

2º CICLO DE ESTUDOS
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Funcionalidade Corporal – Validação da Versão Portuguesa da *Functionality Appreciation Scale (FAS)*

Micaela Henriques Estrelinha

M

2020



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**FUNCIONALIDADE CORPORAL - VALIDAÇÃO DA VERSÃO
PORTUGUESA DA *FUNCTIONALITY APPRECIATION SCALE*
(*FAS*)**

Micaela Henriques Estrelinha

Novembro, 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em
Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade do Porto, orientada pela
Prof.^a Doutora ***Leonor Lencastre*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

“Por isso gostaria de chamar-vos, um a um,
pelo vosso nome. E agradecer-vos a herança
da alegria. E dizer uma vez mais que é
sempre uma questão mútua de ser. Uma presença
e não um resultado”.

Victor Matos e Sá

Culminada esta caminhada, nestes últimos 5 anos muitos são aqueles, instituições e pessoas, a quem expresso reconhecimento e os meus sinceros agradecimentos, por terem contribuído de várias formas para a conclusão desta etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional.

À Universidade de Évora e seus professores, pelo ensino, disponibilidade e acolhimento.

À Ostravská Univerzita, pela oportunidade, receptividade e integração, e às amizades que permanecem para além de fronteiras.

À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e seus professores e investigadores, pelo ensino de excelência.

À Associação Acreditar do Porto e ao Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, seus profissionais, voluntárias e doentes, pela oportunidade de crescimento e aprendizagem. Um agradecimento especial às Psicólogas do Serviço de Psico-Oncologia, pela presença, disposição e apoio prestado ao longo do percurso de estágio, bem como pelo exemplo de profissionalismo e modelos de referência.

À Matriz, pela total disponibilidade e simpatia com que sempre me presentearam, despendendo todas as horas necessárias para me ajudar neste processo.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Leonor Lencastre, sempre atenciosa com todos os detalhes. Agradeço pela constante disponibilidade, pela partilha de conhecimento e pelas aprendizagens proporcionadas, mas acima de tudo pelo profissionalismo e pelo rigor.

Aos meus pais, irmã, avós, tios e primos, pela presença constante, persistência, compreensão e força, bem como pelo exemplo de coragem e amor incondicional. À família da Nazaré, à família Pevide, à família de Évora e à família do Porto, por terem sido sempre Casa e “luz ao fundo do túnel”.

Para todos vocês, um sentido e profundo agradecimento!

Resumo

A imagem corporal como construto multidimensional inclui aspetos negativos como a insatisfação corporal e aspetos positivos como a apreciação e valorização da funcionalidade. Dada a importância da investigação relacionada com a valorização da funcionalidade corporal, bem como a falta de medidas adequadas para a sua avaliação, Alleva et al., (2017) desenvolveram a *Functionality Appreciation Scale (FAS)* de 7 itens. Até ao momento, esta escala ainda não foi validada para a população portuguesa, sendo por isso, necessário, quer para a concetualização teórica do conceito, quer para a intervenção na prática clínica. Desta forma, este estudo teve como objetivo validar uma versão portuguesa da FAS, seguindo as análises psicométricas do estudo original (Alleva et al., 2017), que incluem a validade interna, através da análise da estrutura subjacente, a consistência interna e a validade externa através da correlação com outras medidas. A amostra é constituída por 361 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos de idade ($M = 30.42$; $DP = 13.21$). A FAS apresenta uma estrutura fatorial unidimensional semelhante à da versão original, consistência interna adequada (*Alfa de Cronbach* de .84 para a amostra total) e validade convergente ao apresentar correlações significativas com a apreciação corporal e a qualidade de vida. Os resultados sustentam assim as boas propriedades psicométricas desta versão portuguesa da FAS, possibilitando a sua utilização e investigação. Este estudo pode assim constituir-se como fomentador de novos horizontes para a compreensão da funcionalidade corporal, como fonte de bem-estar e satisfação pessoal e relacional. Pode também contribuir para a promoção de intervenções mais eficazes na prática clínica, para uma maior saúde psicológica e melhor qualidade de vida. Pensa-se assim fornecer uma contribuição importante para o campo da imagem corporal, facilitando e inspirando investigações na área da funcionalidade corporal, ajudando também a completar e expandir a literatura já existente na área da imagem corporal positiva.

Palavras-chave: Funcionalidade corporal; Valorização da Funcionalidade; Imagem Corporal Positiva; Psicometria

Abstract

Body image as a multidimensional construct includes negative aspects such as body dissatisfaction and positive aspects like the appreciation and enhancement of functionality. Given the importance of research related to the enhancement of body functionality, as well as the lack of adequate measures for its assessment, Alleva et al., (2017) developed a scale known as the 7-item *Functionality Appreciation Scale (FAS)*. So far, this scale has not been approved yet for the Portuguese population, so it is necessary, either for the theoretical conceptualization of the concept or for intervention in clinical practice. This study aimed to authenticate a Portuguese version of FAS, following the psychometric analyses of the original study (Alleva et al., 2017) which includes an internal validity through the analysis of the underlying structure, an internal consistency and an external validity through correlation with other measures. The samples consists of 361 individuals aged between 18 and 75 years old ($M = 30.42$; $DP = 13.21$). The results supports a one-dimensional factorial structure similar to the original version. The FAS has demonstrated to have an adequate internal consistency (Cronbach's Alpha of .84 for the entire sample) and convergent validity when presenting significant correlations with a body appreciation and life quality. The results are supported by the good psychometric properties of this FAS Portuguese version, enabling its use and investigation. This study can be used as a promoter of new horizons for the understanding of body functionality as a source of well-being and personal and relational satisfaction. It can also contribute to the promotion of more effective interventions in clinical practice and also for greater psychological health and better life quality. It is estimated to provide an important contribution to the field of body image, facilitating and inspiring researches in the area of body functionality, also helping to complete and expand the existing literature in the area of positive body image.

Keywords: Body functionality; Functionality appreciation; Positive body image; Psychometrics

Résumé

L'image corporelle en tant que construction multidimensionnelle comprend des aspects négatifs tels que l'insatisfaction corporelle et des aspects positifs tels que l'appréciation corporelle et la fonctionnalité corporelle. Compte tenu de l'importance de la recherche liée à l'amélioration de la fonctionnalité corporelle, ainsi que du manque de mesures adéquates pour son évaluation, Alleva et al., (2017) ont développé le *Functionality Appreciation Scale (FAS)* de 7 éléments. Jusqu'à présent, cette échelle n'a pas encore été validée pour la population portugaise, elle est donc nécessaire, à la fois pour la conceptualisation théorique du concept et pour l'intervention en pratique clinique. Ainsi, la présente étude vise à valider une version portugaise du FAS, à la suite des analyses psychométriques de l'étude originale (Alleva et al., 2017), qui incluent la validité interne, à travers l'analyse de la structure sous-jacente, la cohérence interne et validité externe par corrélation avec d'autres mesures. L'échantillon se compose de 361 personnes de la communauté en général, âgées de 18 à 75 ans ($M = 30.42$; $DP = 13.21$). Le FAS a démontré une structure factorielle unidimensionnelle similaire à celle de la version originale, une cohérence interne adéquate (Alpha de Cronbach de .84 pour l'échantillon total) et une validité convergente en présentant des corrélations significatives avec l'appréciation du corps et la qualité de vie. Les résultats confirment ainsi les bonnes propriétés psychométriques de cette version portugaise du FAS, permettant son utilisation et son investigation. Cette étude peut ainsi constituer un promoteur de nouveaux horizons pour la compréhension de la fonctionnalité corporelle, comme source de bien-être et de satisfaction personnelle et relationnelle. Elle peut également contribuer à la promotion d'interventions plus efficaces dans la pratique clinique, pour une meilleure santé psychologique et une meilleure qualité de vie. On pense qu'il apporte une contribution importante au domaine de l'image corporelle, facilitant et inspirant les investigations dans le domaine de la fonctionnalité corporelle, contribuant également à compléter et à élargir la littérature existante dans le domaine de l'image corporelle positive.

Mots-clés: Fonctionnalité corporelle; Appréciation de la fonctionnalité; Image corporelle positive; Psychométrie

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	8
2.1. Participantes	8
2.2. Instrumentos.....	9
2.3. Procedimentos	14
2.3.1. Procedimento de Recolha de Dados.....	14
2.3.2. Procedimento de Análise de Dados.....	14
3. Apresentação e Discussão dos Resultados	15
3.1. Análises preliminares aos itens	15
3.2. Análise Fatorial Exploratória (AFE)	16
3.3. Consistência interna.....	18
3.4. Validade externa	19
4. Conclusão	29
Referências Bibliográficas	31

Índice de tabelas

Tabela 1	9
Tabela 2	15
Tabela 3	16
Tabela 4	17
Tabela 5	17
Tabela 6	17
Tabela 7	18
Tabela 8	19
Tabela 9	21
Tabela 10	24
Tabela 11	27

Índice de Acrónimos e Abreviaturas

α	<i>Alfa de Cronbach</i>
ACP	Análise de Componentes Principais
AFE	Análise Fatorial Exploratória
BAS-2	<i>Body Appreciation Scale 2</i>
DP	Desvio-padrão
e.g.	Por exemplo (do exemplo <i>exempli gartia</i>)
EADS	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
et al.	E outros colaboradores (do latim <i>et alii</i>)
FAS	<i>Functionality Appreciation Scale</i>
IC	Imagem Corporal
ICP	Imagem Corporal Positiva
i.e.	Isto é
IMC	Índice de Massa Corporal
M	Média
Max.	Máximo
Min.	Mínimo
n	Número de participante por condição
N	Número total de participantes
p	Nível de significância
QdV	Qualidade de Vida
r	Coefficiente de Correlação de <i>Pearson</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
t	Teste t de <i>student</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

1. Introdução

A imagem corporal (IC) é um conceito multidimensional que reflete a experiência psicossocial subjetiva relativamente à aparência e capacidade física, envolvendo percepções, pensamentos, sentimentos, comportamentos e crenças acerca do corpo (Cash, 2004; Cash & Pruzinsky, 2002; Thompson, Heinberg, Altabe & Tanleff-Dunn, 1999). Trata-se de um fenómeno complexo que envolve aspetos cognitivos, afetivos, socioculturais e comportamentais, estando intrinsecamente relacionado com o conceito de si próprio, influenciado pelas interações entre o indivíduo e o meio em que este se encontra (Silva & Lange, 2017; Smolak & Cash, 2011).

