variáveis contínuas foram apresentadas como médias e desvios padrão, e categorizadas como frequências absoluta e relativa (%). As diferenças entre as médias foram determinadas pelo teste *t* de Student. O teste Qui-Quadrado (χ^2) foi realizado para a comparação entre as frequências. Associações entre as variáveis numéricas foram avaliadas pela determinação do coeficiente de correlação de Pearson (*r*). O nível de significância estatística adotado foi de 5%, e valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. O *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 foi utilizado.

RESULTADOS

Participaram do presente trabalho 37 mulheres com deficiência visual com média de idade de $41,4 \pm 13,9$ anos. A média de IMC observada ($31,0 \pm 7,3$ kg/m²) foi condizente com obesidade, sendo essa a classificação mais prevalente (43,2%; $n=16$). Ao somar as porcentagens referentes ao sobrepeso e a obesidade, verificou-se excesso de peso na maior parte da amostra (78,3%; $n=29$) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra total de mulheres com deficiência visual ($n=37$) em relação a idade, IMC, tipo de deficiência visual e nível de acuidade visual. Volta Redonda e Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

	Médias \pm DP
Idade (anos)	41,4 \pm 13,9
IMC (kg/m ²)	31,0 \pm 7,3
	% (n)
Classificação do IMC	
Eutrofia	21,6 (8)
Sobrepeso	35,1 (13)
Obesidade	43,2 (16)
Tipo de deficiência visual	
Congênita	62,2 (23)
Adquirida	37,8 (14)
Nível de acuidade visual	
Baixa visão	44,4 (16)
Cegueira total	55,6 (20)

IMC: Índice de Massa Corporal; Variáveis numéricas apresentadas como médias e desvios-padrão (DP); Variáveis categorizadas como frequências relativa (%) e absoluta.

Com relação ao tipo de deficiência visual, 62,2% ($n=23$) têm deficiência congênita e 37,8% ($n=14$), deficiência adquirida (Tabela 1). Aquelas com deficiências adquiridas apresentaram média de idade do surgimento da deficiência de $32 \pm 13,3$ anos. Quando questionadas sobre mudanças nos sentimentos em relação ao corpo após adquirirem a deficiência, 35,7% ($n=5$) negaram ter havido tais mudanças, enquanto 64,2% ($n=9$) afirmaram ter havido mudanças nos sentimentos em relação ao corpo após adquirirem a deficiência. Assim, 33,3% ($n=3$) relataram o sentimento de tristeza; 22,1% ($n=2$) relataram a presença de

outros sentimentos, mas não souberam descrevê-los; 22,2% (n=2) relataram se sentir gordas, feias e inseguras; 11,1% (n=1) relataram sentimento de preocupação com aparecimento de sinais que através do toque não pudessem identificar; e 11,1% (n=1) relataram se sentir com o corpo desproporcional e sem valor.

Sobre o nível de acuidade visual na população total, 55,6% (n=20) corresponderam às mulheres com cegueira total e 44,4% (n=16), às mulheres com baixa visão. Do total com cegueira total, 65% (n=13) possuem deficiência visual congênita e 35% (n=7), deficiência visual adquirida, enquanto da população com baixa visão, 56,3% (n=9) possuem deficiência congênita e 43,8% (n=7), deficiência adquirida (Tabela 1).

Mais da metade da amostra não pratica nenhum tipo de exercício físico regularmente (51,4%; n=19), relatou possuir autonomia na aquisição de insumos e preparo das refeições (59,5%; n=22), e quase a totalidade faz uso de mídias (97,3%; n=36), principalmente Instagram (42,3%; n=11).

