



Declaração de Autorização de Depósito no Repositório Institucional

Nome: Nuno Filipe Magalhães Carvalho

Telf./Telm.: 910692778 Nº. do B.I./C.C.: 15213839 0287

Correio eletrónico: nuno.filipe.11@hotmail.com

Mestrado em: Psicologia Clínica e de Saúde

Doutoramento em: _____

Título da Dissertação/~~Trabalho de Projeto~~/Relatório de Estágio/~~Tese~~ (Riscar o que não interessa): _____

Adaptação e validação da versão portuguesa do Body Consciousness Questionnaire numa amostra de comunicadores

Orientador(es): Prof. Doutora Maria Xavier Araújo e Prof. Doutora Ana Bêntolo

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu Repositório Institucional, o trabalho supra identificado, de acordo com o seguinte estatuto (assinalar apenas uma opção):

- Disponibilização imediata do texto integral para acesso mundial.
- Disponibilização do texto integral após um período de embargo de 1 ano 2 anos 3 anos após o qual autorizo o seu acesso mundial.
- Disponibilização apenas da informação bibliográfica do trabalho (autor, título e resumo, entre outros).

Mais declaro que a subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor, os quais são pertença do subscritor desta declaração, nem ao direito de usar a obra em trabalhos futuros.

Porto, 9 de Janeiro de 20 25

Assinatura: Nuno Magalhães

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Nuno Filipe Magalhães, 40397

Dissertação de Mestrado

**Adaptação e validação da versão portuguesa do
Body Consciousness Questionnaire numa amostra da
comunidade**

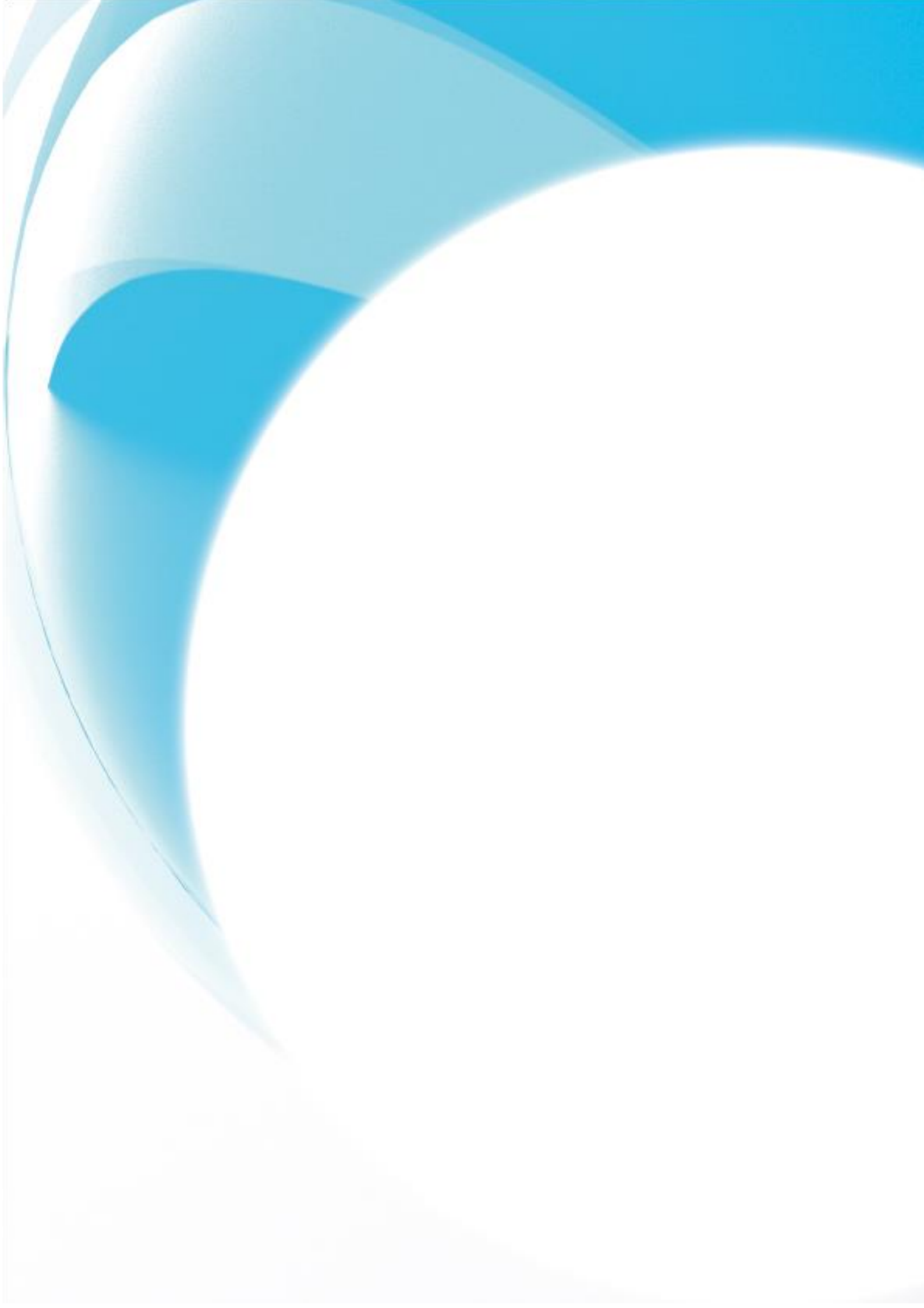
Orientação: Prof.^a Doutora Maria Araújo
Prof.^a Doutora Ana Bártolo

Data:
janeiro, 2025



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.



Adaptação e validação da versão portuguesa do *Body Consciousness Questionnaire* numa amostra da comunidade

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof^a Doutora Maria Araújo e coorientação da Prof^a Doutora Ana Bártoło.

Departamento de Psicologia e Educação
janeiro, 2025

AGRADECIMENTOS

A realização da dissertação, tal como todo o percurso académico até este momento, só foi possível pelo contributo de várias pessoas que estiveram, de uma forma ou de outra, sempre presentes no meu percurso. Por isso, gostaria de deixar uma palavra de sincero agradecimento a todos os que se cruzaram comigo durante esta longa caminhada, sem exceção.

Uma palavra, em primeiro lugar, a todos os colegas de turma com os quais tive o privilégio de caminhar ao longo desta jornada até ao fim do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Este percurso, difícil e desafiador, foi muito mais bonito devido à vossa presença! Um agradecimento especial à Margarida Freitas, essencial para mim por toda a ajuda e companheirismo ao longo de todos estes anos!

A todos os docentes com os quais tive o prazer de aprender e crescer, intelectualmente e pessoalmente. Agradecer especialmente às minhas orientadoras, Prof^a Doutora Maria Araújo e Prof^a Doutora Ana Bártolo, pela disponibilidade, preocupação, apoio e incentivo incansáveis em todos os momentos.

O último agradecimento tem como destinatários as pessoas mais importantes: a minha família, sendo o meu porto seguro, foram sempre uma fonte de inspiração e de força, mesmo sem o saberem. É por vocês que batalho todos os dias para ser um profissional e uma pessoa melhor, em todos os aspetos. Este é mais um passo dado no sentido de vos tentar orgulhar, e de retribuir tudo o que tanto me dão.

Aos meus avós, que certamente neste momento estarão sorridentes, onde quer que estejam. Esta conquista é (muito) vossa. Por vocês sempre, Magalhães!

RESUMO

A Consciência Corporal é concetualizada como a percepção dos estados corporais, processos e ações que têm origem nos aferentes sensoriais interoceptivos e propriocetivos, e que o indivíduo tem a capacidade de observar. Este construto tem surgido como um tema de interesse científico em várias condições de saúde (Mehling et al., 2009). No entanto, a sua avaliação exige a disponibilização de medidas confiáveis e válidas. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar a versão portuguesa do *Body Consciousness Questionnaire* (BCQ; Miller et al., 1981) numa amostra não clínica. Foram incluídos 346 participantes (77.1% do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M=34.71$; $DP=15.52$). O processo de adaptação envolveu a tradução-retroversão da medida, a análise por um painel de especialistas, bem como um pré-teste com a população-alvo para garantir a compreensibilidade e adequação do BCQ ao contexto. O estudo das propriedades psicométricas incluiu a confiabilidade, a análise da estrutura fatorial, bem como da validade convergente através da associação com construtos teoricamente relacionados como a consciência interoceptiva, o *distress* e a auto-estima. Os resultados sugeriram a boa confiabilidade da medida considerado uma versão final composta por 13 itens. Uma análise fatorial confirmatória mostrou o bom ajuste de um modelo modificado organizado em três fatores de primeira ordem (F1: “Corpo Privado”, F2: “Corpo Público” e F3: “Competência Corporal”) e um fator de segunda ordem, que agrupou os F1 e F2, designado de “Consciência do Corpo”. Foram ainda encontradas associações moderadas entre a medida e dimensões da consciência interoceptiva e *distress* psicológico. Em síntese, a versão portuguesa do BCQ parece ser uma medida adequada e válida para a avaliação da consciência corporal, podendo desempenhar um importante contributo na investigação e prática clínica.