Apesar de existirem já muitos componentes estudados, a maioria dos estudos realizados nesta área debruçam-se essencialmente sobre os aspetos negativos e patológicos (Smolak & Cash, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b) e com as preocupações relacionadas com a forma e com o peso do corpo (Cash, 2004). Foi através destes que surgiu o construto de imagem corporal negativa, que pode ser definido como níveis de afeto e cognição negativos em relação ao corpo (Tylka, 2011; Manaf, Saravanan, & Zuhrah, 2016). Aproximadamente 60% das mulheres revelam ter uma imagem corporal negativa, caracterizada por sentimentos, cognições, comportamentos e percepções negativas em relação ao seu próprio corpo (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015).

O desenvolvimento de uma imagem corporal negativa pode ser desencadeada por uma variedade de fatores de risco, tais como: (a) a internalização dos ideais culturais de magreza (Levine & Murmen, 2009; Wood-Barcalow et al., 2010), (b) a pressão social sentida para ser magro (Presnell, Bearman, & Stice, 2003), (c) as conversas relacionadas com a aparência (Clark & Tiggemann, 2006), (d) as provocações relacionadas com o corpo (Helfert & Warschburger, 2011), (e) as comparações baseadas na aparência (Rodgers, McLean, & Paxton, 2015) e (f) um elevado índice de massa corporal (IMC) (Tiggemann, 2004). Desta forma, a imagem corporal negativa é também considerada um fator de risco para vários comportamentos prejudiciais à saúde física e mental (Alleva et al., 2014; Alleva et al., 2015), uma vez que está associada a uma diminuição da autoestima (Cash & Pruzinsky, 2002), a sintomatologia depressiva (Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan, & Eisenberg, 2006), a ansiedade social (Alleva et al., 2018), a alterações de humor (Smolak & Cash, 2011), a diminuição da função sexual (Weaver & Byers, 2006) a insatisfação e sentimentos de

vergonha com o corpo (Tylka, 2018), bem como uma menor qualidade de vida (Cash & Fleming, 2002; Smolak & Cash, 2011).

Tendo esta preocupação como pano de fundo, foram desenvolvidos vários programas de intervenção com o objetivo de fazer diminuir os sintomas negativos e desenvolver um conceito de imagem corporal mais neutro (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Vários estudos e investigações sobre a imagem corporal foram expandidos, originando um novo construto - o da imagem corporal positiva (Webb et al., 2015). Não se trata simplesmente do inverso ou ausência de imagem corporal negativa. Trata-se de um conceito multifacetado, onde se destacam facetas como a apreciação corporal, o investimento adaptativo na aparência, a conceptualização ampla de beleza, a positividade interna, a percepção de aceitação do corpo pelos outros e a flexibilidade psicológica corporal (Avalos & Tylka, 2006; Sandoz, Wilson, Merwin & Kellum, 2013; Tiggemann & McCourt, 2013). Este construto é ainda definido como “o amor, respeito e aceitação pelo corpo”, que permite ao indivíduo: (1) apreciar a beleza única deste, assim como a funcionalidade do mesmo; (2) aceitar e admirar o seu corpo, incluindo aspetos que são inconsistentes com imagens idealizadas; (3) sentir-se bonito, confortável, confiante e feliz com o seu corpo; (4) enfatizar as qualidades do seu corpo em vez de realçar os seus defeitos; (5) preocupar-se em satisfazer as necessidades do corpo, e (6) interpretar a entrada de informação de uma forma protetora do corpo, ou seja, reter e internalizar a informação positiva, enquanto que a informação mais negativa é rejeitada ou reenquadrada (Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010). Esta multidimensionalidade do conceito torna-o holístico, protetor, estável e moldável, assumindo múltiplas identidades sociais dos indivíduos, ajustáveis às suas diversas experiências de vida (Tiggemann, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

A apreciação corporal por sua vez é a variável mais operacional e mensurável do conceito de imagem corporal positiva (Tiggeman & McCourt, 2013). Esta tem sido considerada como a atitude de aceitação, respeito e proteção do corpo (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005), assim como, apreciação dos recursos, funcionalidades e saúde corporal, não se restringindo, assim, apenas à apreciação da aparência física e respetivas ideologias culturais (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

São vários os estudos que demonstram que homens e mulheres com imagem corporal positiva evidenciam melhores resultados de saúde física e mental, pois relatam uma menor insatisfação corporal (Andrew, Tiggemann & Clark, 2016; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), autoestima moderada ou elevada (Avalos, Tylka & Wood-Barcalow,

2005; Gillen, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), hábitos alimentares saudáveis e intuitivos (Avalos & Tylka, 2006; Gillen, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b) e uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico (Avalos et al., 2005; Smolak & Cash, 2011).

Atualmente, o interesse empírico e prática clínica na imagem corporal positiva ampliou-se consideravelmente, demonstrando ser uma área em constante evolução. Observa-se um maior número de investigações qualitativas e quantitativas sobre esta temática, essenciais para o futuro desta área (Smolak & Cash, 2011). Estas investigações centram-se, essencialmente, na operacionalização dos principais construtos e nos fatores que influenciam o desenvolvimento da imagem corporal positiva e negativa ao longo da vida; na análise de preditores, moderadores, mediadores e consequentes da imagem corporal positiva; no desenvolvimento de modelos e intervenções que promovam a imagem corporal positiva, contribuindo para uma conexão consciente e de apreciação pelo corpo; na integração de uma filosofia baseada na aceitação do corpo e, ainda, na possibilidade de direcionar a imagem do mesmo para além da aparência a fim de aprofundar outras dimensões relacionadas com o corpo, como por exemplo a funcionalidade deste (Alleva et al., 2017; Bailey et al., 2016; Cash, 2004; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Webb et al., 2015; Wood-Barcalow, Tylka & Augutus-Horvath, 2010; Smolak & Cash, 2011; Swami et al., 2019).

Como construto relativamente recente, a funcionalidade corporal foi identificada como uma dimensão importante da imagem corporal, que necessita de ser investigada, quer para a concetualização teórica, quer para a intervenção (Alleva et al., 2017; Andrew, Tiggemann & Clark, 2016; Smolak & Cash, 2011). Dado que a maioria dos programas de intervenção para melhorar aspetos da imagem corporal positiva são predominantemente centralizados na aparência (Alleva, Sheeran, Webb, Martijn, & Miles, 2015), e sendo a funcionalidade corporal uma das principais limitações em campo, o desenvolvimento de técnicas com foco na valorização da funcionalidade poderá contribuir para a melhoria das técnicas já existentes, contribuindo também para um maior conhecimento da área (Alleva, Martijn, Breukelen, Jansen & Karos, 2015; Smolak & Cash, 2011).

A funcionalidade corporal pode ser definida como tudo o que o corpo pode fazer ou é capaz de fazer, abrangendo funções relacionadas com: (a) capacidade física (e.g., resistência, flexibilidade e andar), (b) saúde e processos internos (e.g., cura de uma gripe/constipação e digestão de alimentos), (c) sentidos e percepções corporais (e.g., ver

e sentir-se fisicamente relaxado), (d) esforços criativos (e.g., dançar, desenhar e cantar), (e) interação com os outros (e.g., linguagem corporal e riso compartilhado) e (f) autocuidado (e.g., tomar banho e escovar os dentes) (Alleva et al., 2018; Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015; Swami et al., 2019).

No entanto, ao definir a funcionalidade corporal, é importante evitar circunscreve-la a uma capacidade exclusivamente física, uma vez que esta poderá ficar comprometida por alguns fatores, tais como: uma doença, uma lesão adquirida, ou até mesmo por uma gravidez (Tylka, 2018; Webb et al., 2015). Desta forma, estudar o conceito de funcionalidade corporal poderá ser útil na prevenção e intervenção na imagem corporal negativa e na evolução do conceito da imagem corporal positiva, realçando a importância de valorizar a apreciação do corpo pelo que ele pode fazer ou é capaz de fazer (Alleva, Martijn et al., 2015; Bailey et al., 2015; Webb et al., 2015).

Numa abordagem qualitativa com adultos com lesão na medula espinhal com idades compreendidas entre os 21 e os 63 anos, Bailey e colaboradores (2015) analisaram a associação entre a apreciação corporal e a funcionalidade. Apesar da insatisfação corporal sentida, os participantes relataram sentir-se gratos pela funcionalidade atribuída à parte superior do corpo, celebrando assim os ganhos funcionais adquiridos e recuperação de alguma mobilidade.

Já na meta-análise de He, Sun Lin e Fan (2020), os autores referem que, indivíduos com um IMC elevado, com limitações e mobilidade reduzida, podem experimentar sentimentos de frustração associadas à pouca funcionalidade e, consequentemente, perceberem uma apreciação corporal negativa.

Num outro estudo, Bailey e colaboradores (2016), numa entrevista a 10 mulheres com idades acima dos 55 anos, os autores realçaram algumas características relacionadas com a imagem corporal positiva, nomeadamente: 1) qualidades interiores (aceitação e beleza interior); 2) qualidades exteriores (aceitação incondicional e suporte) e 3) outras qualidades (religião, alfabetização, gratidão e autocuidado com o corpo). Concluíram neste estudo que o conceito de imagem corporal negativa e positiva coexistem, uma vez que as participantes demonstraram estar insatisfeitas com o seu peso e com determinadas partes do corpo, ainda que também fossem capazes de apreciá-lo, realçando a funcionalidade do mesmo. Estes resultados revelam ainda que, com a idade, as mulheres parecem apreciar mais a sua saúde e funcionalidade, sendo também mais capazes de aceitar as imperfeições corporais percebidas. Assim, quando as mulheres enfatizam a funcionalidade do seu corpo, mais do que a sua aparência, têm

mais probabilidade de ter sentimentos positivos em relação ao seu corpo. Emerge assim a mudança do foco de atenção da aparência, para o foco da funcionalidade do corpo (Avalos & Tylka, 2006; Tiggemann & McCourt, 2013).

Ainda num outro estudo experimental, Alleva e colaboradores (2014) analisaram a associação entre a satisfação corporal e o foco baseado na funcionalidade do corpo, onde participaram 118 mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos. O objetivo da tarefa em estudo consistia em descrever o que o corpo pode fazer (foco na funcionalidade) e descrever com o que se parece o corpo (foco na aparência). Os resultados deste estudo demonstraram que o foco na funcionalidade corporal leva a melhorias na satisfação corporal. Concluíram também que níveis mais elevados de satisfação com a aparência física e satisfação com a funcionalidade está associado ao envolvimento de comportamentos de autocuidado com o corpo.