Em relação à investigação da (in)satisfação com a imagem corporal, a média do somatório do BSQ foi condizente com ausência de insatisfação corporal, mas em 23,3% (n=9) das participantes foi observado algum grau de insatisfação corporal (leve ou moderada). Em relação ao rastreamento de comportamentos de risco para TA, a média do EAT-26 foi condizente com a presença de comportamentos de risco para TA, os quais estiveram presentes em quase 46% (n=17) das mulheres (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das mulheres com deficiência visual (n=37) em relação aos comportamentos de risco para TA, (in)satisfação com a imagem corporal e comportamentos de checagem corporal. Volta Redonda e Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

	Médias ± DP
EAT-26	21,1 ± 11,4
BSQ	82,7 ± 34,6
BCQ	23,2 ± 9,2
	% (n)
Classificação EAT-26	
Com comportamentos de risco	45,9 (17)
Sem comportamentos de risco	54,1 (20)
Classificação do BSQ	
Sem insatisfação	75,7 (28)
Insatisfação leve	18,9 (7)
Insatisfação moderada	4,4 (2)

EAT-26: *Eating Attitudes Test*26; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; BCQ: *Body Checking Questionnaire*; TA: Transtornos Alimentares; Variáveis numéricas apresentadas como médias e desvios-padrão (DP); Variáveis categorizadas como frequências relativa (%) e absoluta.

Com objetivo de identificar se um baixo nível de percepção visual é capaz de interferir na (in)satisfação corporal, no comportamento alimentar e checagem corporal, foi feita a estratificação da amostra entre mulheres com baixa visão (visualizam luz, formas e objetos) e com cegueira total. Uma das participantes não informou o nível de acuidade visual e, portanto, as análises estratificadas foram realizadas com o total de 36 mulheres.

As participantes com baixa visão, assim como aquelas com cegueira total, em sua maioria, apresentaram excesso de peso pela classificação do IMC (81,3%; n=13 e 75%; n=15, respectivamente), possuem autonomia na aquisição de insumos e no preparo de suas refeições (62,5%; n=10 e 55%; n=11, respectivamente) e usam mídias (100%; n=16 e 95%;

n=19, respectivamente). Em contrapartida, a maior parte do grupo da baixa visão se exercita regularmente (68,8%; n=11), enquanto a maior parte do grupo da cegueira total não faz exercício físico regularmente (70%; n=14).

A média do somatório do BSQ de cada grupo foi condizente com a ausência de insatisfação corporal. Contudo, 31,5% (n=5) das mulheres com baixa visão apresentaram pontuação compatível com algum grau de insatisfação corporal (leve ou moderada), enquanto no grupo cegueira total esse percentual foi de 15% (n=3). Em relação ao BCQ, nas participantes com baixa visão o escore médio foi de $25,0 \pm 10,0$, e nas pacientes com cegueira total o escore médio foi de $21,8 \pm 8,3$.

Ao serem comparados os valores de idade, IMC e médias dos somatórios do BSQ, BCQ e EAT-26 entre ambos os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa. Entretanto, é importante destacar que a média de pontuação do EAT-26 foi condizente com a presença de comportamentos de risco para TA no grupo da baixa visão (EAT-26 = $23,1 \pm 14,4$) e a ausência de tais comportamentos no grupo com cegueira total (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição das participantes com baixa visão e cegueira total em relação a idade, IMC, comportamentos de risco para TA, (in)satisfação com a imagem corporal, comportamentos de checagem corporal, autonomia na aquisição de insumos/preparo de refeições, exercício físico e uso de mídias. Volta Redonda e Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