Palavras-chave: consciência corporal, versão portuguesa, validade fatorial, confiabilidade, validação.

ABSTRACT

Body Consciousness is conceptualized as the perception of bodily states, processes, and actions that originate from interoceptive and proprioceptive sensory afferents, and which the individual can observe. This construct has emerged as a topic of scientific interest in various health conditions (Mehling et al., 2009). However, its assessment requires the availability of reliable and valid measures.

In this context, the present study aimed to translate, culturally adapt, and validate the Portuguese version of the Body Consciousness Questionnaire (BCQ; Miller et al., 1981) in a non-clinical sample. A total of 346 participants (77.1% female) aged between 18 and 78 years ($M = 34.71$; $SD = 15.52$) were included. The adaptation process involved forward and backward translation of the measure, review by a panel of experts, and pre-testing with the target population to ensure the comprehensibility and suitability of the BCQ in the cultural context.

The psychometric properties assessment included reliability, analysis of the factor structure, and convergent validity through associations with theoretically related constructs such as interoceptive awareness, distress, and self-esteem. The results indicated good reliability of the measure, with the final version comprising 13 items. A confirmatory factor analysis demonstrated the good fit of a modified model organized into three first-order factors (F1: "Private Body," F2: "Public Body," and F3: "Body Competence") and a second-order factor, grouping F1 and F2, labeled "Body Awareness." Moderate associations were also found between the measure and dimensions of interoceptive awareness and psychological distress.

In summary, the Portuguese version of the BCQ appears to be an adequate and valid measure for assessing body consciousness, offering a valuable contribution to research and clinical practice.

Keywords: body awareness, Portuguese version, factorial validity, reliability, validation.

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
CONCEITO DE CONSCIÊNCIA CORPORAL.....	2
CONSCIÊNCIA CORPORAL E SAÚDE FÍSICA E MENTAL	3
BODY CONSCIOUSNESS QUESTIONNAIRE	4
PERTINÊNCIA DO ESTUDO	5
MÉTODO	7
DESIGN DO ESTUDO.....	7
PARTICIPANTES.....	7
INSTRUMENTOS	7
PROCEDIMENTOS.....	10
ANÁLISE DE DADOS.....	11
RESULTADOS.....	11
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA	11
ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	13
DISCUSSÃO	21
LIMITAÇÕES E ESTUDOS FUTUROS.....	22
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	25

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES(N=346)	12
TABELA 2. ANÁLISES DESCRITIVAS DOS ITENS: FREQUÊNCIAS, MEDIANAS (MDN) E AMPLITUDE INTERQUARTIL DO BCQ (N=346)	14
TABELA 3. ANÁLISE DAS PROPRIEDADES DOS ITENS (N = 346), NORMALIDADE, CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL E CONFIABILIDADE	16
TABELA 4. SUMÁRIO DOS MODELOS FATORIAIS TESTADOS: ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA (N = 346)	17
TABELA 5. CORRELAÇÕES BIVARIADAS ENTRE AS MEDIDAS	20
FIGURA 1. ETAPAS DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS EUROPEU	8
FIGURA 2. ESTRUTURA E RESPECTIVAS CARGAS FATORIAIS DO MODELO DE SEGUNDA ORDEM (N = 346)	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIQ	Amplitude InterQuartil
BCQ	Body Consciousness Questionnaire
CFI	Índice Corporativo de Ajuste
gl	graus de liberdade
MAIA	Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness
Mdn	Mediana
n	Número de indivíduos da amostra
r	Coefficiente de correlação
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
WRMR	Raiz Quadrada Média dos Resíduos Ponderados
X^2	Qui-quadrado

INTRODUÇÃO

A qualidade de ser humano implica ter consciência de si. Somos conscientes de nós mesmos não só a partir de uma perspectiva de primeira pessoa (a posição a partir da qual "eu" percebo o mundo), mas também podemos ter consciência de nós mesmos a partir de uma perspectiva de terceira pessoa, como se fossemos espectadores dos nossos próprios corpos, experimentando-nos como objetos de nossos próprios pensamentos (Ainley & Tsakiris, 2013).

A consciência, na perspectiva de Damásio (2010), é uma capacidade da mente humana, que implica um self capaz de monitorizar tanto o mundo interior como tudo aquilo que está ao seu redor, pronto para entrar em atividade a qualquer momento.

Quando pensamos em consciência, pensamos imediatamente no cérebro. A consciência, no entanto, não é independente do organismo. De facto, as sensações corporais não são possíveis sem uma consciência e os conteúdos da consciência influenciam a biologia do corpo (Heron, 2020).

Segundo Damásio (2017), o corpo e o cérebro estão interligados numa interação contínua que se desdobra no tempo, dentro de diferentes regiões do corpo e também dentro do espaço mental.

Para o autor, a consciência não se trata apenas de imagens na mente, mas sim de um processo que organiza os conteúdos mentais, e está situada no centro do organismo que cria e fomenta tais conteúdos. Porém, a consciência é mais do que uma mente organizada e influenciada por um organismo vivo em atividade. É uma mente que tem a noção de que esse organismo vivo é atuante e existe (Damásio, 2010).

Está evidente que Damásio parte de uma perspectiva monista quando faz uso do termo organismo: isto é, os processos mentais e neurais ocorrem no organismo, sendo que a consciência é um processo mental e não algo separado do corpo.

Assim, o autor sugere que “a mente surge da atividade nos circuitos neurais, sem sombra de dúvida, mas muitos desses circuitos são configurados durante a evolução por requisitos funcionais do organismo” (Damásio, 2001). Na consciência de nós mesmos podemos destacar os aspetos privados, aqueles que podem ser observados apenas pela pessoa que experimenta: pensamentos, imagens, memórias e sentimentos e os aspetos públicos, aqueles que podem ser observados por qualquer outra pessoa: aparência, maneiras e estilo de comportamento (Miller, et al. 1981). Há diferenças individuais na disposição que os indivíduos têm para uma maior ou menor autoconsciência pública ou privada. Fenigstein e colegas (1975) desenvolveram a escala de autoconsciência para avaliar as diferenças individuais na disposição para a autoconsciência pública (que consiste na consciência dos aspetos públicos do indivíduo

sobre si mesmo); a privada (a consciência de aspetos privados de si mesmo, como pensamentos e sentimentos); e para a ansiedade social (que avalia o desconforto sentido pelo indivíduo na presença de outras pessoas).

Segundo Miller e colaboradores (1981), estas dimensões pública e privada da consciência podem também ser aplicadas à consciência do corpo e a consciência do corpo é importante para a experiência normal, mas também é significativamente alterada em várias condições clínicas (Ainley & Tsakiris, 2013).

Esta dissertação encontra-se organizada em várias secções, começando com o enquadramento teórico, que define o suporte conceptual do estudo. De seguida, é apresentada a metodologia, detalhando as etapas realizadas e os instrumentos aplicados para a concretização da investigação. Posteriormente, são expostos os resultados obtidos, bem como a discussão que relaciona os resultados obtidos com a literatura científica atual, identificando as principais limitações do trabalho e sugerindo orientações para futuras pesquisas. Por fim, é apresentada uma conclusão, que sublinha os principais contributos do estudo realizado.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Conceito de consciência corporal

O conceito de consciência corporal tem características interdisciplinares que envolvem desde a psicologia até a anatomia, tratando-se de um conceito muito estudado ao longo do tempo. Para Bolsanello (2018), consciência corporal é a capacidade que o indivíduo tem de autoconhecer o seu corpo e a suas condições físicas, pois um bom desenvolvimento do esquema corporal e de sensações pressupõe uma evolução saudável da motricidade, das perceções espaciais, temporais e da afetividade. Para autores como Leh Boulch (1987), a autoconsciência é definida pela atenção dada por um indivíduo a uma atividade que seja realizada por ele próprio. Seria, portanto, tornar a atividade no próprio objeto de pensamento. A consciencialização de um corpo em movimento envolveria, assim, manter-se atento ao próprio corpo e ao seu funcionamento, bem como às suas relações com o meio. Este construto surge, então, como a capacidade de conhecimento do próprio corpo, considerando o funcionamento, limitações e condições para realização da mobilidade geral que permite ao indivíduo locomover-se ou manter-se em determinadas posturas exigidas no seu quotidiano (Janzen et al., 2013). Para Miller e colaboradores (1981), a consciência corporal engloba não só aspetos privados, nomeadamente a experiência das sensações internas do nosso corpo, como

também aspetos públicos, como a percepção sobre a aparência do nosso corpo, face, cabelo, postura e constituição física.