Por último, Mulgrew, Stalley & Tiggemann (2017) num estudo com 230 mulheres com idades compreendidas entre os 17 e os 35 anos, as participantes realizaram uma tarefa que consistiu em escrever 10 afirmações positivas relacionadas com a funcionalidade corporal e com a sua principal contribuição para o bem-estar e qualidade de vida. Os domínios mais referidos incluíram as capacidades físicas, processos internos e comunicação com os outros. Os resultados deste estudo demonstraram que essas mulheres, no pós-teste imediato, sentiram uma melhor satisfação com a aparência e satisfação com a funcionalidade. Este estudo revela ainda que tarefas de escrita e de reflexão têm o potencial de mudar o foco da aparência para a o foco da funcionalidade corporal.

Por tudo isto, o foco na valorização da funcionalidade parece importante porque fornece uma contextualização mais abrangente do construto da imagem corporal positiva, envolvendo um foco nas cognições e sentimentos positivos em relação às capacidades corporais (Alleva et al., 2015). Estudar a funcionalidade do corpo pode promover a satisfação corporal porque incentiva os indivíduos a “reenquadrar” positivamente a maneira como pensam sobre o seu corpo (Alleva et al., 2014; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Enquanto um foco baseado na aparência corporal muitas vezes envolve focar as imperfeições percebidas, ou seja, uma orientação negativa, o que pode fazer com que os indivíduos se sintam menos satisfeitos com o seu corpo, um foco baseado na funcionalidade envolve focar no que o corpo pode fazer, ou seja, uma orientação positiva, o que pode gerar sentimentos positivos em relação ao corpo e uma maior valorização do mesmo (Alleva et al., 2018; Alleva, Martijn, Van Breukelen,

Jansen, & Karos, 2015; Franzoi, 1995; Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Programas interventivos direcionados para a prática de atividade física têm demonstrado promover a imagem corporal positiva associada à funcionalidade do corpo, uma vez que se encontra positivamente relacionada com níveis mais elevados de apreciação corporal e uma maior consciência das funções corporais (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015).

Num estudo levado a cabo por Soulliard e colaboradores (2019), os autores investigaram diferenças na imagem corporal positiva, mais especificamente na apreciação corporal e na apreciação da funcionalidade entre estudantes atletas e estudantes não atletas. Com este estudo, concluíram que os estudantes atletas revelavam níveis mais elevados de apreciação corporal e de funcionalidade em comparação com os estudantes não atletas, devido à prática de atividade física regular, que promove a apreciação corporal e as suas capacidades funcionais. De acordo com a meta-análise de He, Sun Lin & Fan (2020), a atividade física demonstrou também ser preditora de uma associação positiva entre a apreciação corporal e a funcionalidade do mesmo.

Intervenções baseadas no *fitness* e no *ioga*, bem como outras formas de dança (e.g., dança do ventre e dança de rua), também podem contribuir para melhorar a imagem corporal positiva. O principal objetivo destes tipos de intervenção é proporcionar nos indivíduos uma atenção focada nos aspetos funcionais do seu corpo (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015; Mahlo & Tiggemann, 2016; Talebkhah & Cook-Cotone, 2020; Tiggemann, Coutts & Clark, 2014; Swami & Tovée, 2009), de forma a que os indivíduos consigam apreciar o seu corpo não como uma estrutura física apenas, mas como uma parte integrante de si, capaz de interagir com os outros e com o mundo (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015; Piran, 2016; Soulliard et al., 2019). Focar a funcionalidade corporal pode também promover nas mulheres o pensamento de que o seu corpo é ativo e dinâmico, e não um corpo passivo, estático e estético (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015).

Uma das limitações ao estudo da apreciação e valorização da funcionalidade corporal é a ausência de medidas adequadas para a sua avaliação. As versões originais e revistas da Escala de Apreciação Corporal (BAS e BAS-2; Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) não incluem itens que avaliam a apreciação da funcionalidade do corpo especificamente. Na verdade, os itens incluídos nas escalas BAS e BAS-2 foram criados para serem itens gerais e abrangentes (e.g., "Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo"), permitindo ao entrevistado

a liberdade de decidir até que ponto aprecia o seu corpo com base em qualquer característica, que poderia potencialmente incluir a aparência, a funcionalidade, o bem-estar ou outras qualidades consideradas importantes para o indivíduo.

Desta forma, dada a importância da investigação relacionada com a valorização da funcionalidade corporal, bem como a falta de medidas adequadas para a sua avaliação, Alleva et al. (2017) desenvolveram a Escala de Apreciação da Funcionalidade (FAS) de 7 itens. A análise fatorial exploratória revelou uma estrutura unidimensional e a análise fatorial confirmatória sustentou a sua unidimensionalidade e invariância entre sexos (Alleva et al., 2017). A consistência interna ($\alpha = .86 - .91$), confiabilidade *teste-reteste* (com um intervalo de 3 semanas), validade de critério e de construto também foram confirmadas. Dadas as suas qualidades psicométricas, atualmente a FAS é cada vez mais utilizada por estudantes e investigadores que procuram consolidar uma investigação mais ampla da construção da imagem corporal positiva. Para além do estudo original, recentemente já se encontra disponível a validação da versão FAS na Malásia (Swami et al., 2019), uma versão que confirma uma estrutura fatorial unidimensional, confirmada através da análise fatorial confirmatória.

Desta forma, para expandir a sua utilização, torna-se fundamental investigar as propriedades psicométricas das FAS em diferentes culturas e idiomas. O objetivo do presente estudo passa assim por validar a FAS, numa amostra portuguesa, seguindo as análises psicométricas do estudo original (Alleva et al., 2017), que incluem a validade interna, através da estrutura subjacente, a consistência interna e a validade externa com outras medidas.

Assim, como hipóteses, espera-se obter uma estrutura fatorial unidimensional da versão portuguesa da FAS, em que os seus itens sejam internamente consistentes (Alleva et al., 2017; Swami, et al., 2019). Espera-se também, obter uma boa fiabilidade da consistência interna, indo ao encontro dos valores considerados aceitáveis pelos autores da versão original (Alleva et al., 2017). Em relação à validade convergente, espera-se que a FAS esteja positivamente correlacionada com a apreciação corporal, qualidade de vida e satisfação com a aparência física. Por último, espera-se encontrar uma correlação significativa e negativa com a ansiedade, depressão e stress, assim como com o IMC, conforme verificado no estudo original e em outros estudos relevantes na área da imagem corporal positiva.

2. Metodologia

O presente estudo integra um projeto mais amplo intitulado “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, aprovado e autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João (Ref. CA-301/18), pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref. 2018/12-6) e pela Comissão de Proteção de dados da Universidade do Porto (Ref. 4/2020).

2.1. Participantes

Participaram no estudo 361 indivíduos, dos quais 291 mulheres (80.6%) e 70 homens (19.4%), com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos de idade ($M=30.42$; $DP=13.21$). Relativamente à escolaridade, os participantes apresentam em média 14 anos de escolaridade ($M=13.92$; $DP=3.08$), com um mínimo de 4 anos e um máximo de 27 anos. Quanto ao estado civil, 250 indivíduos são solteiros (69.3%), 97 são casados (26.9%), 12 são divorciados (3.3%) e 2 são viúvos (0.6%). Já em relação à situação profissional, verificou-se que a maioria dos participantes estão empregados (52.6%) ou são estudantes (42.7%). Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), para a amostra total este varia entre 17.51kg/m^2 e 29.9kg/m^2 ($M=23.02$; $DP=2.87$), em que 15.8% da amostra apresenta peso abaixo do normal, 60.7% apresenta peso normal e os restantes, cerca de 23.5% apresenta sobrepeso.

No que se refere às variáveis clínicas, 317 participantes (87.8%) não padecia de qualquer doença crónica, 338 (93.8%) não tinham qualquer acompanhamento psiquiátrico e 322 (89.2%) não verificavam alterações visíveis no seu corpo após alguma doença ou qualquer tratamento.

Os dados gerais podem ser consultados na tabela 1 que se segue.

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica e clínica (N=361)*

	N	%	Min.	Máx.	M	DP
Sexo	361	100.0				
Feminino	291	80.6				
Masculino	70	19.4				
Idade	361	100.00	18	75	30.42	13.21
Anos de Escolaridade	361	100.00	4	27	13.92	3.08
Estado civil	361	100.0				
Solteiro(a)	250	69.3				
Casado(a)/União de Facto	97	26.9				
Divorciado(a)/Separado(a)	12	3.3				
Viúvo(a)	2	0.6				
Situação Profissional	361	100.0				
Empregado(a)	190	52.6				
Desempregado(a)	14	3.9				
Estudante	154	42.7				
Reformado(a)	3	0.8				
IMC	361	100.00	17.5	29.69	23.02	2.88
Peso abaixo do normal [≤ 19.9]	57	15.8				
Peso normal [20 - 24.9]	219	60.7				
Sobrepeso [25 - 29.9]	85	23.5				
Tem alguma doença crónica?	361	100.0				
Sim	44	12.2				
Não	317	87.8				
Tem algum acompanhamento Psiquiátrico?	359	99.4				
Sim	21	5.8				
Não	338	93.8				
Tem, ou teve, alguma doença, ou realizou tratamento, que tenham provocado alterações visíveis no seu corpo?	359	99.4				
Sim	37	10.2				
Não	322	89.2				

2.2. Instrumentos

A escolha dos instrumentos de avaliação está relacionado com a aproximação do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, bem como do estudo original da escala FAS (Alleva, et al., 2017). Assim, para além da FAS foram utilizados outros 4 instrumentos de avaliação e um questionário sociodemográfico e clínico, que a seguir se descrevem.

Questionário Sociodemográfico e Clínico. O questionário sociodemográfico foi utilizado para recolher informações básicas acerca dos participantes, contendo as

variáveis sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional e dados antropométricos. Já a dimensão clínica visa compreender o estado de saúde dos sujeitos no que diz respeito à sua condição clínica, nomeadamente, se tem alguma doença crónica; se tem algum tipo de acompanhamento psiquiátrico; se tem, ou teve, alguma doença, ou realizou algum tipo de tratamento que tenha provocado alterações visíveis no seu corpo; a satisfação que sente com a sua aparência física e, em que medida se considera uma pessoa positiva.