	Baixa visão (n=16)	Cegueira Total (n=20)	
	Médias \pm DP		p-valor*
Idade (anos)	40,5 \pm 15,8	41,3 \pm 12,5	0,862
IMC (kg/m ²)	30,1 \pm 6,2	31,3 \pm 8,0	0,688
EAT-26	23,1 \pm 14,4	18,8 \pm 8,1	0,295
BSQ	86,0 \pm 34,0	77,9 \pm 34,7	0,488
BCQ	25,0 \pm 10,6	21,8 \pm 8,3	0,332
	% (n)		p-valor**
Classificação do IMC			
Com excesso de peso	81,3 (13)	75,0 (15)	0,709
Sem excesso de peso	18,8 (3)	25,0 (5)	
Classificação do EAT-26			
Com comportamentos de risco	50,0 (8)	40,0 (8)	0,737
Sem comportamentos de risco	50,0 (8)	60,0 (12)	
Classificação BSQ			
Com algum grau de insatisfação corporal	31,3 (5)	15,0 (3)	0,422
Sem insatisfação corporal	68,8 (11)	85,0 (17)	
Autonomia na aquisição de insumos/preparo de refeições			
Sim	62,5 (10)	45,0 (9)	0,741
Não	37,5 (6)	55,0 (11)	
Prática regular de exercícios			
Sim	68,8 (11)	30,0 (6)	0,042
Não	31,3 (5)	70,0 (14)	
Uso de mídias			
Sim	100,0 (16)	95,0 (19)	1
Não	0,0 (0)	5,0 (1)	

IMC: Índice de Massa Corporal; EAT-26: *Eating Attitudes Test 26*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; BCQ: *Body Checking Questionnaire*; TA: Transtornos Alimentares; Variáveis numéricas apresentadas como médias e desvios-padrão (DP); Variáveis categorizadas como frequências relativa (%) e absoluta; *Teste de amostras independentes, p-valor < 0,05 considerado significativo; **Qui-Quadrado (χ^2), p-valor < 0,05 considerado significativo.

Além disso, foi verificada uma diferença significativa quanto à prática de exercícios, a qual foi significativamente maior no grupo com baixa visão (68,8%; n=11 vs. 30,0%; n=6), demonstrando, assim, que um maior nível de percepção visual influencia na prática regular ou não de exercício físico (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta as análises das associações entre a idade, IMC e pontuações no BSQ, BCQ e EAT-26. Em ambos os grupos, não houve correlações entre o IMC e outras variáveis, assim como a idade. No grupo com cegueira total, a média do EAT-26 apresentou correlação direta com a média do BCQ ($r=0,542$; $p=0,013$), o que indica que mais comportamentos de risco para TA podem ser acompanhados de mais checagem corporal. A média do BSQ teve forte correlação direta com o BCQ ($r=0,738$; $p<0,001$), demonstrando que quanto maior a insatisfação corporal, mais comportamentos de checagem corporal ocorrem.

No grupo de mulheres com baixa visão, foi identificada uma correlação entre o EAT-26 e o BCQ ($r=0,643$; $p=0,007$) e entre EAT-26 e o BSQ ($r=0,581$; $p=0,018$), demonstrando que mais comportamentos de risco para TA estão associados à maior insatisfação corporal e comportamentos de checagem. Além disso, o BSQ e BCQ estão diretamente associados, o que indica que a maior insatisfação corporal por ser acompanhada por mais comportamentos de checagem corporal ($r=0,568$; $p=0,022$) (Tabela 4)

Tabela 4. Correlações entre as variáveis numéricas dos grupos de mulheres com cegueira total e baixa visão. Volta Redonda e Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Cegueira total										
	Idade		IMC		EAT-26		BSQ		BCQ	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Idade	-	-	-0,189	0,424	-0,104	0,663	0,005	0,983	-0,222	0,346
IMC	-0,189	0,424	-	-	-0,132	0,578	0,358	0,121	0,170	0,474
EAT-26	-0,104	0,663	-0,132	0,578	-	-	0,394	0,086	0,542	0,013
BSQ	0,05	0,983	0,358	0,121	0,394	0,086	-	-	0,738	0,000
BCQ	-0,222	0,346	0,170	0,474	0,542	0,013	0,738	0,000	-	-
Baixa visão										
	Idade		IMC		EAT-26		BSQ		BCQ	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Idade	-	-	-0,022	0,936	0,325	0,219	-0,042	0,878	-0,153	0,571
IMC	-0,022	0,936	-	-	0,112	0,680	0,461	0,072	0,115	0,671
EAT-26	0,325	0,219	0,112	0,680	-	-	0,581	0,018	0,643	0,007
BSQ	-0,042	0,878	0,461	0,072	0,581	0,018	-	-	0,568	0,022
BCQ	-0,153	0,571	0,115	0,671	0,643	0,007	0,568	0,022	-	-

IMC: Índice de Massa Corporal; EAT-26: *Eating Attitudes Test 26*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; BCQ: *Body Checking Questionnaire*; r: Correlação de Pearson, valores de $p < 0,05$ indicam significância estatística.