Os estudos têm evidenciado que a consciência corporal privada, como por exemplo a consciência da respiração, parece levar a um aumento do contacto com o corpo, influenciando também sentimentos de controlo, estabilidade, relaxamento e presença (Johnsen & Raheim, 2010). Contudo, este processo nem sempre foi considerado adaptativo. Na ciência médica e comportamental foi inclusivamente usado como um marcador para a hipocondria e ansiedade (Cioffi, 1991), visto poder ter um efeito de amplificação dos sinais corporais.

No entanto, alguns estudos recentes mostram que esta amplificação somatossensorial não reflete uma elevada sensibilidade às sensações corporais, mas, pelo contrário, aqueles que experimentam as sensações corporais normais como intensas e nocivas são menos precisos em notar as sensações corporais, o que sugere que a capacidade de notar e identificar as sensações corporais distingue-se da amplificação somatossensorial (Aronson et al., 2006). A consciência corporal privada tem surgido assim, nos últimos anos, como tema de interesse científico em várias condições de saúde, sendo definida como a percepção dos estados corporais, processos e ações que têm origem nos aferentes sensoriais interocetivos e propriocetivos e que o indivíduo tem a capacidade de observar. Também designada por consciência interocetiva, inclui a percepção de sensações físicas específicas (e.g. atividade cardíaca), assim como sensações complexas (e.g. dor, sensação de relaxamento, “marcadores somáticos” das emoções; Mehling et al., 2009).

A consciência corporal pública é um conceito mais associado à imagem corporal, que implica um canal de percepção exteroceetivo, o canal visual. Este construto também é amplamente explorado na literatura da psiquiatria e neurociência, por exemplo em estudos sobre Anorexia e sobre amputações, pensando-se que existe uma preferência da aparência visual sobre as percepções internas do corpo (Mehling et al., 2009). Uma imagem corporal negativa pode estar associada a ansiedade, ansiedade social, perturbação de personalidade esquiva, humor deprimido, neuroticismo e perfeccionismo, bem como a baixa extroversão e baixa autoestima (American Psychological Association, 2014).

Consciência corporal e saúde física e mental

Nas últimas décadas, tem florescido uma variedade de abordagens terapêuticas de uso comum em todo o mundo, que afirmam melhorar a consciência corporal, incluindo

loga, Tai-Chi, terapias/meditação baseadas em mindfulness e até mesmo treino mental para atletas e desempenho desportivo (Mehling et al., 2005). De um modo geral, todas estas abordagens visam cultivar uma qualidade particular de consciência corporal caracterizada não pela sua intensidade (exagerada ou ignorada), mas por uma atenção plena sem julgamento, “uma qualidade de consciência não elaborativa da experiência atual e relacionando-se com a própria experiência com uma orientação de curiosidade, abertura experiencial e aceitação” (Bishop et al., 2004). Estas abordagens são frequentemente categorizadas como abordagens mente-corpo e têm apresentado uma popularidade crescente no mundo ocidental, mas sofrem frequentemente de falta de teoria ou de investigação metodologicamente limitada por detrás de formulações esotéricas e declarações infundadas de benefícios (NIH-NCCAM., 2005).

Até hoje, estas abordagens foram estudadas preliminarmente em pacientes com uma variedade de condições médicas, incluindo dor lombar crónica (Mehling et al., 2005), dor pélvica (Haugstad et al., 2006), fibromialgia (Gard, 2005), dor musculoesquelética (Gustafsson et al., 2004), dor crónica em geral (Price, 2007), perturbações do comportamento alimentares e obesidade (Kristeller & Hallett, 1999), trauma de abuso sexual (Price, 2005), doença arterial coronariana (Taylor-Piliae, 2003), ansiedade (Krisanaprakornkit et al. 2006) e depressão (Teasdale et al., 2002).

No entanto, o construto de consciência corporal, tal como o de mindfulness/ atenção plena, tem enfrentado desafios nas tentativas de os definir, operacionalizar e medir (Grossman, 2008). Para determinar se a consciência corporal realmente desempenha um papel nessas áreas clínicas e abordagens terapêuticas, precisamos de uma compreensão mais precisa e de uma medição válida e confiável do construto de consciência corporal.

Ao longo do tempo, têm sido desenvolvidos vários instrumentos com o intuito de medir a consciência corporal, nomeadamente o *Body Focus Questionnaire* (BFQ, Fisher, 1970), *Body Awareness Questionnaire* (BAQ, Shields et al., 1989), o *Body Vigilance Scale* (BVS, Schmidt et al., 1997), a *Scale of Body Connection* (SBC, Price & Thompson, 2007) e o *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA, Mehling et al., 2018)

Contudo, perante a inexistência de uma medida de autorrelato que englobasse as dimensões públicas e privadas do corpo em estado neutro (não afetivo), Miller e colaboradores decidiram criar o *Body Consciousness Questionnaire* (BCQ, Miller et al., 1981).

Body Consciousness Questionnaire

Este questionário assenta na definição de consciência corporal como a maneira como o indivíduo percebe o seu corpo no sentido privado, público e da sua competência. Engloba assim três aspetos fundamentais: o primeiro refere-se à consciência corporal pública, que inclui os sentimentos subjetivos que a pessoa tem relativamente à sua aparência física (como por exemplo, a pele enrugada, a perda de cabelo, o peito descaído ou até a maneira como a roupa assenta no próprio corpo); o segundo refere-se à consciência corporal privada e prende-se com as perceções pessoais sobre o funcionamento corporal, ou seja, com a consciência que o indivíduo tem do funcionamento interno do seu corpo, que não são visíveis para as outras pessoas (como por exemplo, sensação de boca seca ou do batimento cardíaco); e o terceiro diz respeito à competência física, que é a avaliação subjetiva que os indivíduos fazem das suas capacidades físicas e a comparação que estes estabelecem com os objetivos que traçaram para eles próprios (como por exemplo, aspetos como a coordenação e a agilidade).

Este instrumento BCQ é, então, uma escala de autorrelato que integra 15 itens, agrupados nas 3 dimensões acima descritas: (i) Consciência Corporal Pública (6 itens), (ii) Consciência Corporal Privada (5 itens); (iii) Competência Corporal (5 itens). Todos os itens são avaliados considerando uma escala de Likert de 5 pontos (0= nada característico; 4= extremamente característico).

Apesar da ausência de estudos de validação desta escala para a população portuguesa, esta tem sido usada para vários estudos, em diversas áreas e correlacionada com outros construtos, nomeadamente a resistência (Skrinar et al., 1986), a perceção da dor e doença crónica (Ahles et al., 1987), a ansiedade em pacientes com cancro (Smith et al., 2001); autoobjetificação (Ainley & Tsakiris, 2013); na comparação entre atletas e pessoas pouco ativas (Virtanen et al., 2022), entre outros. Estes estudos têm ajudado a demonstrar a importância e o efeito benéfico que a consciência corporal pode ter na saúde física e mental dos indivíduos, uma vez que os resultados dos mesmos parecem mostrar uma relação entre uma maior consciência corporal e menores valores apresentados nos níveis de ansiedade, uma maior tolerância e aceitação da dor e maior resistência, por exemplo.

Pertinência do estudo

A consciência corporal está associada a processos conscientes que implicam a conexão mente-corpo, que se refere ao processo subjacente da maioria das terapias de

autorregulação que têm como finalidade aumentar o bem-estar físico e mental em abordagens convencionais, tais como a Terapia Cognitivo-Comportamental de 3ª geração e o Biofeedback e outras Terapias Alternativas, entre as quais a meditação e o Yoga (Price & Thompson, 2007).