Functionality Appreciation Scale (FAS). A FAS (Alleva, Tylka, & Kroon Van Diest, 2017) é um instrumento que avalia a valorização da funcionalidade corporal – valorizar, respeitar e honrar o corpo pelo que ele é capaz de fazer. Na sua origem esteve presente a necessidade de ampliar o conhecimento sobre esta componente recente da imagem corporal positiva, capaz de ser útil na prevenção e intervenção da imagem corporal negativa. Os autores perceberam a necessidade de criar um instrumento válido e fiável que pudesse medir a funcionalidade corporal, uma vez que os instrumentos normalmente utilizados estão muito centralizados na avaliação da aparência e satisfação corporal, permitindo ao entrevistado a liberdade de decidir até que ponto aprecia o seu corpo com base em qualquer característica, que poderia potencialmente incluir a aparência, a funcionalidade, o bem-estar ou outras qualidades consideradas importantes para o indivíduo.

Desta forma, a FAS foi construída com o intuito de fornecer uma contribuição importante para o campo da imagem corporal positiva, facilitando e inspirando investigações na área da funcionalidade corporal. A FAS, com base numa amostra total (N= 1042), com homens e mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos, desenvolveu inicialmente uma escala com 22 itens. No entanto, após algumas revisões feitas por especialistas da área da funcionalidade corporal, bem como depois da realização de uma análise fatorial com rotação Varimax, obteve-se uma escala final com sete itens, nomeadamente: (1) *"I appreciate my body for what it is capable of doing"*; (2) *"I am grateful for the health of my body, even if isn't always as healthy as I would like it to be"*; (3) *"I appreciate that my body allows me to communicate and interact with others"*; (4) *"I acknowledge and appreciate when my body feels good and/or relaxed"*; (5) *"I am grateful that my body enables me to engage in activities that I enjoy or find important"*; (6) *"I feel that my body does so much for me"* e (7) *"I respect my body for the functions that it performs"* (Alleva et al., 2017). Estes sete itens são

respondidos através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *discordo totalmente*; 2 = *discordo*; 3 = *não concordo nem discordo*; 4 = *concordo* e 5 = *concordo totalmente*). A cotação da escala tem por base a média das pontuações do sujeito nos itens, sendo que valores mais altos refletem uma maior apreciação da funcionalidade corporal. A consistência interna da FAS é considerada boa apresentando valores de .86 para a amostra total e de .84 e .87 para homens e mulheres, respetivamente (Allewa, et al., 2017). Esta operacionalização é um dado importante na literatura, visto que até à data praticamente apenas a BAS-2 avaliava a apreciação corporal.

Para a obtenção da versão portuguesa deste instrumento, a sua tradução foi realizada de acordo com o método TRAPD (*Translation, Review, Adjudication, Pretesting e Documentation*), que corresponde ao procedimento de cinco fases: Tradução, Revisão, Adjudicação, Pré-Teste e Documentação (Harkness, 2003). Na primeira fase, dois tradutores, com proficiência nos dois idiomas, trabalharam de forma independente na tradução da versão inglesa da FAS para uma versão portuguesa. Na segunda fase, numa reunião de revisão os tradutores e um revisor compararam as duas traduções, a fim de obter um questionário final. Na terceira fase, o adjudicador tomou a decisão final baseando-se na sua própria experiência e considerando as análises das traduções e os comentários do revisor. Na quarta fase, foi feito um pré-teste de tradução da escala, de modo a finalizarem a tradução. Todo o processo foi documentado, o que corresponde ao objetivo da quinta fase. Pretendeu-se com a utilização deste método que a tradução fosse equivalente não só a nível linguístico, mas também a nível sociocultural. Desta forma, manteve-se os 7 itens da escala original, sofrendo apenas a alteração da tradução para português, nomeadamente: (1) “*Valorizo o meu corpo por aquilo que ele é capaz de fazer*”; (2) “*Sou grato/a pela saúde do meu corpo, mesmo que ele nem sempre seja tão saudável quanto eu gostaria que fosse*”; (3) “*Valorizo o facto de o meu corpo me permitir comunicar e interagir com os outros*”; (4) “*Reconheço e aprecio quando o meu corpo se sente bem e/ou relaxado*”; (5) “*Sou grato/a pelo facto de o meu corpo me permitir participar em atividades que eu aprecio ou considero importantes*”; (6) “*Sinto que o meu corpo faz tanto por mim*”; e (7) “*Respeito o meu corpo pelas funções que ele desempenha*”.

Body Appreciation Scale 2 (BAS-2). A BAS-2 é um dos instrumentos utilizados para avaliar a Apreciação Corporal (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; versão portuguesa de Lemoine et al., 2018). A escala é composta por 10 itens, cinco dos quais

são originais de Avalos et al., (2005), e os outros cinco originados e desenvolvidos por Tylka & Wood-Barcalow (2015a). Os itens são avaliados através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 = *nunca*; 2 = *raramente*; 3 = *às vezes*; 4 = *frequentemente* e 5 = *sempre*). A cotação dos resultados corresponde à média das respostas dadas, sendo que pontuações mais elevadas indicam uma maior apreciação pelo corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). No geral, os resultados de validação da escala demonstram que esta possui uma estrutura unifatorial, onde se confirmam elevados índices de fiabilidade (consistência interna e estabilidade) e estimativas de validade (construção, critério e discriminação) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Verificou-se uma excelente consistência interna com um valor de .97. e uma moderada estabilidade temporal após 3 semanas (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Em relação à validade de construto, a escala demonstra resultados que sugerem a evidência da validade discriminante (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Uma mais valia deste instrumento diz respeito a uma avaliação de ambos os géneros, o que nos permite estabelecer comparações entre os valores dos dois grupos (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Na versão portuguesa a BAS-2 evidencia uma forte consistência interna, com valores entre .91 e .94 para homens e mulheres, respetivamente (Lemoine et al., 2018).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 (EADS-21). Com a finalidade de avaliar a Ansiedade, Depressão e Stress, Lovibond & Lovibond (1995) desenvolveram a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) de 42 itens, que em 2004 resulta da tradução e adaptação para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Este instrumento visa avaliar três dimensões: a ansiedade, a depressão e o stress, tendo em conta a sintomatologia experienciada na semana anterior. A escala integra 21 itens, equitativamente distribuídos entre os três domínios, formando três subescalas. Cada uma destas contém 7 itens, que remetem para sintomas emocionais negativos, não estando nenhum invertido. A escala de resposta usada é do tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre 0 “*não se aplicou nada a mim*” e 3 “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. A cotação das subescalas consiste na soma dos valores dos itens integrantes, correspondendo resultados mais elevados a estados afetivos mais negativos. Face ao score obtido, consideram-se vários níveis de ansiedade, depressão e stress desde o nível normal ao nível extremamente severo. Na subescala ansiedade, o nível normal encontra-se para valores entre 0 e 3, suave entre 4 e 5, moderado entre 6 e 7, severo entre 8 e 9, e extremamente severo para valores iguais ou maiores que 10. Na subescala depressão,

verifica-se um nível normal para valores entre 0 e 4, suave entre 5 e 6, moderado entre 7 e 10, severo entre 11 e 13, e extremamente severo para valores iguais ou superiores a 14. Por fim, na subescala stress, o nível normal situa-se nos valores entre 0 e 7, suave entre 8 e 9, moderado entre 10 e 12, severo entre 13 e 16, e extremamente severo para valores maiores ou iguais a 17. Segundo o artigo de validação deste instrumento (Pais-Ribeiro et al., 2004), a presente escala apresenta boas qualidades psicométricas. Quanto à validade de construto, a totalidade dos fatores consegue explicar 50.35% da variância total. Ao nível da consistência interna, para os três domínios (ansiedade, depressão e stress) foram revelados valores indicativos de uma boa fiabilidade ($\alpha_{ansiedade} = .74$; $\alpha_{depressão} = .85$; e $\alpha_{stress} = .82$).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). No presente estudo pretende-se utilizar a versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006). Com uma metodologia própria, este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Serra et al., (2006), concebido para a avaliação da qualidade de vida. É constituído por 26 itens, sendo dois deles mais gerais (Faceta Geral de QdV), que avaliam a qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde. As restantes 24 questões representam cada uma das 24 facetas específicas sobre quatro domínios distintos: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Cada domínio compreende uma descrição de um estado, conduta, aptidão ou uma percepção ou experiência subjetiva.

Os itens estão organizados por uma escala de resposta de Tipo *Likert* de 5 pontos, que correspondem a quatro dimensões de avaliação: capacidade, frequência, intensidade e avaliação, estando estas definidas tanto de modo positivo como de modo negativo. As cotações dos quatro domínios evidenciam uma percepção individual de QdV em cada domínio em particular. Pontuações mais elevadas indicam maior QdV, sendo a pontuação média dos itens dentro de cada domínio. O WHOQOL-BREF demonstra bons índices de consistência interna, apresentando valores aceitáveis (varia entre .64 e .87), quer se analisem os quatro domínios ou cada domínio individualmente, o conjunto das facetas ou o conjunto dos itens. Em relação à validade e capacidade discriminativa, apresenta também bons resultados. No que diz respeito à validade de construto, verifica-se que os quatro domínios do WHOQOL-BREF se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si. Contudo, a exceção é o domínio Relações Sociais, que apresenta um *Alfa de Cronbach* de .64. Este resultado, poderá ser explicado devido ao facto deste domínio basear-se apenas em três itens (Relações Pessoais, Apoio

Social e Atividade Sexual). Através da estabilidade *teste-reteste*, verifica-se que WHOQOL-BREF é um instrumento com uma boa estabilidade temporal, apropriado para avaliar a percepção de qualidade de vida de cada sujeito. A correlação *teste-reteste* para cada domínio apresenta valores aceitáveis, nomeadamente entre .77 e .86. Um melhor resultado da qualidade de vida está associado a uma menor pontuação dos indicadores de depressão e psicopatologia. WHOQOL-BREF revela boas características psicométricas, permitindo assim, a utilização frequente desta versão (Vaz Serra et al., 2006).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimento de Recolha de Dados

A amostra do presente estudo foi recolhida através de um processo não probabilístico de amostragem. Os participantes foram recrutados via *online* na comunidade em geral, cumprindo dois critérios de inclusão estabelecidos: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos (ambos os sexos); (2) não padecerem de nenhuma doença em fase terminal e/ou declínio nas capacidades cognitivas que compromettesse o preenchimento do questionário.