DISCUSSÃO

A imagem corporal é construída de acordo com as percepções, ideias e emoções sobre o corpo e suas experiências. A insatisfação com a própria imagem é frequente entre mulheres e está associada ao surgimento de comportamentos de risco para transtornos alimentares. O presente trabalho teve como objetivo avaliar, em um público pouco estudado nesse tema, se as relações com seus corpos e com o ato de se alimentar são afetadas pela deficiência visual.

Ao analisar os resultados das participantes na totalidade, verificou-se alta frequência de mulheres classificadas com sobrepeso ou obesidade e baixa frequência de mulheres insatisfeitas com sua IC (insatisfação leve ou moderada), segundo avaliação pelo BSQ. Ainda assim, a pontuação média no EAT-26 foi acima de 21, e quase 46% das participantes apresentaram comportamentos de risco para TA. Pesquisas demonstraram a presença de atitudes alimentares inadequadas entre mulheres com deficiência visual, porém, comparadas às mulheres videntes avaliadas, elas apresentaram níveis significativamente menores.^{17,27}

No que diz respeito à (in)satisfação com a IC, os presentes resultados se assemelham a estudos com indivíduos com deficiência visual, os quais identificaram uma baixa insatisfação corporal.^{17,18,27-29} Pesquisa prévia relatou que pessoas com deficiência visual percebem e vivenciam o corpo de forma mais natural, fato que sugere que se sintam menos pressionados por um modelo ideal de corpo preestabelecido pela sociedade, como ocorre com os videntes.³⁰ Entretanto, estudos mostraram que características particulares da deficiência visual, como suposições sobre a própria aparência física e a do outro, e a ausência de *feedback* visual corretivo, podem deixar essas pessoas mais suscetíveis a distúrbios de IC de forma grave, que são fatores importantes para o surgimento e manutenção de TA.^{10,31}

Ao analisar os grupos baixa visão e cegueira total em relação à pontuação média no EAT-26, foi possível identificar, entre as mulheres com baixa visão, um valor condizente com a presença de comportamentos de risco para TA e uma frequência de tais comportamentos em 50% delas. No grupo com cegueira total, o percentual correspondente à presença desses comportamentos chegou a 40%. Quanto à (in)satisfação corporal, foi observado que mais de 30% das mulheres com baixa visão apresentam algum grau de insatisfação, enquanto nas mulheres com cegueira total esse percentual foi de 15%. Em estudo semelhante com mulheres com cegueira congênita ou adquirida e mulheres videntes, foi encontrada uma tendência linear significativa: quanto menor o comprometimento visual, maior a insatisfação corporal. A ocorrência de TA na população com deficiência visual decorrente de insatisfação com a IC é menos frequente.¹⁷ Entretanto, estudos descrevem distúrbios de IC e ocorrência de TA.^{9,10,31-33} Já foi relatado que indivíduos com deficiência visual e TA desenvolvem tal transtorno como uma forma de compensar a própria deficiência.³²

Em relação à autonomia na aquisição de insumos e preparo das refeições, não houve diferença entre as participantes com baixa visão e cegueira total. Do total de participantes, 59,5% relataram ser independentes de terceiros para adquirir insumos e preparar suas refeições. Esses achados diferem de alguns estudos, os quais mostram que atividades da vida diária como fazer compras e preparar refeições são grandes obstáculos para pessoas com deficiência visual, sendo necessário o apoio de terceiros,^{34,35} o que pode afetar o estado nutricional e contribuir para obesidade ou desnutrição nessa população.³⁴