Os benefícios encontrados na consciência corporal têm levado ao desenvolvimento de várias terapias que pretendem aumentá-la e estimulá-la, designadas como Terapias da Consciência Corporal (*Body Awareness Therapy* - BAT), que podem ser definidas como abordagens orientadas para o corpo, utilizando uma perspectiva holística direcionada para a consciência de como o corpo é usado, em termos da sua função, comportamento e interação com o self e com os outros (Gard, 2005).

A partir de 1930, Wilhelm Reich e os seus seguidores desempenharam um papel determinante para a integração mente-corpo no âmbito psicoterapêutico, desenvolvendo modelos, teorias e técnicas que enfatizam a importância de considerar os aspetos somáticos em terapia. Algumas suposições aparentemente radicais que surgiram nessa altura estão agora a ser confirmadas pela neurociência e ao longo das últimas décadas (Soth, 2005), nomeadamente ideia de que as alterações de estados corporais alteram os estados mentais, e vice-versa.

De um modo geral, as terapias de consciência corporal visam melhorar a consciência corporal e diminuir as disfunções corporais, através da promoção da consciência do corpo, da comunicação não-verbal e do restabelecimento da imagem corporal (Roxendal, 1985). Estas abordagens são, sobretudo, indicadas para condições clínicas nas quais existem distúrbios na consciência corporal, podendo ser úteis nos estados psicóticos com consciência e imagem corporal perturbada, assim como nos estados neuróticos com desvalorização do corpo e ainda nas desordens psicossomáticas (Roxendal, 1985). Mas o impacto das terapias que visam desenvolver esta qualidade de consciência corporal também tem sido estudado em várias outras situações médicas, nomeadamente na Fibromialgia (Gard, 2005), nas Perturbações do Comportamento Alimentar, onde se verificou uma melhoria na qualidade de vida e satisfação com o corpo (Matamoros et al., 2011) e numa vasta gama de perturbações psiquiátricas, evidenciando um efeito benéfico na saúde e no bem-estar (Johnsen & Raheim, 2010). Porém, a ausência de uma medida validada e adaptada para a população portuguesa, dirigida especificamente à medição deste construto, limita e dificulta os estudos nesta área da conexão mente-corpo.

Neste sentido, a presente dissertação apresenta como objetivos de estudo: i) a tradução e adaptação do Questionário de Consciência Corporal (do inglês *Body Consciousness Questionnaire* - BCQ) para a língua portuguesa e a (ii) análise das

propriedades psicométricas da escala, nomeadamente a consistência interna e validade construto (validade fatorial e validade convergente) da medida.

MÉTODO

Design do estudo

Este estudo esteve integrado num projeto que pretendeu explorar a relação entre consciência corporal e dificuldades de regulação emocional numa amostra da população portuguesa ("SEXTO SENTIDO"). Trata-se de um estudo transversal de validação de uma medida de autorrelato.

Participantes

O presente estudo integrou uma amostra constituída por sujeitos da população portuguesa. Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter nacionalidade portuguesa e ser residente em Portugal; (c) ser falante nativo de língua portuguesa; e (d) não apresentar comprometimento cognitivo que afetasse a capacidade de participar autonomamente no projeto de investigação.

Instrumentos

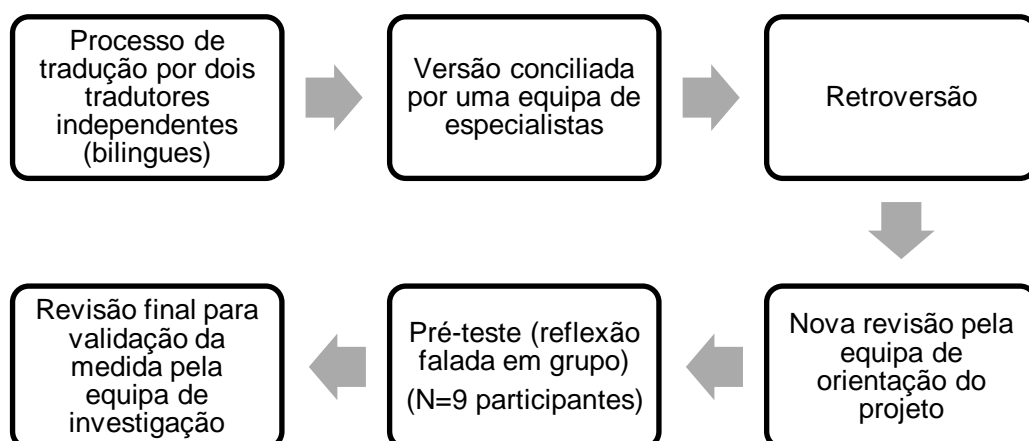
O protocolo de avaliação foi constituído por um questionário sociodemográfico que integrou questões relacionadas com nacionalidade; língua nativa; área de residência; género; idade; estado civil; existência de filhos; habilitações literárias; situação profissional; história doença psicológica ou psiquiátrica; história de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual e no passado; história de doença física; prática de exercício físico regular; peso e altura; e participação anterior em modalidades de intervenção mente-corpo. Adicionalmente, foram administradas as seguintes medidas de autorrelato para a avaliação dos construtos de consciência corporal, consciência interocetiva, *distress* psicológico, auto-estima e dificuldades de regulação emocional:

Body Consciousness Questionnaire (BCQ) (Miller, Murphy & Buss, 1981) – A versão original deste instrumento integra 15 itens, que se agrupam em 3 escalas: (i) Consciência Corporal Pública (6 itens), (ii) Consciência Corporal Privada (5 itens); (iii) Competência Corporal (5 itens). Todos os itens são avaliados considerando uma escala

de *Likert* de 5 pontos (0=nada característico; 4=extremamente característico). Esta escala apresentou uma consistência interna de $\alpha = .73$ no estudo original. Para o processo de tradução e adaptação da medida para a população portuguesa, após a autorização dos autores originais, procedeu-se à tradução e adaptação da medida. Este processo integrou: i) a tradução por dois especialistas bilíngues; ii) a revisão por uma equipa de especialistas e a reflexão falada dos itens para construção de uma versão conciliada (Anexo I); iii) a retroversão por um especialista em inglês independente do estudo, de modo a garantir a comparabilidade da versão portuguesa com a versão original, preservando, assim, o conteúdo dos itens e a semelhança lexical e conceptual (Anexo II); iv) a realização de um pré-teste, realizado através de uma amostragem por conveniência (Estudantes de Psicologia n=9) até à v) revisão final da versão portuguesa para validação neste estudo.

Figura 1.

Etapas do processo de tradução e adaptação para Português Europeu.



Ao longo do processo de tradução para português e da criação de uma versão conciliada do instrumento BCQ, alguns itens desta escala suscitaram um debate maior entre a equipa de revisão do projeto, nomeadamente:

a) o item 6 – “*Movo-me com leveza, comparativamente à maioria das pessoas*” - inicialmente foi definido como “*Eu sou ágil a caminhar, comparativamente à maioria das pessoas*”. Após debate, decidiu-se que a expressão portuguesa mais aproximada do objetivo da expressão inglesa “*I’m light with my feet*” seria “*movo-me com leveza*”, apesar de não ser a tradução literal;

b) relativamente ao item 8 - “*Eu sou rápido/a a notar a sensação de contrações de fome no meu estômago.*”, verificou-se alguma indecisão entre o uso da palavra “notar” ou “perceber”. Após debate na reflexão falada em grupo, realizada com o grupo pré-teste, optou-se pela palavra “notar”;

c) o item 11 - “*Eu gosto de me certificar que o meu cabelo está bem arranjado.*” Este item suscitou alguma indecisão entre o uso da palavra “certificar” ou “assegurar”. Novamente, após debate na reflexão falada em grupo, realizada com o grupo pré-teste, optou-se pela palavra “certificar”. Existiu também uma dúvida sobre se poderia, ou não, ser útil a utilização da palavra “eu” na maioria dos itens, de modo a reforçar a ideia de que este é um questionário que pretende avaliar a consciência corporal dos indivíduos sobre si próprios. Entendeu-se na discussão falada que poderia ser de facto útil e importante essa utilização.

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (versão original: Mehling et al., 2018; versão portuguesa: Machorrinho et al., 2019) – Foi usada no presente estudo como medida para avaliação da validade convergente. A versão validada para a população portuguesa constituída por 33 itens, cuja possibilidade de resposta varia entre 0 e 5, considerada numa escala de *Likert* de 6 pontos variável entre nunca e sempre. A pontuação final corresponde à soma das médias dos *scores* de cada subdimensão, correspondendo valores mais elevados a maiores níveis de consciência interoceptiva. (Machorrinho et al., 2019). Na presente amostra, a versão portuguesa do MAIA apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .89$), sendo que as respetivas subescalas apresentaram valores de α entre .68 (Não se Preocupar) e .89 (Autorregulação).