Os participantes foram convidados a participar no estudo através do preenchimento de um questionário *online* disponibilizado através do link <https://inqueritos.up.pt/index.php?r=survey/index&sid=655652>, na plataforma *Survey*, e após apresentação dos objetivos do estudo e das questões terem sido eticamente acauteladas. A duração estimada do preenchimento seria em média de 20 minutos.

A recolha dos dados teve início em Maio de 2020 e o último questionário recolhido na presente base de dados foi utilizado em Setembro de 2020.

Em termos éticos, este projeto respeitou os princípios éticos enunciados na Declaração de Helsínquia, considerando a participação voluntária, consentimento informado e esclarecido, confidencialidade e acesso aos dados.

2.3.2. Procedimento de Análise de Dados

Os dados relativos aos questionários considerados válidos foram introduzidos numa base de dados e analisados quantitativamente através da versão 26 do IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*). Os procedimentos estatísticos utilizados passaram por medidas de estatística descritiva, frequências absolutas e frequências relativas, médias (M) e respetivos desvios-padrão (DP), com o intuito de

obter uma representação da distribuição das características sociodemográficas e clínicas da amostra. Realizaram-se, também, análises inferenciais para analisar as qualidades psicométricas da escala, nomeadamente: o teste *t de Student* para comparação de médias, a Análise de Componentes Principais (ACP) para analisar a estrutura interna, a determinação do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach* (α) para analisar a fiabilidade da escala e o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) para a análise das relações entre variáveis.

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação e discussão dos resultados foi estruturada em vários pontos. Num primeiro ponto apresentam-se as estatísticas descritivas da pontuação total da FAS relativamente à amostra total e por género. Seguidamente, apresenta-se uma análise dos itens de forma a verificar a existência de eventuais desvios grosseiros da normalidade tomando os valores da assimetria e da curtose. No ponto seguinte apresenta-se a análise fatorial exploratória da escala, que foi efetuada através de uma Análise das Componentes Principais (ACP). De seguida, apresenta-se a consistência interna e as correlações item-total corrigidas. Por fim, apresenta-se a validade convergente com outras medidas em estudo.

3.1. Análises preliminares aos itens

Na fase de análise preliminar dos dados da FAS verificou-se que não existiam valores omissos. De seguida foram realizadas estatísticas descritivas da pontuação total da FAS para a amostra total e para o género (tabela 2).

Tabela 2

Estatísticas Descritivas da Pontuação Total da FAS por Amostra Total e por Género

FAS Total	Amostra total	G. Feminino	G. Masculino
N	361	291	70
M	4.38	4.37	4.42
DP	.48	.49	.46
Mínimo	2.71	2.71	3.43
Máximo	5	5	5
Assimetria	-.55	-.58	-.39
EP Assimetria	.13	.14	.29
Curtose	-.21	-.13	-.81
EP Curtose	.26	.29	.57

Nota. N = número de participantes; M = Média; DP = Desvio-Padrão; EP Assimetria = Erro-Padrão da Assimetria; EP Curtose = Erro-padrão da Curtose

Verificou-se que o valor da média obtida para a amostra total ($M = 4.38$) indica um valor de valorização da funcionalidade acima do ponto médio da escala – 3 (escala de *Likert* com 5 pontos: 1 = *discordo totalmente*; 2 = *discordo*; 3 = *não concordo nem discordo*; 4 = *concordo* e 5 = *concordo plenamente*), o mesmo se verificando para o género feminino ($M = 4.37$) e masculino ($M = 4.42$), apresentando os homens um valor significativamente superior comparativamente com as mulheres. A diferença de médias entre o género feminino e masculino quando comparada através de um teste *t de Student* para amostras independentes, não se mostrou estatisticamente significativa [$t(359) = -.739, p = .461$].

Seguidamente, realizou-se uma análise dos itens de forma a verificar a existência de eventuais desvios grosseiros da normalidade (Tabela 3).

Tabela 3

Estatísticas Descritivas dos Itens FAS para a Amostra Total

Itens	M	Moda	Mín.	Máx.	Assimetria	Curtose
FAS_1	4.06	4	1	5	-1.09	2.18
FAS_2	4.47	5	2	5	-.95	.87
FAS_3	4.52	5	3	5	-.86	-.25
FAS_4	4.47	5	2	5	-.76	.49
FAS_5	4.53	5	2	5	-1.27	1.74
FAS_6	4.20	4	1	5	-.83	.37
FAS_7	4.41	5	2	5	-1.03	1.29

Nota. FAS = *Functionality Appreciation Scale*

A utilização da assimetria e da curtose para avaliar a normalidade das variáveis é uma prática frequentemente utilizada e recomendada. Segundo Kline (2011), valores para a assimetria menores que 3 são considerados aceitáveis, assim como valores de curtose menores que 8. Desta forma, no geral, verificou-se que não foram encontrados desvios quer da assimetria quer da curtose.

3.2. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A análise da estrutura subjacente dos 7 itens da Escala FAS foi efetuada através da análise fatorial exploratória tendo em conta a matriz das correlações para a amostra total (tabela 4), e utilizando a Análise de Componentes Principais (ACP).

Para a análise ser considerada apropriada, segundo Tabachnik e Fidell (2007), grande parte dos itens deverão ser superiores a .30. Analisando os valores das correlações entre os itens verifica-se que grande parte deles apresentam pesos fatoriais superiores a .30.

Tabela 4*Matriz de correlações para a Amostra Total*

	FAS_1	FAS_2	FAS_3	FAS_4	FAS_5	FAS_6	FAS_7
FAS_1	1	.37	.32	.35	.37	.43	.49
FAS_2		1	.53	.43	.38	.32	.43
FAS_3			1	.46	.58	.41	.44
FAS_4				1	.46	.41	.44
FAS_5					1	.52	.51
FAS_6						1	.62
FAS_7							1

Considerando a amostra no total, obteve-se um resultado significativo para o *Teste de Bartlett* $X^2(21) = 896.318$ $p < 0.001$ e um valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) = .86, um valor superior a .60, valor mínimo sugerido por Tabachnick & Fidell (2007). Com estes resultados concluímos que a análise fatorial e o tamanho da nossa amostra é adequada. Os componentes retidos foram os que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1. Apenas um componente foi extraído, responsável por 52.27% da variância total dos itens (tabela 7).

Apesar da grande diferença no número de participantes entre o género masculino (N = 70) e o género feminino (N = 291), realizou-se também uma análise da estrutura fatorial tendo em conta o género, tal como realizado pelos autores na versão original.

Tabela 5*Matriz de correlações para o género feminino*

	FAS_1	FAS_2	FAS_3	FAS_4	FAS_5	FAS_6	FAS_7
FAS_1	1	.35	.29	.33	.36	.44	.51
FAS_2		1	.54	.43	.41	.34	.49
FAS_3			1	.42	.56	.43	.45
FAS_4				1	.43	.41	.45
FAS_5					1	.55	.51
FAS_6						1	.65
FAS_7							1

Tabela 6*Matriz de correlações para o género masculino*

	FAS_1	FAS_2	FAS_3	FAS_4	FAS_5	FAS_6	FAS_7
FAS_1	1	.45	.41	.44	.42	.32	.45
FAS_2		1	.51	.45	.31	.25	.19
FAS_3			1	.62	.66	.31	.38
FAS_4				1	.62	.43	.39
FAS_5					1	.36	.50
FAS_6						1	.46
FAS_7							1

Quando analisada separadamente por gênero, para o grupo das mulheres (N = 291) obteve-se um resultado significativo para o *Teste de Bartlett* $X^2(21) = 750.769$ $p < 0.001$ e um valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) = .86, também superior a .60, valor mínimo sugerido por Tabachnick & Fidell (2007). Apenas um componente foi extraído, responsável por 52.81% da variância total dos itens (tabela 7).

Em relação aos homens (N = 70) obteve-se um resultado significativo para o *Teste de Bartlett* $X^2(21) = 174.948$ $p < 0.001$ e um valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) = .82, igualmente superior a .60, valor mínimo sugerido por Tabachnick & Fidell (2007). Apenas um componente foi extraído, responsável por 51.19% da variância total dos itens (tabela 7).

Tabela 7

Cargas Fatoriais de Análise Fatorial Exploratória para a FAS na Amostra Total, Gênero Feminino e Gênero Masculino

Itens	Cargas fatoriais da amostra total	Cargas fatoriais do G. Feminino	Cargas fatoriais do G. Masculino
FAS_1	.644	.633	.690
FAS_2	.678	.698	.618
FAS_3	.741	.730	.799
FAS_4	.699	.676	.808
FAS_5	.765	.758	.794
FAS_6	.739	.763	.603
FAS_7	.785	.812	.663
<i>Eigenvalue</i>	3.66	3.69	3.58
Variância	52.27%	52.81%	51.19%

No geral, tanto para a amostra total como para o gênero, estes resultados vão ao encontro dos estudos tidos como referência, nomeadamente o estudo original de Alleva et al., (2017) e o estudo da versão Malásia de Swami et al., (2019), que também obtiveram uma estrutura fatorial unidimensional.

3.3. Consistência interna

Para uma análise de coerência existente nas respostas dos indivíduos a cada um dos itens da FAS, procedemos ao cálculo do coeficiente de *Alfa de Cronbach*. Os resultados obtidos revelaram um $\alpha = .84$ para a amostra total, bem como .84 para mulheres e .83 para homens, o que nos permite concluir que a escala utilizada evidencia bons níveis de consistência interna. Quanto às correlações de item-total corrigidas, estas variaram de .53 a .69 para a amostra total, entre .52 e .72 para o gênero feminino e entre

.48 a .69 para o género masculino, o que nos permite concluir que não devemos retirar qualquer item da escala. Na tabela 8 que se segue indicamos os principais valores obtidos item a item a propósito da validade e precisão.