Em relação à prática regular de exercícios físicos, o grupo com cegueira total se exercita menos que o grupo com baixa visão. Tal resultado indica que a maior vidência influencia tal prática. Esses resultados vão ao encontro dos achados de pesquisas anteriores, que verificaram que quanto a maior gravidade na deficiência visual, menos atividade física é realizada.^{36,37} Alguns estudos indicaram que mulheres com deficiência visual percebem a existência de mais barreiras para a prática de exercícios físicos. Elas relataram

falta de habilidade física e se sentem afetadas pela percepção de estereótipos sociais negativos em relação à sua deficiência.³⁸⁻⁴⁰

Entre todas as participantes, mais de 70% apresentaram excesso de peso e 51,4% não realizam exercícios físicos regularmente. A prática de exercícios contribui para o aumento da autoconfiança e autoestima em mulheres com deficiência visual, uma vez que tal deficiência pode gerar menor independência, menor capacidade para realização de atividades diárias e insatisfação com a vida, fatores esses favoráveis para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade.^{28,41} A inatividade física na população deficiente visual também é um fator contribuinte para julgamentos negativos sobre seus corpos.³⁶

Outro resultado a ser destacado é que quase todas as participantes fazem uso de mídias, principalmente Instagram. Pesquisas verificaram que pessoas com deficiência visual não são diretamente influenciadas pela mídia visual, já que a deficiência diminui a extensão de comparação de seus corpos com aqueles difundidos pela mídia.^{17,27} No entanto, a exposição a mídias não visuais e conversas sobre aparência física são fontes importantes de disseminação de ideais socioculturais de magreza, sucesso e beleza feminina, os quais contribuem para o desenvolvimento de TA em mulheres com deficiência visual.⁹ Além disso, assim como as mulheres que enxergam, mulheres com deficiência visual são suscetíveis à internalização de mensagens prejudiciais relacionadas aos padrões socioculturais de atratividade, sendo suposto que elas façam uso da linguagem como ferramenta para adotarem padrões contemporâneos de aparência e magreza.⁴² Um relato de caso de anorexia nervosa em uma mulher com cegueira total mostrou que, embora não conseguisse ver as pessoas ao seu redor, o padrão “ser magra” foi adotado como um aspecto importante do seu autoconceito.³³

Ao analisar as correlações, verificou-se que mais comportamentos de risco para TA foram acompanhados por mais checagem corporal em ambos os grupos, sendo possível apontar o uso desses comportamentos como forma de verificar mudanças corporais, a partir da adoção de padrões alimentares anormais. Já foi demonstrado o uso da verificação tátil frequente do corpo como uma forma de controlar o peso e notar seus avanços corporais, por mulheres com deficiência visual e portadoras de TA, as quais praticavam restrição alimentar, vômito autoinduzido e abuso de diuréticos.^{9,10,33} Além disso, também foram observadas, em ambos os grupos, correlações que indicam que mais insatisfação com a IC vem acompanhada de mais comportamentos de checagem corporal. Nas participantes com baixa visão, a maior insatisfação com a imagem está associada à maior pontuação do EAT-26. Tais associações entre mulheres videntes estão bem estabelecidas.^{43,44} Não foi encontrada associação entre o IMC e comportamentos de risco para TA e insatisfação corporal, ao contrário de estudos prévios conduzidos com indivíduos videntes.^{45,46} Contudo, é escassa a literatura com deficientes visuais.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível avaliar causalidade. O número de participantes foi pequeno, mas trata-se de um público muito específico e pouco acessível. Não há instrumentos específicos para avaliar comportamentos de risco para TA e imagem corporal entre pessoas com deficiência visual. No entanto, tal limitação foi contornada através de adaptações realizadas em itens específicos dos questionários. Uma dificuldade adicional foi a pouca literatura científica atual sobre o tema, o que limitou a discussão sobre os resultados. É importante destacar, contudo, que este é um dos poucos estudos a avaliar a IC e o comportamento alimentar de mulheres com deficiência visual, público ainda pouco abordado em trabalhos sobre esse assunto.