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS21; versão original: Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) - versão reduzida da DASS-42, composta por 3 subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress, cada uma delas

com 7 itens. Os participantes avaliam a extensão em que experienciam cada sintoma durante a última semana. Cada frase tem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de resposta tipo *Likert*, variando entre 0 (“não se aplicou nada a mim”) a 3 (“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). As pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Na presente amostra, a versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) apresentou bons valores de consistência interna: $\alpha = .89$; $\alpha = .91$ $\alpha = .92$, para a ansiedade, stress e depressão, respetivamente, tendo α total o valor de .96.

Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1986, versão portuguesa: Pechorro et al., 2011) - constituída por 10 itens, 5 são enunciados de forma positiva e 5 de forma negativa. Cada item da escala é respondido através de uma escala de *Likert* de 0 a 3, variando entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”. A cotação total da escala é feita pela soma dos dez itens cuja pontuação varia entre 0 e 30, sendo que quanto maior a pontuação, mais elevada será a autoestima. Na presente amostra, a versão portuguesa da escala (Pechorro et al., 2011) apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .88$).

Procedimentos

O presente estudo foi submetido a uma Comissão de Ética Independente para aprovação e foi conduzido em linha com as orientações do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e com as recomendações éticas da Declaração de Helsínquia para a condução de uma investigação científica. O recrutamento decorreu em formato online através da divulgação do estudo em redes sociais (e.g., *facebook* e *instagram*) e associações da comunidade. Assim, as principais técnicas de amostragem para a recolha dos dados foram a amostragem por conveniência e por bola de neve. A disponibilização do questionário foi efetuada com recurso à plataforma *LimeSurvey*, alojada no servidor da Universidade Portucalense. (<https://forms.upt.pt/?r=survey/index&sid=513744&lang=pt>).

Antes da participação no estudo, todos os participantes tiveram de apresentar concordância com o consentimento informado, disponibilizado eletronicamente, que surge na primeira página do questionário selecionando para o efeito uma caixa de verificação. O consentimento informado teve como objetivo informar os participantes acerca do objetivo do estudo, da população a quem este se dirigia, do procedimento, das condições e potenciais riscos e benefícios associados à participação, assim como

da forma como é realizado o tratamento da informação identificando os elementos da equipa responsáveis por este processo.

Análise de dados

Após a finalização do processo de recolha de dados, foram conduzidas análises descritas com recurso ao IBM SPSS (versão 29) para determinar as propriedades dos itens de BCQ. A consistência interna da medida foi avaliada com recurso ao coeficiente de alfa de Cronbach. Por sua vez, a estrutura fatorial foi avaliada através de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com recurso ao software MPlus, versão 6.12 (Muthén & Muthén, Los Angeles, EUA). A análise foi realizada com base no método de Mínimos Quadrados Ponderados com ajuste para médias e variâncias (WLSMV), devido à natureza categórica da medida. A avaliação da adequação do modelo baseou-se em índices amplamente recomendados na literatura. Além do teste do qui-quadrado (χ^2) que indica a discrepância entre o modelo hipotético e os dados observados, foram considerados outros índices de ajuste que são mais robustos para amostras grandes, como o Índice de Ajuste Comparativo (CFI), o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) e o resíduo quadrático médio ponderado (WRMR). Os critérios adotados para um bom ajuste do modelo foram: CFI \geq 0.90, RMSEA $<$ 0.08 e WRMR $<$ 1.0 (Kline, 2005). A validade convergente foi também examinada através de análises de correlação de *Pearson* entre o construto de consciência corporal e outros construtos teoricamente relacionados como a consciência interoceptiva, *distress* e auto-estima.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra do presente estudo (n = 346) foi constituída por 77.1% mulheres (n = 267) e 22% homens (n = 76), sendo que 0.9 % dos participantes (n = 3) responderam a opção “outro”. Entre os participantes, 98.6 % da amostra deste estudo era de nacionalidade portuguesa (n = 341), sendo a média de idades de 34.71 (DP = 15.52; 18-78 anos).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos sujeitos da amostra eram solteiros 64.2% (n = 122) e 20.8% (n = 72) casados. Quanto à situação profissional, cerca de 50%, (n = 173) estavam empregados e 39.6% (n = 137) a estudar. Grande parte dos participantes não apresentavam nenhuma doença física (88.7%, n = 307), nem tinham recebido qualquer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (81.8%, n = 283), bem

como não tomavam medicação psiquiátrica/psicofármaco (84.7%, n = 293). O índice de massa corporal (IMC) variou entre 15.94 e 37.11 (M = 23.56; DP = 3.96), sendo que 64,45% (n = 223) dos participantes se encontram com valores normativos de índice de massa corporal. Ao nível da prática de exercício físico, os dados mostraram que 51.7% dos participantes (n = 179) praticavam exercício de forma regular. Importa também referir que 70.5% dos participantes (n = 244) nunca tinha participado em nenhum programa ou modalidade de intervenção mente-corpo até ao momento da participação neste estudo. Os dados acima referidos estão representados na tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes (n = 346).

Variáveis	n	%
Idade (M±DP, intervalo)	34.71 ± 15.52, 18 - 78	
Sexo		
Feminino	267	77.1
Masculino	76	22.0
Outro	3	0,9
Nacionalidade		
Portuguesa	341	98.6
Outra	5	1.4
Habilitações Literárias		
3º ciclo do Ensino Básico	1	0.3
Ensino secundário	61	17.6
Bacharelato	10	2.9
Licenciatura	117	33.8
Mestrado	42	12.1
Doutoramento	1	0.3
Estado Civil		
Solteiro/a	222	64.2
Casado/a	72	20.8
Divorciado/a	25	7.2
União de facto	24	6.9
Viúvo/a	3	0.9
Situação Profissional		
Empregado/a	173	50.0
Estudante	137	39.6
Desempregada/o	25	7.2
Reformado/a	11	3.2

Tabela 1. *continuação.*

Variáveis	n	%
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atualmente		
Sim	63	18.2
Não	283	81.8
Medicação psiquiátrica/psicofármacos atualmente		
Sim	53	15.3
Não	293	84.7
Doença Física atual		
Sim	39	11.3
Não	307	88.7
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Abaixo do peso	23	6.65
Peso Normal	223	64.45
Sobrepeso	74	21.39
Obesidade	26	7.51
Prática de exercício físico regular		
Sim	179	51.7
Não	167	48.3
Participação em programas/modalidades de intervenção corpómente		
Sim	102	29.5
Não	244	70.5

Análise das propriedades psicométricas

Descrição dos Itens de Consciência Corporal

Os resultados indicam que os itens mais característicos entre a generalidade dos participantes (n = 346) foram: "Eu sei imediatamente quando a minha boca ou a garganta estão secas" (item 4; n = 281; 81.2%), "Eu gosto de me certificar que o meu cabelo está bem arranjado" (item 11; n = 270; 78%) e "Quando estou com outras pessoas, quero que as minhas mãos estejam limpas e com bom aspeto" (item 1; n =

261; 75.4%. Por outro lado, os itens que apresentaram maior dispersão de respostas, com uma amplitude de 2 valores entre as opções de resposta, foram: "Eu consigo, muitas vezes, sentir o meu coração a bater" (item 5), "É importante para mim que a minha pele tenha bom aspeto, por exemplo, sem manchas" (item 7) e "Eu sou muito consciente das minhas melhores e piores características faciais" (item 10). Esses resultados sugerem maior variabilidade nas percepções dos participantes em relação a estas características.

Tabela 2

Análises descritivas dos itens: frequências, medianas (Mdn) e amplitude interquartil do BCQ (N=346).