Tabela 8

Estatísticas de fiabilidade para a FAS por Amostra Total e por Género

	M	DP	Correlação de item total corrigida	α se o item for excluído
FAS_1				
Total	4.1	0.78	0.53	0.83
G. Feminino	4.1	0.80	0.52	0.84
G. Masculino	4.1	0.70	0.57	0.81
FAS_2				
Total	4.5	0.62	0.55	0.83
G. Feminino	4.5	0.62	0.57	0.83
G. Masculino	4.4	0.62	0.48	0.82
FAS_3				
Total	4.5	0.61	0.61	0.82
G. Feminino	4.5	0.59	0.60	0.82
G. Masculino	4.6	0.65	0.67	0.80
FAS_4				
Total	4.5	0.59	0.58	0.82
G. Feminino	4.5	0.60	0.56	0.83
G. Masculino	4.5	0.56	0.69	0.80
FAS_5				
Total	4.5	0.63	0.65	0.81
G. Feminino	4.5	0.64	0.64	0.82
G. Masculino	4.6	0.58	0.67	0.80
FAS_6				
Total	4.2	0.81	0.62	0.82
G. Feminino	4.2	0.83	0.65	0.82
G. Masculino	4.3	0.70	0.48	0.83
FAS_7				
Total	4.4	0.67	0.69	0.81
G. Feminino	4.4	0.66	0.72	0.81
G. Masculino	4.4	0.69	0.54	0.82

De um modo geral, os alfas obtiveram valores sempre superiores a .70 (Cortina, 1993), o que afirma, mais uma vez, que estes resultados apresentam uma boa consistência interna. Estes valores assemelham-se ao estudo original, verificando-se um $\alpha = .86$ para a amostra total, bem como .87 e .84 para mulheres e homens, respetivamente (Allewaert et al., 2017). Esta escala garante, assim, uma das propriedades psicométricas exigíveis, mais concretamente a fidelidade dos seus resultados.

3.4. Validade externa

Para avaliar a validade externa da escala FAS, recorreremos a correlações

bivariadas através do cálculo do coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*, com várias medidas incluídas no presente estudo, tanto para a amostra total, como para cada género.

Incluiu-se a BAS-2 uma vez que, entre as escalas existentes que avaliam a apreciação corporal, a BAS-2 é a mais utilizada nos estudos que procuram investigar o conceito de ICP de uma forma geral e abrangente. Além disso, é uma medida que avalia as funcionalidades e saúde do corpo, não se restringindo apenas à apreciação da aparência física. São vários estudos os que evidenciam uma associação positiva entre a apreciação corporal e a valorização da funcionalidade (Bailey et al., 2015; Lemoine et al., 2018; Tiggeman & McCourt, 2013; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Webb et al., 2015).

Utilizou-se a WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006) por ser uma medida bastante utilizada para avaliar a qualidade de vida e a perceção geral de saúde. São vários os estudos que apontam para a relação entre a imagem corporal e a QdV (Andrew, Tiggemann & Clark, 2016; Smolak & Cash, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Segundo Nayir e colaboradores (2016), a imagem corporal afeta significativamente a QdV em todos os seus domínios, sendo muito importante promover uma perceção positiva de imagem corporal para melhorar a QdV dos indivíduos, nomeadamente a nível psicológico.

Optou-se também pela EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) uma vez que este instrumento avalia três dimensões, o que o torna bastante completo. Além disso, porque se supõe que a Funcionalidade está relacionada com a QdV e por sua vez a QdV se relaciona de forma inversa com a Ansiedade, Depressão e Stress. São vários os estudos que indicam que um maior foco na funcionalidade corporal está relacionado com níveis mais reduzidos de Ansiedade, Depressão e Stress (Alleva et al., 2017; Hughes & Gullone, 2011; Gillen, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Por último, incluiu-se a Satisfação com a Aparência Física, a Idade e o IMC, uma vez terem sido variáveis selecionadas pelos autores da versão original (Alleva et al., 2017), o que de certa forma nos permite fazer uma análise comparativa dos resultados.

Na tabela 9 que se segue, apresentamos os valores das estatísticas descritivas de cada uma das medidas referidas anteriormente. As estatísticas descritivas das variáveis Idade e IMC encontram-se já caracterizadas na tabela 1.

Tabela 9

Estatísticas Descritivas das Diferentes Medidas para a Amostra Total e por Género

	M	DP	Min. – Máx.	α
BAS_2				
Total	3.69	0.69	1.70 - 5.00	.93
G. Feminino	3.63	0.68	1.70 – 5.00	.93
G. Masculino	3.95	0.69	2.00 – 5.00	.93
WHOQOL_Geral				
Total	75.79	14.33	12.50 – 100.00	.50
G. Feminino	76.25	14.01	12.50 – 100.00	.51
G. Masculino	73.93	15.60	25.00 – 100.00	.46
WHOQOL_Físico				
Total	76.92	13.13	39.29 – 100.00	.72
G. Feminino	77.06	12.80	39.29 – 100.00	.71
G. Masculino	76.33	14.49	39.29 – 100.00	.78
WHOQOL_Psicológico				
Total	70.44	15.73	16.67 – 100.00	.85
G. Feminino	69.79	15.37	16.67 – 100.00	.84
G. Masculino	73.15	17.00	20.83 – 100.00	.87
WHOQOL_R.Sociais				
Total	71.09	18.59	0.00 – 100-00	.70
G. Feminino	71.51	17.89	16.67 – 100.00	.66
G. Masculino	69.40	21.31	0.00 – 100.00	.80
WHOQOL_M.Ambiente				
Total	73.58	13.71	25.00 – 100.00	.80
G. Feminino	73.66	13.25	25.00 – 100.00	.79
G. Masculino	73.26	15.54	28.13 – 100.00	.85
EADS_Ansiedade				
Total	3.22	3.30	0.00 – 19.00	.82
G. Feminino	3.22	3.33	0.00 – 19.00	.82
G. Masculino	3.21	3.21	0.00 – 13.00	.81
EADS_Depressão				
Total	3.97	3.87	0.00 – 20.00	.88
G. Feminino	3.84	3.69	0.00 – 20.00	.87
G. Masculino	4.55	4.54	0.00 – 20.00	.90
EADS_Stress				
Total	6.23	4.18	0.00 – 21.00	.88
G. Feminino	6.40	4.12	0.00 – 21.00	.88
G. Masculino	5.48	4.45	0.00 – 18.00	.90
Satisfação com a Aparência Física				
Total	6.56	1.72	0.00 – 10.00	-
G. Feminino	6.43	1.71	1.00 – 10.00	-
G. Masculino	7.10	1.69	0.00 – 10.00	-

Nota. BAS-2 – *Body Appreciation Scale 2*; QdV Geral; QdV Físico; QdV Psicológico; QdV Relações Sociais; QdV Meio Ambiente; EADS – Subescala de Ansiedade; EADS – Subescala de Depressão; EADS – Subescala de Stress e Satisfação com a Aparência Física

Em relação à BAS-2, considerando a versão portuguesa de Lemoine et al., (2018), a cotação dos resultados corresponde à média das respostas dadas, tendo em conta que, níveis elevados de pontuação indicam uma maior apreciação pelo corpo e níveis mais baixos indicam uma menor apreciação. Verificou-se que o valor da média obtida ($M = 3.69$) indica um valor de apreciação corporal acima do ponto médio da escala - 3 (escala de *Likert* com 5 pontos: 1 = *nunca*; 2 = *raramente*; 3 = *às vezes*; 4 = *frequentemente* e 5 = *sempre*), o mesmo se verificando para o género feminino ($M = 3.63$) e masculino ($M = 3.95$), apresentando as mulheres um valor significativamente inferior ao do grupo dos homens quando comparados através de um teste *t* de *Student* para amostras independentes [$t(359) = -3.47$, $p = .001$]. Estes resultados validam estudos anteriores que evidenciam que o género masculino revela valores significativamente mais elevados de apreciação corporal quando comparados com o género feminino (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Swami et al., 2017).

Neste estudo, verificou-se uma forte consistência interna ($\alpha = .93$ para a amostra total e para ambos os géneros), revelando assim valores semelhantes ao estudo da validação BAS-2 para a população portuguesa.

Relativamente à WHOQOL-BREF, considerando a versão portuguesa de Vaz Serra et al., (2006), as cotações dos quatro domínios evidenciam uma perceção individual de QdV em cada domínio em particular, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior QdV.

Nos dois itens que compõem a faceta Geral de QdV, que corresponde às questões 1 e 2: “Como avalia a sua qualidade de vida?” e “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde”, os valores médios obtidos para homens e mulheres são respetivamente: $M = 73.93$ e $M = 76.25$, com o grupo das mulheres a apresentar valores mais elevados.

Quanto aos restantes quatro domínios, os valores médios obtidos variam entre $M = 69.40$ e $M = 77.06$, o que nos permite concluir que os participantes estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida em cada um dos domínios, em particular, no domínio Físico cujo valor médio obtido é $M = 76.92$ para a amostra total e $M = 77.06$ e $M = 76.33$ para mulheres e homens respetivamente. Em todos os domínios o valor máximo obtido foi de 100, o que podemos concluir que em todos os domínios houve participantes completamente satisfeitos com a sua qualidade de vida. Os domínios Psicológico e das Relações Sociais são os que têm valores médios mais baixos. Quer para o domínio geral quer para os outros quatro domínios não se encontraram diferenças

estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino.

Neste estudo, verificou-se um *Alfa de Cronbach* entre .46 e .51 para a QdV Geral, entre .71 e .78 para o domínio Físico, entre .84 e .87 para o domínio Psicológico, entre .66 e .80 para o domínio das Relações Sociais e entre .79 e .85 para o domínio Ambiental.

Quanto à EADS-21, considerando a versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), a cotação dos resultados consiste na soma dos valores dos itens integrantes de cada subescala (Ansiedade, Depressão e Stress), tendo em conta que valores mais elevados indicam estados afetivos mais negativos. Face à média obtida, o resultado é considerado de acordo com os níveis: normal, suave, moderado, severo e extremamente severo.

Na subescala Ansiedade, verificou-se que o valor da média obtida para a amostra total e para o género feminino corresponde a $M = 3.22$. Já para o género masculino foi de $M = 3.21$, não se apresentando a diferença entre géneros estatisticamente significativa. Estes resultados evidenciam que a maioria dos participantes se encontra no nível normal de Ansiedade (entre 0 e 3). Relativamente à subescala Depressão, verificou-se que o valor da média obtida é de $M = 3.97$ para a amostra total e $M = 3.84$ e $M = 4.55$ para mulheres e homens, respetivamente, não se apresentando esta diferença estatisticamente significativa. De acordo com os níveis estabelecidos, estes valores indicam um nível de depressão normal (entre 0 e 4). Por último, em relação à subescala Stress, verificou-se que o valor da média obtida foi de $M = 6.23$ para a amostra total e $M = 6.40$ e $M = 5.48$ para mulheres e homens, respetivamente, não se apresentando esta diferença estatisticamente significativa. Estes resultados, de acordo com os valores considerados para esta subescala, situam-se também no nível normal (entre 0 e 7).