CONCLUSÃO

Comportamentos de risco para transtornos alimentares estão presentes entre as mulheres com deficiência visual estudadas. No entanto, percebe-se que essas mulheres, de modo geral, apresentam menores níveis de insatisfação corporal. Entre as mulheres com baixa visão, a maior pontuação no EAT-26 indica a presença de mais comportamentos de risco para TA nesse grupo, ao contrário das participantes com cegueira total. Esses resultados apontam a possibilidade de que a maior capacidade de visualizar o próprio corpo pode vir acompanhada de maior insatisfação e mais comportamentos de risco para TA. Assim como entre mulheres videntes, entre as participantes do presente estudo, a maior insatisfação com a própria imagem vem acompanhada de mais comportamentos de checagem corporal e comportamentos de risco para TA, e a maior insatisfação com a IC associa-se a mais comportamentos de risco para TA, principalmente entre as mulheres com baixa visão.

Por fim, apontamos a necessidade de direcionar maior atenção aos indivíduos com deficiência visual, a fim de ampliar o conhecimento acerca da (in)satisfação corporal e o risco para transtornos alimentares nesse público.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todas as mulheres com deficiência visual que gentilmente disponibilizaram seu tempo para participar deste estudo, bem como às instituições Escola Municipal Especializada Doutor Hilton Rocha e Instituto Benjamin Constant, pelo apoio durante o desenvolvimento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on vision [Internet]. World Health Organization, editor. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2023 Sep 21]. 1–180 p. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328717/9789241516570-eng.pdf>
2. Ottaiano JAAO, Ávila MP de, Umbelino CC, Taleb AC. As Condições de Saúde Ocular no Brasil [Internet]. 1st ed. Selles A, editor. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo - SP: CBO; 2019 [cited 2023 Oct 30]. 1–104 p. Available from: https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf
3. Umbelino CC, Ávila MP de. As Condições de Saúde Ocular no Brasil [Internet]. 1st ed. Selles A, editor. CBO: Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo - SP: CBO; 2023 [cited 2023 Aug 13]. 1-109 p. Available from: <https://static.poder360.com.br/2023/06/condicoes-saude-ocular-cbo-2023-oftalmologia.pdf>
4. Gardner RM, Bokenkamp ED. The role of sensory and non-sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *J Clin Psychol*. 1996 Jan;52(1):3-15. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199601\)52:1<3:AID-JCLP1>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<3:AID-JCLP1>3.0.CO;2-X)
5. Coelho GMO, Portugal MRC. Imagem Corporal e TranstornosAlimentares. In: Appolinario JC, Nunes MA, CordásTákiAthánássios, editors. *TranstornosAlimentares: diagnóstico e manejo*. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. p. 71-96.