Item	Descrição do item	Mdn (AIQ)	Não me caracteriz a nada n (%)	Caracteriz a-me pouco n (%)	Neutro n (%)	Caracteriza-me n (%)	Caracteriz a-me extremamente n (%)
1	Quando estou com outras pessoas, quero que as minhas mãos estejam limpas e com bom aspeto.	3 (1)	7 (2)	15 (4.3)	63 (18.2)	145 (41.9)	116 (33.5)
2	Para o meu tamanho, tenho bastante força.	3 (1)	16 (4.6)	47 (13.6)	141 (40.8)	119 (33.4)	23 (6.6)
3	Eu sou sensível às tensões internas do meu corpo.	3 (1)	4 (1.2)	16 (4.6)	110 (31.8)	155 (44.8)	61 (17.6)
4	Eu sei imediatamente quando a minha boca ou a garganta estão secas.	3 (1)	2 (0.6)	10 (2.9)	53 (15.3)	160 (46.2)	121 (35.0)
5	Eu consigo, muitas vezes, sentir o meu coração a bater.	3 (2)	7 (2)	41 (11.8)	70 (20.2)	137 (39.6)	91 (26.3)
6	Movo-me com leveza, comparativamente à maioria das pessoas.	2 (1)	27 (7.8)	57 (16.5)	152 (43.9)	83 (24.0)	27 (7.8)
7	É importante para mim que a minha pele tenha bom aspeto, por exemplo, sem manchas.	3 (2)	4 (1.2)	18 (5.2)	72 (20.8)	149 (43.1)	103 (29.8)

Tabela 2. continuação.

Item	Descrição do item	Mdn (AIQ)	Não me caracterizava nada n (%)	Caracterizava-me pouco n (%)	Neutro n (%)	Caracterizava-me n (%)	Caracterizava-me extremamente n (%)
8	Eu sou rápido/a a notar a sensação de contrações de fome no meu estômago.	3 (1,25)	4 (1.2)	27 (7.8)	62 (17.9)	167 (48.3)	86 (24.9)
9	Eu sou capaz de me mover rapidamente.	3 (1)	1 (0.3)	24 (6.9)	77 (22.3)	166 (48.0)	78 (22.5)
10	Eu sou muito consciente das minhas melhores e piores características faciais.	3 (2)	1 (0.3)	20 (5.8)	74 (21.4)	153 (44.2)	98 (28.3)
11	Eu gosto de me certificar que o meu cabelo está bem arranjado.	3 (1)	5 (1.4)	20 (5.8)	51 (14.7)	160 (46.2)	110 (31.8)
12	Eu sou muito consciente de alterações na temperatura do meu corpo.	3 (1)	5 (1.4)	40 (11.6)	88 (25.4)	142 (41.0)	71 (20.5)
13	Eu penso muito na minha constituição física.	3 (1)	6 (1.7)	52 (15.0)	73 (21.1)	132 (38.2)	83 (24.0)
14	Eu sou mais coordenado/a do que a maioria das pessoas.	2 (1)	18 (5.2)	57 (16.5)	159 (46.0)	82 (23.7)	30 (8.7)
15	Preocupo-me com a minha postura.	3 (1)	3 (0.9)	25 (7.2)	81 (23.4)	172 (49.7)	65 (18.8)

AIQ - Amplitude InterQuartil; Mdn - Mediana

Análise das Propriedades dos Itens

Foram observados todos os valores possíveis de resposta na escala *Likert* para cada item (0-4). Os valores de assimetria (*Skewness* < 3) e de curtose (*Kurtosis* < 7), indicaram ausência de desvios na normalidade em todos os itens. A maioria dos itens apresentou correlações item-total superior a 0.30 (como se pode confirmar através da tabela 3), com exceção dos itens 2, 3, 6 e 9. Estes itens estão relacionados com a percepção de força, sensibilidade e movimentação. Destaca-se o facto de 3 destes 4 itens pertencerem à subescala “Competência Corporal” (2, 6 e 9) na versão original. A análise do alfa de Cronbach caso algum item fosse eliminado indicou que a remoção de qualquer um dos itens não resultaria em melhorias na consistência interna dos dois

fatores, mantendo-se os valores de confiabilidade estáveis e aceitáveis. As correlações inter-item revelaram valores predominantemente baixos (abaixo de 0.30), variando entre 0.015 e 0.44, sem a presença de itens multicolineares.

Tabela 3.

Análise das propriedades dos itens (n = 346), normalidade, correlação item-total e confiabilidade.

Itens	Min-Max	Assimetria	Curtose	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se o item eliminado
1	0 - 4	-0.930	0.792	0.408	0.755
2	0 - 4	-0.364	-0.004	0.240	0.770
3	0 - 4	-0.387	0.203	0.243	0.769
4	0 - 4	-0.816	0.713	0.446	0.753
5	0 - 4	-0.606	-0.335	0.362	0.760
6	0 - 4	-0.203	-0.151	0.256	0.770
7	0 - 4	0.270	-0.707	0.458	0.751
8	0 - 4	-0.749	0.317	0.431	0.753
9	0 - 4	-0.499	-0.136	0.281	0.776
10	0 - 4	-0.535	-0.211	0.442	0.753
11	0 - 4	-0.950	0.825	0.477	0.749
12	0 - 4	-0.447	-0.378	0.439	0.752
13	0 - 4	-0.465	-0.642	0.401	0.759
14	0 - 4	-0.057	-0.092	0.377	0.758
15	0 - 4	-0.575	0.202	0.364	0.759

Escala total: Cronbach α = 0.77

Análise Fatorial Confirmatória

Numa primeira fase, foi testada a estrutura fatorial da medida original com três fatores de primeira ordem. O modelo não apresentou bom ajuste (ver Tabela 4). Nesse contexto, e com base nos índices de modificação, foi testado um novo modelo conceptualmente justificável. Uma correlação forte entre os fatores “Corpo Privado” e “Corpo Público” da escala original ($r = .828$) justificou a inclusão de um fator de segunda ordem, denominado “Consciência do Corpo”. Além disso, o novo modelo excluiu o item 3 (“Eu sou sensível às tensões internas do meu corpo”), que não apresentou cargas fatoriais significativas na versão original. Os índices de modificação indicaram que a inclusão do item 15 (“Preocupo-me com a minha postura”) no modelo estava associada a uma diminuição do ajuste global. Este resultado pode ser interpretado como uma possível sobreposição do item com mais do que uma subescala (Corpo Público e Competência Corporal), sugerindo carga cruzada e comprometendo a especificidade do

item. Assim, optou-se pela sua exclusão para melhorar a clareza e o ajuste do modelo. Com as alterações realizadas, o modelo ajustado apresentou índices de qualidade significativamente superiores, refletindo um bom ajuste aos dados. Embora o valor do X^2 seja significativo, é importante notar que esse índice é sensível ao tamanho da amostra e um valor significativo pode ocorrer mesmo em modelos com bom ajuste. A estrutura final da versão portuguesa passou a ser composta por 13 itens organizados em três fatores de primeira ordem e um fator de segunda ordem: o Fator 1, "Corpo Privado" (4 itens); o Fator 2, "Corpo Público" (5 itens), ambos agrupados sob a dimensão de segunda ordem "Consciência do Corpo"; e o Fator 3, "Competência Corporal" (4 itens; ver Figura 2).

Tabela 4.

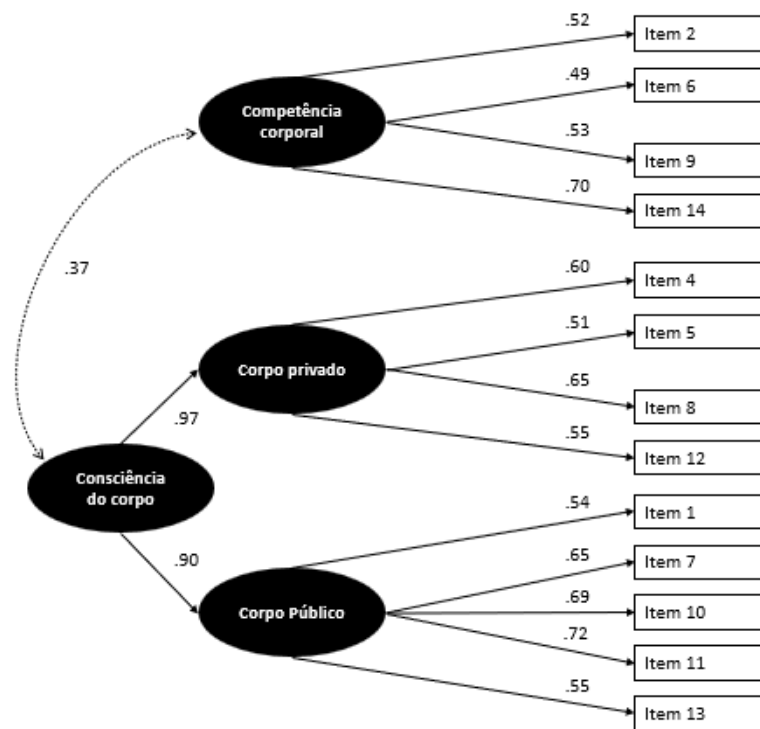
Sumário dos modelos fatoriais testados: Análise fatorial confirmatória (n = 346).