Neste estudo, ao nível da consistência interna, foram revelados valores indicativos de uma boa fiabilidade para os três domínios, quer para a amostra total quer para cada um dos géneros (α *ansiedade* = entre .81 e .82; α *depressão* = entre .87 e .90; α *stress* = entre .88 e .90).

Em relação à Satisfação com a Aparência Física, considerando ser uma medida de avaliação geral da Imagem Corporal, os participantes assinalaram o ponto que melhor representasse a satisfação que sentiam com a sua aparência física no momento presente do preenchimento do questionário. A cotação dos resultados corresponde à média das respostas dadas, tendo em conta que, níveis elevados de pontuação indicam uma maior satisfação pelo corpo e níveis mais baixos indicam uma menor satisfação

corporal. Verificou-se que o valor da média obtida ($M = 6.56$) indica um valor de apreciação corporal acima do ponto médio da escala - 5 (escala de *Likert* com 10 pontos: 0 – “nenhuma satisfação” e 10 = “satisfação extrema”), o mesmo se verificando para o género feminino ($M = 6.43$) e masculino ($M = 7.10$), com o grupo dos homens a apresentar valores mais elevados de satisfação com a aparência física comparativamente ao grupo das mulheres, afirmando-se assim diferenças estatisticamente significativas entre grupos quando comparados através de um teste *t* de *Student* para amostras independentes [$t(359) = -2.97$, $p = .003$].

Sintetizando a caracterização das medidas referidas, a nossa amostra, quer total quer por cada género, tende a avaliar a sua IC como positiva, apresentando valores de apreciação corporal acima do ponto médio, bem como valores bastante consideráveis relativamente à satisfação com a sua aparência física e qualidade de vida, verificando-se assim níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva normais.

A fim de verificar a validade externa entre a FAS e outras medidas, apresenta-se de seguida a tabela 10 com os valores das correlações, quer para a Amostra Total quer por Género.

Tabela 10

*Correlações (*r*) entre a FAS e várias medidas para a Amostra Total e por Género*

	1. FAS	1. FAS_G.Feminino	1. FAS_G.Masculino
2	.540**	.543**	.540**
3	.374**	.339**	.537**
4	.342**	.330**	.399**
5	.455**	.471**	.337**
6	.304**	.294**	.363**
7	.337**	.344**	.322**
8	-.226**	-.227**	-.223
9	-.290**	-.296**	-.291*
10	-.131*	-.137*	-.078
11	.336**	.339**	.311**

Nota. 1. FAS – *Functionality Appreciation Scale*; 2. BAS-2 – *Body Appreciation Scale 2*; 3. QdV Geral; 4. QdV Físico; 5. QdV Psicológico; 6. QdV Relações Sociais 7. QdV Meio Ambiente; 8. EADS – Subescala de Ansiedade; 9. EADS – Subescala de Depressão; 10. EADS – Subescala de Stress e 11. Satisfação com a Aparência Física

Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a bold

****.** A correlação é significativa ao nível 0.01 (bilateral)

*****. A correlação é significativa ao nível 0.05 (bilateral)

Segundo Cohen (1992), a magnitude de associação entre as variáveis é considerada forte se $r \geq .50$, moderada se r for compreendido entre .30 e .49 e fraca se for compreendido entre .10 e .29. Nos casos em que as correlações são pequenas em magnitude, e não significativas de acordo com o valor p , descrevem-se como não significativas.

Quanto às associações entre as medidas FAS e BAS-2 (tabela 10), para a amostra total verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa [$r = .540, p < .001$], o mesmo acontecendo para o grupo das mulheres [$r = .543, p < .001$] e dos homens [$r = .540, p < .001$].

A FAS, para a amostra total correlaciona-se igualmente de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões da QdV, revelando que a funcionalidade se associa a resultados mais satisfatórios ao nível da QdV Física [$r = .342, p < .001$], QdV Psicológica [$r = .445, p < .001$], QdV Relacional [$r = .304, p < .001$] e QdV Ambiental [$r = .337, p < .001$]. O mesmo acontece para o grupo das mulheres e dos homens, com as mulheres a alcançarem valores mais elevados no domínio Psicológico [$r = .471, p < .001$] e Ambiental [$r = .344, p < .001$], e os homens a apresentarem valores mais elevados no domínio Físico [$r = .399, p < .001$] e Relacional [$r = .363, p < .001$] (tabela 10).

No geral, estes resultados vão ao encontro da literatura, que mostra que existe uma associação positiva entre a valorização da funcionalidade e a apreciação corporal, e também entre a valorização da funcionalidade e qualidade de vida, o que pode contribuir para um conjunto de benefícios físicos e psicológicos (Andrew, Tiggemann & Clark, 2016; Alleva et al., 2017; Cash & Fleming, 2002; Lemoine et al., 2018; Smolak & Cash, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Uma vez que as pontuações da FAS se encontram correlacionadas positivamente com a apreciação corporal e com a QdV (Alleva et al., 2017), era esperado que a FAS quando correlacionada com a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) apresentasse resultados estatisticamente significativos, mas negativos, o que se verificou quando se analisaram os resultados para a amostra total, quer para a ansiedade [$r = -.226, p < .001$], quer para a depressão [$r = -.290, p < .001$], quer para o stress [$r = -.131, p < .005$]. Quando se analisaram os resultados por género, verificou-se que no grupo das mulheres essas correlações se mantinham significativas mas para o grupo dos

homens verificou-se apenas resultados estatisticamente significativos negativos na depressão [$r = -.291$, $p < .005$], não obtendo significância com a ansiedade e stress (tabela 10). Esta associação negativa vai ao encontro da literatura, que indica que um maior foco na funcionalidade do corpo está relacionado com níveis mais reduzidos de ansiedade, depressão e stress (Alleva et al., 2017; Hughes & Gullone, 2011; Gillen, 2015).

Quanto às associações entre as medidas FAS e Satisfação com a Aparência Física (tabela 10), para a amostra total verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa [$r = .336$, $p < .001$], o mesmo acontecendo para o grupo das mulheres [$r = .339$, $p < .001$] e dos homens [$r = .311$, $p < .001$]. Estes resultados vão ao encontro da literatura, evidenciando que uma maior satisfação com a aparência está associada a uma maior apreciação corporal, aceitação corporal e apreciação da funcionalidade (Alleva, Martijn, Breukelen, Jansen & Karos, 2015; Alleva et al., 2017; Mulgrew & Tiggemann, 2017). O foco na funcionalidade corporal pode promover a satisfação com a aparência porque incentiva os indivíduos a “reenquadrar” positivamente a maneira como pensam sobre o seu corpo (Alleva et al., 2014; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), o que pode gerar sentimentos positivos em relação ao corpo e uma maior valorização do mesmo (Alleva et al., 2018; Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015; Franzoi, 1995; Avalos & Tylka, 2006; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

No que se refere à relação entre a FAS e a Idade (tabela 11), tanto para a amostra total como por géneros, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. Estes resultados são semelhantes ao estudo original de Alleva et al., (2017), tanto para a amostra total como para mulheres e homens. No entanto estes dados devem ser analisados com precaução, uma vez que não são consistentes com a maioria da literatura que defende a existência de uma correlação significativa e positiva entre a funcionalidade e a idade, em indivíduos das mesmas faixas etárias que este estudo (Grogan, 2011; Swami & Ng, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). São vários os estudos que apontam que a valorização da funcionalidade corporal relaciona-se positivamente com a idade, sendo que com o aumento da idade as mulheres tornam-se mais apreciadoras da saúde e funcionalidade do seu corpo, aceitando as imperfeições corporais percebidas (Grogan, 2011; Tiggemann, 2015; Tiggemann & McCourt, 2013).

Quanto a uma possível associação significativa entre a FAS e o IMC ($M = 23.02$; $DP = 2.88$), os resultados para a amostra total revelam um coeficiente de

correlação estatisticamente significativo e negativo [$r = -.141$, $p < .001$]. Quando calculados por género, no género feminino verificou-se uma associação significativa também negativa [$r = -.160$ $p < .001$]. Já para o género masculino não se mostrou significativa, podendo este resultado evidenciar que a variação do peso não está associada à valorização da funcionalidade nos homens da nossa amostra, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Swami et al., (2019).

Tabela 11

Correlações (r) entre a FAS, Idade e IMC para a Amostra Total e por Género

		2	3
1	FAS	-.022	-.141**
1	FAS_G. Feminino	-.008	-.160**
1	FAS_G. Masculino	-.095	-.111

Nota. 1. FAS – *Functionality Appreciation Scale*; 2. Idade; 3. IMC

Os valores de p com significância estatística encontram-se a **bold**

******. A correlação é significativa ao nível 0.01 (bilateral)

Quando comparados através de um teste t de *Student* para amostras independentes, o IMC demonstra, igualmente, diferenças estatisticamente significativas entre grupos [$t(359) = -3.60$, $p \leq .000$]. Isto é, o grupo das mulheres apresenta uma média mais baixa comparativamente com o grupo dos homens ($M = 22.76$ e $M = 24.11$, respetivamente).

Em relação ao estudo original de Alleva et al., (2017), não se verificou uma associação significativa entre a FAS e o IMC, tanto para a amostra total como para homens e mulheres. Estes resultados são interessantes na medida em que, de acordo com a literatura, as mulheres parecem experienciar uma imagem corporal mais negativa do que os homens (Grogan, 2011; Tiggemann, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Estes dados vão ao encontro de outros estudos que evidenciam que a imagem corporal negativa por parte das mulheres pode estar relacionada com o facto do corpo feminino ser representado pelos ideais culturais de magreza e beleza (Levine & Murmen, 2009; Wood-Barcalow et al., 2010), poder, atração e aparência saudável (Grogan, 2011; Secchi et al., 2009). De acordo com a meta-análise de He, Sun Lin & Fan (2020), diferenças entre géneros quando associadas ao IMC também foram verificadas em adolescentes e adultos, com associações negativas significativas para o grupo das mulheres. Da mesma forma, esta diferença poderá estar associada aos diferentes ideais culturais de beleza para homens e mulheres, pois enquanto que os homens parecem

valorizar um tipo de corpo mais musculado (associado a um IMC mais alto), as mulheres parecem valorizar mais o corpo no ideal magro (associado a um IMC mais baixo) (Gillen, 2015; He, Sun Lin & Fan, 2020).