6. Diehl RM. Jogando com as diferenças: jogos para crianças e jovens com deficiência. 2nd ed. São Paulo: Phorte; 2006. 1-206 p.
7. Almeida TS, Araújo F V. Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2013 Jun;1(3):1-21. <https://doi.org/10.16891/24>
8. Eiras LFG, Amorim BB de, Carmo NM, Russo MM. Construção da imagem corporal em deficientes visuais. *Revista Arquivo sem Movimento*. 2012 Dec 14;8(2):94-110.
9. Ostojic MS, Hansen AMJ. Sociocultural factors in the development of bulimia nervosa in a blind woman: a case report. *International Journal of Eating Disorders*. 2013 Sep 24;46(3):284-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22058>
10. Thomas JJ, Weigel TJ, Lawton RK, Levendusky PG, Becker AE. Cognitive-behavioral treatment of body image disturbance in a congenitally blind patient with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2012 Jan 1;169(1):16-20. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040555>
11. Ferreira C, Trindade IA, Martinho A. Explaining rigid dieting in normal-weight women: the key role of body image inflexibility. *Eating and Weight Disorders*. 2016 Mar;21(1):49-56. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0188-x>
12. Silva AFDS, Neves LDS, Japur CC, Penaforte TR, Penaforte FR. Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2018 Jul 16;13(2):395-411. <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33305>
13. Alvarenga M dos S, Philippi ST, Lourenço BH, Sato P de M, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J Bras Psiquiatr*. 2010 May 17;59(1):44-51. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100007>
14. Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno AJ, Martinez-Jimenez MP, Redel-Macías MD, Pagliari C, Vaquero-Abellan M. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct;16(21):1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
15. Hogue J V., Mills JS. The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image*. 2019 Mar;28:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>
16. Santos MM dos, Moura PS de, Flauzino PA, Alvarenga MDS, Arruda SPM, Carioca AAF. Comportamento alimentar e imagem corporal em universitários da área de saúde. *J Bras Psiquiatr*. 2021 Apr 16;70(2):126-33. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000308>
17. Ashikali EM, Dittmar H. Body image and restrained eating in blind and sighted women: A preliminary study. *Body Image*. 2010 Mar;7(2):172-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.002>

18. Peres RJ, Espírito-Santo G Do, Espírito FR Do, Ferreira NT, Assis MR De. Insatisfação com imagem corporal entre pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2015 Sep 8;37(4):362-6. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2015.08.013>
19. Fernández-Aranda F, Crespo JM, Jiménez-Murcia S, Krug I, Vallejo-Ruiloba J. Blindness and bulimia nervosa: a description of a case report and its treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 2006 Feb 26;39(3):263-5. <https://doi.org/10.1002/eat.20259>
20. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic – WHO Technical Report Series. World Health Organization, editor. Geneva: World Health Organization; 2000.
21. Cooper Z, Fairburn CG, Cooper PJ, Psych D, Taylor MJ. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 1987 Jul;6(4):485-94. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
22. Di Pietro M, Silveira DX da. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009 Mar;31(1):21-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
23. Reas DL, Whisenhunt BL, Netemeyer R, Williamson DA. Development of the Body Checking Questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 2002 Mar 14;31(3):324-33. <https://doi.org/10.1002/eat.10012>
24. Campana ANNB. Tradução, adaptação transcultural e validação do “Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)” e do “Body Checking Questionnaire (BCQ)” para a língua portuguesa no Brasil [Dissertação]. [Campinas]: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
25. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982 Nov;12(4):871-8. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
26. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP [Internet] [Dissertação]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2003 [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/publico/tese.pdf>
27. Baker D, Siyyer R, Towell T. Body image dissatisfaction and eating attitudes in visually impaired women. *International Journal of Eating Disorders*. 1998 Dec 7;24(3):319-22. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199811\)24:3<319::aid-eat10>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199811)24:3<319::aid-eat10>3.0.co;2-r)
28. Interdonato GC, Greguol M. Autoanálise da imagem corporal de adolescentes com deficiência visual sedentários e fisicamente ativos. *Conexões*. 2009 Dec 1;7(3):1-13. <https://doi.org/10.20396/conex.v7i3.8637764>