	X^2	X^2/gl	CFI	RMSEA (90°CI)	WRMR
Modelo de três fatores (original)	1825.72*	17,39	0.872	0.085 (0,075 - 0,096)	1.280
Modelos com um fator latente de segunda ordem (envolve três fatores de primeira ordem)	158.40*	2,55	0.935	0.067 (0.054 - 0.080)	0.993

CFI: Índice de Comparação Ajustado; gl: Graus de liberdade; RMSEA - Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação; X^2 - Qui-quadrado; WRMR - Raiz Média dos Resíduos Ponderados

Figura 2.

Estrutura e respectivas cargas fatoriais do modelo de segunda ordem (n = 346).



As cargas fatoriais do modelo (re)especificado foram significativas e variam entre 0.49 e 0.70 para a competência corporal, entre 0.51 e 0.65 para o corpo privado e entre 0,54 e 0.72 para o corpo público (ver Figura 2). Considerando a estrutura de segunda-ordem, foram encontrados valores de consistência interna de $\alpha = .62$ para a dimensão “Consciência do Corpo” e de $\alpha = .69$ para a dimensão “Competência Corporal”.

Validade Convergente: Relação entre construtos teoricamente relacionados

A análise das correlações entre as variáveis deste estudo revelou diversas relações significativas, com destaque para correlações fortes e moderadas entre as escalas e subescalas analisadas, conforme apresentado na Tabela 5. Ao nível das intercorrelações das dimensões do BCQ, a subescala “Corpo Privado” mostrou uma correlação positiva forte com a subescala “Competência Corporal” ($r = .568; p < .001$). Foram também encontradas correlações moderadas entre a dimensão do “Corpo Privado” e as subescalas da escala MAIA, nomeadamente “Notar” ($r = .359; p < .001$) e “Consciência Emocional” ($r = .349; p < .001$), bem como com a pontuação total obtida na escala DASS ($r = .318; p < .001$) e com as suas subescalas “Stress” ($r = .321; p < .001$) e “Ansiedade” ($r = .346; p < .001$). Por sua vez, a subescala “Competência Corporal” apresentou correlações moderadas com a pontuação total de *distress* obtida na DASS ($r = .353; p < .001$) e as suas subescalas “Stress” ($r = .325; p < .001$), “Ansiedade” ($r = .340; p < .001$) e “Depressão” ($r = .309; p < .001$). Ao nível da relação entre as dimensões da consciência corporal e da autoestima foram encontradas associações fracas.

Tabela 5.*Correlações bivariadas entre as medidas.*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Corpo Privado	1															
2.Corpo Público	.207***	1														
3.Competência Corporal	.568***	.217***	1													
4.MAIA- Notar	.359***	.052	.278***	1												
5.MAIA- Não se distrair	-.137	-.088	-.126*	-.258***	1											
6.MAIA- Não se preocupar	-.231***	.136*	-.176**	-.141**	-.122*	1										
7.MAIA-Regulação Atencional	.163**	.288***	.145**	.380***	-.238***	.160***	1									
8.MAIA-Consciência Emocional	.349***	.057	.234***	.563***	-.158**	-.160**	.491***	1								
9.MAIA- Autorregulação	.091	.277***	.045	.277***	-.087	.165**	.670***	.514***	1							
10.MAIA- Confiar	.018	.294***	-.058	.086	-.012	.232***	.439***	.294***	.580***	1						
11.MAIA- Total	.171**	.262***	.096	.521***	.053	.269***	.752***	.680***	.814***	.695***	1					
12.DASS- Stress	.321***	-.129*	.325***	.336***	-.186***	-.344***	-.033	.247***	-.141**	-.380***	-.124*	1				
13.DASS - Ansiedade	.346***	-.077	.340***	.319***	-.217***	-.299***	.032	.199***	-.109*	-.317***	-.098	.829***	1			
14.DASS- Depressão	.214***	-.130*	.309***	.184***	-.196***	-.294***	-.071	.110*	-.206***	-.461***	-.244***	.744***	.741***	1		
15.DASS- Total	.318***	-.122*	.353***	.303***	-.217***	-.340***	-.027	.201***	-.166**	-.421***	-.170**	.931***	.929***	.902***	1	
16.Autoestima-Total	-.135*	.251***	-.170**	-.086	.166**	.267***	.177***	-.027	.343***	.590***	.377***	-.567***	-.516***	-.707***	-.650***	1

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo a tradução e adaptação do *Body Consciousness Questionnaire* (BCQ) para a população portuguesa, bem como a análise das propriedades psicométricas da escala, permitindo disponibilizar uma ferramenta para a avaliação da consciência corporal. Globalmente, uma versão final constituída por 13 itens demonstrou uma estrutura confiável e válida que refletiu adequadamente a dimensionalidade do construto avaliado.

A estrutura fatorial da medida, identificada no presente estudo, apresenta tanto similaridades quanto diferenças em relação à versão original do BCQ (Miller et al., 1981). Tal como na versão original, a medida demonstrou uma organização composta por três fatores de primeira ordem: F1 “Corpo Privado”, F2 “Corpo Público” e F3 “Competência Corporal”. Esta correspondência sugere que os construtos avaliados são consistentes entre diferentes populações, reforçando a validade transcultural do instrumento. Contudo, a análise fatorial confirmatória evidenciou que uma estrutura modificada, na qual os fatores F1 e F2 foram agrupados num fator de segunda ordem, designado de “Consciência do Corpo”, apresentou um melhor ajuste. Esta modificação reflete uma integração entre as dimensões de percepção interna e externa do corpo, sugerindo que a consciência corporal pode ser entendida como um construto mais amplo e hierárquico, no qual as dimensões de “Corpo Privado” e “Corpo Público” convergem para descrever um mesmo domínio geral. Isto sugere que indivíduos percebem o corpo de maneira integrada, considerando tanto aspetos subjetivos quanto a relação com o ambiente social. A literatura existente sugere que “Corpo Privado” e “Corpo Público” são dimensões claras e amplamente reconhecidas da consciência corporal, representando, respetivamente, a percepção interna subjetiva e a forma como o corpo é percebido e avaliado no contexto social (Mehling et al., 2012). Por outro lado, “Competência Corporal” é frequentemente entendida como uma dimensão diferenciada, associada à percepção de capacidades físicas e motoras e ao desempenho corporal (de Bruin et al., 2021), podendo contribuir de forma independente para a avaliação global da consciência corporal.

O novo modelo excluiu ainda os itens 3 (“Eu sou sensível às tensões internas do meu corpo.”) e 15 (“Preocupo-me com a minha postura”), com o propósito de melhorar a clareza e o ajuste do modelo. A eliminação desses itens contribuiu para um modelo mais preciso e coeso, facilitando a sua interpretação e aumentando a robustez das conclusões derivadas da análise fatorial. Além disso, poderá ter contribuído para reduzir redundâncias e melhorar o alinhamento com os construtos subjacentes. As dimensões

obtidas a partir do modelo modificado demonstraram uma consistência interna aceitável ($\alpha > 0.60$), com valores de alfa Cronbach similares ao estudo original (Miller et al., 1981).

Os resultados encontrados na análise da validade convergente oferecem importantes insights sobre a relação entre a consciência corporal, a consciência interoceptiva e o distress. A subescala “Corpo Privado” do BCQ apresentou uma correlação positiva moderada com a subescala “Notar” do MAIA, corroborando a literatura que sugere que a consciência corporal reflete, em parte, a habilidade do indivíduo captar e interpretar sinais internos do corpo. Estudos anteriores apontam para o facto de indivíduos com maior consciência corporal, ou seja, mais atentos aos sinais internos do corpo, tenderem a apresentar uma percepção mais eficiente sobre as suas necessidades fisiológicas e emocionais, fator que pode influenciar na resposta ao stress e distress psicológico (Mehling et al., 2012). Essa capacidade de percepção e interpretação dos sinais internos é essencial para a regulação emocional e o bem-estar, ajudando os indivíduos a responderem de maneira mais adaptativa a situações de tensão.