Em suma, aqueles que valorizam a funcionalidade do seu corpo parecem apresentar uma imagem corporal mais positiva, estar mais satisfeitos com a sua aparência física e apresentar valores mais elevados de QdV. Estes resultados parecem evidenciar que a nossa amostra no geral tem opiniões favoráveis e respeitosas em relação aos seus corpos, apreciando as funções que ele desempenha. Nesta visão, a valorização da funcionalidade parece ser priorizada, estando relacionada com níveis mais reduzidos de ansiedade, depressão e stress e evidenciando melhores resultados de saúde física e mental (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

4. Conclusão

A funcionalidade corporal parece ser uma dimensão importante da imagem corporal. Dado que a maioria dos programas de intervenção para melhorar aspetos da imagem corporal positiva são predominantemente centralizados na aparência (Alleva, Sheeran, Webb, Martijn, & Miles, 2015), e sendo a funcionalidade corporal uma das principais limitações em campo, o desenvolvimento de instrumentos e técnicas com foco na valorização da funcionalidade pode contribuir para um maior conhecimento da área (Alleva, Martijn, Breukelen, Jansen & Karos, 2015; Smolak & Cash, 2011).

Pensamos que a presente investigação desempenhou um papel importante para a evolução do conhecimento científico sobre a valorização da funcionalidade corporal. No âmbito do nosso conhecimento, esta é a primeira validação da escala FAS na população portuguesa, que tem como finalidade contribuir para uma melhor compreensão da funcionalidade corporal, cuja aplicação se destina tanto para fins de investigação como de intervenção.

Relativamente às características psicométricas analisadas neste estudo de validação da versão portuguesa da FAS, podemos concluir que esta versão é válida e fiável, uma vez que fornece evidências de uma estrutura fatorial unidimensional tal como a versão original, tanto para a amostra total como quando a análise é feita por género. Quanto à consistência interna, tanto para a amostra total como por género apresenta valores elevados. Em relação às correlações entre a FAS e as várias medidas analisadas neste estudo, apresenta correlações estatisticamente significativas, no sentido esperado, com a BAS-2, com a WHOQOL-BREF, com a EADS-21, com a Satisfação com Aparência Física e com o IMC, mantendo e indo ao encontro dos princípios conceptuais e valores considerados aceitáveis pelos autores da versão original (Alleva et al., 2017).

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas e que a seguir se enunciam. Primeiramente, o facto de termos utilizado uma amostra não probabilística, o que compromete, de certa forma, a representatividade da amostra, sobretudo ao nível do género e da faixa etária. Em segundo lugar, o facto de não ter sido realizada uma análise tipo *teste-reteste*, que permitiria perceber se as pontuações da FAS seriam consistentes ao longo do tempo. Poderiam também ter sido realizados outros procedimentos complementares, tais como a validade divergente e validação cruzada com outras amostras. Por último, refere-se à extensão do protocolo, com uma

duração média estimada de 20 minutos, que foi referido por alguns inquiridos como cansativo, podendo desta forma ter influenciado e comprometido algumas respostas aos itens.

Esperamos que a disponibilização desta medida sirva para uma melhor compreensão da apreciação e valorização da funcionalidade corporal. Profissionais e estudantes passam a ter à sua disposição a versão portuguesa de um instrumento breve de auto-resposta, de curta duração, que pode ser utilizado para avaliar a funcionalidade corporal. Esperamos também que este estudo sirva como catalisador de novas investigações e intervenções mais eficazes na prática clínica, promovendo a imagem corporal positiva e uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico dos indivíduos.

Como sugestão para estudos futuros propomos mais estudos experimentais, mas sobretudo longitudinais na área da funcionalidade corporal, uma vez que se torna pertinente compreender a funcionalidade corporal de homens e mulheres ao longo de todo o ciclo de vida.

Referências Bibliográficas

- Alleva, J. M., Diedrichs, P. C., Halliwell, E., Martijn, C., Stuijzand, B. G., Treneman-Evans, G., & Rumsey, N. (2018). A randomised-controlled trial investigating potential underlying mechanisms of a functionality-based approach to improving women's body image. *Body Image*, 25, 85–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.009>
- Alleva, J. M., Martijn, C., Jansen, A., & Nederkoorn, C. (2014). Body language: Affecting body satisfaction by describing the body in functionality terms. *Psychology of Women Quarterly*, 38, 181–196. <http://dx.doi.org/10.1177/0361684313507897>
- Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, 15, 81–89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>
- Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., & Miles, E. (2015). A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. *Plos One*, 10(9), e0139177. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0139177>
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 23, 28–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>
- Andrew, R., Tiggemann, M. & Clark, L. (2016). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 28–39. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105314520814>
- Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486–497. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>
- Avalos, L. C., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., van Ingen, C., & Ditor, D. S. (2015). It's all about acceptance: A qualitative study exploring a model of positive body image for

- people with spinal cord injury. *Body Image*, 15, 24–34.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.010>
- Bailey, K. A., Cline, L. E. & Gammage, K. L. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88–99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.007>
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1–5.
[https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). Body image and social relations. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 277–286). New York, NY: Guilford Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (2nd ed., pp. 509–516). New York, NY: The Guilford Press. <http://dx.doi.org/10.5860/choice.40-3703>
- Clark, L. S., & Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in 9 to 12 year-old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Journal of Social Development*, 15, 628–643.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 1, 98–104.
- Franzoi, S. L. (1995). The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender consideration. *Sex Roles*, 33, 417–437.
<https://doi.org/10.1007/BF01954577>
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67–74.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Grogan, S. (2011). Body image development in adulthood. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 93–100). New York, NY: Guilford Press.
- Harkness, J. (2003). Questionnaire translation. In J. A. Harkness, F. J. R. V. de Vijver, & P. P. Mohler (Eds.), *Cross-cultural survey methods* (pp. 35–56). Wiley-Interscience.

- He, J., Sun, S., Lin, Z., & Fan, X. (2020). The association between body appreciation and body mass index among males and females: A meta-analysis. *Body Image*, 34, 10-26. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.006>
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.01.004>
- Hughes, E. & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.001>
- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modelling (3rd ed.). Guilford Press.
- Lemoine, J., Konradsen, H., Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). “Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders”: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.9>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Mahlo, L., & Tiggemann, M. (2016). Yoga and positive body image: A test of the embodiment model. *Body Image*, 18, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.008>
- Manaf, N. A., Saravanan, C. & Zuhrah, B. (2016). The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders among Female Medical Undergraduate Students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), VC01-VC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16678.7341>
- Mulgrew, K. E., Stalley, N. L., & Tiggemann, M. (2017). Positive appearance and functionality reflections can improve body satisfaction but do not protect against

- idealised media exposure. *Body Image*, 23, 126–134.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.002>
- Mulgrew, K. E., & Tiggemann, M. (2016). Form or function: Does focusing on body functionality protect women from body dissatisfaction when viewing media images? *Journal of Health Psychology*, 23(1), 84–94.
<https://doi.org/10.1177/1359105316655471>
- Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R. A. (2016). Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. *Plos One*, 11(9), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163290>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 539–549. <https://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp35045>
- Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, 18, 43–60. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007>
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389–401. <https://dx.doi.org/10.1002/eat.20045>
- Rodgers, R., Mclean, S., & Paxton, S. (2015). Longitudinal Relationships Among Internalization of the Media Ideal, Peer Social Comparison, and Body Dissatisfaction: Implications for the Tripartite Influence Model. *Developmental Psychology*, 51(5), 706-713. <https://dx.doi.org/10.1037/dev0000013>
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M. & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 39-48.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 229-236.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000200011>
- Silva, G. & Lange, E. (2017). Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos

- obesos do sexo feminino. *Psicologia argumento*, 28(60), 43-54.
- Smolak, L., & Cash, T.F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 471–478). New York, NY: Guilford Press.
- Soulliard, Z. A., Kauffman, A. A., Fitterman-Harris, H. F., Perry, J. E., & Ross, M. J. (2019). Examining positive body image, sport confidence, flow state, and subjective performance among student athletes and non-athletes. *Body Image*, 28, 93–100. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.009>
- Swami, V., & Ng, S. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in university students in Hong Kong. *Body Image*, 15, 68-71. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.004>
- Swami, V., Todd, J., Aspell, J. E., Mohd. Khatib, N. A., Toh, E. K. L., Zahari, H. S., & Barron, D. (2019). Translation and validation of a Bahasa Malaysia (Malay) version of the Functionality Appreciation Scale. *Body Image*, 30, 114–120. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.001>
- Swami, V., & Tovée, M. J. (2009). A comparison of actual-weight discrepancy, body appreciation, and media influence between street-dancers and non-dancers. *Body Image*, 6, 304–307. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.07.006>
- Swami, V., Weis, L., Barron, D., & Furnham, A. (2017). Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults. *The Journal of Social Psychology*, 158, 541–552. <https://dx.doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics (5th ed). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Talebkhah, K. S., & Cook-Cottone, C. (2020). Yoga for the prevention of eating disorders. In C. Maykel & M. A. Bray (Eds.), *Applying psychology in the schools. Promoting mind–body health in schools: Interventions for mental health professionals* (pp. 301–316). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000157-021>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10312-000>

- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, 14, 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.002>
- Tiggemann, M. (2004). Body Image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1, 29–41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., Coutts, E., & Clark, L. (2014). Belly dance as an embodying activity? A test of the embodiment model of positive body image. *Sex Roles*, 71, 197–207. <https://dx.doi.org/10.1007/s11199-014-0408-2>
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624–627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Todd, J., Aspell, J. E., Barron, D., & Swami, V. (2019). Multiple dimensions of interoceptive awareness are associated with facets of body image in British adults. *Body Image*, 29, 6–16. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.003>
- Tylka, T. L. (2018). Overview of the field of positive body image. In E. A. Daniels, M. M. Gillen, & C. H. Markey (Eds.), *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice* (pp. 6–33). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108297653.002>
- Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 56–64). New York, NY: Guilford Press.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41–49.
- Weaver, A. D., & Byers, S. E. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333–339.

- Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 14, 130-145. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010>
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). "But I like my body:" Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7, 106–116. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>