29. França DNO, Azevedo EE de S e. Imagem corporal e sexualidade de adolescentes com cegueira, alunos de uma escola pública especial em Feira de Santana, Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2003 Jan 1;2(2):176-84. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v2i2.4284>
30. Ferreira EMC, Baumel RCR de C. Narrativas autobiográficas de deficientes visuais congênitos. *Revista Educação Especial* [Internet]. 2009 Dec 11 [cited 2023 Sep 21];22(35):351-62. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/815>. <https://doi.org/10.5902/1984686X>
31. Sharp CW. Anorexia nervosa and depression in a woman blind since the age of nine months. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1993 Sep;38(7):469-71. <https://doi.org/10.1177/070674379303800701>
32. Cicmil N, Eli K. Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies. *Body Image*. 2014 Jun;11(3):266-74. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.001>
33. Kocourkova J, Soltysova M, Mohaplova M, Hrdlicka M. Anorexia nervosa in a blind girl. *Neuroendocrinology Letters* [Internet]. 2011 Nov 15 [cited 2023 Nov 15];32(6):748-450. Available from: <http://nel.altamira.sk/userfiles/articlesnew/NEL320611C03.pdf>
34. Jones N, Bartlett H. The impact of visual impairment on nutritional status: A systematic review. *British Journal of Visual Impairment*. 2018 Jan 10;36(1):17-30. <https://doi.org/10.1177/02646196177308>
35. Jones N, Bartlett HE, Cooke R. An analysis of the impact of visual impairment on activities of daily living and vision-related quality of life in a visually impaired adult population. *British Journal of Visual Impairment*. 2019 Nov 26;37(1):50-63. <https://doi.org/10.1177/026461961881407>
36. Greguol M, Gobbi E, Carraro A. Physical activity practice, body image and visual impairment: A comparison between Brazilian and Italian children and adolescents. *Res Dev Disabil*. 2014 Jan;35(1):21-6. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.020>
37. Stuart ME, Lieberman L, Hand KE. Beliefs about physical activity among children who are visually impaired and their parents. *J Vis Impair Blind*. 2006 Apr;100(4):223-34. <https://doi.org/10.1177/0145482X0610000405>
38. Brittain I. Perceptions of disability and their impact upon involvement in sport for people with disabilities at all levels. *J Sport Soc Issues*. 2004 Nov;28(4):429-52. <https://doi.org/10.1177/0193723504268729>
39. Hayes SD, Crocker PRE, Kowalski KC. Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: Evaluation of the physical self-perception profile model. *J Sport Behav*. 1999 Mar;22(1):1-14.
40. Marmeleira JFF, Fernandes JMG de A, Ribeiro NC, Teixeira J de A, Gutierrez Filho PJB. Barreiras para a prática de atividade física em pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2018 Jun;40(2):197-204. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2017.12.001>

41. Good GA, LaGrow S, Alpass F. An age-cohort study of older adults with and without visual impairments: Activity, independence, and life satisfaction. *J Vis Impair Blind*. 2008 Sep;102(9):517-27.
<https://doi.org/10.1177/0145482X081020090>
42. Page A, Papps FA. Eating attitudes of women living with a vision impairment. *Psychol Women Q*. 2018 Aug 22;42(4):1-12. <https://doi.org/10.1177/0361684318792853>
43. Nikodijevic A, Buck K, Fuller-Tyszkiewicz M, de Paoli T, Krug I. Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*. 2018 Feb 9;26(3):1-27.
<https://doi.org/10.1002/erv.2585>
44. Walker DC, White EK, Srinivasan VJ. A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*. 2018 Mar 8;51(8):1-26. <https://doi.org/10.1002/eat.22867>
45. Le LKD, Tan EJ, Perez JK, Chiotelis O, Hay P, Ananthapavan J, et al. Prevention of high body mass index and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*. 2022 Aug 27;27(8):2989-3003.
<https://doi.org/10.1007/s40519-022-01458-8>
46. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A systematic review and meta-analysis. *Obes Facts*. 2017 Dec 24;9(6):424-41. <https://doi.org/10.1159/000454837>

Colaboradoras

Silva SEAF atuou na concepção e idealização do desenho do estudo, coleta de dados, redação, revisão e aprovação da versão final; Abreu JD atuou na coleta de dados, revisão e aprovação da versão final; Portugal MRC atuou na concepção, coleta e análise de dados, redação, tradução, revisão e aprovação da versão final.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 20 de novembro de 2023

Aceito: 22 de junho de 2024