Adicionalmente, as correlações moderadas entre o BCQ e os níveis de distress psicológico, particularmente com as dimensões de stress e ansiedade, sugerem que indivíduos mais atentos ao corpo podem ser mais sensíveis a sinais de tensão ou desconforto (Price et al., 2012), o que pode influenciar a forma como percebem e respondem aos seus estados emocionais e físicos. Contudo, à medida que desenvolvem estratégias de regulação mais eficazes, a consciência corporal tende a se tornar um fator protetor (Price & Thompson, 2007), facilitando uma maior conexão entre mente e corpo e promovendo o bem-estar psicológico. Por outro lado, importa ainda destacar a relação fraca entre as dimensões do BCQ e a autoestima. As associações fracas sugerem que a consciência corporal, conforme avaliada pelo BCQ, está mais centrada na percepção funcional e objetiva do corpo (e.g., sensações físicas e movimentos) do que em julgamentos subjetivos ou avaliações pessoais sobre o valor do próprio corpo.

Em síntese, o BCQ demonstrou ser uma medida adequada para captar dimensões específicas da consciência corporal, com importantes aplicações na avaliação da eficácia de intervenções mente-corpo voltadas para o bem-estar psicológico.

Limitações e Estudos Futuros

Apesar dos resultados obtidos no presente estudo, algumas limitações são dignas de nota. Em primeiro lugar, a homogeneidade nas características da amostra limita a generalização dos resultados. A maioria dos participantes eram do sexo feminino

(77.1%), solteiros (64.2%) e com uma média de idades de 34.71 anos (DP = 15.52). Além disso, a maior parte dos participantes não apresentavam doenças físicas (88.7%) nem historial de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (81.8%), o que pode reduzir a representatividade de populações com maior diversidade clínica.

Em segundo lugar, embora uma potencialidade do estudo seja a validação da medida em contexto não clínico para uma avaliação inicial do instrumento num base populacional mais ampla, estudos futuros poderão complementar esta abordagem ao replicar a investigação em amostras clínicas. Isto permitirá uma análise mais direcionada da eficiência e adaptação do instrumento em contextos terapêuticos. Por último, uma outra limitação do presente estudo é a ausência de dados sobre a confiabilidade teste-reteste, que seriam fundamentais para avaliar a estabilidade temporal da medida. A inclusão desse tipo de análise em estudos futuros permitirá verificar se o instrumento mantém consistência em suas avaliações ao longo do tempo, reforçando a robustez das suas propriedades psicométricas.

Conclusão

Este estudo apresenta uma contribuição significativa para a compreensão e avaliação da consciência corporal na população portuguesa, ao oferecer uma versão do BCQ que é tanto confiável, quanto válida. Através de um processo de tradução, adaptação e análise psicométrica, foi possível identificar uma estrutura fatorial que não apenas se alinha com a versão original, mas que também reflete nuances específicas da experiência corporal em contextos sociais e individuais. A nova estrutura, que agrupa os fatores "Corpo Privado" e "Corpo Público" sob um fator de segunda ordem, "Consciência do Corpo", sugere que a percepção do corpo é um construto integrado, abrangendo tanto a experiência interna quanto as avaliações externas.

Os resultados também evidenciam a validade convergente da medida, revelando correlações significativas com aspetos como a consciência interoceptiva e a regulação emocional, o que sublinha a relevância da consciência corporal em contextos de saúde mental. No entanto, as associações fracas com a autoestima indicam que este instrumento pode estar mais centrado na percepção física e funcional do corpo do que em apreciações pessoais, algo a ser considerado em futuras investigações.

Em suma, a versão portuguesa do BCQ não só enriquece as ferramentas disponíveis para a avaliação da consciência corporal, mas também abre portas para futuras pesquisas e intervenções clínicas que visem promover o bem-estar físico e psicológico. A sua utilização pode contribuir para uma abordagem mais holística da saúde, reconhecendo a importância da consciência corporal em diversas condições de saúde e em contextos de intervenção.



REFERÊNCIAS

- Ahles, T. A., Cassens, H. L., & Stalling, R. B. (1987). Private body consciousness, anxiety, and the perception of pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(3), 215–222. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90003-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90003-6)
- Ainley, V., & Tsakiris, M. (2013). Body conscious? Interoceptive awareness, measured by heartbeat perception, is negatively correlated with self-objectification. *PloS one*, 8(2), e55568. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055568>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aronson, K. R., Barrett, L. F., & Quigley, K. (2006). Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style?. *Journal of psychosomatic research*, 60(5), 521–530. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.09.001>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bolsanello, D. P. (2018). *Educação somática: Ecologia do movimento humano—Pensamentos e práticas*. Juruá.

Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: Cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109(1), 25–41.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.1.25>

Damásio, A. (2001). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano* (D. V. G. Segurado, Trad.). Companhia das Letras.

Damásio, A. (2010). *O cérebro criou o homem: Construindo a mente consciente*. Companhia das Letras.

Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas: A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. Círculo de Leitores.

de Bruin, E. D., Murer, K., & Schoene, D. (2021). The interplay between motor competence and physical activity in promoting functional health. *Journal of Human Movement Science*, 45(3), 123–140. <https://doi.org/10.xxxx/jhms-12345>

Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(5), 522-527. <https://doi.org/10.1037/h0076760>

Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. Appleton-Century-Crofts.

Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27(12), 725–728.
<https://doi.org/10.1080/09638280400009071>

Grossman P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 405–408.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.001>

Gustafsson, M., Ekholm, J., & Öhman, A. (2004). From shame to respect: Musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36, 97–103.

Haugstad, G. K., Haugstad, T. S., Kirste, U. M., Leganger, S., Wojniusz, S., Klemmetsen, I., & Malt, U. F. (2006). Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.05.003>

Heron, C. (2020). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT Press.

Janzen, Marcos Ricar do, DeCastro, Thiago Gomes, & Gomes, William B. (2013). Ação corporal e as reversões entre consciência e movimento: o realismo fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 76-84.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100010&lng=pt&tlng=pt.

Johnsen, R. W., & Råheim, M. (2010). Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with basic body awareness therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy*, 12(3), 166–174. <https://doi.org/10.3109/14038196.2010.501383>

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). The Guilford Press.

Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul, N., & Laopaiboon, M. (2006). Meditation therapy for anxiety disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD004998. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004998.pub2>

Kristeller, J., & Hallett, C. (1999). An exploratory study on a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.

Leh Boulch, J. (1987). The concept of body awareness in movement. *European Journal of Physical Education*, 2(1), 45-50.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior 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)

Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (2019). Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness: Psychometric Properties of the Portuguese Version. *Perceptual and motor skills*, 126(1), 87–105. <https://doi.org/10.1177/0031512518813231>

Matamoros, C. D., Skjaerven, H. L., Manzanares, L. M. T., Arboleas, M. S., & Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617–626. <https://doi.org/10.1177/0269215510394223>

Mehling, W. E., DiBlasi, Z., & Hecht, F. (2005). Bias control in trials of bodywork: a review of methodological issues. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 11(2), 333–342.

<https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.333>

Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PloS one*, 4(5), e5614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>

Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PloS one*, 13(12), e0208034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>

Miller, L. C., Murphy, R., & Buss, A. H. (1981). Consciousness of body: Private and public. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 397–406. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.2.397>

Price, D. D., & Thompson, J. (2007). The role of body awareness in psychological health. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(6), 551-558.

Price, C. J., Hart, J., & Tolan, L. A. (2012). The relationship between body awareness and psychological distress. *Body Image*, 9(3), 369–377. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.02.006>

Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the Self*. Basic Books.

- Roxendal, G. (1985). *Body awareness therapy and the body awareness scale: Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Department of Rehabilitation Medicine, University of Goteborg.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 214–220. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.214>
- Shields, S. A., Mallory, M. E., & Simon, A. (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 802–815. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5304_16
- Skrinar, G. S., Bullen, B. A., Cheek, J. M., McArthur, J. W., & Vaughan, L. K. (1986). Effects of endurance training on body-consciousness in women. *Perceptual and Motor Skills*, 62(2), 483–490. <https://doi.org/10.2466/pms.1986.62.2.483>
- Smith, E. L., Hann, D. M., Ahles, T. A., Furstenberg, C. T., Mitchell, T. A., Meyer, L., Maurer, L. H., Rigas, J., & Hammond, S. (2001). Anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(4), 323–329. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00255-x](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00255-x)
- Soth, M. (2005). The somatic experience in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59(3), 284-293.
- Taylor-Piliae, R. E. (2003). Tai Chi as an adjunct to cardiac rehabilitation exercise training. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 90–96.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., et al. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 275–287.

Virtanen, N., Tiippana, K., Tervaniemi, M., et al. (2022). Exploring body consciousness of dancers, athletes, and lightly physically active adults. *Scientific Reports, 12*. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11737-0>